



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

betreffende de dubbele cohorte studenten geneeskunde afstuderend in het academiejaar 2017-2018*

1. Inleiding

De inperking van de opleiding geneeskunde van een zevenjarig naar een zesjarig curriculum werd geregeld bij wet van 12 mei 2011 (*Belgisch Staatsblad* van 8 juni 2011) en kwam mede tot stand in het kader van het Bologna proces, gestart na de Verklaring van Bologna van 19 juni 1999 om te komen tot een Europese Ruimte voor Hoger Onderwijs.

Door deze hervorming zal op het einde van het academiejaar 2017-2018 een dubbele cohorte basisartsen afstuderen aan onze universitaire instellingen: 1) diegenen die een zevenjarige opleiding gestart zijn in het academiejaar 2011-2012, en 2) diegenen die een zesjarige opleiding hebben aangevat in het academiejaar 2012-2013.

Dit betekent dat een dubbel aantal basisartsen zal starten aan een vervolgopleiding tot beroepsactieve arts in de huisartsgeneeskunde (2 jaar voor de oude cohorte en 3 jaar voor de nieuwe cohorte) of in de specialistische geneeskunde (5-6 jaar).

Het voornaamste doel van dit advies is de bevoegde overheden van ons land te wijzen op hun verantwoordelijkheid om **tijdig de nodige maatregelen te nemen voor het creëren van een kader om een kwaliteitsvolle beroepsopleiding te garanderen voor deze artsen**, overeenkomstig de criteria, zoals gestipuleerd in recente regelgeving: het ministerieel besluit van 21 februari 2006 betreffende de criteria voor erkenning van huisartsen, en het ministerieel besluit van 23 april 2014 betreffende de algemene criteria voor de erkenning van geneesheerspecialisten, stagemeesters en stagediensten.

2. Probleemstelling

Het gelijktijdig afstuderen van twee cohorten masterstudenten geneeskunde zal resulteren in *vier uitdagingen*:

A) Overschrijding van het vastgelegde contingent aan huisartsen en specialisten

Met dit probleem werd reeds rekening gehouden door het optrekken van het contingent voor het promotiejaar 2017-2018 overeenkomstig het koninklijk besluit van 1 september 2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 augustus 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (*zie Tabel 1 en Tabel 2*).

B) Tekort aan voldoende kwaliteitsvolle stageplaatsen en stagemeesters in universitaire en regionale ziekenhuizen en in huisartspraktijken

Er is een nood aan bijkomende en kwaliteitsvolle stageplaatsen:

* Het advies werd voorbereid door de vaste commissie onderwijs in de biomedische disciplines, samengesteld uit Dirk Van Raemdonck (voorzitter), Brigitte Velkeniers (ondervoorzitter), Joke Denekens (secretaris), Bernard Himpens (voorzitter KAGB), Aart de Kruif (algemeen secretaris KAGB), Peter Bols, Rik Casteels, Dominique Declerck, Rik Gosselink, Geneviève Laureys, Walter Sermeus, Wim Stevens, Paul Van Cauwenberge, Paul Van Schil, Gaston Vantrappen, Guido Verhoeven, aangevuld met Jo Lambert (bestuurder).

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Guy De Backer, Dominique Declerck, Aart de Kruif (algemeen secretaris), Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter), Greet Ieven, Jo Lambert, Geneviève Laureys, Lea Maes, Simon Scharpé, Wim Stevens en André Van Steirteghem, keurde het advies goed op 17 november 2014.

- voor de artsen-specialisten in opleiding (ASO's) zou dit neerkomen op ruim 20% meer stageplaatsen (berekend op een gemiddelde opleiding van 5 jaar).
- voor de huisartsen in opleiding (HAIO's) betekent dit 33% meer stageplaatsen (in 2018 zullen er eenmalig 227 meer huisarts-praktijkopleiders nodig zijn en vanaf 2018 zullen er permanent 200 meer ziekenhuis-praktijkopleiders nodig zijn).

De Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen werkt momenteel aan een lijst van onvolledig benutte stageplaatsen, maar dit zal waarschijnlijk niet volstaan om alle artsen een vervolgopleiding te kunnen aanbieden.

- voor ASO's kunnen buitenlandse stageplaatsen aanzienlijk bijdragen tot de opleiding. Dit kan eenvoudig via notificatie van de buitenlandse stageplaats aan de Hoge Raad, zoals geregeld in het ministerieel besluit van 23 april 2014, art 11, §3. De bijkomende financiële last voor de ASO kan hier echter een belemmering vormen. Een uitwisseling met buitenlandse ASO's wordt bemoeilijkt door de taalbarrière bij de medische zorg voor Nederlandstalige patiënten.
- voor HAIO's is een buitenlandse stage niet evident omwille van de huidige financiering van de stages via de financiële bijdragen van de huisarts-praktijkopleiders zelf. Het rekruteren en opleiden van nieuwe, bijkomende stage-meesters zal echter heel wat energie, tijd en mandaten vergen, omdat dit onvoorziene en tot nu toe niet-vergoede taken zijn voor de onderwijsinstellingen.

Daarnaast moet bij het bepalen van het aantal stageplaatsen zeker voldoende aandacht besteed worden aan de maatschappelijke noden, voornamelijk voor de knelpuntberoepen (cf. het huidige tekort aan psychiaters, jeugd- en kinderpsychiaters, gerieters, urgentieartsen, schoolartsen, jeugdartsen, ...). De beschikbaarheid van recent demografisch cijfermateriaal en een betrouwbaar kadaster van de verschillende beroepsuitoefenaars is onontbeerlijk voor de juiste inschatting van deze problematiek (zie Tabel 3).

C) Nood aan bijkomende financiering voor de universitaire en interuniversitaire instellingen, voor niet-universitaire stagemeesters en voor verloning van kandidaat-specialisten en kandidaat-huisartsen

De wetgever heeft bepaald dat kandidaat-specialisten en kandidaat-huisartsen een beperkt, *sui generis* sociaal statuut als werknemer hebben. Ze hebben immers geen recht op werkloosheidsuitkering, pensioen, vakantiegeld, en dertiende maand. Ze krijgen enkel een *billijke vergoeding* uitgekeerd, overeenkomstig het koninklijk besluit van 21 april 1983 (art. 34) met betrekking tot de "vaststelling van de nadere regeling voor de erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen".

- voor de ASO's werd een minimum richtbedrag vastgelegd in het ministerieel besluit van 30 april 1999 (art. 5, §25) als zijnde "overeenkomstig het loon van een beginnende adjunct-adviseur in het federale ambtenarenkader met gelijke anciënniteit". Dit ministerieel besluit werd echter volledig opgeheven en deze paragraaf werd niet overgenomen in het nieuwe ministerieel besluit van 23 april 2014, zodat momenteel opnieuw rechtsonzekerheid bestaat betreffende de minimum verloning van kandidaat-specialisten.
- Voor de HAIO's werd de forfaitaire maandelijks opleidingsvergoeding bij de invoering gealigneerd op het bedrag voor de ASO's. De wetgever legt echter nergens een minimum bedrag vast. HAIO's worden betaald in een eigen *sui generis* statuut overeenkomstig het koninklijk besluit van 17 juli 2009 tot "vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen". De bedragen die uitbetaald worden aan de HAIO's, worden vastgelegd door de VZW SUI, en worden omschreven in de standaard contracten en het huishoudelijk reglement.

Het huidige financieringsmechanisme, evenals de grootte van de financiële tussenkomst vanwege de overheid voor de beroepsopleiding van kandidaat-specialisten, enerzijds, en die van kandidaat-huisartsen, anderzijds, verschilt echter aanzienlijk. Daar waar de ASO's deels gefinancierd worden vanuit het deel B7 van het budget financiële middelen (enkel ter beschikking voor ziekenhuizen met universitaire bedden), is er voor elke HAIO overeenkomstig het koninklijk besluit van 17 juli 2009 (art 2, § 1) een tussenkomst voorzien vanuit het RIZIV voor ongeveer 62% van de bruto loonkost.

