

Artsen op de arbeidsmarkt, 2017-2021

Resultaten van de PlanKad Gegevenskoppeling FOD VVVL - Datawarehouse AM&SB – RIZIV

Inleiding en methodologie

een rapport van de

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening
DG Gezondheidszorg
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

uitgevoerd door

Veerle Vivet, Christelle Durand, Peter Jouck, Jesse Berwouts,
Dominiq Nkenné en Pascale Steinberg

begeleid door de

Wergroep Artsen
van de Planningscommissie van het medisch aanbod

Augustus 2023

Colofon

Redactie van het rapport:

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen:

Celhoofd: Pascale Steinberg

Medewerkers: Veerle Vivet, Christelle Durand, Peter Jouck, Jesse Berwouts, Dominiq Nkenné en Oliver Van Weyenbergh

Begeleiding: Werkgroep Artsen van de Planningscommissie van het medisch aanbod

Voorzitter: Brigitte Velkeniers

Leden: Jonas Brouwers, Elie Cogan, Pascale Cornette, Wilfried De Backer, Jan De Maeseneer, Pierre Drielsma, Sofie Goyvaerts, Evelyne Hens, Paul Herijgers, Luc Herry, Piet Hoebeke, Bernard Landtmeters, Edouard Louis, Catherine Lucet, Danny Mathysen, Stella Matterazzo, Pascal Meeus, Jill Meirte, Marc Moens, Véronique Moreau, Milhan Roex, Françoise Smets en Christel Van Geet

Organisatie:

Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening

Diensthooft: Aurélie Somer

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Directeur-generaal: Annick Poncé

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Voorzitter van de FOD VVVL: Dirk Ramaekers

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Ramaekers, Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel

Contactgegevens:

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Service Center Gezondheid

Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel

T. +32 (0)2 524 97 97

plan.team@health.belgium.be

www.health.belgium.be/hwf

Ce document est également disponible en français.

Gelieve het te citeren met de volgende referentie:

Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021 – inleiding en methodologie, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, augustus 2023.

© 2023, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Elk gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is eveneens beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: www.health.belgium.be/hwf (=> Publicaties).

Wettelijk depot: D/2023/2196/28

Inhoudstafel

| | |
|---|----|
| Inhoudstafel | 3 |
| 1. SITUERING & OORSPRONG PLANKAD – GEGEVENSKOPPELING | 4 |
| 1.1. Planningscommissie Medisch Aanbod | 4 |
| 1.2. Het ‘Kadaster’ - functie en beperking | 4 |
| 2. Project ‘PlanKad’ – opzet en doeleinden | 6 |
| 2.1. Wat is een PlanKad?..... | 6 |
| 2.2. Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming | 6 |
| 2.3. De RIZIV-gegevens..... | 7 |
| 2.4. Verkrijgen van de gegevens en uitvoeren van de koppeling | 7 |
| 2.5. Activiteitsgegevens..... | 7 |
| 3. Methodologische aspecten van de gegevenskoppeling | 9 |
| 3.1. Analysegroepen | 9 |
| 3.2. Gemeenschap en gewest van tewerkstelling..... | 10 |
| 3.3. Berekening van voltijdse equivalenten (VTE) | 10 |
| 3.3.1. Het concept ‘voltijds equivalent’ | 10 |
| 3.3.2. VTE voor artsen met werknemersstatuut | 10 |
| 3.3.3. VTE voor artsen met zelfstandig statuut | 11 |
| 3.4. Behandelde specialismen, groeperingen en opsplitsingen | 13 |
| 3.4.1. Basisrapporten..... | 14 |
| 3.4.2. Bijkomende rapporten | 15 |
| 3.4.3. Syntheserapporten | 15 |

1. SITUERING & OORSPRONG PLANKAD – GEGEVENSKOPPELING

1.1. Planningscommissie Medisch Aanbod

De Planningscommissie Medisch Aanbod werd opgericht in 1996 en heeft als opdracht (conform WUG¹, artikel 91 §2):

- de behoeften inzake medisch aanbod nagaan met betrekking tot de beroepen vermeld in artikelen 3, § 1, en 4 (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten). Bij het bepalen van deze behoeften dient rekening gehouden te worden met de evolutie van de behoeften inzake medische zorgen, de kwaliteit van de zorgverstrekking, en de demografische en de sociologische evolutie van de betrokken beroepen en van de bevolking. Bedoelde adviezen betreffen de behoeften per gemeenschap;
- op een continue wijze de weerslag evalueren die de bepaling van deze behoeften heeft op de toegang tot de studies voor de beroepen bedoeld in de artikelen 3, § 1, en 4²;
- jaarlijks een verslag opstellen ten behoeve van de ministers bevoegd voor Volksgezondheid en voor Sociale Zaken betreffende de relatie tussen de behoeften, studies, en de doorstroming tot de stages, met het oog op het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels bedoeld in artikel 85 en de beroepstitel bedoeld in artikel 43, § 3.

