

SYNTHESE

PLANNING VAN GEZONDHEIDSZORGPERSONEEL EN GEGEVENS OVER VROEDVROUWEN



SYNTHESE

PLANNING VAN GEZONDHEIDSZORGPERSONEEL EN GEGEVENS OVER VROEDVROUWEN

NADIA BENAHMED, ERIK HENDRICKX, JEF ADRIAENSSENS, SABINE STORDEUR



■ VOORWOORD

Bij het opstellen van een planning van gezondheidszorgberoepen moet er een inschatting worden gemaakt van de menselijke middelen die in de toekomst nodig zullen zijn om aan een evoluerende zorgvraag te kunnen voldoen. Het opmaken van een dergelijke planning is geen exacte wetenschap, want er zijn talrijke onzekerheden in de evolutie van de vraag zowel als van het aanbod. Men kan zich dus niet beperken tot het louter analyseren van vroegere tendensen, want vraag en aanbod volgen niet zomaar de mechanistische regeltjes van de markteconomie. Daarbij komt nog dat, zoals wij allemaal weten, politieke beslissingen een grote invloed kunnen uitoefenen op de vraag en de zorgorganisatie, en dus ook op de daarmee gepaard gaande behoefte aan zorgprofessionals. Om die reden zijn de projecties gestoeld op scenario's die gebaseerd zijn op gedegen kwalitatieve methoden. Hoe robuuster deze methoden, hoe beter de kwaliteit van onze ramingen zal zijn.

Bovenstaande overwegingen gelden zeer zeker ook voor het beroep van vroedvrouw. Om te beginnen, bevalt men vandaag niet meer zoals 30, 20 of zelfs 10 jaar geleden. Vervolgens doen de vroedvrouwen zelf, als voorvechtsters van meer autonomie, de geesten evolueren in de richting van een holistische aanpak van de fysiologische, biologische, psychologische, sociale en culturele processen van zwangerschap, bevalling en zorg voor de pasgeborene, en leggen zo nieuwe behoeften bloot. Dit alles speelt zich af in een veranderend zorglandschap, waarbij de kraamzorg geleidelijk aan verschuift naar de thuisomgeving, en de vroedvrouwen meer en meer te maken hebben met sociale achterstand en kwetsbaarheid. Kortom, om de toekomstige behoeften te voorspellen rekening houdend met al deze facetten is er eigenlijk een kristallen bol nodig.

Om hen te helpen bij hun planningstaak voor het beroep van de vroedvrouwen, vroeg de Planningscommissie van de FOD Volksgezondheid een methodologische ondersteuning aan het KCE. Een aantal basisparameters moesten nader worden onderzocht: hoeveel vroedvrouwen zijn er momenteel actief op het terrein? In welke soort structuur functioneren ze? Hoeveel stoppen er met hun praktijk? Hoeveel studenten volgen er een opleiding als vroedvrouw? In het rapport dat voor u ligt, kan u de antwoorden vinden. Wij voegden er nog een aantal meer algemene aanbevelingen aan toe over de aanpak van dergelijke planningsoefeningen.

Misschien voelt het soms een beetje als science-fiction, gezien de vele onzekerheden rond wat de toekomst nog verder zal brengen. Maar ondanks de hierboven gemelde reserves, zou helemaal geen planning maken uiteraard bijzonder onvoorzichtig zijn. Wij hopen alleszins dat onze studie betrouwbaarder zal blijken te zijn dan een kristallen bol, en dat ze zal bijdragen tot een evenwichtig zorgaanbod in de jaren die voor ons liggen.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SYNTHESE	2
1.	CONTEXT	5
2.	PLANNINGSPROCES VOOR GEZONDHEIDSWERKERS IN BELGIË	6
2.1.	BESCHRIJVING VAN HET HUIDIGE AANBOD	6
2.2.	UITWERKING VAN EEN BASISSCENARIO VOOR DE EVOLUTIE VAN HET AANBOD (CONTINUÏTEIT)	6
2.3.	UITWERKING VAN ALTERNATIEVE SCENARIO'S (WAARBIJ BEPAALDE EVOLUTIEHYPOTHESEN IN AANMERKING GENOMEN WORDEN).....	7
2.4.	BEKENDMAKING VAN HET ADVIES VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE	7
2.5.	POLITIEKE BESLUITVORMING NAAR AANLEIDING VAN HET ADVIES VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE	7
3.	REIKWIJDTE VAN HET RAPPORT	8
4.	RESULTATEN	8
4.1.	VERSCHILLENDE OPLEIDING TOT VROEDVROUW IN HET NOORDEN EN HET ZUIDEN VAN HET LAND	8
4.1.1.	Opleiding tot vroedvrouw en beroepsvaardigheden	8
4.1.2.	Gegevens in verband met de opleiding tot vroedvrouw in België.....	10
4.2.	UITOEFENING VAN DE VROEDKUNDIGE ZORG.....	10
4.2.1.	Bepalingen in verband met de uitoefening van de vroedkundige zorg	10
4.2.2.	Aantal vroedvrouwen in België.....	11
4.2.3.	Plaats waar vroedvrouwen hun beroep uitoefenen.....	11
4.2.4.	Eindeloopbaanregeling	12
4.3.	KRITISCHE ANALYSE VAN HET PLANNINGSPROCES VOOR GEZONDHEIDSWERKERS	13



4.3.1.	Specifieke uitdagingen voor de vroedvrouwplanning	15
5.	AANBEVELINGEN	16
5.1.	ACCENTVERLEGGING VAN MODELLERING NAAR MEER PLANNING VAN GEZONDHEIDSWERKERS	16
5.1.1.	Uitwerken van scenario's en prospectieve analyse (horizon scanning)	16
5.1.2.	Analyse van de beleidsmaatregelen	16
5.2.	METING VAN HET AANBOD	17
5.3.	METING VAN DE VRAAG	18
5.4.	TRANSVERSALE PLANNING VAN DE GEZONDHEIDSBEROEPEN	19
5.5.	POST-HOC ANALYSE VAN DE PROJECTIEMODELLEN EN EVALUATIE VAN DE BELEIDSMAATREGELEN INZAKE CONTINGENTERING	20
■	AANBEVELINGEN	21



LIJST VAN AFKORTINGEN

AFKORTING

B.S.
FINHOSTA

FOD
FOD VGVVKL

IMA
K&G
KB
KCE
MZG
ONE
PlanCAD

RIZIV
SWOT
VTE

DEFINITIE

Belgisch Staatsblad
Informaticatoepassing ontwikkeld voor het verzamelen van boekhoudkundige en statistische gegevens en het Budget van Financiële Middelen voor ziekenhuizen te bepalen
Federale Overheidsdienst
Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Intermutualistisch Agentschap
Kind & Gezin
Koninklijk besluit
Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
Minimale Ziekenhuis Gegevens
Office de la Naissance et de l'Enfance
Federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen (kadaster)
Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
Strengths, Weaknesses, Opportunities, Treats
Vrijtijd equivalent



1. CONTEXT

De evaluatieoefening met betrekking tot de behoeften aan gezondheidswerkers werd al - en soms zelfs al meer dan een keer - gemaakt voor artsen, tandartsen, fysiotherapeuten en verplegend personeel. Het betreft hier een evaluatieopdracht die toekomt aan de Planningscommissie Medisch Aanbod die door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu werd opgericht, en die zij ook voor tal van andere gezondheidsberoepen dient te verrichten. De vroedvrouwen gelden in die optiek dan ook als de volgende beroepscategorie die het voorwerp zal uitmaken van een raming van het benodigde aantal arbeidskrachten met het oog op het voorzien van een toereikend aanbod. In 2017 zal de Planningscommissie Medisch Aanbod namelijk het kadaster van actieve vroedvrouwen uitwerken en vervolgens de evolutie van het aanbod en de behoefte aan vroedvrouwen analyseren.