- Voor alle kandidaat-specialisten, ongeacht hun aantal, wordt nationaal in een vastgelegd jaarlijks budget van 18,11 MIO € voorzien. Dit komt momenteel overeen met **4.700 € à 5.700 € per opleidingsjaar en per ASO**. Uit een recente studie (Antares 2014) blijkt dat de huidige overheidsfinanciering aan universitaire ziekenhuizen in België voor de opleiding van ASO's in vergelijking met andere Europese landen zeer beperkt is (België: 4,6%; Nederland 34%; Frankrijk: 9%; Spanje 9%; Zwitserland: 20%). Indien deze gemiddelde overheidsbijdrage dient uitgebreid te worden voor alle (niet-universitaire) ziekenhuizen met ASO's in opleiding, zou dit neerkomen op een extra bedrag van 23-27 MIO €.
- Daarentegen wordt, ongeacht het aantal kandidaat-huisartsen, door het RIZIV (in 2014) een bedrag voorzien van **29.870 € per opleidingsjaar en per HAIO**.

Uit deze cijfers wordt duidelijk, dat een aanzienlijk deel van de totale loonkost voor een ASO en HAIO (bij benadering 50.000 € op jaarbasis inclusief patronale bijdragen) bijgepast dient te worden vanuit de honoraria die gegenereerd worden door de instelling waar of de individuele stagemeester/praktijkopleider bij wie de kandidaat in opleiding is. Daarenboven is er nog steeds niet in overheidsfinanciering voorzien voor de bijkomende uren die tegen vergoeding kunnen worden gepresteerd door de kandidaat in het kader van artikel 7 van de wet van 12 december 2010 betreffende de aanvullende arbeidstijd (opt-out uren bovenop de 48 uren week). Het benodigde bedrag voor ASO's werd in een nota van 27 september 2011 van de heer C. Decoster, directeur-generaal bij de FOD Volksgezondheid, geschat op 17 MIO €.

Teneinde een vonnis vanwege een bevoegde rechtbank rond deze bestaande ongelijkheid in overheidsfinanciering tussen ASO's en HAIO's te voorkomen, lijkt het logisch om deze financiering vanuit het RIZIV budget gelijk te schakelen tussen kandidaat-specialisten en kandidaat-huisartsen. Rekening houdend met het huidige bedrag van 29.870 € als tussenkomst vanwege de overheid voor elke kandidaat-huisarts, kunnen volgende berekeningen worden gemaakt:

- voor ASO's zal voor een zesjarige (vijfjarige) opleiding van 400 nieuwe kandidaten per jaar in Vlaanderen een bijkomend bedrag (vóór indexatie) nodig zijn van 71,7 MIO € (59,7 MIO €) voor het volledige traject. Voor de dubbele cohorte (inclusief meer afstuderende studenten geneeskunde) en bij een gelijk blijvende verhouding ASO's/HAIO's, zou dit voor 900 ASO's een kost betekenen van 161,3 MIO € (134,4 MIO €). Daarnaast moet rekening gehouden worden met het feit, dat de huidige opleidingsduur voor sommige specialismen mogelijk nog met één jaar verlengd zal worden om te voldoen aan Europese standaarden, waardoor dit bedrag nog hoger zou kunnen oplopen.
- Voor de HAIO's werd aan het RIZIV een bijkomend budget van ongeveer 7 MIO € gevraagd voor de invoering van een derde jaar van de masteropleiding huisartsgeneeskunde vanaf 2018 (= 227 extra HAIO's per jaar x 29.870 euro x verwachte indexering).

Daarenboven blijft het na de zesde staats hervorming onduidelijk, of deze bijkomende financiering ten laste moet komen van de federale overheid (Volksgezondheid), dan wel van de gemeenschappen (Onderwijs), aangezien de opleiding zowel een praktisch luik (beroepsopleiding) als een theoretisch luik moet omvatten.

Voor artsen die hun beroepsopleiding onderbreken voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek in het kader van een doctoraat (4 jaar), zouden bijkomende wetenschappelijke mandaten vanuit het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek kunnen bijdragen om deze groep van artsen tijdelijk te financieren.

D) Dubbele uitstroom in de gezondheidszorg op het einde van de beroepsopleiding

Na het beëindigen van de beroepsopleiding zullen een dubbel aantal beroepsactieve artsen zich aanbieden op de markt van de Belgische gezondheidszorg. Voor sommige specialismen zal dit leiden tot een overaanbod, waardoor deze artsen gedwongen zullen worden alternatieve beroepsuitwegen te zoeken, zoals vestiging in het buitenland. Daarnaast kan het potentiële gevaar voor overconsumptie in een prestatie gefinancierde gezondheidszorg niet genegeerd worden.

Een tewerkstelling buiten de curatieve gezondheidszorg (administratie, leger, mutualiteiten, maatschappelijke gezondheidszorg, etc.) lijkt momenteel financieel onvoldoende aantrekkelijk voor deze langdurig en hoog opgeleide artsen.

Het éénmalige overaanbod na het beëindigen van de beroepsopleiding van artsen uit de cohorte 2017-2018 zal het vinden van een geschikte vestigingsplaats voor artsen uit latere cohorten eveneens bemoeilijken, gezien het huidige overaanbod in sommige specialismen.

3. Aanbevelingen

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België formuleert daarom de volgende **tien aanbevelingen**:

A) Correcte uitvoering van het vastgelegde contingent

- 1) De vastgelegde contingenten voor huisartsen en specialisten moeten bij de uitstroom van masterstudenten geneeskunde strikt worden nageleefd in de beide taalgemeenschappen.

B) Voldoende stageplaatsen/stagemeesters in binnen- en buitenland

- 2) Er moet dringend een plan opgesteld worden om het aantal stageplaatsen en stagemeesters voor kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten in België aanzienlijk uit te breiden met voldoende garantie voor de kwaliteit van de opleiding.
- 3) Het statuut van stagemeester/praktijkopleider moet aantrekkelijker gemaakt worden met inbegrip van een aparte financiering voor de verzorgingsinstelling/praktijk om deze bijkomende didactische taak voor het organiseren van een praktische en theoretische opleiding van de kandidaten mogelijk te maken.
- 4) Overeenkomsten tussen universiteiten en gerenommeerde opleidingsinstellingen in het buitenland moeten worden gefaciliteerd.

C) Correcte financiering van instellingen en van kandidaten in opleiding

- 5) Het huidige opleidingsbudget vanwege de overheid moet worden opgetrokken en gelijkgesteld voor elke kandidaat-huisarts en kandidaat-specialist met een erkend stageplan. Noch de honoraria van de huisartsen-praktijkbegeleiders en de specialisten-stagemeesters, noch het opleidingsluit in het B7 onderdeel van het Budget Financiële Middelen volstaan momenteel om deze extra opleidingskosten en bijkomende arbeidsuren te financieren.
- 6) Vanuit de wetenschappelijke instellingen moet in bijkomende mandaten worden voorzien om in te staan voor de verloning van artsen die hun opleiding onderbreken voor het behalen van een doctoraat. Hierdoor kan alternatieve ruimte worden gecreëerd om bijkomende kandidaten toe te laten tot de beroepsopleiding binnen het voorziene contingent.
- 7) Een minimum gewaarborgd loon voor kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten moet, sinds het schrappen van de betreffende bepaling uit de regelgeving (opheffing van het ministerieel besluit van 30 april 1999 door het ministerieel besluit van 23 april 2014), opnieuw in de regelgeving worden verankerd.
- 8) Het huidige *sui generis* statuut van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten moet worden uitgebreid tot een volwaardig statuut als werknemer.

