

**ONDERSTEUNING VAN DE WORKFORCE  
IN DE HUISARTSENGENEESKUNDE**

**EN**

**PERFORMANTIE-INDICATOREN  
VAN DE ORIËNTATIE VAN DE NIEUWE ARTSEN  
NAAR DE HUISARTSENGENEESKUNDE**

---

NOTA VAN DE CEL PLANNING VAN HET AANBOD VAN DE GEZONDHEIDSBEROEPEN



## COLOFON

### **Werkgroep :**

Gretel Dumont, Anne Delvaux, Meike Horn, Pieter-Jan Miermans, Sara Orlislagers, Muriel Quinet, Joëlle Pieters, Aurélia Somer, Pascale Steinberg, Veerle Vivet.

**Projectverantwoordelijke :** Aurélia Somer

**Directeur-generaal :** Christiaan Decoster

### **Verantwoordelijke uitgever :**

Dirk Cuypers, Victor Hortaplein 40, bus 10 - 1060 Brussel

Juli 2014

### **Contact gegevens :**



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

Directoraat-generaal Gezondheidszorg  
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening  
Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen  
Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel  
T. +32 (0)2 524 97 28  
F. +32 (0)2 524 97 98  
[com.dg2@gezondheid.belgie.be](mailto:com.dg2@gezondheid.belgie.be)  
[www.gezondheid.belgie.be](http://www.gezondheid.belgie.be)

Ce document est également disponible en français.

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

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



## INHOUDSOPGAVE

|  |    |
|--|----|
| INLEIDING .....  | 4  |
| A. De Planningscommissie - medisch aanbod en haar advies van 12 november 2012.....   | 4  |
| B. Maatregelen die werden genomen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken.....                                 | 7  |
| 1. Herwaardering van de huisartsenhonoraria.....   | 7  |
| 2. Impulso-fonds.....  | 7  |
| 3. Nieuw statuut van de kandidaat-huisartsen .....   | 8  |
| 4. GMD+ .....  | 8  |
| 5. Statuut van de arts die niet meer zou beantwoorden aan de criteria van huisarts.....                                    | 8  |
| 6. Acties ondernomen om de zorgcontinuïteit en de huisartsenwachtdienst minder zwaar te maken .....                        | 8  |
| A. Rondetafels over de continuïteit van de zorg in de huisartsengeneeskunde .....  | 8  |
| B. Het plan huisartsenwachtdienst 2013: acties om de continuïteit van de huisartsengeneeskunde minder zwaar te maken ..... | 9  |
| C. Monitoring door de Planningscommissie – medisch aanbod .....  | 11 |
| 1. De publicatie van de jaarstatistieken van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen.....                            | 11 |
| 2. Contingentering en opvolging .....  | 11 |
| 3. Project PlanCad artsen en het uitwerken van scenario's 2013-2054.....   | 12 |
| 4. Horizon scanning huisartsen .....   | 12 |
| 5. Internationale mobiliteit .....   | 13 |
| D. Performantie-indicatoren « oriëntatie van de nieuwe artsen naar de huisartsengeneeskunde » .....                        | 14 |
| Twee performantie-indicatoren: de invullingsgraad van de quota bij aanvang en bij voltooiing .....                         | 14 |
| 1. Evolutie in de Vlaamse Gemeenschap .....  | 15 |
| 2. Evolutie in de Franse Gemeenschap .....   | 16 |
| 3. Vergelijking van de evolutie in de twee Gemeenschappen.....   | 17 |
| 4. Evolutie in België .....  | 18 |
| E. Bron documenten.....  | 19 |

## INLEIDING

Tijdens de interministeriële conferentie van 24 juni 2013 hebben de ministers kennis genomen van de resultaten van het rapport over de performantie van de gezondheidszorg 2012<sup>1</sup>. Zo is gebleken dat bepaalde thema's extra aandacht vragen rekening houdend met de vastgestelde resultaten.

De werkgroep « performantie van het gezondheidssysteem » is door de interministeriële conferentie ermee belast om zich erover buigen of het noodzakelijk is om de doorverwijzing van jonge artsen naar de huisartsengeneeskunde te bevorderen. Teneinde de resultaten van het thema «duurzaamheid» te verbeteren, moeten deze resultaten worden geanalyseerd, moeten er doelstellingen worden voorgesteld die in de tijd becijferd zijn en dient te worden geanalyseerd of de van kracht zijnde strategieën moeten worden versterkt. Teneinde de evolutie op te volgen, vraagt de interministeriële conferentie ook een jaarverslag over de opvolging van deze resultaten dat aan het secretariaat van de ICM moet worden bezorgd.

Deze analyse werd uitgevoerd om deze werkgroep te informeren waarbij performantie-indicatoren betreffende de aantrekkelijkheid van de huisartsengeneeskunde voor pas gediplomeerde artsen zijn geleverd.

### A. DE PLANNINGSCOMMISSIE - MEDISCH AANBOD EN HAAR ADVIES VAN 12 NOVEMBER 2012

De planning van het medisch aanbod is reeds meer dan 20 jaar een aandachtspunt van de Regering. De Planningscommissie – medisch aanbod werd opgericht in 1996, in het bijzonder om de kwestie te bestuderen van het teveel aan artsen dat zich voordeed in de jaren 80. Omwille hiervan betroffen de eerste maatregelen die werden genomen een contingentering van het artsenberoep. Momenteel bepaalt deze begrenzing het aantal artsen dat een praktische specialisatieopleiding mag aanvatten voor het behalen van de erkenning als huisarts of als arts-specialist. Die regulerende maatregel heeft betrekking op de toegang tot de specialisatie. De Planningscommissie levert jaarlijks een rapport af.

De adviezen van de Planningscommissie zijn beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, op pagina :  
<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/AvisFormel/index.htm?fodnlang=nl>

---

<sup>1</sup> Rapport van het KCE 196B, *Health system performance Report 2012*.