De vraag naar vroedvrouwen is op dit moment volop aan het evolueren. Het plan van aanpak voor de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen voorziet immers een voorzichtige en pragmatische implementatie van nieuwe modellen voor de organisatie en financiering van de zorgverlening in de ziekenhuizen. Zo werden er in het kader van de tenlasteneming van het postpartum een aantal proefprojecten gelanceerd, die de nadruk leggen op het aanbieden van kwalitatief hoogstaande perinatale zorgen, waarbij moeder en kind het ziekenhuis sneller dan vroeger verlaten na een natuurlijke bevalling zonder complicaties. De thuisverpleging dient dan georganiseerd en gecoördineerd te worden tussen de diverse beroepskrachten, zodanig dat de postnatale zorgverstrekking optimaal verlengd kan worden voor alle betrokken mama's en baby's. Over de impact van deze verschuiving op de behoefte aan menselijke middelen en dan voornamelijk in de vroedkundige zorg is tot op heden evenwel nog niets geweten. De resultaten van voormelde proefprojecten zouden vanaf 2018 beschikbaar moeten zijn.

In afwachting daarvan kunnen er echter al tal van voorbereidende stappen op het vlak van aanbodplanning in de verloskunde ondernomen worden. De Planningscommissie vroeg het KCE dan ook om deze voorbereidende stappen te ondersteunen en dat in het bijzonder voor wat de analyse van de opleiding tot vroedvrouw betreft en de evaluatie van de huidige praktijk van deze gezondheidswerkers in de sectoren waar zij vandaag al actief zijn.



2. PLANNINGSPROCES VOOR GEZONDHEIDSWERKERS IN BELGIË

Het planningsproces voor gezondheidswerkers in België bestaat uit vijf opeenvolgende fasen:

- de beschrijving van het huidige aanbod;
- de uitwerking van een basisscenario voor de evolutie van het aanbod (continuïteit);
- de uitwerking van alternatieve scenario's (waarbij bepaalde evolutiehypothese in aanmerking genomen worden);
- de bekendmaking van het advies van de Planningscommissie in de vorm van beleidsaanbevelingen die door de Minister bevoegd voor Volksgezondheid geïmplementeerd moeten worden;
- de politieke besluitvorming naar aanleiding van het advies van de Planningscommissie.

Verder wordt de Planningscommissie in het werk dat ze verricht, wetenschappelijk ondersteund door de Planningscel.

2.1. Beschrijving van het huidige aanbod

De kenmerken van de personen die bevoegd zijn om een erkend gezondheidszorgberoep uit te oefenen, zijn geregistreerd in de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen (die doorgaans het kadaster van de gezondheidsberoepen wordt genoemd). De Planningscel staat in voor het beheer van dit kadaster waarin de demografische en academische gegevens van de gezondheidswerkers bijgehouden worden.

Vervolgens worden deze gegevens gekoppeld aan de informatie van het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (Kruispuntbank van de sociale zekerheid) en van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Dankzij deze gegevenskoppeling, die PlanCAD genoemd wordt, kan het huidige aanbod bepaald worden, alsook de effectieve positie op de

arbeidsmarkt van de erkende beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. Deze inlichtingen worden gebruikt als basis in het projectiemodel voor het aanbod aan gezondheidswerkers.

2.2. Uitwerking van een basisscenario voor de evolutie van het aanbod (continuïteit)

De projectiemodellen voor het aanbod aan arbeidskrachten maken gebruik van een aanpak van het type 'stock and flow', waarbij de 'stock' overeenstemt met het aanbod aan gezondheidswerkers en de 'flow' met de in- en uitstroom van deze beroepskrachten op de arbeidsmarkt. Opleiding en immigratie zorgen daarbij voor de instroom aan gezondheidswerkers op de arbeidsmarkt, terwijl overlijdens, pensionering en professionele heroriëntatie of stopzetting van activiteiten voor de uitstroom zorgen.

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar waarmee we deze stromen en hun historische ontwikkelingstendensen kunnen beschrijven:

- de PlanCAD-gegevens;
- de gegevens van de gemeenschappen in verband met de basisopleiding;
- de demografische gegevens van de in België wonende bevolking (aantal personen, structuur van de bevolking, overlevingscijfers) afkomstig van het Planbureau en de FOD Economie.

Bij de projectie van het aanbod aan arbeidskrachten komt het erop aan deze stromen toe te passen op de huidige 'stock' of 'voorraad' aan gezondheidswerkers om zo het toekomstige aanbod te bepalen. Vervolgens wordt dit aanbod vertaald naar een dichtheid aan gezondheidswerkers, gewogen voor de zorgconsumptie. Deze dichtheid is de verhouding tussen het absolute aantal beoefenaars (fysiek aantal personen) en de in België levende bevolking. De grootte van de bevolking wordt berekend door aan elke burger een bepaald gewicht toe te wijzen, dat overeenstemt met de zorguitgaven ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering ten opzichte van diens leeftijd en geslacht. De gegevens inzake zorgconsumptie per leeftijdscategorie, geslacht en taalrol zijn afkomstig van het RIZIV en het IMA (Intermutualistisch Agentschap). Deze techniek wordt gebruikt om de



variatie in de gezondheidsbehoeften van de verschillende bevolkingscategorieën in rekening te brengen. Verder wordt er ook een variant met betrekking tot de dichtheid aan gezondheidswerkers gebruikt. Het gaat dan om dezelfde verhouding waarbij het aantal arbeidskrachten uitgedrukt in voltijdse equivalenten (VTE) als teller wordt genomen.

In dit basisscenario ('continuïteitsscenario') worden de projecties bepaald 'bij ongewijzigd beleid en ongewijzigde omstandigheden'.

2.3. Uitwerking van alternatieve scenario's (waarbij bepaalde evolutiehypothesen in aanmerking genomen worden)

De resultaten van het door de Planningscel verrichte werk worden besproken in binnen de Planningscommissie opgerichte werkgroepen. Door deze werkgroepen worden er alternatieve scenario's uitgewerkt met betrekking tot de vermoedelijke evolutie van de parameters van het model en dat zowel wat betreft organisatie (bv. verdeling van de beroepsbevoegdheden, evolutie van de organisatie en de arbeidstijd, enz.) als qua zorgverstrekking (bv. technologische evoluties, nieuwe diagnose- en behandelingstechnieken, enz.). De samenstelling van voormelde werkgroepen varieert daarbij in functie van de beroepen en wordt bepaald door de Planningscommissie.

Over het algemeen worden er zo twee alternatieve scenario's uitgewerkt: een 'hoog' scenario dat tot een hogere dichtheid aan gezondheidswerkers leidt dan bij het basisscenario en een 'laag' scenario dat net in het omgekeerde resulteert. Welk type van scenario men ook neemt, de evolutie van de aangepaste dichtheid die voor de toekomst vooropgesteld wordt, wordt sowieso vergeleken met de vandaag waargenomen aangepaste dichtheid. Tot slot worden de hieruit voortvloeiende resultaten besproken binnen de werkgroepen en als uitgangspunt genomen voor de formulering van het advies van de Planningscommissie.

2.4. Bekendmaking van het advies van de Planningscommissie

Op basis van de resultaten van het werk dat er door de werkgroepen verricht werd, stelt de Planningscommissie de Minister bevoegd voor Volksgezondheid ofwel maatregelen ter stimulering van de opleiding, ofwel contingeringsmaatregelen voor. Wanneer er contingeringsmaatregelen aanbevolen worden, schuift de Planningscommissie ook opleidingsquota naar voren voor elke taalgemeenschap met uitzondering van de Duitstalige Gemeenschap. Tot nog toe boog de Planningscommissie zich in die optiek in het verleden al over de volgende beroepen: artsen, tandartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten.

2.5. Politieke besluitvorming naar aanleiding van het advies van de Planningscommissie

Het advies van de Planningscommissie is niet bindend en het komt aan de Minister bevoegd voor Volksgezondheid toe om de maatregelen te treffen die hij nodig acht en eventueel dienovereenkomstige ad hoc quota vast te leggen. De wetgever beschikt daartoe over verschillende hulpmiddelen. Wanneer de vraag groter is dan het aanbod aan gezondheidswerkers, kunnen er maatregelen geïmplementeerd worden om ofwel het aanbod te vergroten (stimulering van de opleiding, bestrijding van het verloop, ...), ofwel de vraag naar beroepskrachten te verminderen (substitutie door andere beroepen, creatie van nieuwe beroepen, ...). Wanneer het aanbod aan gezondheidswerkers groter is dan de vraag, kunnen er contingeringsmaatregelen getroffen worden om de instroom op de arbeidsmarkt te beperken (beperking van het aantal gediplomeerden door de toegang tot de studies te beperken of de instroom aan beroepskrachten vanuit het buitenland te beperken). In dat geval kunnen er bovendien ook maatregelen overwogen worden om beoefenaars ertoe aan te sporen om vroegtijdig met pensioen te gaan of voor een ander beroep te kiezen.