Indien de federale overheid de toegang tot een gezondheidsberoep van WUG wenst te beperken (de contingentering) dient ze het advies in te winnen van de Planningscommissie (artikel 92 §1, §3 en §4). Indien er beslist wordt tot een beperking dan moeten die aantallen, eventueel opgesplitst per gemeenschap, bekend zijn voor de duur van de opleiding (artikel 92 §2).

De Planningscommissie bestaat uit vertegenwoordigers van de universiteiten, de mutualiteiten, de beroepen van de gezondheidszorg, de bevoegde ministers, de gemeenschappen, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL). De commissie telt een plenaire vergadering en werkgroepen voor de afzonderlijke gezondheidsberoepen. Administratieve en wetenschappelijke ondersteuning wordt verleend door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Om haar opdracht van evaluatie van de behoeften op het gebied van het medisch aanbod te vervullen, baseert de Planningscommissie zich op de gegevens van het project PlanKad dat de recente situatie beschrijft van de verschillende gezondheidszorgberoepen (verdeling volgens leeftijd en geslacht van de actieve bevolking...) en werkt ze toekomstscenario's uit voor bepaalde gezondheidszorgberoepen met behulp van een planningsmodel.

1.2. Het 'Kadaster' - functie en beperking

Het "Kadaster" is de gegevensbank van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars die het recht hebben een erkend gezondheidszorgberoep in België uit te oefenen, beheerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De personen die een erkend gezondheidszorgberoep willen uitoefenen in België dienen een visum te ontvangen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

¹ Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen

² Artsen en tandartsen

De identificatiegegevens van de professionals die gemachtigd zijn het beroep uit te oefenen, worden geregistreerd in het "Kadaster". Deze databank functioneert als een mechanisme voor de registratie, de visumverlening, de erkenning en de controle van de beoefenaars van de verschillende gezondheidszorgberoepen. Ze wordt gedeeld met de gefedereerde entiteiten, die de informatie registreren voor het deel van het parcours van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaar dat binnen hun competentie valt: diploma, erkenning, mogelijke stage, ...

Het Kadaster van de gezondheidszorgberoepen biedt bijgevolg een overzicht van alle personen die een aanvraag deden om een erkende professionele activiteit uit te oefenen. Er wordt onder meer informatie opgeslagen over het al dan niet bezitten van een geldige erkenning of visum, de behaalde diploma's, adres- en persoonsgegevens en eventuele specialisaties.

Om echter ten volle de missie van de Planningscommissie Medisch Aanbod te ondersteunen schiet deze gegevensbank te kort. Cruciale gegevens ontbreken. Zo bevat het Kadaster geen informatie met betrekking tot de effectieve beroepsactiviteit van de erkende personen, in welke mate deze activiteit wordt uitgeoefend en in welke sectoren de erkende beroepsbevolking zich bevindt. Personen die bijvoorbeeld België verlaten na opname in het Kadaster, en dus geen deel uitmaken van de workforce van een gezondheidszorgberoep, blijven toch aanwezig in dit Kadaster. Met andere woorden, het Kadaster biedt een zicht op de personen die een gezondheidsberoep mogen uitoefenen, maar niet op de personen die dit ook werkelijk doen.

2. PROJECT ‘PLANKAD’ – OPZET EN DOELEINDEN

2.1. Wat is een PlanKad?

Om te kunnen bepalen of de in het kadaster geregistreerde, erkende beroepsbeoefenaars effectief actief zijn, om hun activiteitsgraad in te schatten en hun activiteitssector te identificeren, om met andere woorden de werkelijke positie van de erkende beoefenaars van een gezondheidszorgberoep op de arbeidsmarkt te kennen, worden gegevenskoppelingen uitgevoerd tussen het Kadaster, het Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming (DWH AM & SB) en de gegevens beschikbaar ter hoogte van het RIZIV.

Deze projecten kregen de naam “PlanKad” en maken deel uit van het meerjarenplan van de Planningscommissie.

Er bestaan twee types gegevenskoppelingen:

- de “**uitgebreide koppeling**”, over meerdere jaren heen, laat toe de huidige en historische activiteit van het beroep gedetailleerd te analyseren en toekomstscenario’s voor de evolutie van de workforce met behulp van een planningsmodel te ontwikkelen.