Het advies 2012\_02, dat de Planningscommissie op 12 november 2012 afleverde, besluit met de volgende aanbevelingen :

*« Rekening houdend met de huidige curves, en teneinde een performante eerstelijnsgezondheidszorg te garanderen, moeten de volgende maatregelen op korte termijn worden genomen, zodat ze hun vruchten afwerpen in 2020:*

- 1. Herdefiniëren van de rol van de huisarts binnen het zorgsysteem: de huisarts is het eerste aanspreekpunt en lost meer dan 90% van de nieuwe problemen zelf op, hij staat in voor de preventie bij zijn patiëntenbestand en speelt een rol in de behandeling van chronische problemen, in samenwerking met de andere eerstelijns hulpverleners (horizontale integratie) en de geneesheren-specialisten (verticale integratie). Daarvoor dient een persoon "gefidelizeerd" te zijn bij een huisartsenpraktijk of een praktijk voor eerstelijnsgezondheidszorg (waar het GMD algemeen wordt toegepast) en zijn er maatregelen nodig die de patiënten stimuleren om bij voorkeur een beroep te doen op een huisarts om hen te begeleiden in hun zorgvraag.*
- 2. Intensiveren van de maatregelen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken, om een betere geografische spreiding van de huisartsen mogelijk te maken (met bijzondere aandacht voor de landelijke gebieden, de zones met een lage bevolkingsdichtheid en de achtergestelde wijken in de steden).*
- 3. Op korte termijn maatregelen nemen om de "taakverdeling" te vergemakkelijken binnen de huisartsenpraktijken: het creëren van de functie "praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg", verpleegkundigen die werken in de praktijken voor eerstelijnsgezondheidszorg, administratief personeel,... Daarvoor moeten de middelen van het IMPULSEO-fonds worden opgetrokken.*
- 4. Vragen aan de permanente werkgroep van de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en Huisartsen om oplossingen uit te werken voor de artsen met een RIZIV-nummer als "huisarts", dat niet beantwoordt aan de criteria van het ministerieel besluit van 1 maart 2010. Die oplossingen moeten die artsen oriënteren, zodat ze een geschikte plaats kunnen vinden in het gezondheidssysteem.*
- 5. In afwachting zou men de "minimumquota" van de huisartsengeneeskunde kunnen verhogen en erop toezien dat die quota worden gehaald en dat er eveneens voldoende kwaliteitsvolle opleidingsplaatsen zijn.*

*De Commissie wil erop wijzen dat er nog andere specialiteiten zijn waarvoor er maatregelen zouden moeten worden genomen om de aantrekkelijkheid te verhogen. Dat is uiteraard het geval voor de specialiteiten met minimumquota zoals de urgentiegeneskunde, de acute geneeskunde, de geriatrie en de kinderpsychiatrie, maar ook voor andere specialiteiten, zoals de klinische biologie, de anatomopathologie, de radiologie of de algemene inwendige geneeskunde. Die laatste specialiteit zou eindelijk volwaardig erkend moeten worden.*

*De werkgroep artsen wijst erop dat in het kader van de planning, de eerste maatregel die veralgemeend moet worden, het organiseren van een toelatingsexamen geneeskunde is. Dat maakt het ook mogelijk om de manier van lesgeven en de kwaliteit van de opleiding geneeskunde te verbeteren. We wijzen erop dat zo'n examen momenteel enkel bestaat aan Nederlandstalige kant, maar dat er aan Franstalige kant vanaf dit academiejaar 2012-2013 een selectie zal worden ingevoerd op het einde van het eerste quadrimester van het eerste jaar bachelor (enkel de studenten die slagen voor de examens basiswetenschappen in januari zullen hun studie mogen verderzetten in het tweede quadrimester).*

*Om de planningscommissie daarbij te helpen, is het nuttig om niet enkel te beschikken over de huidige cijfers van de artsen per specialiteit, maar ook over de leeftijds piramide voor elk van die specialiteiten.*

*Tot slot benadrukt de commissie dat het noodzakelijk is om de planning te bekijken in haar Europese dimensie.*

De planningscommissie heeft zich dus gebogen over de problematiek van het aantal 'artsen' in zijn geheel. De eerste 4 aanbevelingen uit dit advies hebben betrekking op acties die het beroep van huisarts aantrekkelijker moeten maken en die geen rechtstreeks verband houden met het mechanisme van de planning van het medisch aanbod. Ze hebben echter allemaal hun belang, aangezien hun effecten op de organisatie van de volksgezondheid in België zich de komende jaren kunnen laten voelen, terwijl de planningsmaatregelen, per definitie, een invloed hebben op langere termijn. De contingenteringsmaatregelen worden van kracht 6 jaar na hun publicatie, op het einde van de studies geneeskunde, en hun impact laat zich pas 3 à 6 jaar later echt voelen, na het einde van de stages voor het behalen van een erkenning. Enkel punt 5 van dit advies houdt rechtstreeks verband met het mechanisme van de planning van het medisch aanbod.

## B. MAATREGELEN DIE WERDEN GENOMEN OM HET BEROEP VAN HUISARTS AANTREKKELIJKER TE MAKEN

Opmerking: meer details zijn te vinden in de inleiding van het 2013 Wachtdienstenplan, waar de maatregelen beschreven staan die sinds 2008 werden genomen. Dit document is beschikbaar op de site :

[http://www.laurette-onkelinx.be/articles\\_docs/20131120\\_-\\_Plan\\_huisartsenwachtdiensten.pdf](http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/20131120_-_Plan_huisartsenwachtdiensten.pdf)

### 1. HERWAARDERING VAN DE HUISARTSENHONORARIA

Sinds 2009 werden er tal van maatregelen genomen om het beroep van huisarts financieel te herwaarderen, ondanks de besparingen die in 2012 werden gevraagd inzake medische honoraria.

### 2. IMPULSEO-FONDS

Het Impulseo-fonds werd in 2006 opgericht, om de ongelijke geografische spreiding van huisartsen te corrigeren. Met de inbreng van de Federale Raad voor de Huisartsenkringen kunnen de gebieden waar de eerste lijn door een dreigend tekort werkelijk in gevaar komt, gesignaleerd worden. Dit fonds ondersteunt de huisartsen die zich installeren in die zones waar de dichtheid aan artsen relatief laag blijft. In 949 gevallen werd er hulp (premies, leningen en aanvullende leningen) toegekend tussen september 2006 en december 2010. De middelen van het fonds werden achteraf opgetrokken.