Voor artsen en tandartsen leidde dit tot de implementatie van contingeringsmaatregelen. De contingering van fysiotherapeuten werd in 2013 dan weer opgeschort.



3. REIKWIJDTE VAN HET RAPPORT

Dit rapport kadert in de voorbereidende werkzaamheden van de Planningscommissie met betrekking tot het onderzoek naar het aanbod aan vroedvrouwen in België.

Het is bestemd voor de leden van de Planningscommissie— medisch aanbod:

1° een beschrijving van de opleiding tot vroedvrouw in België alsook in drie andere Europese landen die daartoe weerhouden werden omwille van hun efficiënte organisatie tijdens de postnatale periode (Zweden, Verenigd Koninkrijk en Nederland);

2° een analyse van de vroedkundige praktijk in België en een vergelijking van deze praktijk met de praktijk in deze 3 andere Europese landen;

3° een kritische analyse van het planningsproces voor gezondheidswerkers in het algemeen en voor vroedvrouwen in het bijzonder alsook van het aanbodprojectiemodel dat specifiek voor vroedvrouwen werd uitgewerkt.

4. RESULTATEN

4.1. Verschillende opleiding tot vroedvrouw in het noorden en het zuiden van het land

4.1.1. Opleiding tot vroedvrouw en beroepsvaardigheden

In België wordt de opleiding tot vroedvrouw zowel door Europese (Richtlijn 2005/36/EG, gecoördineerd in 2013 door Richtlijn 2013/55/EU) als communautaire bepalingen gereguleerd.

Vóór 2006 was de opleiding tot vroedvrouw een specialisatie voor verpleegkundigen, waardoor vroedvrouwen zowel het beroep van vroedvrouw als dat van verpleegster konden uitoefenen. Dit dubbele diploma zorgde voor een zeker voordeel qua diversiteit in termen van professionele activiteiten en qua flexibiliteit op de arbeidsmarkt.

Vanaf 2006 splitste de opleiding tot vroedvrouw zich af van de opleiding tot verpleegster en werd ze georganiseerd over een tijdspanne van minstens 3 jaar, overeenkomstig de Europese bepalingen. Vroedvrouwen zijn bijgevolg niet langer gespecialiseerde verpleegsters, maar vormen sindsdien een aparte beroeps categorie.

In België gelden er geen beperkingen met betrekking tot de toegang tot de opleiding tot vroedvrouw. Het diploma wordt uitgereikt na een opleiding van 3 jaar in de Vlaamse Gemeenschap en na een opleiding van 4 jaar in de Franse Gemeenschap. Daarnaast zijn er ook nog aanvullende universitaire opleidingen die vroedvrouwen kunnen volgen. De inhoud ervan varieert echter wel van Gemeenschap tot Gemeenschap.

De andere Europese landen hanteren een filter voor de toegang tot de opleiding tot vroedvrouw die er minstens 4 jaar duurt. De toelatingscriteria waaraan de kandidaten dienen te voldoen, verschillen echter wel van land tot land. Zo is de opleiding tot vroedvrouw in Zweden bijvoorbeeld onderworpen aan het behalen van het diploma van verpleegkundige in tegenstelling tot de situatie in Nederland, waar er een aparte opleiding aangeboden wordt. In het Verenigd Koninkrijk is de opleiding tot vroedvrouw ook toegankelijk na het volgen van de opleiding verpleegkunde, maar vormt dit geen basisvoorwaarde.



Tabel 1 – Kenmerken van de Belgische, de Nederlandse, de Engelse en de Zweedse opleiding tot vroedvrouw

Opleiding	België	Nederland	Verenigd Koninkrijk	Zweden
Plaats van opleiding	Hogeschool	Universiteit	Universiteit	Colleges
Toelatingsvoorwaarden	In de Franse Gemeenschap bestaat er geen formele beperking, hoewel het aantal kandidaten zich de facto beperkt tot het aantal opvangplaatsen.	Het aantal opleidingsplaatsen is beperkt. Een selectiesysteem in twee rondes wordt toegepast. Niettemin worden kandidaten die een gemiddelde van $\geq 8/10$ op hun examens behaalden, automatisch toegelaten.	Elke universiteit legt haar eigen selectiecriteria vast.	Het aantal in te vullen plaatsen wordt vastgelegd door de opleidingscentra zelf, maar het gefinancierde aantal plaatsen wordt door de regering berekend. Ook de toelatingscriteria worden door elk centrum bepaald. Toegang tot de opleiding is wel beperkt tot wie een diploma verpleegkundige wetenschappen heeft behaald.
Duur van de opleiding	Franse Gemeenschap: 4 jaar Vlaamse Gemeenschap: 3 jaar	4 jaar	4 jaar <u>of</u> 18 maanden voor gediplomeerde verpleegkundigen ('midwifery short programme')	4 jaar (3 jaar verpleegkundige wetenschappen + 18 maanden specialisatie in de vroedkundige zorg) Opm.: ook voor de opleiding tot verpleegkundige geldt er een numerus clausus.



In België worden de houders van een vroedvrouwdiploma erkend door de Gemeenschappen en moeten zij bij de FOD Volksgezondheid een aanvraag voor het verkrijgen van een visum indienen. Dit visum geldt daarbij als het equivalent van een werkvergunning of 'toelating tot beroepsuitoefening'. Opdat een patiënte een terugbetaling zou kunnen krijgen voor de geleverde verloskundige prestaties, moet de vroedvrouw ook geregistreerd zijn bij het RIZIV. Die inschrijving is onderworpen aan het bekomen van de erkenning en het visum. Vandaag is het echter ook mogelijk om automatisch een erkenning te krijgen van de FOD Volksgezondheid (Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen).

4.1.2. Gegevens in verband met de opleiding tot vroedvrouw in België

4.1.2.1. Inschrijving in het eerste jaar

Het aantal ingeschrevenen in het eerste jaar is relatief stabiel gebleven sinds 2008. In 2014 kozen 317 Franstalige en 308 Nederlandstalige studenten voor de vroedkunde als studierichting na het behalen van hun middelbaar diploma, wat neerkomt op een totaal van 625 studenten voor het hele land samen.

Sinds 2010 behaalde ongeveer 30% van de studenten die zich in beide Gemeenschappen in het eerste jaar inschreven, hun diploma secundair onderwijs buiten de betrokken Gemeenschap of in het buitenland. Het gaat dan voornamelijk om studenten die houder zijn van een middelbaar diploma uit Frankrijk voor de Franse Gemeenschap. De Vlaamse Gemeenschap registreert de nationaliteit van het diploma van haar studenten evenwel niet, wat de vergelijkingsmogelijkheden tussen de Gemeenschappen beperkt. Niettemin kunnen we doorheen de tijd toch spreken van een verbetering in de inzameling van de gegevens over de herkomst van het diploma secundair onderwijs.

4.1.2.2. Behaling van het diploma aan het einde van de cyclus

In de Vlaamse Gemeenschap zal minder dan 50% van de studenten ingeschreven in het eerste jaar **het diploma** behalen door de opleidingscyclus in 3 jaar volledig te doorlopen. Voor de Franse Gemeenschap is dat 65% na een opleidingsduur van 4 jaar. Dit 'diplomeringspercentage' vertegenwoordigt de verhouding tussen het aantal gediplomeerden in het jaar t+3 of t+4 al naargelang de Gemeenschap en het aantal ingeschrevenen van de 'eerste generatie' in jaar t (d.w.z. de studenten die zich voor het eerst inschrijven voor een opleiding hoger onderwijs, in België of in het buitenland). Het gaat hier niet echt om een slaagpercentage, omdat er geen studentencohorten worden opgevolgd en er geen onderscheid gemaakt wordt tussen de studenten die elk jaar slagen en zij die een of meerdere studiejaar overdoen.

In de Franse Gemeenschap was tussen 2005 en 2014 meer dan 50% van de gediplomeerden afkomstig van buiten België gelegen middelbare scholen. De Planningscommissie zou daarbij moeten kunnen nagaan of deze buitenlandse gediplomeerden terugkeren naar hun land van herkomst, of dat ze daarentegen net deel gaan uitmaken van het aanbod aan gezondheidswerkers op de Belgische arbeidsmarkt.