Met dit type analyse kan de Planningscommissie de Minister gemotiveerde adviezen geven wat betreft het te voeren beleid om te beschikken over een voldoende aantal professionals zodat aan de behoeften van de bevolking kan worden voldaan, zonder in een situatie van overaanbod te belanden.

- de “**beknopte koppeling**”, voor het meest recent beschikbaar jaar, laat toe een samenvat overzicht van de beroepsactiviteit uit te werken (actief, niet actief of gepensioneerd, actief bij het RIZIV, in loondienst, loontrekkend, zelfstandig of gemengd statuut ...).

Met dit type analyse worden “verrijkte jaarstatistieken” geproduceerd en kan flexibeler op prioriteiten op het gebied van de volksgezondheid worden gereageerd. Aangezien er geen historische trends worden behandeld, omdat de gegevens slechts één jaar omvatten, worden er geen toekomstscenario’s voor de evolutie van de workforce ontwikkeld.

Het PlanKad waarvan de resultaten in dit document worden weergegeven, behoort tot het eerste, uitgebreide type van koppeling.

2.2. Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming

Het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (DWH AM & SB) beoogt de koppeling van sociaal-economische gegevens afkomstig van de instellingen uit de Belgische sociale zekerheid. Het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming wilt op die manier op correctere, snellere en minder omslachtige wijze kunnen antwoorden op gegevensaanvragen afkomstig van onderzoekinstellingen en de overheid. Het beheer van het DWH AM&SB is toevertrouwd aan de Kruispuntpbank van de Sociale Zekerheid (KSZ).

Het Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming verzamelt de administratieve gegevens van meerdere instellingen van de sociale zekerheid, met name het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ), de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ), de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten (RSZPPO, daarna DIBISS en nu deel van de RSZ), de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA), de FOD Sociale Zekerheid (FOD SZ), het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO, nu samen met FBZ Fedris geworden), het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ, nu samen met FAO Fedris geworden), het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), de Pensioendienst voor de overheidssector (PDOS, nu samen met RVP FPD geworden), de Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie (RJV), de Rijksdienst voor Pensioenen (RVP, nu samen met PDOS FPD geworden), de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten VDAB/ACTIRIS/Forem/ADG en het Rijksregister.

2.3. De RIZIV-gegevens

Naast de reguliere arbeidsmarktgegevens, aanwezig in het DWH AM & SB, bestaat er voor de personen die terugbetaalde prestaties leveren in het kader van de ziekteverzekering nog een belangrijke bron van bijkomende informatie ter hoogte van het RIZIV: het totale aantal prestaties, het aantal prestaties per nomenclatuurcode en het totaal bedrag dat terugbetaald wordt door het RIZIV voor de prestaties uit de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Deze gegevens bieden relevante informatie in het kader van de analyse van actieve beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

2.4. Verkrijgen van de gegevens en uitvoeren van de koppeling

Een aanvraag betreffende een “periodieke koppeling” van de gegevens voor de verschillende gezondheidszorgberoepen, geldig voor meerdere jaren, werd ter goedkeuring voorgelegd aan het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de Gezondheid binnen de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Privacycommissie), dewelke een positief advies uitsprak. Dankzij deze goedkeuring kan, wanneer een koppeling voor een beroep wordt overwogen, de gegevensaanvraag rechtstreeks bij de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) worden ingediend.

De KSZ verzamelt voor de onderzochte beroepsgroep de aangevraagde gegevens van de verschillende bron-instanties en vervangt de rijksregisternummers door een anonieme gecodeerde sleutel die de identificatie van een persoon onmogelijk maakt, maar het wel mogelijk maakt de informatie van deze persoon, aanwezig in de verschillende bronnen, te koppelen. Na ontvangst van de verschillende bronbestanden, gaat de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen over tot de eigenlijke gegevenskoppeling, de gegevensanalyse en de ontwikkeling van het rapport.

In de rapportage van de onderzoeksresultaten kunnen we op basis van deze gegevensverzameling onder meer de volgende, beleidsrelevante vragen beantwoorden:

- Welk aandeel van de personen die het recht hebben het beroep uit te voeren (LTP) is beroepsactief in België (PA) en, meer in het bijzonder, welk aandeel is actief in de sector van de gezondheidszorg (PR)?
- Hoe ziet de leeftijds piramide van de beroepsbeoefenaars actief in de gezondheidszorg er uit?
- Hoeveel voltijdse equivalenten worden er door deze personen gepresteerd?
- Wat zijn de aandelen van voltijdse en deeltijdse arbeid?
- Wat is de verdeling naar arrondissement van woon- en werkplaats?
- Hoe evolueerde de beroepsgroep tussen 2017 en 2021?