Sinds 2010 voorziet Impulseo II :

- Een financiële ondersteuning voor het beheer van de praktijk:
  - van de huisarts.
  - van de huisartsengroepering.

Sinds 2012 voorziet Impulseo III :

- een financiële tegemoetkoming voor de bediende die de huisarts bijstaat in het onthaal en het beheer van de praktijk.
- een financiële tegemoetkoming voor de kosten van de dienstverlening van het medisch telesecretariaat dat het praktijkbeheer ondersteunt.
  - van de huisarts.
  - van de huisartsengroepering.

### 3. NIEUW STATUUT VAN DE KANDIDAAT-HUISARTSEN

Sinds de publicatie van het KB van 26 juni 2009 werd het statuut van de kandidaat-huisarts verbeterd, zowel op financieel vlak als op het vlak van de sociale bescherming.

### 4. GMD+

In het kader van het Kankerplan werd er een budget vrijgemaakt voor een gratis preventieve consultatie bij de huisarts. Het GMD+, dat die preventiemodule bevat, werd ingevoerd op 1 april 2011 en richt zich op de 45-75-jarigen.

### 5. STATUUT VAN DE ARTS DIE NIET MEER ZOU BEANTWOORDEN AAN DE CRITERIA VAN HUISARTS

Op vraag van de minister, heeft de Hoge Raad geneesheren-specialisten en huisartsen zich gebogen over de problematiek omtrent het statuut van de huisarts die niet langer voldoet aan de criteria. De werkzaamheden van de werkgroep huisartsen dienen in een breder kader te worden gezien. De volgende punten komen aan bod :

- De invoering van een titel “arts gekwalificeerd in de huisartsengeneeskunde, preventieve en instellingsgeneeskunde” ;
- De re-entry naar de huisartsengeneeskunde ;
- De mogelijkheid van opschortende formule voor huisartsenartsen die gewerkt hebben in ontwikkelingslanden ;
- Het verlies van de erkenning als huisarts die niet langer voldoet aan de criteria ;
- De evolutie van de erkende huisarts naar een “specialist in de algemene geneeskunde” ;
- De situatie van artsen die werkzaam zijn in de ziekenhuizen.

### 6. ACTIES ONDERNOMEN OM DE ZORGCONTINUÏTEIT EN DE HUISARTSENWACHTDIENST MINDER ZWAAR TE MAKEN

#### A. RONDETAfels OVER DE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG IN DE HUISARTSENGENEESKUNDE

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft in 2011 het KCE Rapport 171A: ‘Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen?’ gepubliceerd waarin men op zoek ging naar oplossingen om de zware werklast die de huisartsenwachtdiensten met zich meebrengt het hoofd te bieden.

De Federale Raad voor de Huisartsenkringen (FRHAK) heeft in opvolging van deze studie een advies gegeven aan de Minister van Volksgezondheid betreffende de wachtdiensten. Op vraag van de minister heeft de FOD



vervolgens samen met de FRHAK rondetafelconferenties over de continuïteit van de zorg in de huisartsengeneeskunde georganiseerd om zo de mening van het terrein te kennen aangaande:

- De mogelijke oplossingen wat betreft de toekomst van de wachtdiensten. Momenteel vormen de wachtdiensten op vele plaatsen een zware belasting voor veel artsen;
- De kansen die worden geboden door het triëren van de oproepen en het verdelen van de taken tussen de huisartsen en de ziekenhuisdiensten;
- De modernisering van de organisatie van de wachtdiensten, rekening houdend met de beschikbare middelen en de verschillen tussen de gewesten.

De belangrijkste conclusies die naar voren kwamen uit die besprekingen, kunnen als volgt worden samengevat:

- Een kwaliteitsvolle triage is nodig voor de oproepen aan de huisarts van wacht, aan de hand van een uniek oproepnummer;
- Het is belangrijk om te zorgen voor coördinatie tussen de eerste- en de tweedelijnszorg;
- De patiëntendossiers zouden gedeeld moeten worden om te zorgen voor een zo goed mogelijke opvolging ;
- Het is primordiaal om de huisarts een goede levenskwaliteit te garanderen, meer bepaald door bepaalde faciliteiten aan de huisartsen te bieden tijdens de wachtdiensten (voorbeeld: trachten ervoor te zorgen dat de patiënt zich verplaatst en niet de wachtarts).

## B. HET PLAN HUISARTSENWACHTDIENST 2013: ACTIES OM DE CONTINUÏTEIT VAN DE HUISARTSENGENEESKUNDE MINDER ZWAAR TE MAKEN

In opvolging van de rondetafelconferenties heeft minister Onkelinx een ‘Plan huisartsenwachtdienst’ opgesteld. Het betreft een hervormingsplan voor de wachtdienst dat algemene richtlijnen vooropstelt. Het plan stoelt op de volgende 5 pijlers:

- a. Medische regulering en veralgemening van het oproepnummer 1733 over het hele land
  - b. Oprichting van 45 nieuwe wachtposten
  - c. Naar een eenvormig aanbod van de wachtdienst tussen huisartsen en specialisten
  - d. De veiligheid van de huisartsen verbeteren
  - e. Lokale initiatieven onder de vorm van proefprojecten wetenschappelijk valideren
- **Pilootproject 1733**

Het project 1733 werd in 2008 opgestart door de FOD Volksgezondheid in een proefproject. 1733 is een uniek oproepnummer voor de huisartsenwachtdienst, dat het mogelijk maakt de oproepen te laten triëren door de regulatoren van de 112-centrales. Het oproepsysteem zorgt ervoor dat de huisarts niet meer zelf alle oproepen moet aannemen en afwerken, wat een tijds winst kan betekenen, maar ook dat de huisarts enkel deze oproepen krijgt die hem aanbelangen.

Het project loopt momenteel nog steeds als proefproject op verschillende sites in België.

In opvolging van het actieplan zal dit project nu op een gestructureerde wijze worden uitgebreid over heel België.