4.2. Uitoefening van de vroedkundige zorg

4.2.1. Bepalingen in verband met de uitoefening van de vroedkundige zorg

Op Europees niveau wordt de uitoefening van de vroedkundige zorg omkaderd door Richtlijn 2005/36/EG (gecoördineerd door Richtlijn 2013/55/EU) die de 11 activiteiten bepaalt, die door vroedvrouwen mogen uitgevoerd worden.

Zo zijn vroedvrouwen in België gemachtigd om normale bevallingen te doen en de technische verstrekkingen uit te voeren binnen het domein van de verloskunde, de infertiliteitsbehandeling, de gynaecologie en de neonatologie. Verder is de toegang tot de arbeidsmarkt onderworpen aan een registratie van de gediplomeerden bij de bevoegde instanties en is het



behoud van de vereiste erkenning onderworpen aan het volgen van 75 uur bijscholing over een periode van 5 jaar.

In de andere bestudeerde landen onderscheidt de uitoefening van de vroedkundige zorg zich enerzijds door de aanwezigheid van 'kraamverzorgsters' en anderzijds door de diversiteit van de taken die er aan vroedvrouwen toegewezen worden in vergelijking met die welke aan andere beroepskrachten, zoals verloskundigen, huisartsen, verpleegkundigen en andere paramedische beroepen, toevertrouwd worden. De 'kraamverzorgsters' gelden daarbij als erkende professionele gezondheidswerkers die, naargelang het land in kwestie, de vroedvrouwen bijstaan op verschillende momenten tijdens de tenlasteneming van de zwangerschap en de geboorte.

4.2.2. Aantal vroedvrouwen in België

Op 31 december 2015 waren er 11 116 personen **geregistreerd** als vroedvrouw bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, waarvan 6,5% in het buitenland gedomicilieerd was. Van de 10 440 vroedvrouwen met domicilie op Belgisch grondgebied, is het merendeel Belg (94,7%) en zijn de meeste niet-Belgische vroedvrouwen van Europese herkomst (5,1% tegenover 0,2% afkomstig van buiten de Europese Unie).

Deze 10 440 vroedvrouwen hebben dus het **recht om het beroep uit te oefenen**, d.w.z. dat zij een visum verkregen hebben en ingeschreven zijn in het kadaster van de gezondheidsberoepen. Dit totale aantal blijkt jaar na jaar lichtjes toe te nemen (9 972 in 2014 en 9 522 in 2013). 67,6% woont in Vlaanderen, 25% in Wallonië en 7,4% in Brussel. Van deze vroedvrouwen die het beroep mogen uitoefenen, is een (tot op heden nog onbekend) aandeel professioneel actief in hetzij de gezondheidssector, hetzij elders. In 2017 zal de Planningscommissie over deze informatie beschikken. Ter vergelijking: in 2014 hadden 176 778 verpleegkundigen het recht om hun beroep uit te oefenen. Slechts 130 530 van hen waren daarbij actief in de gezondheidssector en dat ten belope van 102 368 VTE.

Verder is het eveneens nuttig om op te merken dat België in 2014 ca. 2 521 000 vrouwen van vruchtbare leeftijd telde (tussen 15 en 49 jaar) en jaarlijks ca. 125 000 geboortes registreert. Deze statistieken zijn belangrijk om de dichtheid aan vroedvrouwen te berekenen. Terwijl de dichtheid voor artsen en verpleegkundigen geschat wordt door de verhouding te bepalen tussen het aantal actieve beoefenaars van het beroep en het aantal burgers, moet er bij vroedvrouwen een andere noemer gebruikt worden (bv. aantal vrouwen op vruchtbare leeftijd of aantal geboortes). In België is het voorlopig niet mogelijk om deze dichtheid te berekenen, omdat het aantal actieve beoefenaars van het beroep nog niet gekend is. Proberen een vergelijking te maken van de dichtheid aan beoefenaars met andere landen zou bovendien een nog hachelijkere onderneming zijn, aangezien zij een beroep kunnen doen op andere beroepskrachten voor geboorte-gerelateerde zorgverstrekking (huisartsen, kraamverzorgsters en andere ondersteunende beroepen). En ook de taken die er aan verloskundigen in vergelijking met vroedvrouwen toegewezen worden, verschillen van land tot land (bv. aanwezigheid van klinische vroedvrouwen in Nederland).

4.2.3. Plaats waar vroedvrouwen hun beroep uitoefenen

4.2.3.1. Ziekenhuissector

Op dit moment zijn de Belgische vroedvrouwen hoofdzakelijk actief in ziekenhuizen. Dat neemt echter niet weg dat, hoewel vroedvrouwen vooral actief zouden moeten zijn op geboorte-gerelateerde diensten (materniteit, neonatologie, intensieve neonatologie, materno-foetale dienst), wat zou overeenstemmen met een juiste inzet van hun competenties, blijken sommigen actief binnen andere diensten (geneeskunde, chirurgie, ...); van deze tweede situatie kunnen we dan ook stellen dat ze getuigt van een ongepast gebruik van deze gespecialiseerde arbeidskrachten. De toegang tot deze diensten blijft echter mogelijk voor tot in 2018 gediplomeerde vroedvrouwen. De vroedvrouwen die hun diploma na 2018 zullen behalen, zullen het recht verliezen om ten volle als verpleegkundige actief te zijn en zullen bijgevolg niet langer een beroepsactiviteit kunnen uitoefenen buiten materniteitsgerelateerde gezondheidssectoren.



Om de precieze inzet van vroedvrouwen in ziekenhuizen te kunnen bepalen, moet er exacte informatie verzameld worden bij de ziekenhuizen, omdat de gegevens die in de administratieve databanken opgeslagen zijn, vooral verzameld worden voor financieringsdoeleinden (MZG, FINHOSTA). Deze databanken kunnen wel gebruikt worden om op basis van de groepsgegevens het aanbod aan vroedvrouwen bij de verschillende ziekenhuisdiensten (in absolute aantallen en in VTE) te bepalen. Ze kunnen echter niet gekoppeld worden aan individuele gegevens van het Kadaster van gezondheidsberoepen, waardoor er geen demografische karakteristieken geëvalueerd kunnen worden, zoals de leeftijd, die nuttig kunnen zijn om zich een duidelijk beeld te vormen van het huidige en toekomstige aanbod.

Voor het laatste kwartaal van 2014 gaven de MZG-gegevens aan dat er 5 326 vroedvrouwen aan de slag waren in een ziekenhuisomgeving, goed voor een aanbod van 3 444,2 VTE. De gemiddelde bijdragecapaciteit bedraagt dus 0,65 VTE per vroedvrouw. Bijna de helft van deze vroedvrouwen (47%) was daarbij actief in de kraamafdelingen. De verloskamer en de dienst niet-intensieve neonatale zorgen namen respectievelijk 20% en 10% van het aantal vroedvrouwen in ziekenhuizen voor hun rekening. Verder bleek voor een aantal vroedvrouwen de activiteit verband te houden met de verloskamer (3%), de dienst voor intensieve observatie van risicozwangerschappen en perinatale zorgen (2%), de dienst pediatrie (1%) en de dienst voor intensieve neonatale zorgen (1%). De spoeddiensten telden onder hun personeel dan weer maar 0,2% van het effectief aan graduaat/bachelor vroedvrouwen. Tot slot bleek een niet te verwaarlozen deel van de vroedvrouwen (15% van het totaal of ca. 18% van de VTE) functies in andere ziekenhuisdiensten te vervullen.

4.2.3.2. Andere sectoren

Buiten de ziekenhuissector hebben vroedvrouwen toegang tot een waaier aan activiteiten, zoals activiteiten in zelfstandige praktijken, in medische huizen of loondienst in de zorg- of preventiesector (ONE en K&G) en tot slot kunnen vroedvrouwen ook een baan vinden in niet-zorggerelateerde sectoren (onderwijs, farmaceutische bedrijven, ...) of in sectoren die geen verband houden met gezondheid in het algemeen.