2.5. Activiteitsgegevens

In de PlanKad-koppeling zijn de gegevens betreffende de activiteit afkomstig van:

- De RSZ (cfr. § 3.4) voor de loontrekkenden;
- Het RSVZ voor de zelfstandigen;
- Het RIZIV voor de loontrekkenden of zelfstandigen die actief zijn in het systeem van de ziekte- en invaliditeitsverzekering

Voor de professionals met een statuut als loontrekkende in het kader van de RSZ worden VTE's voor het laatste trimester van het jaar aangeleverd door het DWH AM & SB, verricht bij een werkgever waarvan eveneens de activiteitssector gekend is op basis van de NACE-nomenclatuur (Statistische naamgeving van de economische activiteiten in de Europese Gemeenschap). Daarnaast worden in het DWH AM & SB de totale VTE's per jaar berekend op basis van de individuele VTE's per kwartaal.

De RSVZ-gegevens geven enkel aan of een beroepsbeoefenaar een activiteit uitoefent onder het statuut van zelfstandige. Ze maken het niet mogelijk de arbeidsduur of het activiteitsniveau te bepalen in deze sector.

De RIZIV-gegevens geven informatie over het totaal aantal prestaties per nomenclatuurcode en het totaal terugbetaalde bedrag voor alle geleverde verstrekkingen. Deze zijn de enige gegevens aanwezig in PlanKad om de activiteit van de zelfstandigen in te schatten. De activiteit van de zelfstandige professionals buiten het RIZIV-terugbetalingssysteem ontsnapt immers aan onze analyse aangezien deze niet wordt geregistreerd in een administratieve gegevensbank.

3. METHODOLOGISCHE ASPECTEN VAN DE GEGEVENSKOPPELING

Dit rapport beschrijft de resultaten van de gegevenskoppeling voor de beroepsgroep van de artsen. De analysemethodologie werd ontwikkeld onder toezicht van de werkgroep Artsen en de resultaten werden gevalideerd door de Planningscommissie voor het Medisch Aanbod.

3.1. Analysegroepen

De individuen die gemachtigd zijn om het beroep van arts uit te oefenen, vormen een eerste analysegroep ('**Licensed To Practice**' of **LTP**). Dat wil zeggen dat deze individuen in het bezit zijn van een visum en eventueel een erkenning hebben voor één van de beroepstitels (=specialismen).

De tweede en derde analysegroep omvatten de individuen met een professionele activiteit:

De analysegroep '**Professionally Active**' (**PA**) omvat de beroepsactieve artsen binnen analysegroep 'LTP'. Een arts wordt als beroepsactief beschouwd wanneer hij of zij op 31 december 20xx ingeschreven is in RSVZ als zelfstandige of op 31 december van het betreffende jaar aanwezig is in de gegevensbank van RSZ met minstens 0,1 jaarlijks voltijds equivalent (VTE) (= 10% van 1 VTE).

De analysegroep '**Practising**' (**PR**) (actief als arts) bestaat uit de beroepsactieve artsen binnen de analysegroep PA die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg. Een individu wordt aan deze groep toegewezen indien hij of zij is ingeschreven in RSVZ op 31 december van het betreffende jaar en minstens de vastgelegde activiteitsdrempel binnen de RIZIV-nomenclatuur heeft bereikt in het desbetreffende jaar **of** op 31 december aanwezig is in de gegevensbank van RSZ met minstens 0,1 jaarlijks VTE en een activiteit binnen een gezondheidszorgsector.

De vermelde RIZIV activiteitsdrempel werd door de werkgroep Artsen vastgelegd op **5% van het mediaan terugbetaald bedrag van de uitsluitend zelfstandige artsen in de leeftijdscategorie 45-54 jaar, berekend per jaar en per specialisme of sub-specialisme.**

De drempel van 5% van de mediaan van de referentiegroep is niet geldig voor:

- Het nieuw specialisme 'arts-specialist in de klinische genetica'. Voor deze groep wordt een specifieke drempel gehanteerd: minimaal 2 RIZIV-prestaties per jaar.
- Artsen zonder erkenning. Ook voor deze groep wordt een specifieke drempel gehanteerd: met name een minimum van 7.500 euro.

In de rapporten voor artsen in opleiding en de specialismen buiten het RIZIV werd de PR-analysegroep niet opgenomen. Voor de artsen in opleiding zijn de RIZIV-prestaties geen betrouwbare maatstaf voor het VTE voor de zelfstandigen. Voor specialismen buiten het RIZIV is het onmogelijk om de RIZIV-prestaties te gebruiken als basis voor de evaluatie van het zelfstandig VTE en er zijn geen andere gegevens beschikbaar in de PlanKad-koppeling die dit wel mogelijk maken.