In 2014 werd er een bijkomend budget van 2,95 miljoen euro toegekend om de uitbreiding van het project 1733 naar heel België mogelijk te maken

- **Huisartsenwachtposten.**

Met de oprichting van de wachtposten kunnen de wachtdiensten aanzienlijk worden verlicht:

- Het beperkt het aantal wachtbeurten voor elke arts, aangezien de wachtposten verschillende wachtdienst zones kunnen bestrijken,
- Het beperkt het aantal mobiele wachtdiensten voor elke arts, aangezien de patiënten die zich kunnen verplaatsen en bij voorkeur naar de wachtposten worden doorverwezen.
- Het verhoogt de veiligheid, aangezien de wachtposten in goed aangeduide en beveiligde lokalen gebeuren waar er personeel aanwezig is.
- De huisartsenwachtposten zijn in België bezig aan een stevige opmars. Momenteel financiert het RIZIV een 60-tal wachtposten. Tijdens het laatste artsen-ziekenfondsakkoord werd het budget voor de wachtposten met 6 miljoen euro verhoogd. Dat is in 2014 goed voor 15 nieuwe wachtposten, dat ritme zou in 2015 en 2016 moeten kunnen aangehouden worden, wat tegen eind 2016 een 100-tal wachtposten zou moeten opleveren.

- **Wijziging van het aantal huisartsen van wacht**

In opvolging van het advies van de FRHAK van 22/03/2012 betreffende de wachtdienst werd een wijziging aangebracht aan het aantal huisartsen dat van wacht moet zijn voor een bepaalde bevolkingsschijf. In plaats van ten minste één huisarts van wacht met permanentie te moeten voorzien per volledige bevolkingsschijf van 30.000 inwoners, dient er slechts 1 arts van wacht per 100.000 inwoners overdag (van 8 u. tot 23 u.), en van 1 arts van wacht per 300.000 inwoners (van 23 u. tot 8 u.) van wacht te zijn.)

- **Wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid**

Deze wet bracht zorgde voor enkele wijzigingen in het kader van de zorgcontinuïteit en de wachtdienst. Een aantal begrippen met betrekking tot de zorgcontinuïteit en de medische permanentie werden duidelijk gedefinieerd. Deze wet zorgde ook voor een juridisch kader om een eenvormig oproepsysteem type “1733” in te voeren, zodat het project 1733 verder uitgebreid kan worden.

## C. MONITORING DOOR DE PLANNINGSCOMMISSIE – MEDISCH AANBOD

### 1. DE PUBLICATIE VAN DE JAARSTATISTIEKEN VAN DE BEOEFENAARS VAN DE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

Elk jaar valideert de Planningscommissie – medisch aanbod de publicatie van de jaarstatistieken van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen die zijn ingeschreven in het Kadaster (de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen). Ze neemt daar kennis van en kan desgevallend advies uitbrengen.

Deze publicatie wordt jaarlijks geactualiseerd en is beschikbaar op de website van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/index.htm>

### 2. CONTINGENTERING EN OPVOLGING

Naar aanleiding van de adviezen van de Planningscommissie – medisch aanbod, werd een contingentering voor het beroep van arts van kracht vanaf 2004. Het contingenteringssysteem onderging een aantal wijzigingen. De maatregel die momenteel van kracht is sinds 2008 beperkt het totale aantal artsen dat een opleiding mag aanvatten om een erkenning te verkrijgen om een curatieve praktijk uit te oefenen. Die beperking omvat ook de minimumdrempel van artsen die een opleiding mogen aanvatten om de huisartsengeneeskunde uit te oefenen. Zo beperkt de planning van het medisch aanbod zich niet tot het vaststellen van een contingentering van artsen die enkel het aantal artsen beperkt. Door eveneens minimumdrempels te voorzien voor bepaalde disciplines, werd de nadruk gelegd op het toezicht op de beroepen met een tekort, zoals de huisartsengeneeskunde, de kinder- en jeugdpsychiatrie, de geriatrie, de acute geneeskunde en de urgentiegeneeskunde. In 2011 werden de quota en de minimumdrempels sterk opgetrokken. In 2013 heeft de Planningscommissie een gunstig advies afgeleverd aangaande het voorstel om de maatregelen te wijzigen in verband met de planning, zodat het aantal artsen die een opleiding tot huisarts mogen aanvatten, uit de quota werd gehaald. De ministerraad heeft in eerste lezing het voorstel van de minister in die richting goedgekeurd. Het koninklijk besluit dat die maatregel van kracht doet worden, zal binnenkort ter ondertekening aan de koning worden voorgelegd.

De Planningscommissie volgt de uitvoering van die planning op, en publiceert een stand van zaken in haar jaarrapport dat beschikbaar is op de website van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm>

In mei 2015 zal de Planningscommissie een advies moeten uitbrengen over de quota van de contingentering voor de jaren na 2020.

### 3. PROJECT PLANCAD ARTSEN EN HET UITWERKEN VAN SCENARIO'S 2013-2054

Om de gegevens te verfijnen aangaande de workforce van de artsen, werd onlangs het project PlanCad Artsen opgestart. Het betreft de koppeling van gegevens met de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid en met het RIZIV. Dat nieuwe project wordt aangestuurd door de Planningscommissie en zal het mogelijk maken om, aan de hand van een aantal criteria zoals leeftijd of geslacht, de activiteitsgraad te kennen van de « stock » aan artsen die geregistreerd staan in het Kadaster van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen. Die resultaten zullen gepubliceerd worden in het rapport “Artsen op de arbeidsmarkt 2004-2012”, voorzien voor eind 2015.

Het project PlanCad Artsen, van de koppeling van gegevens in verband met de artsen, zal gevolgd worden door de studie van de mogelijke scenario's. Het betreft voorspellende scenario's die berekend worden aan de hand van het wiskundig planningsmodel, dat een projectie voor de komende 40 jaar maakt van de evolutie van de stock aan artsen op basis van de voorspellingen van de demografische evolutie en de evolutie van de gezondheidszorgbehoeften. Ze kunnen dus rekening houden met de vergrijzing van de bevolking en met de vrouwelijking van het beroep. In 2016 zal de Planningscommissie haar toekomstscenario's voor de komende 40 jaar bekendmaken.