In 2015 werkten er zo 49 vroedvrouwen bij ONE (47,5 VTE) en 151 bij Kind & Gezin (119,55 VTE). In de Franse Gemeenschap waren 182 vroedvrouwen (of 137,5 VTE) actief in het onderwijs (81 in het secundair onderwijs en 101 in de hogescholen). Verder waren er qua vroedvrouwen in de Vlaamse Gemeenschap 262 VTE aan de slag in het secundair onderwijs en 153 VTE in het hoger onderwijs (HBO6). Het aantal vroedvrouwen dat in de ambulatoire sectoren werkt, zal ten slotte tegen 2017 door het PlanCAD gedocumenteerd worden.

Wanneer er een stijging wordt vastgesteld van het aantal vroedvrouwen dat buiten de gezondheidssector aan de slag gaat, kan dit wijzen op een **overschot** aan vroedvrouwen, waardoor zij zich genoodzaakt zien om actief te zijn buiten de sector die hun voorkeur geniet. Anderzijds kan er evenzeer sprake zijn van een **personeelsverloop**, waarbij de vroedvrouwen werk beginnen zoeken buiten de door hen verkozen sector. De reden hiervoor kunnen legio zijn: professionele ontevredenheid, verlangen naar een beter evenwicht tussen werk en privéleven, wens tot professionele heroriëntatie, enz. Nader onderzoek bij de beroepskrachten van de sector zou beide fenomenen kunnen helpen verduidelijken. Een stijging van de ambulatoire activiteiten, voorzien door de RIZIV nomenclatuur voor de postpartum-opvolging, kan daarentegen dan weer wijzen op een **verschuiving** van de tenlasteneming van het ziekenhuis naar de thuisomgeving.

Hun actieradius kan daarbij ook evolueren doorheen de tijd en zich tevens uitbreiden naar andere sectoren, zoals de medisch begeleide voortplanting.

4.2.4. Eindeloopbaanregeling

Het einde van de loopbaan van de Belgische vroedvrouwen wordt gekenmerkt door de mogelijkheden van recht op vroegtijdig pensioen en dienstvrijstelling binnen de ziekenhuissector. Naar de toekomst toe zal er evenwel bijkomende informatie verzameld moeten worden om de informatie aan te vullen, waarover we thans beschikken in verband met deze eindeloopbaanregeling.



4.3. Kritische analyse van het planningsproces voor gezondheidswerkers

Om het projectiemodel en zijn implementatie in het kader van het planningsbeleid met betrekking tot het aanbod aan gezondheidswerkers te bestuderen, werd de SWOT-techniek gebruikt als analytische methode ('Strengths' – sterktes, 'Weaknesses' – zwaktes, 'Opportunities' – kansen en 'Threats' – bedreigingen), waarbij er een bijzondere aandacht wordt besteed aan de specificiteiten van het beroep van vroedvrouw. Dat neemt echter niet weg dat **sommige behandelde elementen ook voor andere beroepen van toepassing kunnen zijn.**

Deze analyse beperkt zich echter wel tot een vergelijking met de buitenlandse modellen. Tabel 2 toont ons het resultaat van deze SWOT-analyse. In het wetenschappelijk rapport wordt elk element van de analyse in detail behandeld. Deze SWOT-matrix zou nog verder verrijkt kunnen worden door het raadplegen van stakeholders en experts op het vlak van projectiemodellering voor gezondheidswerkers, maar dit kon niet meer gerealiseerd worden binnen het opzet van het huidige rapport.

**Tabel 2 – SWOT-matrix van het model voor de projectie van het aantal werkrachten en de implementatie ervan bij de gezondheidswerkerplanning****'Strengths' - sterktes**

- Identificatie van gediplomeerden en van beroepskrachten met uitoefenrecht die actief zijn ('stock')
- Stroomvariabelen waarmee rekening gehouden wordt in het 'stock and flow'-model voor de aanbodprojectie (opleiding, immigratie, mobiliteit op de arbeidsmarkt, ...)
- Bepaling van het aanbod aan gesalarieerde beroepskrachten in en buiten de gezondheidssector
- Validatie door werkgroepen van de werkhypothesen en scenario's gebruikt in het projectiemodel
- Gebruik van betrouwbare gegevens afkomstig uit verschillende bronnen (gekoppelde administratieve gegevensbronnen)

'Weaknesses' - zwaktes

- Projectie van het aantal gediplomeerden op basis van aantrekkings- en slaagpercentages (weinig betrouwbaar)
- Bepaling van het aanbod aan beroepskrachten in de sector van de vrije beroepen
- Definitie en bepaling van de vraag op basis van zorguitgaven
- Bij toekomstprojecties wordt het huidige aanbod aan beroepskrachten de facto als *adequaat* beschouwd
- Analyse van bijkomende parameters die mogelijks aan het projectiemodel toegevoegd zouden moeten worden, in functie van beschikbaarheid van gegevens om ze te kwantificeren.
- Mate van precisie van de beschikbare gegevens die gebruikt worden in het projectiemodel voor het aanbod aan beroepskrachten
- Gebruikte methodologie voor de ontwikkeling van scenario's (weinig gestructureerde consultatie van stakeholders)
- Geen simultane planning van de verschillende gezondheidsberoepen die baat kunnen hebben bij een taakdelegering (monodisciplinaire planning)

'Opportunities' - opportuniteiten

- Overheveling van bevoegdheden naar de gefedereerde entiteiten als gevolg van de zesde staatshervorming die de mogelijkheid opent voor bijkomende gegevensinzameling
- Mogelijkheden die de PlanCAD gegevens bieden voor de ontwikkeling van scenario's
- Gegevens van de proefprojecten gelanceerd in het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering (bv. de verschuiving van de postpartumopvolging van ziekenhuis naar thuis)

'Threats' - bedreigingen

- Versnippering van de planningsbevoegdheden over de verschillende overheidsniveaus (federaal en communautair)
- Tegenstrijdigheid tussen de wens tot regulering van het aanbod aan beroepskrachten en de vrije beroepsuitoefening (vrijheid van vestiging voor gezondheidsberoepen, vrijheid van de patiënt om te kiezen voor een algemeen arts of specialist)
- Tegenstrijdigheid tussen de wens tot regulering van het aanbod aan beroepskrachten en de Europese mobiliteit van studenten en beroepskrachten
- Beperkte analyse van de impact die beleidsmaatregelen op vlak van gezondheidszorg en sociale zaken kunnen hebben op de planning van beroepskrachten



4.3.1. Specifieke uitdagingen voor de vroedvrouwplanning

Asymmetrie van de projectiecycli voor het aanbod aan vroedvrouwen tussen de twee gemeenschappen van het land

De opleiding tot vroedvrouw wordt gekenmerkt door de bijzonderheid van een communautaire asymmetrie met betrekking tot de duur van de opleiding. In de Vlaamse Gemeenschap duurt de opleiding namelijk 3 jaar, terwijl dat in de Franse Gemeenschap 4 jaar is. De projectiecycli voor de vroedvrouwen verschillen bijgevolg in functie van de beoogde Gemeenschap.

Wijziging van de reikwijdte van de activiteiten van de vroedvrouwen

Het einde van het recht van vroedvrouwen om als verpleegkundige aan de slag te gaan in 2018 betekent een beperking van de activiteiten waarvoor ze in een ziekenhuisomgeving ingezet kunnen worden. Verder zou de introductie van ondersteunend personeel voor de vroedkundige zorg (bv. kraamverzorgster) voor een wijziging van de door vroedvrouwen uitgevoerde taken kunnen zorgen.

Mutatie van de vraag naar vroedkundige diensten

De evolutie van de vraag wordt ingeschat op basis van de groei van de bevolking en de raming van de zorguitgaven. Maar bij de evolutie van de behoefte aan vroedvrouwen moet er tevens rekening gehouden worden met andere factoren, zoals epidemiologische factoren of organisatorische elementen. Zo is er meer bepaald de mogelijke stijging van het aantal risicozwangerschappen die we onder andere kunnen toeschrijven aan de stijging van de leeftijd van de barende vrouwen of aan het voorkomen van bepaalde ziektes (zoals diabetes). Dit kan leiden tot een verminderde behoefte aan vroedvrouwen en een grotere vraag naar gynaecologen-verloskundigen die gekwalificeerd zijn om risicozwangerschappen op te volgen. En tot slot kan ook de tendens naar een grotere betrokkenheid van de vroedvrouwen bij de opvolging van de zwangerschap en de geboorte een invloed hebben op de behoefte aan vroedvrouwen, zoals ook de trend naar een verkorting van het verblijf in het ziekenhuis na een bevalling zonder

complicaties. De keuzes die er naar de toekomst toe gemaakt zullen worden op postpartumvlak (ziekenhuis-centrum of ambulator), zullen dus voor een grotere of minder grote vraag naar vroedvrouwen zorgen; ze zullen echter ook geëvalueerd moeten worden in het licht van de kwaliteit van de zorgverlening, de toegang ertoe en de continuïteit ervan. In het kader van deze hervorming van het tenlastenemingssysteem zal er een denkoefening moeten gebeuren over de horizontale delegatie van taken van reeds wettelijk erkende gezondheidswerkers (bv. gynaecologen-verloskundigen) naar vroedvrouwen of van vroedvrouwen naar nieuwe beroepskrachten (bv. kraamverzorgster) en zullen de gevolgen hiervan voor de behoeften aan vroedvrouwen besproken moeten worden.