3.2. Gemeenschap en gewest van tewerkstelling

Een individu behoort tot de **Vlaamse of Franse Gemeenschap** op basis van de taal van het behaalde diploma (NL of FR) of, indien deze informatie ontbreekt (bij voorbeeld in het geval van een buitenlands diploma), op basis van de contacttaal (NL, FR, of DE). Wanneer de contacttaal Duits is, wordt de beroepsbeoefenaar toegewezen aan de Franse Gemeenschap.

Voor de **Duitstalige Gemeenschap** is de toevoeging van de Duitse taal als contacttaal in het kadaster nog vrij recent. Het is voor ons daarom niet mogelijk om beroepsbeoefenaars die tot deze gemeenschap behoren, te identificeren aan de hand van dit criterium. Om deze reden wordt de woonplaats gebruikt als proxy: de Duitstalige professionals worden geïdentificeerd op basis van hun domiciliëring in één van de negen gemeente die onder de Duitstalige Gemeenschap valt.

Om het **gewest van tewerkstelling** voor de werknemers te bepalen, werd de vestigingsplaats (hoofdzetel of lokale vestiging) van de werkgever gebruikt, en dit tot op het niveau van het arrondissement. Het gewest van tewerkstelling voor de beroepsbeoefenaars met een werknemer- of gemengd statuut is het gewest van de plaatselijke inplanting (lokale vestiging) of, bij het ontbreken van deze informatie, het gewest van de maatschappelijk zetel (hoofdzetel) van de werkgever waarbij de beroepsbeoefenaar de meeste arbeidsprestaties levert.

Aangezien er geen informatie beschikbaar is over de vestigingsplaats van zelfstandigen, wordt het arrondissement van de woonplaats gehanteerd. Het gewest van tewerkstelling van de artsen met zelfstandig statuut is bijgevolg het gewest van de woonplaats.

3.3. Berekening van voltijdse equivalenten (VTE)

3.3.1. Het concept 'voltijds equivalent'

Een voltijds equivalent (VTE) drukt uit welke proportie van het arbeidsvolume van één normale voltijdse betrekking een persoon uitvoert.

Dit equivalent wordt weergegeven in relatie tot een fictieve 'Maatman': een individu dat op jaarbasis in dezelfde functie een volledige arbeidsprestatie uitvoert. Een persoon die exact de helft van dit arbeidsvolume presteert wordt een VTE van 0,5 toegekend.

Het voordeel van een analyse in functie van VTE's bestaat erin dat het gepresteerde arbeidsvolume kan worden gemeten en vergeleken, en niet enkel het aantal personen dat in een gegeven sector aanwezig is. Zo kan onder meer het effect van deeltijdse arbeid op de aanwezige arbeidsvolumes worden gemeten.

3.3.2. VTE voor artsen met werknemersstatuut

Het jaarlijks gepresteerde VTE voor ieder individu dat deel uitmaakt van de analysegroep wordt berekend ter hoogte van het DWH AM & SB op basis van de door de RSZ aangeleverde individuele VTE's per kwartaal. Deze VTE-indicator komt overeen met de som van het werkelijk gepresteerde arbeidsvolume over de vier kwartalen, met andere woorden, zonder de periodes van afwezigheid waarvoor geen salaris wordt ontvangen zoals bijvoorbeeld betaalde feestdagen of ziekteverlof.

Afhankelijk van de analysegroep wordt het VTE op verschillende wijze berekend.

Voor de **artsen in loondienst (PA)** wordt de jaarlijkse activiteitsgraad, zoals aangeleverd door het DWH AM & SB, gehanteerd als VTE. Onafhankelijk van de sector waarin de activiteit werd uitgeoefend, stelt dit VTE de som van het werkelijk gepresteerde arbeidsvolume over de vier kwartalen voor.

Het VTE van de **artsen in loondienst met een activiteit in de gezondheidszorgsector (PR)** komt overeen met de som van de gepresteerde activiteitsgraad in de gezondheidszorgsector tijdens het laatste trimester van het jaar. Dit VTE stelt dus het werkelijk gepresteerde arbeidsvolume van het laatste kwartaal voor, specifiek voor de gezondheidszorgsector.