### 4. HORIZON SCANNING HUISARTSEN

Daarnaast is er wat betreft de huisartsengeneeskunde nog een andere studie voorzien in het meerjarenplan van de Planningscommissie. Het betreft het pilootproject Horizon scanning dat is ingeschreven in het kader van de gezamenlijke Europese actie « Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting » die geprogrammeerd staat over een periode van drie jaar (april 2013 tot maart 2016)<sup>2</sup>. Dat project Horizon scanning, aangestuurd door de Engelse partner, zal het mogelijk maken een planningsmodel te ontwikkelen van de huisartsengeneeskunde door in het huidige Belgisch wiskundig model, aan de hand van een gestructureerde kwalitatieve methodologie (Horizon scanning en DELPHI), kwalitatieve elementen te integreren voor de ontwikkeling van (alternatieve) toekomstige scenario's.

De drie belangrijkste fases zullen zijn:

- **FASE 1 : Uitwerking van het basisscenario (« Stock Takes »)** : het betreft het model dat zorgt voor de balans tussen het huidige aanbod aan en de huidige vraag naar arbeidskrachten (laatste beschikbare gegevens) en nadenkt over de manier waarop de zaken moeten evolueren in de komende 40 jaar. Het model wordt in het Belgisch jargon « basismodel » genoemd, aangezien het de bedoeling is om de 40 variabelen van het model in te voeren en na te gaan hoe de workforce zal evolueren als enkel de demografische variabelen evolueren. Deze fase vertrekt vanuit de koppeling van de gegevens en mondt uit in de uitwerking van het basisscenario. Deze fase zal duren van oktober 2013 tot januari 2015.
- **FASE 2 : Horizon scanning, diepgaand onderzoek (« in Depth Review »)** : hier worden alle factoren onderzocht die een invloed hebben op het aanbod aan en de vraag naar arbeidskrachten in de huisartsengeneeskunde, en de impact van de verschillende beleidsmaatregelen, aan de hand van een

---

<sup>2</sup> Zie punt 5.

reeks plausible toekomstmogelijkheden. Die impact moet gekwantificeerd worden. Deze fase zal parallel lopen met de eerste, van oktober 2013 tot mei 2014.

- **FASE 3 : Uitwerking van de toekomstige scenario's** : De gekwantificeerde impact in fase 2 wordt geïntegreerd in het mathematisch model en maakt het mogelijk om scenario's voor de toekomst te ontwikkelen waarin kwalitatieve criteria worden opgenomen. Deze fase staat gepland van september 2014 tot december 2015.

## 5. INTERNATIONALE MOBILITEIT

Wat de Europese dimensie betreft, moet er rekening worden gehouden met de Europese wetgeving die de internationale mobiliteit ondersteunt, aan de hand van het vrije verkeer van personen en beroepen. Europese Richtlijn 2005/36<sup>3</sup> betreffende de erkenning van beroepskwalificaties vergemakkelijkt het vrije verkeer, zowel van studenten als van gezondheidsbeoefenaars. Dat betekent niet alleen dat er een instroom is van gekwalificeerde migranten, er bestaat ook een uitstroom van migranten, waar tot op vandaag weinig over bekend is. Niet elke instromende migrant zal trouwens actief blijven in België. De mobiliteit van studenten zorgt eveneens voor een in- en uitstroom van gekwalificeerde personen. Dit is met andere woorden een erg complexe kwestie.

De exploitatie van gegevens over internationale mobiliteit die verkregen werden dankzij de koppeling (PlanKad) zal het mogelijk maken de impact hiervan nauwkeuriger te kwantificeren.

Het is onmogelijk om in te gaan tegen het vrije verkeer van de gezondheidsbeoefenaars, dat gereguleerd wordt door Europese Richtlijn 2005/36, maar het zou mogelijk zijn om, na aanpassing van de wetgeving, de buitenlanders te integreren in het quotum. Dat voorstel van de Planningscommissie werd geïntegreerd in het voorstel dat in eerste lezing werd goedgekeurd door de ministerraad.

De impact van de internationale mobiliteit van de artsen heeft trouwens gevolgen voor de planning van alle Europese landen. Het is daarom dat België de nodige tijd heeft uitgetrokken voor vruchtbaar overleg op dat vlak.

Sinds het Belgisch voorzitterschap van de Europese Unie in 2010, heeft de Minister van Volksgezondheid veel geïnvesteerd opdat België een toonaangevende rol zou spelen in het project van de **Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting** waarvan België de coördinatie verzorgt. Het project ging van start in april 2013 en loopt tot 2016.

De doelstellingen van dat project zijn:

- De inzameling van gegevens verbeteren, ook over mobiliteit op Europees niveau;
- De expertise van de lidstaten vergroten op het gebied van planning en forecasting van het gezondheidspersoneel, in de inzameling van de gegevens en de analyse;
- De toekomstige behoeften ramen inzake kwalificatie en competentie;
- Zorgen voor richtsnoeren en actie stimuleren;
- Het netwerk voor planning en forecasting ontwikkelen en consolideren.

---

<sup>3</sup> Gewijzigd door de Europese Richtlijn 2013/55

## D. PERFORMANTIE-INDICATOREN « ORIËNTATIE VAN DE NIEUWE ARTSEN NAAR DE HUISARTSENGENEESKUNDE »

### TWEE PERFORMANTIE-INDICATOREN: DE INVULLINGSGRAAD VAN DE QUOTA BIJ AANVANG EN BIJ VOLTOOIING

Gezien de ingrijpende verandering die werd doorgevoerd in het systeem van contingentering van de artsen, door het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod<sup>4</sup>, zal de analyse van de indicatoren gebaseerd zijn op de geobserveerde gegevens uit de periode 2008-2012, en op een gemiddelde van de gecumuleerde gegevens tijdens de periode 2004-2007.