Beschrijving van de uitgaande stromen

Om het projectiemodel voor het aanbod aan beroepskrachten van de nodige informatie te voorzien, moeten sommige gegevens nog verder uitgediept worden. Daarbij denken we dan met name aan de gegevens in verband met de impact van de wettelijke pensioenleeftijd en het opname van eindeloopbaanregelingen onder vorm van dienstvrijstelling vanaf de leeftijd van 45 jaar zoals voorzien voor ziekenhuispersoneel dat zgn. 'zwaar' werk doet.



5. AANBEVELINGEN

De in dit hoofdstuk geformuleerde aanbevelingen zijn van toepassing op alle gezondheidszorgberoepen waarvan de planning aan menselijke middelen omkaderd wordt door de Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

5.1. Accentverlegging van modellering naar meer planning van gezondheidswerkers

Aanbeveling 1

Om te anticiperen op veranderingen in vraag en aanbod, kan de uitwerking van scenario's methodologisch versterkt worden door bv. het introduceren van een prospectieve analyse (of 'horizon scanning') en een analyse van de beleidsmaatregelen die het aanbod aan en de vraag naar zorgverleners in de planning van gezondheidszorgpersoneel beïnvloeden.

5.1.1. *Uitwerken van scenario's en prospectieve analyse (horizon scanning)*

De derde stap in het planningsproces (zie sectie 2 van het rapport) is de uitwerking binnen de werkgroepen van de Planningscommissie van alternatieve scenario's waarmee het basisscenario, dat berekend werd bij ongewijzigd beleid en ongewijzigde omstandigheden, omkaderd kan worden. De opname van de 'horizon scanning'-oefening in het werk dat door de werkgroepen verricht wordt, zou in die optiek dan ook een meerwaarde betekenen bij de uitwerking van de scenario's.

Horizon scanning start met een onderzoek van de literatuur naar technologische, economische, ecologische, beleidsmatige, sociale en ethische factoren die het aanbod aan gezondheidswerkers kunnen beïnvloeden. Vervolgens worden deze factoren besproken binnen focus- of werkgroepen. Eenmaal de voornaamste factoren geïdentificeerd werden, zullen deze gekwantificeerd en opgenomen worden in scenario's rond een

mogelijke toekomstige evolutie. De gegevens in kwestie worden daarbij voorgelegd aan een Delphi-panel om de onzekerheden in verband met de toekomstige projecties te kunnen beperken. Voor de algemene geneeskunde werd er in dit opzicht een proefproject rond de haalbaarheid hiervan in de Belgische context verricht. In het kader van de vroedkundige zorg is de onzekerheid over de toekomst bijzonder uitgesproken in een context waarbij vroedvrouwen sterker betrokken zullen zijn bij de opvolging van de zwangerschap en de bevalling en de postnatale opvolging. De 'horizon scanning'-oefening blijkt dan ook onontkoombaar voor dit vakgebied.

5.1.2. *Analyse van de beleidsmaatregelen*

De beleidsanalyse omvat twee fasen, met name enerzijds de analyse van de impact van het al toegepaste sociaal en gezondheidsbeleid op de toekomstige behoeften aan gezondheidswerkers en anderzijds de formulering en rangschikking naar prioriteit van toekomstige beleidsopties door beleidsmakers op lokaal of nationaal niveau.

Momenteel vormen voor vroedvrouwen de eindeloopbaanregelingen in de ziekenhuissector en de algemene verhoging van de pensioenleeftijd die voor de meeste werknemers in België beoogd wordt, de beleidsmaatregelen die een impact hebben op het aanbod aan beroepskrachten. De toekomstige beleidsopties met betrekking tot de zorgorganisatie zijn daarentegen legio en hebben aanzienlijke gevolgen voor de behoefte aan verloskundige beroepskrachten. We denken daarbij aan de verkorting van het ziekenhuisverblijf na een ongecompliceerde bevalling, een universitaire opleiding voor vroedvrouwen in Vlaanderen, de creatie van het beroep van kraamverzorgster of nog de forfaitarisering van de tenlasteneming van het geboortetraject. De waarschijnlijkheid van de realisatie van deze beleidsmaatregelen door de overheid en hun rangschikking naar prioriteit gelden in die optiek als sleutelementen voor een projectie die de onzekerheden van de toekomst zo goed mogelijk in kaart brengt. Zo zullen in deze optiek de gegevens rond de inzet van beroepskrachten, die verzameld worden tijdens de proefprojecten, toelaten om scenario's te ontwikkelen die de gevolgen van een verschuiving van postnatale opvolging in het ziekenhuis naar de thuisomgeving in rekening brengen.



5.2. Meting van het aanbod

Aanbeveling 2

De coördinatie van de gegevensverzameling voor de planning moet worden versterkt tussen de verschillende beleidsniveaus om de continuïteit van de collectie van vroegere en toekomstige gegevens te waarborgen.

Het PlanCAD is de voornaamste informatiebron voor de beschrijving van het aanbod aan zorgverstrekkers. Het reikt een groot aantal precieze gegevens aan over het statuut van de gezondheidswerkers (actief, werkzoekend, met pensioen, overleden, in het buitenland, enz.), de bezettingsgraad en de tewerkstellingssector voor de diensten die onder het loondienststelsel vallen. Desalniettemin zou specifieke aandacht moeten besteed worden aan de emigratie en grensoverschrijdende praktijken, die minder goed gedocumenteerd zijn in België in vergelijking met de andere bestudeerde landen.

Andere gegevens kunnen echter niet via de administratieve databanken achterhaald worden, zoals de plaats van daadwerkelijke uitoefening voor zelfstandige praktijken of de manier waarop de beroepskrachten binnen een activiteitssector precies worden ingezet. Geen enkele administratieve gegevensbank laat een voldoende nauwkeurige beschrijving toe van de verdeling van vroedvrouwen binnen de ziekenhuisdiensten (zie in sectie 4.2.3 van het rapport), hoewel dat van essentieel belang is om het gebruik van het aanbod binnen het gezondheidssysteem te begrijpen. Dit soort informatie kan echter enkel ingezameld worden via regelmatige bevragingen van het terrein.

Aanbeveling 3

Een coördinatie verzekeren tussen het federale niveau en de gefedereerde entiteiten voor de verzameling van gegevens in verband met de planning.

Het vertrekpunt van het projectiemodel is het aantal studenten ingeschreven in een hogeschool van de Franse of Vlaamse Gemeenschap voor een opleiding vroedkunde. Andere gegevens worden gebruikt zoals het aantal gediplomeerden per jaar en per Gemeenschap en het aandeel buitenlandse studenten ingeschreven en gediplomeerd in België. Deze informatie is afkomstig van de Gemeenschappen maar wordt niet steeds op eenzelfde manier gedefinieerd, noch op een uniforme wijze ingezameld. De kwaliteit van deze gegevens dient dan ook het voorwerp uit te maken van een monitoring. Het koppelen van de onderwijsgegevens van de gemeenschappen met de gegevens van het kadaster zou het mogelijk maken om met een grotere precisie te meten hoeveel van de gediplomeerden die een middelbaar diploma in het buitenland behaalden, integreren in de Belgische arbeidsmarkt.