Aangezien de methode ter ontwikkeling van het VTE verschilt voor beide analysegroepen, moeten ze met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

3.3.3. VTE voor artsen met zelfstandig statuut

a) Berekening van een VTE

De berekening van een VTE voor de personen die actief zijn als zelfstandige ligt niet voor de hand. We beschikken hier niet, zoals het geval is voor de werknemers, over een eenduidige indicator van het gepresteerde arbeidsvolume. We baseren ons daarom op de op de RIZIV-activiteiten binnen artikel 5 van de RIZIV-nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Dit VTE weerspiegelt dus enkel het arbeidsvolume voor alle prestaties die werden verricht door de artsen die actief zijn binnen het terugbetalingssysteem van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een voltijdse, zelfstandige betrekking wordt gelijkgesteld aan een bepaald bruto terugbetaald bedrag aan RIZIV-prestaties op jaarbasis. Dit bedrag komt overeen met het mediaan terugbetaald bedrag dat werd waargenomen binnen een referentiegroep, met name de artsen die uitsluitend als zelfstandige actief zijn in de leeftijdscategorie 45-54 jaar, zonder activiteit als loontrekkende in bijberoep (= leeftijdsgroep waarvoor de zelfstandige activiteit een maximaal niveau bereikt).

De referentiewaarde van het voltijds equivalent wordt apart berekend voor elke bijzondere beroepstitel. Zo komt 1 VTE van een huisarts in 2021 overeen met een bruto terugbetaald bedrag van €160.237.

In elk afzonderlijk rapport wordt het gehanteerde bedrag aan RIZIV-terugbetalingen voor het specialisme of sub-specialisme in kwestie vermeld.

Wanneer verschillende specialismen samen worden behandeld in een analyse, dan worden de VTE-waardes telkens op basis van de afzonderlijke specialisme-medianen berekend. Voor de inwendige geneeskunde wordt het VTE afzonderlijk berekend per sub-specialisme, aangezien we sterk afwijkende activiteitsprofielen observeren over de verschillende deelspecialismen van de inwendige geneeskunde heen.

Er werden enkele uitzonderingen op de algemene regel gemaakt;

-
- Artsen zonder erkenning: 1 VTE wordt vastgelegd op 75.000 euro omdat het een zeer heterogene groep betreft, is de mediaan geen betekenisvolle drempel.
- Artsen in opleiding: het VTE voor zelfstandige of gemengde profielen wordt vastgelegd op 1, ongeacht het geregistreerde volume aan RIZIV-prestaties : de RIZIV-prestaties zijn geen betrouwbare maatstaf voor het zelfstandig VTE voor de artsen in opleiding.

- Artsen-specialisten in de plastische chirurgie: het VTE voor zelfstandigen wordt vastgelegd op 1 : een groot deel van de plastische chirurgie wordt beoefend buiten het kader van het RIZIV, wat maakt dat de gehanteerde methode geen correct VTE kan berekenen. In plaats hiervan werd beslist om elke actieve plastisch chirurg, zowel de exclusief zelfstandigen als diegenen die een activiteit als zelfstandige combineren met een activiteit als werknemer, een VTE van 1 toe te kennen. De gepresenteerde VTE-waarden bieden bijgevolg weinig bijkomende informatie ten opzichte van de gegevens op basis van het aantal individuen.
- Artsen-specialisten in de klinische genetica : het VTE voor zelfstandigen wordt vastgelegd op 1 omdat het aantal artsen-specialisten in de klinische genetica die deel uitmaken van de referentiegroep onvoldoende groot is om een representatief VTE te berekenen. Elke actieve klinisch geneticus, zowel de exclusief zelfstandigen als diegenen die een activiteit als zelfstandige combineren met een activiteit als werknemer, krijgen een VTE van 1 toegekend. De gepresenteerde VTE-waarden bieden bijgevolg weinig bijkomende informatie ten opzichte van de gegevens op basis van het aantal individuen.

De COVID-19-crisis leidde in 2020 tot een afname van de RIZIV-activiteit voor de meeste medische specialismen (zie Rapport [‘Monitoring van de workforce artsen – nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029-2033](#), paragraaf 2.3.). Het referentiebedrag van terugbetalingen voor 2020 wordt bijgevolg aangepast en weerspiegelt niet langer de gewerkte tijd van de gezondheidszorgbeoefenaar. Vele artsen waren immers minder actief in de RIZIV-nomenclatuur om ondersteuning te bieden in andere diensten of vanwege de periodes van quarantaine. Het VTE wordt bijgevolg niet getoond voor 2020 vanwege de interpretatieproblemen die dat met zich meebrengt. Opgemerkt moet worden dat, ondanks dat sommige specialismen een vertraagde inhaalbeweging kennen, de RIZIV-activiteit zich stabiliseerde in 2021. De berekening voor een zelfstandig VTE wordt dus toegepast voor het jaar 2021 en de VTE voor 2021 worden getoond in dit rapport.

b) Methodologische beperkingen

Alle handelingen die worden verricht buiten het kader van het RIZIV worden niet weerspiegeld in de berekening van het zelfstandig VTE, aangezien ze niet geregistreerd worden in een gegevensbank. Hetzelfde geldt voor de administratieve taken.