De opvolging van de planning toont aan dat het aantal artsen dat de opleiding om de huisartsengeneeskunde uit te oefenen aanvat, lager ligt dan de door de Planningscommissie medisch aanbod aanbevolen minimumdrempels. Ten opzichte van de planning die voorzien is sinds 2004 hebben te weinig artsen een opleiding huisartsengeneeskunde aangevat; in 2012 bedroeg het gecumuleerde tekort voor België 447 eenheden (cfr. tabel 3 hieronder).

In de onderstaande analyse worden twee indicatoren geanalyseerd om na te gaan in welke mate de oriëntatie van de artsen naar de huisartsengeneeskunde resultaat opleverde. De mate waarin de quota worden ingevuld in de twee gemeenschappen wordt op twee verschillende manieren berekend. **De invullingsgraad ‘bij aanvang’** geeft de verhouding weer tussen het aantal artsen dat een opleiding ‘huisarts’ volgens de voorwaarden van de contingentering aanvat en het daartoe vastgestelde minimumquotum. **De invullingsgraad ‘bij voltooiing’** vergelijkt dan weer de instroom van het aantal erkende huisartsen tijdens het jaar ‘t+2’ met de waarde van de quota vastgesteld voor het jaar ‘t’<sup>5</sup>. Die instroom omvat alle nieuwe erkende huisartsen, zowel die uit de contingentering van twee jaar voordien als diegene die daarvan waren vrijgesteld, en de artsen van wie de in het buitenland gevolgde opleiding als gelijkwaardig werd erkend met die van de huisartsen. Deze rate ‘bij voltooiing’ is representatiever voor de verhouding tussen de quota en de reële instroom in de workforce bij de huisartsen.

In de onderstaande cijfers vertegenwoordigt de jaarlijkse instroom het aantal nieuwe artsen die erkend zijn als huisarts voor elk gegeven jaar.

---

<sup>4</sup> Voor meer details, zie de Planning van het medisch aanbod in België. Jaarrapport van de Planningscommissie van het medisch aanbod. 2012, p. 25-31. Document beschikbaar op de webpagina vermeld in punt C.2.

<sup>5</sup> De 2 jaar verschil komen overeen met de gebruikelijke duur van de opleiding van de huisartsen, die 3 jaar bedraagt, maar waarvan het eerste jaar gevolgd kan worden tijdens het 7<sup>de</sup> jaar van de studies voor alle artsen die hun studies hebben aangevat vóór september 2012.

# 1. EVOLUTIE IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

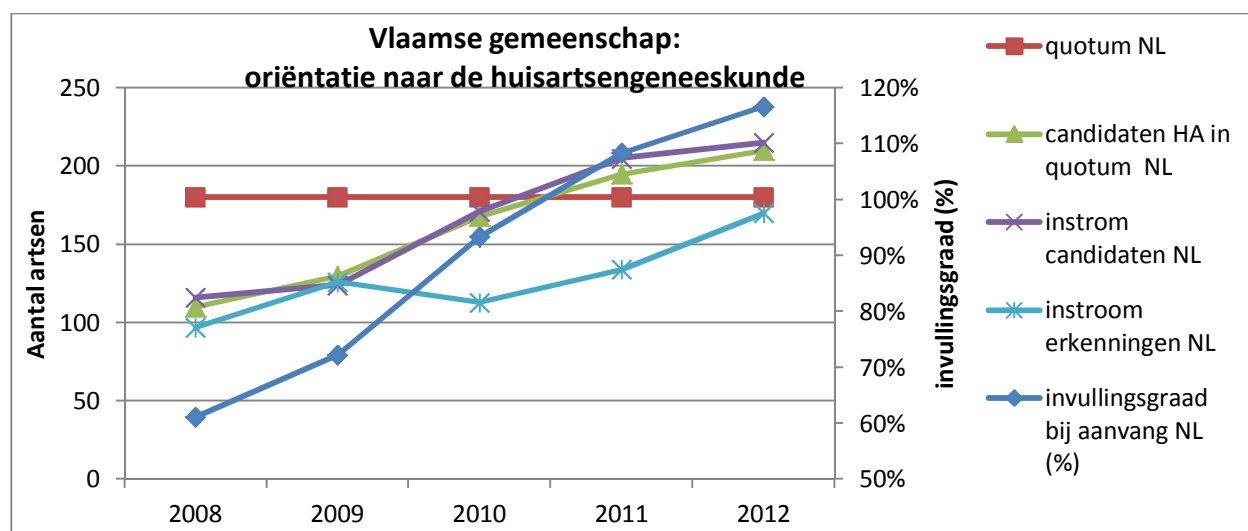
**TABEL 1: AANTAL INGEDIENDE STAGEPLANNEN IN DE HUISARTSENGENEESKUNDE EN NIEUWE ERKENNINGEN IN DE PERIODE 2004-2012 IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP: OVERZICHT (ART. 4 VAN HET KB VAN 12/06/2008).**

| Huisarts  | Gecumuleerde totalen 2004-2007 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Gecumuleerde totalen 2004-2012 |
|---|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------------------------|
| Quotum (N)  | 720                            | 180  | 180  | 180  | 180  | 180  | 180  | 180  | 1440                           |
| Vastgesteld contingent (O)                        | 446                            |      |      | 110  | 130  | 168  | 195  | 210  | 1259                           |
| Verschil (O-N)                                    | -274                           |      |      | -70  | -50  | -12  | +15  | +30  | -391                           |
| Invullingsgraad van het quotum (bij aanvang)      | 62%                            | 62%* | 62%* | 61%  | 72%  | 93%  | 108% | 117% | 87%                            |
| Jaarlijkse instroom (I)                           |                                |      |      | 97   | 126  | 113  | 134  | 170  |                                |
| Invullingsgraad van het quotum (bij voltooiing)** |                                | 54%  | 70%  | 63%  | 74%  | 94%  |      |      |                                |

\*gemiddelde voor de periode 2004-2007.