Verder is de coördinatie met de gefedereerde entiteiten nog essentiëler geworden als gevolg van de 6^{de} staatshervorming die de bevoegdheid van de erkenning van de gezondheidsberoepen naar de gefedereerde entiteiten heeft overgeheveld. Aangezien in het projectiemodel voor beroepskrachten de erkenningsgegevens als basis gebruikt worden voor de beschrijving van het aanbod aan vroedvrouwen (en gezondheidswerkers in het algemeen), moet er gewaakt worden over de verenigbaarheid van de gegevens die in de toekomst toe geregistreerd zullen worden. Deze hervorming kan echter ook een uitgelezen kans betekenen om bij de aanvraag van de erkenning bijkomende nuttige gegevens voor de planning in te zamelen.



Aanbeveling 4

De projectie van het aantal gediplomeerden en de conversie van het aantal beroepsbeoefenaars naar VTE voor de vrije beroepsactiviteiten verbeteren.

Het aantal vroedvrouwen gediplomeerd in België vormt het vertrekpunt voor de raming van de instroom van beroepskrachten op de arbeidsmarkt. De projectie van het aantal gediplomeerden gebruikt het slaagpercentage van de 'eerste generatie' studenten. Deze methode kent echter een aantal tekortkomingen, met name op vlak van precisie van inschatting van het aantal gediplomeerden (zie sectie 2.4.3.2 van het rapport). Een projectie van het aantal gediplomeerden op basis van historische tendensen zou een robuustere inschatting mogelijk maken voor de toekomst.

Dankzij de gegevens van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, beschikt de Planningscommissie over gegevens met betrekking tot de werktijd van gesalarieerde werknemers, welke nuttig zijn om de workforce van vroedvrouwen in een ziekenhuissetting te meten. De mogelijke transfer van een deel van de workforce in een ziekenhuissetting naar een ambulante setting zou kunnen leiden tot een uitbreiding van het aantal zelfstandige praktijken, gefinancierd per prestatie. De omzetting van het volume aan prestaties in aantal VTE's is echter niet eenvoudig. De moeilijkheden die zich reeds voordeden bij de artsen zullen zich herhalen aangezien de omschrijvingen en de tarieven van de nomenclatuur de reële werkbelasting niet weergeven.

5.3. Meting van de vraag

Aanbeveling 5

De gegevensverzameling met betrekking tot de vraag verbeteren.

Het projectiemodel voor het aanbod aan beroepskrachten voorziet een meting van de vraag op basis van de methode beschreven onder punt 2.2.

Wanneer de Planningscommissie aanbevelingen opstelt, wordt de huidige dichtheid van beroepskrachten vergeleken met de toekomstige dichtheid om de evolutie doorheen de tijd te beoordelen. Deze methode berust op een dubbele hypothese, namelijk enerzijds dat de uitgaven aan zorg (en daarmee de aangepaste dichtheid aan gezondheidswerkers) een betrouwbare indicator is voor de vraag, d.w.z. dat de zorgvraag steeds een objectiveerbare nood uitdrukt en gerechtvaardigd is, en anderzijds dat het zorgaanbod op relevante en kosteneffectieve manier aan die vraag beantwoordt. Deze dubbele hypothese werd niet geverifieerd in het kader van de projectie van de workforce aan vroedvrouwen. Een rapport van het Intermutualistisch Agentschap, bijvoorbeeld, toonde dat het aandeel vrouwen (met laag risico zwangerschap) met minstens één raadpleging bij een vroedvrouw in de prenatale periode, in de periode 2005-2010 steeg van 25,0% naar 40,6%. Het rapport toonde eveneens dat het aantal raadplegingen niet beïnvloed werd door het risiconiveau van de zwangerschap. De auteurs besloten dat er geen sprake was van substitutie, maar dat de stijging van het aantal raadplegingen bij vroedvrouwen in deze periode louter additioneel waren ten opzichte van de consultaties bij de gynaecoloog-verloskundige. De consultatiefrequentie bij de gynaecoloog leek inderdaad niet gedaald, terwijl er wel een verhoging van het aantal consultaties bij de vroedvrouw werd waargenomen voor de periode 2005-2010. De stijging van het aantal raadplegingen bij vroedvrouwen kan zowel het gevolg zijn van een verhoogde zorgnood bij zwangere vrouwen, als van een uitbreiding in nomenclatuur voor vroedvrouwen, als van een zorgnood die reeds aanwezig was in 2005 maar die toen nog niet gelenigd werd, of nog het gevolg zijn van een niet adequaat antwoord van het zorgaanbod in 2010. Zonder een analyse van de oorzaak van de verhoogde



raadplegingsfrequentie bij vroedvrouwen, moeten zorguitgaven als indicator voor de zorgvraag dus duidelijk zeer voorzichtig gebruikt worden.

De vraag zou echter ook het voorwerp kunnen uitmaken van een multidimensionale evaluatie. Zo zou naast de reële zorgconsumptie o.a. de evaluatie van de niet-vervulde behoeften en de te bereiken gezondheidsdoelstellingen (bv. een vermindering van het percentage iteratieve keizersneden door een geïndividualiseerde tenlasteneming van de barende vrouw in arbeid) gebruikt kunnen worden als parameter van het projectiemodel.

Met het begrip 'dichtheid aan gezondheidswerkers' als resultaat van het model dient men verder eveneens op te letten. Er is namelijk geen te bereiken optimale dichtheid gekend en de vergelijking met de dichtheid aan gezondheidswerkers in andere landen wordt bemoeilijkt door de verschillen in de manier waarop de gezondheidsberoepen en het zorgsysteem georganiseerd zijn. De dichtheden aan vroedvrouwen die waargenomen werden in de als benchmark gebruikte landen, lopen dan ook sterk uiteen en kunnen niet met elkaar vergeleken worden door de aanzienlijke verschillen in de organisatie van de zorgverlening (met in het bijzonder de min of meer aanzienlijke aanwezigheid van ondersteunend personeel), in de taken die er aan de vroedvrouwen toevertrouwd worden en in de toegang tot de gezondheidsberoepen. Op dit moment zijn voor België enkel de gegevens beschikbaar van het Kadaster van gezondheidsberoepen. Deze bron reikt informatie aan over de vroedvrouwen met toelating om het beroep uit te oefenen. Vanaf 2017 zal de Planningscommissie ook het aantal vroedvrouwen kennen, dat effectief actief het beroep uitoefent.

5.4. Transversale planning van de gezondheidsberoepen

Aanbeveling 6

Een simultane planning overwegen van de gezondheidsberoepen die baat kunnen hebben bij takendelegatie.

Een simultane planning van gezondheidsberoepen die baat kunnen hebben bij een takendelegatie maakt het mogelijk een globale visie te vormen rond multidisciplinaire samenwerking in de zorg.

De huidige planning voor elk beroep, individueel en in afgescheiden silo's bekeken, verhindert de ontwikkeling van een gedeelde globale visie die gedragen wordt door alle belanghebbenden in de gezondheidsdiensten. Monodisciplinaire werkgroepen kunnen de uitwerking van scenario's en de interpretatie van de respectieve projectiegegevens niet vrijwaren van belangenconflicten veroorzaakt door corporatistische bekommernissen die eventueel de aanpassing van de skill-mix kan belemmeren. Met een dergelijke aanpassing van de vaardighedenmix kan men dan weer twee richtingen uit: een delegatie van de taken van gynaecologen-verloskundigen aan vroedvrouwen en de mogelijke creatie van nieuwe beroepen waardoor er taken van vroedvrouwen naar deze nieuwe ondersteunende beroepen doorgeschoven kunnen worden. De wijzigingen dienen in alle geval te passen binnen het raamwerk van de hervorming van Koninklijk Besluit nr. 78. Om de taken die tot nu toe door gynaecoloog-verloskundigen en vroedvrouwen uitgevoerd werden te kunnen delegeren, is echter een simultane planning voor beide beroepen nodig. De vastgestelde daling van het aanbod aan gynaecologen-verloskundigen zou dan gedeeltelijk opgevangen kunnen worden door een verhoging van het aantal vroedvrouwen waarvan de opleidingsduur korter is en waardoor snel een antwoord geboden zou kunnen worden bij een stijging van de vraag. Dit alles neemt evenwel niet weg dat er ook rekening gehouden dient te worden met de asymmetrie in de duur van de opleiding tussen beide gemeenschappen alsook met de medisch-wettelijke beperkingen die er aan dit type van delegatie verbonden zijn.