De bedragen voor de prestaties die worden terugbetaald door het RIZIV en die mee aan de basis liggen van de bepaling van het VTE komen niet overeen met de uiteindelijke jaarlijkse verloning van de zorgverstrekkers. Bovendien kunnen de RIZIV-prestaties, geboekt in de loop van een jaar, verricht zijn in het desbetreffend jaar of in de voorgaande twee jaren (als gevolg van de termijn waarover patiënten beschikken voor het indienen van hun zorgattesten bij de verzekeraar).

Gegeven het feit dat verschillende geneeskundige prestaties niet opgenomen zijn in de RIZIV nomenclatuur zal het geheel aan RIZIV-terugbetalingen niet in staat zijn om de activiteit van de artsen in VTE te schatten op een absolute manier, omdat de totale activiteit onderschat wordt. Daar staat tegenover dat de huidige berekeningswijze wel een schatting kan geven van de activiteit in VTE op een relatieve manier, volgens leeftijdscategorie, geslacht en gewest.

We observeren binnen de beschikbare RIZIV-gegevens een aantal zeer ‘zware’ profielen, met grote aantallen aan geregistreerde terugbetaalde prestaties. Dit is het gevolg van de variatie in de bestaande boekingspraktijken op het vlak van de RIZIV-prestaties. Stagemesters en afdelingshoofden boeken zo de door hun gesuperviseerde maar door andere artsen (in opleiding) uitgevoerde zorg.

Dit leidt onder meer tot een overschatting van de gepresteerde VTE’s door artsen in de oudere leeftijdscategorieën en tot een onderschatting van de effectief gerealiseerde VTE’s door de jongere artsen.

Door als maatman (=referentiewaarde) de mediaan van de terugbetaalde RIZIV-bedragen – en niet het gemiddelde - te kiezen, verminderen we het effect van deze opgeblazen profielen op de berekening van de VTE’s. Bovendien wordt deze (individuele) overschatte activiteit herverdeeld over het geheel van de prestatieverstrekkers bij de berekening van het gemiddelde VTE.

Bovendien, indien alle leden van een beroepsgroep een activiteit uitvoeren die voor hen niet optimaal is (bijvoorbeeld door een overaanbod in een gegeven specialisme), dan wordt dit niet weerspiegeld in het VTE: de gekozen mediaanmaatman zal immers sowieso een VTE van 1 toegewezen krijgen, terwijl het maar de vraag is of zijn of haar prestatieprofiel in zulk een situatie werkelijk overeenkomt met een voltijdse betrekking. Deze redenering geldt ook in de omgekeerde richting in het geval van een overbevraging van de aanwezige professionals. Het vastgelegde VTE van 1 kan dan overeenkomen met een activiteit die een reële voltijdse betrekking te boven gaat.

Omwille van de hierboven aangehaalde methodologische beperkingen kan de gehanteerde RIZIV VTE-waarde in de PlanKad-rapporten ook **niet normatief gebruikt worden**. Ze dient enkel om een relatieve waarde van grootte voor een geleverde prestatie weer te geven, telkens in relatie tot de gekozen maatstaf.

3.4. Behandelde specialismen, groeperingen en opsplitsingen

De lijst van te produceren rapporten, met enkele groeperingen en opsplitsingen van specialismen, wordt hieronder getoond.

Het specialisme van een individu werd bepaald door de aanwezige informatie van zowel RIZIV als FOD te combineren. Wanneer deze informatie tegenstrijdig was, baseerden we ons op de informatie aanwezig in het RIZIV-profiel.

Een arts wordt slechts aan één specialisme (d.w.z. het laatst behaalde) toegewezen, ook al heeft hij of zij meerdere beroepstitels behaald. Een uitzondering wordt gemaakt voor specialismen buiten het RIZIV die gecombineerd kunnen worden met een RIZIV specialisme.

Een arts in opleiding wordt alleen in rekening gebracht in de analysegroep van de "artsen in opleiding", ook al heeft hij/zij al een andere specialiteit.

Ook werden enkele bijkomende rapporten opgesteld om licht te werpen op artsen actief op een specifiek terrein.

De synthese-rapporten tenslotte geven een beeld over de evolutie van het geheel van alle artsen, alle artsen-specialisten, alle artsen in opleiding en alle artsen met een niet-RIZIV specialisme.

3.4.1. Basisrapporten

RIZIV-specialismen

- Huisartsen op de arbeidsmarkt (FOD VVVL code : 127)
- Artsen-specialisten in de Pediatrie op de arbeidsmarkt (117)
- Artsen-specialisten in de Geriatrie op de arbeidsmarkt (134)
- Artsen-specialisten in de Oftalmologie op de arbeidsmarkt (109)
- Artsen-specialisten in de Otorinolaryngologie op de arbeidsmarkt (110)
- Artsen-specialisten in de Dermato-venereologie op de arbeidsmarkt (114)
- Artsen-specialisten in de Urgentiegeneeskunde op de arbeidsmarkt (132)
- Artsen-specialisten in de Acute Geneeskunde op de arbeidsmarkt (133)
- Artsen-specialisten in de Inwendige geneeskunde op de arbeidsmarkt (128) + afzonderlijke rapporten voor volgende subgroepen:
 - Algemene
 - Bekwaamheid Endocrino-diabetologie
 - Bekwaamheid Klinische hematologie
 - Bekwaamheid Nefrologie
 - Reanimatie
- Artsen-specialisten in de Cardiologie op de arbeidsmarkt (118)
- Artsen-specialisten in de Gastro-enterologie op de arbeidsmarkt (116)
- Artsen-specialisten in de Pneumologie op de arbeidsmarkt (115)
- Artsen-specialisten in de Reumatologie op de arbeidsmarkt (129)
- Artsen-specialisten in de Fysische geneeskunde en revalidatie op de arbeidsmarkt (120)
- Artsen-specialisten in de Medische Oncologie op de arbeidsmarkt (136)
- Artsen-specialisten in de Radiotherapie-oncologie op de arbeidsmarkt (123)
- Artsen-specialisten in de Anesthesie-reanimatie op de arbeidsmarkt (102)
- Artsen-specialisten in de Heelkunde op de arbeidsmarkt (103)
- Artsen-specialisten in de Plastische, Reconstructieve en Esthetische Chirurgie op de arbeidsmarkt (105)
- Artsen-specialisten in de Neurochirurgie op de arbeidsmarkt (104)
- Artsen-specialisten in de Stomatologie op de arbeidsmarkt (113)
- Artsen-specialisten in de Fysische geneeskunde en revalidatie op de arbeidsmarkt (120)
- Artsen-specialisten in de Orthopedische heelkunde op de arbeidsmarkt (112)
- Artsen-specialisten in de Gynaecologie-verloskunde op de arbeidsmarkt (108)
- Artsen-specialisten in de Urologie op de arbeidsmarkt (111)
- Artsen-specialisten in de Pathologische anatomie op de arbeidsmarkt (126)
- Artsen-specialisten in de Klinische biologie op de arbeidsmarkt (121)
- Artsen-specialisten in de Radiodiagnose op de arbeidsmarkt (122)
- Artsen-specialisten in de Nucleaire geneeskunde op de arbeidsmarkt (125)
- Artsen-specialisten in de Psychiatrie (3 groepen) op de arbeidsmarkt + afzonderlijke rapporten voor volgende subgroepen:
 - Kinder- en jeugdpsychiatrie (124)
 - Psychiatrie (bevat ook volwassenenpsychiatrie (130) + neuropsychiatrie (119))
- Artsen-specialisten in de Neurologie op de arbeidsmarkt (106)
- Artsen-specialisten in de Klinische genetica op de arbeidsmarkt (139)

Specialismen buiten het RIZIV

- Artsen-specialisten in de Arbeidsgeneeskunde op de arbeidsmarkt (101)
- Artsen-specialisten in het Beheer van gezondheidsgegevens op de arbeidsmarkt (137)
- Artsen-specialisten in de Gerechtsgeneeskunde op de arbeidsmarkt (131)
- Artsen-specialisten in de Verzekeringsgeneeskunde en medische expertise op de arbeidsmarkt (135)

3.4.2. Bijkomende rapporten

- Artsen-specialisten in de urgentiegeneeskunde (als hoofdspecialisme en als bijzondere bekwaamheid) en in de Acute geneeskunde
- Artsen-specialisten met de bijzondere bekwaamheid intensieve zorgen
- Artsen-specialisten in de fysische geneeskunde en revalidatie of met een bijzondere bekwaamheid Functionele en professionele revalidatie van gehandicapten

3.4.3. Syntheserapporten

- Alle artsen van de specialismen die binnen RIZIV-kader kunnen beoefend worden (met uitzondering van de huisartsgeneeskunde)
- Alle artsen van de specialismen die buiten het RIZIV-kader beoefend worden
- Alle artsen (met uitzondering van de artsen in opleiding)
- Alle artsen in opleiding
- Alle artsen zonder specialisme of zonder erkenning (000)