\*\*Berekening van de invullingsgraad van het quotum van het jaar t bij voltooiing (jaar t+2) :  $I(t+2)/N(t)$

De aantallen van de eerste 5 lijnen werden opgenomen in de onderstaande grafiek. We herinneren eraan dat het quotum betreffende de huisartsengeneeskunde gedefinieerd wordt als minimumdrempel ; een invullingsgraad hoger dan 100% is dus mogelijk. Sinds 2008 neemt de invullingsgraad van het quotum constant toe. In 2010 overschrijdt hij de 90%. Aan het einde van de periode 2004-2012 was 87% van de quota ingevuld. Vanaf 2011 wordt het verschil O-N positief. Dat betekent dat het sinds 2004 gecumuleerde tekort begint af te nemen.



## 2. EVOLUTIE IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

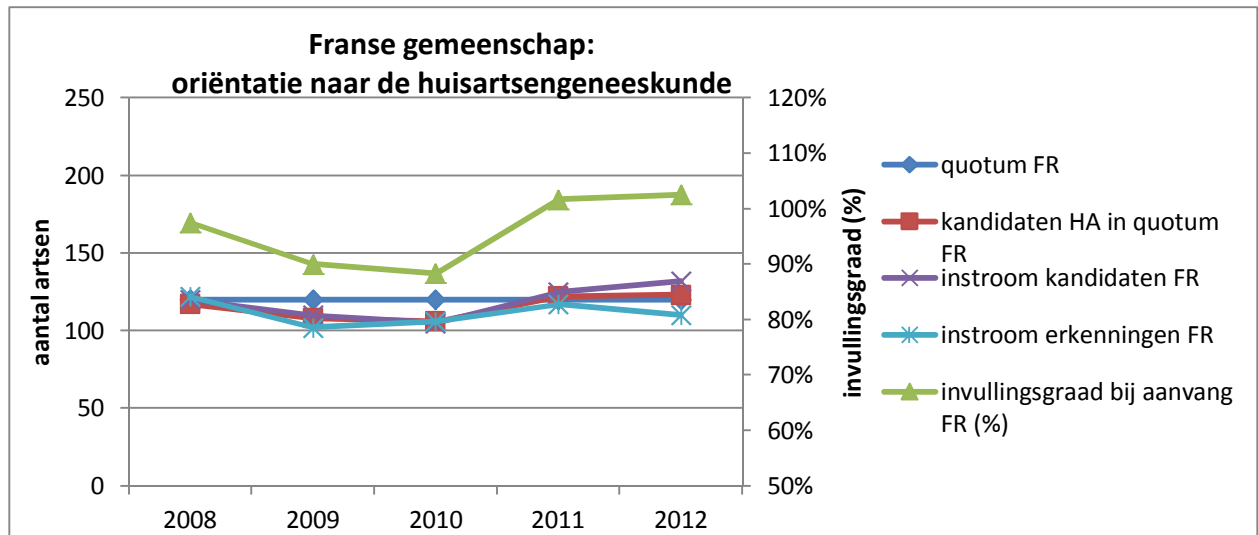
**TABEL 2: AANTAL INGEDIENDE STAGEPLANNEN IN DE HUISARTSENGENEESKUNDE IN DE PERIODE 2004-2012 IN DE FRANSE GEMEENSCHAP: OVERZICHT (ART. 4 VAN HET KB VAN 12/06/2008)**

| Huisarts  | 2004-2007 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012   | Gecumuleerd totaal 2004-2012 |
|---|-----------|------|------|------|------|------|------|--------|------------------------------|
| Quotum (N)  | 480       | 120  | 120  | 120  | 120  | 120  | 120  | 120    | 1080                         |
| Vastgesteld contingent (O)                        | 418       |      |      | 117  | 108  | 106  | 122  | 123    | 994                          |
| Verschil (O-N)                                    | -72       |      |      | -3   | -12  | -14  | +2   | +3     | -96                          |
| Invullingsgraad van het quotum (bij aanvang)      | 87%       | 87%* | 87%* | 98%  | 90%  | 88%  | 102% | 102,5% | 92%                          |
| Jaarlijkse instroom (I)                           |           |      |      | 120  | 110  | 105  | 125  | 132    |                              |
| Invullingsgraad van het quotum (bij voltooiing)** |           | 102% | 85%  | 88%  | 98%  | 92%  |      |        |                              |

\*gemiddelde voor de periode 2004-2007.

\*\*Berekening van de invullingsgraad van het quotum van het jaar t bij voltooiing (jaar t+2) :  $I(t+2)/N(t)$ .

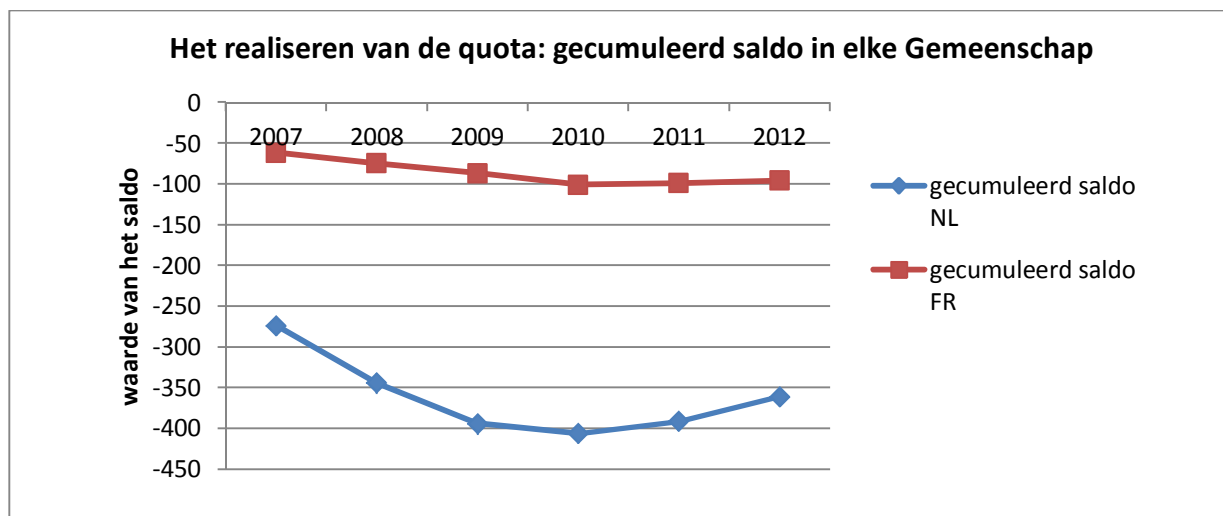
De aantallen van de eerste 5 lijnen werden opgenomen in de onderstaande grafiek. Tijdens de periode 2008-2012 is de invullingsgraad van het quotum weinig variabel, tussen 88% en 102,5%. Aan het einde van de periode 2004-2012 was 92% van de quota ingevuld. Vanaf 2011 wordt het verschil O-N positief. Dat betekent dat het sinds 2004 gecumuleerde tekort begint af te nemen.