5.5. Post-hoc analyse van de projectiemodellen en evaluatie van de beleidsmaatregelen inzake contingentering

Aanbeveling 7

Jaarlijks een post-hoc analyse verrichten van het projectiemodel en de afwijkingen ten opzichte van de verwachtingen analyseren.

Net zoals dat in het Verenigd Koninkrijk gebeurt, zou een jaarlijkse evaluatie van de projectieresultaten het mogelijk maken om snel corrigerende maatregelen te treffen. Zo zou een dergelijke evaluatie bv. tot een aanpassing van de parameters van het model kunnen leiden, alsook van de evolutiescenario's voor deze parameters; In voorkomend geval zou zelfs een aanpassing van het contingenterings- of stimuleringsbeleid met betrekking tot de opleiding overwogen kunnen worden. Het plannen van het aanbod aan menselijke middelen dient immers rekening te houden met een belangrijke onzekerheid wat betreft de werkhypothesen waarop de projectiescenario's berusten. Door een jaarlijkse monitoring te voorzien, zouden deze hypothesen dan ook aangepast kunnen worden en zou men eventueel de opleidingsbehoeften kunnen bijsturen.

Aanbeveling 8

Na invoering van beleidsmaatregelen inzake planning, hun impact op de organisatie en de uitgaven van de zorg evalueren.

Historisch gezien vindt de planning van het aanbod aan menselijke middelen zijn oorsprong in de wens van de overheid om de inflatie van de gezondheidsuitgaven onder controle te houden zonder aan de kwaliteit van de zorgverlening te raken. Tot op heden werd niet nagegaan of dit doel hiermee bereikt werd.

Wanneer de projectie een onevenwicht aantoonde tussen het aanbod en de nood aan gezondheidswerkers, kan de wetgever op verschillende manieren ingrijpen (zie sectie 2.5). Welke beleidsmaatregelen er ook genomen worden op vlak van planning, er zou sowieso een evaluatie van deze maatregelen op de uitgaven in gezondheidszorg voorzien kunnen worden en dit vanaf het begin om zo een referentiepunt te hebben, waarmee de toekomstige situatie kan vergeleken worden. Een dergelijke evaluatie is echter complex gezien het bestaan van talrijke andere parameters die de groei in zorguitgaven evenzeer kunnen beïnvloeden (bv. toename van het aantal chronische zieken en van comorbiditeit).

Wanneer een contingentering vastgelegd wordt, heeft deze tot doel om de toestroom van het aantal gediplomeerden te beperken en tegelijk dus ook het aantal studenten in opleiding. Een vermindering van het aantal stagiairs resulteert echter niet alleen in een vermindering van de behoefte aan opleidingsplaatsen en onderwijzend personeel, maar ook van de bijdrage van deze stagiairs aan het gezondheidssysteem. Dat maakt dat de door hen uitgevoerde taken overgeheveld moeten worden naar andere min of meer gespecialiseerde gezondheidswerkers (substitutie of delegatie van taken). De financiële impact van deze transfer zou eveneens moeten in rekening gebracht worden.

En tot slot wordt de globale impact van de planningsinspanningen ook nog beperkt door het niet-bindende karakter van de adviezen van de Planningscommissie, de vrijheid van vestiging (onder meer van buitenlandse Europese zorgverleners die niet aan de beroepscontingenteringsregels onderworpen zijn) en de vrijheid van de patiënt in keuze van type zorgverstrekker (bv. wanneer het aantal gynaecoloog-verloskundigen zou dalen, is er geen echelonering of zorgtraject dat de patiënte verplicht heroriënteert naar een vroedvrouw).



■ AANBEVELINGEN^a

Aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid:

- Wanneer er beleidsmaatregelen inzake planning genomen worden, zou men hun impact op de zorgorganisatie en de -uitgaven moeten evalueren.

Aan de bevoegde instanties van de gefedereerde entiteiten:

Bij de inzameling van gegevens voor de planning van gezondheidsberoepen is er nood aan meer coördinatie tussen de verschillende bevoegdheidsniveau's, zodat de continuïteit tussen de vroegere en toekomstige gegevens verzekerd wordt

Aan de Planningscommissie:

- Om te anticiperen op de evoluties in zorgvraag en -aanbod dient de ontwikkeling van scenario's voor de planning van gezondheidszorgpersoneel methodologisch te worden versterkt, bv. door het introduceren van een prospectieve analyse (of 'horizon scanning') en een analyse van de beleidsmaatregelen die vraag naar en aanbod van zorgverleners kunnen beïnvloeden.
- Er zijn verbeteringen nodig wat betreft:
 - de gegevensverzameling voor de beschrijving van het aanbod;
 - de projectie van het aantal gediplomeerden en de conversie van het aantal beroepsbeoefenaars naar VTE voor de vrije beroepsactiviteiten;
 - de gegevensverzameling met betrekking tot de vraag.
- Men zou moeten overgaan tot een simultane planning van de gezondheidsberoepen waartussen taakdelegatie mogelijk of wenselijk is.
- Er zou een jaarlijkse post-hoc analyse moeten worden verricht van het projectiemodel om de afwijkingen ten opzichte van de verwachtingen te kunnen analyseren.

^a Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



COLOFON

Titel:	Planning van gezondheidszorgpersoneel en gegevens over vroedvrouwen – Synthese
Auteurs:	Nadia Benahmed (KCE), Erik Hendrickx (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Projectcoördinator en Senior supervisor:	Sabine Stordeur (KCE)
Reviewers voor de synthese:	Laurence Kohn (KCE), Raf Mertens (KCE), Karin Rondia (KCE), France Vrijens (KCE)
Reviewers voor het rapport:	Anne Delvaux (Cellule de planification des professions des soins de santé, SPF Santé Publique – Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen, FOD Volksgezondheid), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Pascale Steinberg (Cellule de planification des professions des soins de santé, SPF Santé Publique – Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen, FOD Volksgezondheid), Virginie Verdin (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid)
Externe validatoren:	Anne Niset (Belgian Midwives Association (BMA), Conseil Fédéral des Sages-Femmes), Vanessa Wittvrouw (Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UPSfB), Conseil Fédéral des Sages-Femmes), Katelijne De Koster (Voorzitter van de Federale Raad van Vroedvrouwen, werkgroep permanente opleiding en erkenning)
Acknowledgements:	Mia Ahlberg (Svenska Barnmorskeförbundet), Ronald Batenburg (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg [NIVEL]), Goele Bossaert (Agentschap Hoger Onderwijs, Volwassenenonderwijs, Kwalificaties & Studietoelagen Afdeling Hoger & Volwassenenonderwijs Vlaanderen [AHOVOKS]), Iris Cannaerts (AHOVOKS), Carole Chaumont (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Eveline Depuijdt (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Beth Eastwood (Health Education England), Gunilla Hammarström (Universitets- och högskolerådet), Caroline Obyn (KCE), Hans Schwartz (Socialstyrelsen, Department of Statistics and Comparisons, Sweden), Moore Stuart (Health Education England), Jean Taymans (Entreprise publique des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication [ETNIC], Communauté française), Anders Viberg (Universitetskanslersämbetet)
Andere gemelde belangen:	Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van deze studie een impact kunnen hebben: Vanessa Wittvrouw (Voorzitter l'UPSfB, FOD: Ondervoorzitter Federale Raad vroedvrouwen en lid van de Belgische Vereniging Vroedvrouwen [BMA]) Voorzitterschap of verantwoordelijkheidsfunctie van een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit op wie de resultaten van deze studie een impact kunnen hebben: Katelijne De Koster (FOD: Voorzitter Federale Raad vroedvrouwen en Voorzitter Planningscommissie vroedvrouwen); Vanessa Wittvrouw (Voorzitter UPSfB, FOD: Ondervoorzitter Federale Raad vroedvrouwen en lid van de Belgische Vereniging Vroedvrouwen [BMA])
Layout:	Joyce Grijseels, Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum: 20 december 2016 (2nd print; 1st print: 20 december 2016)

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Health Manpower ; Health Planning ; Forecasting ; Health Services Needs and Demand ; Midwifery; Nurse midwives

NLM classificatie: W 76

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2016/10.273/93

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

N. Benahmed, E. Hendrickx, J. Adriaenssens, S. Stordeur. Planning van gezondheidszorgpersoneel en gegevens over vroedvrouwen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 278As. D/2016/10.273/93.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.