D) Faciliteren van uitstroom naar knelpuntspecialismen en de niet-curatieve gezondheidszorg

- 9) Het afstuderen van een dubbele cohorte studenten geneeskunde is een opportuniteit om medische prestaties, uitgevoerd binnen de knelpuntspecialismen (geriatrie, psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, urgentiegeneskunde, schoolarts, jeugdarts, ...), beter te honoreren om aldus de bestaande onderbestaffing weg te werken.
- 10) Een voltijdse tewerkstelling als arts-specialist of huisarts buiten de curatieve gezondheidszorg moet financieel aantrekkelijker worden gemaakt.

4. Besluit

Dit advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België beoogt te anticiperen op een probleem dat zich zal voordoen op het einde van het academiejaar 2017-2018 ten gevolge van het afstuderen van een dubbele cohorte basisartsen die aansluitend hun beroepsopleiding zullen aanvangen.

Door overname van dit tienpuntenplan in het beleid laten politici blijken, dat zij zich mede verantwoordelijk voelen voor hoogopgeleide specialisten en huisartsen. Alleen hierdoor kan onze bevolking blijven rekenen op een kwaliteitsvolle uitoefening van de geneeskunde in de komende jaren.

Tabel 1. Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met “toegang tot de opleiding” (koninklijk besluit van 12 juni 2008, gewijzigd door het koninklijk besluit van 7 mei 2010 en het koninklijk besluit van 1 september 2012)

A. de geldende minima en maxima voor België

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

B. de geldende minima en maxima voor de Vlaamse Gemeenschap

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

C. de geldende minima en maxima voor de Franse Gemeenschap

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

Bron: Jaarverslag 2013 van de planningscommissie medisch aanbod

http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Rapports_Annuels/index.htm

Tabel 2. Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde

A. Vlaamse Gemeenschap

Vlaamse Gemeenschap														
Jaar van het diploma	Reëel (1)										Verwacht (2)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal afstuderenden	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	803	839	851	848
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738

(1) Reëel aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron : FOD Volksgezondheid).

(2) Verwachtingen geschat op basis van inschrijvingen per jaar (gegevensbron: Vlaamse Gemeenschap) en vanaf 2015 op basis van planningsmodel (projectieberekening: Basisscenario artsen 2009; zie bijlage 6.3).

B. Franse Gemeenschap

Franse Gemeenschap														
Jaar van het diploma	Reëel (1)										Verwacht (2)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal afstuderenden	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	554	620	760	1072
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492

(1) Reëel aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron : FOD Volksgezondheid).

(2) Verwachtingen geschat op basis van inschrijvingen per studiejaar (gegevensbron: Franse Gemeenschap; projectieberekening: FOD Volksgezondheid). De meest recente gegevens betreffen het academisch jaar 2011-2012. Dit vermeerdert de foutenmarge van de projectieberekeningen, in het bijzonder voor de laatste jaren.

Bron: Jaarverslag 2013 van de planningscommissie medisch aanbod

http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Rapports_Annuels/index.htm

Tabel 3. Aantal artsen gedomicilieerd in of buiten België op 31 december 2013

	België	Buiten België	Totaal
erkende huisartsen	15.072	898	15.970
huisartsen in opleiding	730	8	738
erkende artsen-specialisten	26.459	3.202	29.661
artsen-specialisten in opleiding	4.212	105	4.317
artsen zonder bijzondere beroepstitel	3.711	3.561	7.272
Totaal	49.599	7.770	57.369

Bron: Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België

[http://www.health.belgium.be/filestore/19096258_NL/STATAN%20NL%20finale%20versie%202013%20\(2\).pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19096258_NL/STATAN%20NL%20finale%20versie%202013%20(2).pdf)