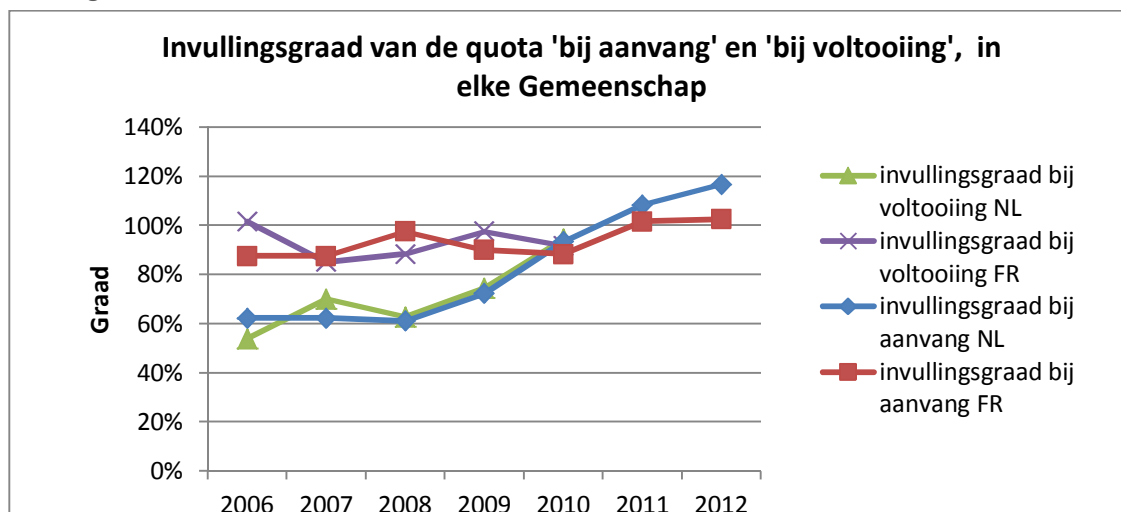
### 3. VERGELIJKING VAN DE EVOLUTIE IN DE TWEE GEMEENSCHAPPEN

In de onderstaande grafiek vertegenwoordigt het vertrekpunt voor het jaar 2007 het gecumuleerde saldo van de periode 2004-2007, waar het quotum in de huisartsengeneeskunde een niet te overschrijden maximum vormde, en geen minimumdrempel. De Franse gemeenschap ging van start met een tekort van 72 eenheden, terwijl de Vlaamse gemeenschap een tekort had van 274 eenheden.



We stellen in deze grafiek vast dat het tekort in de Vlaamse gemeenschap bleef toenemen, terwijl het zich bijna stabiliseerde in de Franse gemeenschap.

In de onderstaande grafiek worden de invullingsgraden van de quota 'bij aanvang' en 'bij voltooiing' onderling vergeleken, en tussen de twee gemeenschappen, voor de periode 2006-2010. We stellen vast dat de invullingsgraad bij voltooiing in de Vlaamse gemeenschap vergelijkbaar is met de invullingsgraad bij aanvang. In de Franse gemeenschap lijkt de invullingsgraad bij voltooiing een jaar achterop te lopen bij de invullingsgraad bij aanvang.



## 4. EVOLUTIE IN BELGIË

**TABEL 3 : AANTAL INGEDIENDE STAGEPLANNEN IN DE HUISARTSENGENEESKUNDE IN DE PERIODE 2004-2012 VOOR HEEL BELGIË: OVERZICHT (ART. 4 VAN HET KB VAN 12/06/2008).**

| Huisarts                       | 2004-2007  | 2008       | 2009       | 2010       | 2011        |             | Gecumuleerd totaal 2004-2012 |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|------------------------------|
| Quotum (N)                     | 1200       | 300        | 300        | 300        | 300         | 300         | 2700                         |
| Vastgesteld contingent (O)     | 864        | 227        | 238        | 274        | 317         | 333         | 2253                         |
| Verschil (O-N)                 | -336       | -73        | -62        | -26        | +17         | +33         | -447                         |
| Invullingsgraad van het quotum | <b>72%</b> | <b>76%</b> | <b>79%</b> | <b>91%</b> | <b>106%</b> | <b>111%</b> | <b>83%</b>                   |

De invullingsgraad van het quotum neemt constant toe. In 2010 overschrijdt hij de 90%. Vanaf 2011 begint het sinds 2004 gecumuleerde tekort af te nemen.

## E. BRON DOCUMENTEN

Report van KCE 171A, *Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen?*, 2011.

<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/welke-oplossingen-voor-de-wachtdiensten-van-huisartsen>

Report van KCE 196A, *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Rapport 2012.*

<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-rapport-2012>

Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Aantal beoefenaars op 31/12/2012 en instroom 2012. :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470\\_FR](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470_FR)

De planning van het medisch aanbod in België. Jaarverslag 2010 van de Planningscommissie medisch aanbod :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm>

De planning van het medisch aanbod in België. Jaarverslag 2012 van de Planningscommissie medisch aanbod :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm>

Huisartsenwachtdienstenplan 2013 :

[http://www.laurette-onkelinx.be/articles\\_docs/20131120 - Plan huisartsenwachtdiensten.pdf](http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/20131120_-_Plan_huisartsenwachtdiensten.pdf)

Formele advies 2012\_02 van de Planningscommissie medisch aanbod :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/AvisFormel/index.htm>

### Reglementering

Wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

Koninklijk Besluit nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen

Koninklijk Besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod

Ministerieel Besluit van 1<sup>ste</sup> maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen