

SYNTHESE

STRATEGIEËN OM HET PROJECTIEMODEL MEDISCH AANBOD TE VERBETEREN: EEN STAKEHOLDERCONSULTATIE



SYNTHESE

STRATEGIEËN OM HET PROJECTIEMODEL MEDISCH AANBOD TE VERBETEREN: EEN STAKEHOLDERCONSULTATIE

PHILIPPE VANDENBROECK, KRIS OOMS, NADIA BENAHMED, RACHEL WICKERT, WENDY CHRISTIAENS, SABINE STORDEUR



■ VOORWOORD

Er zijn weinig onderwerpen in de gezondheidszorg die zo de gemoederen blijken te beroeren als de planning van het toekomstig aantal artsen. Tot ver buiten de grenzen van het departement volksgezondheid trouwens. Want het gaat ook over universitaire opleidingen, numerus clausus en toegangsexamens, niet-ingevulde quota, de instroom van buitenlandse kandidaten, en dat alles op een bedje van communautair gekrakeel. Intussen hebben we geleerd dat dan vroeg of laat een dergelijke hete aardappel op ons bord wordt geserveerd.

Dit was al een eerste keer het geval in 2008, toen we ons bogen over modelleringstrategieën op het vlak van medical workforce planning (KCE Rapport 72 uit 2008), en recent nog maakten we een studie rond de planificatie van vroedvrouwen (KCE Rapport 278 uit 2016). Hierbij keken we ook breder naar het planningsproces voor gezondheidsberoepen in het algemeen. Het doel van dit onderzoeksproject, dat er kwam op vraag van de Cel Planning van de FOD Volksgezondheid, was het formuleren van aanbevelingen voor het updaten van het door de Planningscommissie gehanteerde 'Projectiemodel Medisch Aanbod'. Het model wordt gebruikt om het aanbod van artsen(-specialisten) voor de komende 25 jaar te voorspellen en te plannen.

We konden hierbij verder bouwen op ons vroeger werk, maar ook op de resultaten van een recent afgerond Europees project dat planningsystemen uit zeven EU-lidstaten met elkaar vergeleek. Hiernaast legden we een analyse van de standpunten van de relevante Belgische stakeholders. Een vrij eenvoudige studie dus, maar wel nuttig om zich, minstens voor wat betreft het berekeningsmodel, te verzekeren van een zeker draagvlak.

We werden hierbij deskundig bijgestaan door de onderzoekers van shiftN, en wij danken hen voor deze korte maar krachtige samenwerking.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

| | | |
|------|---|----|
| ■ | VOORWOORD | 1 |
| ■ | SYNTHESE | 2 |
| 1. | INLEIDING: VASTSTELLING VAN QUOTA VOOR ARTSEN - COMPETENTIES VAN DE FEDERALE OVERHEID EN DE GEMEENSCHAPPEN | 4 |
| 2. | DOEL EN ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK | 7 |
| 2.1. | DOEL VAN HET ONDERZOEK | 7 |
| 2.2. | DE PLANNING VAN HET AANBOD VAN MEDISCHE PROFESSIONALS | 8 |
| 2.3. | DE ORGANISATIE VAN HET PLANNINGSYSTEEM IN BELGIË | 9 |
| 2.4. | HET BELGISCHE PROJECTIEMODEL VOOR MEDICAL WORKFORCE PLANNING | 9 |
| 2.5. | DE GEGEVENSBRONNEN VOOR HET PROJECTIEMODEL | 11 |
| 3. | ONDERZOEKSVRAAG EN -AANPAK | 14 |
| 3.1. | AANPAK..... | 14 |
| 3.2. | CONSULTATIE..... | 14 |
| 3.3. | ENKELE REFERENTIES UIT DE LITERATUUR..... | 14 |
| 3.4. | DE SURVEY..... | 15 |
| 3.5. | INZICHTEN UIT DE SURVEY | 15 |
| 3.6. | STAKEHOLDER WORKSHOP | 15 |
| 4. | BESLUIT | 16 |
| 5. | BELEIDSAANBEVELINGEN | 16 |
| 5.1. | DENKPISTES VAN STAKEHOLDERS..... | 16 |
| 5.2. | LINK MET HET KCE RAPPORT 278 | 20 |
| ■ | REFERENTIES | 21 |



LIJST VAN AFKORTINGEN

AFKORTING

DEFINITIE

| | |
|--------|--|
| EU | Europese Unie |
| FOD | Federale Overheidsdienst |
| JAHWPF | Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting |
| KB | Koninklijk Besluit |
| KCE | Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg |
| RIZIV | Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering |
| RSZ | Rijksdienst voor Sociale Zekerheid |
| RSZPPO | Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheids – diensten |
| SWOT | Strengths–Sterktes, Weaknesses–Zwaktes, Opportunities–Kansen, and Threats–Bedreigingen |
| VTE | Voltijds equivalent |



1. INLEIDING: VASTSTELLING VAN QUOTA VOOR ARTSEN - COMPETENTIES VAN DE FEDERALE OVERHEID EN DE GEMEENSCHAPPEN

Dit hoofdstuk is letterlijk overgenomen uit de volgende bronnen:

Cel Planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen, DG Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarverslag 2015 van de Planningscommissie - medisch aanbod. Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België 2016.¹

Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen, DG Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarverslag 2016 van de Planningscommissie - medisch aanbod. Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België 2017 (in voorbereiding).²

De 6^{de} Staatshervorming hevelt een bevoegdheid aangaande de planning van de gezondheidszorgberoepen over naar de gemeenschappen.

Artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming heeft met name artikel 5, §1 | 7^o van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen gewijzigd. In het gewijzigde artikel 5 §1 | 7^o wordt bepaald dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de contingentering van de gezondheidszorgberoepen, rekening houdend, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid jaarlijks per gemeenschap kan vastleggen voor de toegang tot elk van de gezondheidsberoepen.

De federale overheid blijft bevoegd om het globale quotum vast te leggen, verdeeld per gemeenschap, maar de gemeenschappen zijn verantwoordelijk voor hun respectievelijke subquota.

Er bestaan twee soorten quota:

- een maximumquotum voor alle specialiteiten dat niet overschreden mag worden;
- minimumquota of drempelwaarden die bereikt moeten worden voor nieuwe specialiteiten of voor specialiteiten die bijzondere aandacht verdienen: huisartsgeneeskunde, geneesheren-specialisten in de kinder- en jeugdpsychiatrie, urgentiegeneeskunde, acute geneeskunde en geriatrie.

De contingentering die de manpower in de geneeskunde beïnvloedt, is strikt genomen geen beperking van het aantal RIZIV-nummers, noch van het aantal afgestudeerden. Het betreft een meer soepele beperking van het aantal stageplannen die zijn toegelaten voor een opleiding die leidt naar een zogenaamde 'curatieve' beroepstitel in de geneeskunde. Een aantal artsen zijn vrijgesteld, anderen kunnen vervangen worden.

Welke afgestudeerden worden niet meegerekend in de jaarlijkse contingentering?

- de artsen die houder zijn van een basisdiploma dat in het buitenland werd gehaald;
- de artsen die hun basisdiploma hebben behaald vóór 2004;
- de artsen die geselecteerd werden tijdens een voorgaand jaar en die een nieuw stageplan indienen om van specialisatie te veranderen;
- de artsen die geselecteerd werden voor een specialisatie in beheer van gezondheidsgegevens, forensische geneeskunde, arbeids-geneeskunde en in verzekeringsgeneeskunde en medische expertise;
- de artsen die aangeworven zijn door het ministerie van Defensie;
- de artsen met een diploma middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de Europese Economische Ruimte zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde (Groothertogdom Luxemburg, Malta en Liechtenstein).



In welke gevallen kunnen de afgestudeerden die een plaats hebben ingenomen in de jaarlijkse contingenten vervangen worden?

De plaatsen in de contingenten worden beschouwd als vrijgekomen wanneer één van de artsen die wordt meegerekend in de contingenten zich in één van de volgende situaties bevindt:

- overlijden van een arts;
- stopzetten door de arts van zijn stageplan, zonder een nieuwe opleiding aan te vatten;
- ministeriële beslissing om een einde te maken aan het stageplan;
- onderbreking van de praktische opleiding om een wetenschappelijke activiteit aan te vatten gedekt door een onderzoeksmandaat.

De gemeenschappen zijn bevoegd om subquota te bepalen voor het dragen van een bijzondere beroepstitel (36 specialismen) of een bijzondere beroepsbekwaamheid (12 beroepsbekwaamheden). De gemeenschappen kunnen op die manier zelf een medisch aanbod plannen dat overeenstemt met hun eigen behoeften en hun beleid aanpassen aan die behoeften.

De subquota die werden vastgesteld tot 2020 blijven van toepassing. Krachtens de bevoegdheidsoverdrachten door de 6de Staatshervorming kunnen de gemeenschappen vanaf 2021 de subquota vaststellen.

De federale overheid blijft evenwel bevoegd om te bepalen of de prestaties van die zorgverleners aanleiding geven tot een tegemoetkoming uit de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De federale overheid en de gemeenschappen kunnen dienaangaande overeenkomstig artikel 92bis van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 een Samenwerkingsakkoord afsluiten.

Tabel 1 – Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor België

| België | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019 | 2020 | 2021 | 2022** |
|------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Maxima (art. 3) | | 757 | 757 | 757 | 757 | 890 | 975 | 1025 | 1230 | 1230 | 1230 | 2460 | 1230 | 1230 | 1230 | 1320 |
| 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 | - | - |
| | Urgentiegeneeskunde | 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 | - | - |

*Nota: *Deze dubbele cohorte is een gevolg van de verkorting van de opleiding geneeskunde van 7 naar 6 jaar. Hierdoor zullen in 2018 twee verschillende jaren gelijktijdig afstuderen en aan een vervolgopleiding (huisarts of andere specialisatie) starten; ** Geen KB publicatie*



Tabel 2 – Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor de Vlaamse Gemeenschap

| Vlaamse Gemeenschap | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019 | 2020 | 2021 | 2022** |
|------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| Maxima (art. 3) | | 454 | 454 | 454 | 454 | 534 | 585 | 615 | 738 | 738 | 738 | 1476 | 738 | 738 | 738 | 745 |
| 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 | - | - |

*Nota: *Deze dubbele cohorte is een gevolg van de verkorting van de opleiding geneeskunde van 7 naar 6 jaar. Hierdoor zullen in 2018 twee verschillende jaren gelijktijdig afstuderen en aan een vervolgopleiding (huisarts of andere specialisatie) starten; ** Geen KB publicatie*

Tabel 3 – Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor de Franse Gemeenschap

| Franse Gemeenschap | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019 | 2020 | 2021 | 2022** |
|------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Maxima (art. 3) | | 303 | 303 | 303 | 303 | 356 | 390 | 410 | 492 | 492 | 492 | 984 | 492 | 492 | 492 | 575 |
| 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 | - | - |

*Nota: *Deze dubbele cohorte is een gevolg van de verkorting van de opleiding geneeskunde van 7 naar 6 jaar. Hierdoor zullen in 2018 twee verschillende jaren gelijktijdig afstuderen en aan een vervolgopleiding (huisarts of andere specialisatie) starten; ** Geen KB publicatie*



Deze federale quota worden 6 jaar op voorhand vastgelegd zodat de kandidaten ze kennen voordat ze hun studie aanvatten (de duur van de studies in de geneeskunde is 6 jaar. Vóór 2012 duurde de studie 7 jaar). Op het ogenblik dat de kandidaat zijn stageplan indient wordt hij opgenomen in het quotum van het aantal kandidaten dat toegang heeft tot elke bijzondere beroepstitel.

Enkel de Belgische diploma's worden voor dat quotum meegeteld. Dat quotum heeft geen betrekking op studenten die houder zijn van een buitenlands basisdiploma en zich in België wensen te specialiseren.

Het zijn de decanen van de universiteiten die de toepassing van die quota beheren. De Planningscommissie zorgt voor de opvolging ervan.

2. DOEL EN ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK

2.1. Doel van het onderzoek

Sinds enkele jaren zijn de planningscommissie en de technische cel voor de planning van de gezondheidsberoepen bezig met het verbeteren van de gegevens, de instrumenten en de processen teneinde de planning van de gezondheidsberoepen in België te optimaliseren.

De koppeling van de PlanCAD gegevens (d.w.z. anonieme gegevens van het kadaster van de FOD Volksgezondheid, van het RIZIV en van het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (DWH AM&SB)) laat toe om te werken met een veelheid aan pertinente gegevens.

Het herschrijven van het projectiemodel in SAS biedt bovendien meer flexibiliteit en laat toe om niet enkel nieuwe parameters en dimensies toe te voegen, maar maakt ook nieuwe berekeningswijzen mogelijk. Zodoende kan de projectie van het medisch aanbod verfijnd worden, bijvoorbeeld zo kan de dimensie "nationaliteit" geïntegreerd worden, evenals het definiëren van specifieke scenario's voor elke specialisme afzonderlijk.

Tien jaar na de KCE publicatie over deze problematiek (KCE Rapport 72, 2008),³ wil de Planningscel dat er een externe kritische blik geworpen wordt op het gebruikte instrument zodat ook in de toekomst het projectiemodel voor het medisch aanbod kan verder evolueren.

Dit rapport bevat de inzichten uit een onderzoeksproject dat werd geïnitieerd door de *Cel Planning* van de *Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu* (voortaan: FOD), in samenwerking met het *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)*. Doel van het onderzoek was het formuleren van aanbevelingen voor het updaten van het door de Planningscommissie gehanteerde 'Projectiemodel Medisch Aanbod'. Het model wordt gebruikt om het aanbod van artsen(-specialisten) voor de komende 25 jaar te voorspellen en te plannen.



2.2. De planning van het aanbod van medische professionals

Het verzekeren van een adequaat aanbod van medische professionals is een cruciale factor in het gezondheidszorgbeleid. Zowel overaanbod als onderaanbod zijn verbonden met ongewenste economische en ethische consequenties.³

Een onderaanbod van medische professionals leidt tot:

- Ongewenste beperkingen in de toegankelijkheid van het gezondheidszorgsysteem;
- Overbevraging van het personeelsbestand, met mogelijk een lagere kwaliteit van zorg voor patiënten en een lagere levenskwaliteit voor de professionals tot gevolg;
- Mogelijk hogere kosten voor het aantrekken van een alternatief aanbod;
- Ongewenste lange termijneffecten op de internationale arbeidsmarkt voor medische professionals ('brain drain', onderaanbod in bronlanden van medisch aanbod, onderinvestering in de opleiding in bronlanden van medisch aanbod).⁴

Een overaanbod kan leiden tot:

- Onnodige kosten in de opleiding van professionals;
- De verstrekking van ongewenste diensten (aanbodsgedreven consumptie) en de daarmee verbonden kosten;
- Een lagere kwaliteit van zorg omwille van een te lage consultatiegraad.

Algemeen heeft het prospectief plannen van het medisch aanbod als doel om te bepalen wat een adequaat aantal, en een opportune mix en spreiding van beoefenaars zal zijn om tegemoet te komen aan toekomstige zorgbehoeften.

De planning wordt bemoeilijkt door het feit dat het opleiden van medische professionals een langdurig proces is (dat 3 tot 12 jaar kan duren voor respectievelijk ergotherapeuten en volledig getrainde klinische professionals). De planningshorizon varieert naargelang de duur van de opleiding maar kan voor artsen-specialisten twee tot drie decennia bedragen.⁴

Bovendien evolueert het gezondheidszorgsysteem voortdurend onder invloed van een combinatie van exogene en endogene factoren. Technologische, epidemiologische en demografische ontwikkelingen en wijzigende regelgeving (op verschillende bestuursniveaus, inclusief het Europese) nopen tot een continue aanpassing van het zorgsysteem.

Dit alles maakt van medische aanbodsplanning een complexe uitdaging. Er bestaat evenwel geen internationaal aanvaarde standaardaanpak voor medical manpower planning.³ Nationale (en regionale) overheden operationaliseren hun planningsmethodiek op verschillende manieren.⁴ Niettemin speelt de ontwikkeling en exploitatie van een wiskundig projectiemodel zonder uitzondering een centrale rol.

Een recente comparatieve studie door de EU Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting onderscheidt evenwel vijf basisactiviteiten die deel uitmaken van elk geavanceerd medical manpower planning systeem:

- activiteit 1: het specificeren van de doelen van het planningsysteem;
- activiteit 2: het ontwikkelen en gebruiken van een projectiemodel;
- activiteit 3: het verzamelen en exploiteren van een database met gegevens;
- activiteit 4: het verzekeren van de link tussen planning en beleidsinitiatieven;
- activiteit 5: het organiseren van het planningsysteem.



2.3. De organisatie van het planningsysteem in België

In België heeft de Planningscommissie, een in 1996 opgericht adviesorgaan voor de Minister van Volksgezondheid, de opdracht om de behoeften inzake aanbod na te gaan met betrekking tot de beroepen artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten^a. De Planningscommissie evalueert eveneens de impact van de bepaling van deze behoeften op een belangrijke beleidsmatige hefboom voor de controle van het aanbod, namelijk de toegang tot de studies voor de desbetreffende beroepen.

De commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de universiteiten, de mutualiteiten, de beroepen van de gezondheidszorg, de bevoegde ministers, de Gemeenschappen, het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (voortaan: FOD Volksgezondheid). De commissie werkt met een plenaire vergadering en werkgroepen voor de afzonderlijke gezondheidsberoepen. Administratieve en technische ondersteuning wordt verleend door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen binnen de FOD Volksgezondheid.

Het planningsproces voor gezondheidsberoepen is beschreven in een vorig KCE rapport rond planificatie van vroedvrouwen (KCE Rapport 278).⁵ In de context van dit vorige rapport zullen de variabelen van het projectiemodel voor de beroepskrachten en de implementatie van het model in het kader van de gezondheidswerkerplanning geïdentificeerd en vergeleken worden met die welke in buitenlandse modellen gebruikt worden (SWOT-analyse [Strengths–Sterktes, Weaknesses–Zwaktes, Opportunities–Kansen, and Threats–Bedreigingen]).

2.4. Het Belgische projectiemodel voor Medical Workforce Planning

In het algemeen kunnen drie modelleringstrategieën op het vlak van medical workforce planning worden onderscheiden (KCE Rapport 72, 2008):³

- Een aanbodsgedreven projectie die vertrekt vanuit de instroom nodig om een gegeven service aanbod te realiseren;
- Een vraaggedreven projectie die start van een toekomstige zorgconsumptie;
- Een behoeftengedreven projectie die het aanbod van medische professionals wil afstemmen op toekomstige behoeften aan zorg.

In de praktijk integreren projectiemodellen meerdere van deze dimensies.

Het Belgische 'stock-and-flow' model ondersteunt in essentie een aanbodsgedreven projectie. Dat wil zeggen dat vertrekkende van de huidige stock aan professionals de toekomstige stock wordt voorspeld, rekening houdend met veranderingen in instroom en uitstroom. Het model integreert ook een vraagcomponent, steunend op de ontwikkeling van de Belgische bevolking en de daarmee geassocieerde zorgconsumptie. De resultaten van het model worden gepresenteerd als ruwe, respectievelijk gewogen dichtheden van aantallen individuele professionals en de daarmee overeenkomende Voltijds Equivalente professionals (VTEs).

^a KB 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen



Berekening van de Voltijds Equivalenten (VTE)

VTE's in RSZ-RSZPPO systeem

De Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming berekende op aanvraag van de Cel Planning voor elke persoon in onze analyse-populatie het gepresteerde VTE op jaarbasis. Deze VTE-indicator betreft dus een som van het werkelijk gepresteerde arbeidsvolume over de vier kwartalen.

VTE's in RIZIV-systeem

In tegenstelling tot de situatie van werknemers, beschikt de Planningscommissie niet over een eenduidige indicator van het gepresteerde arbeidsvolume.

Het RIZIV baseert zich op het mediaan bedrag van de door het RIZIV jaarlijks uitgevoerde terugbetalingen dat wordt geobserveerd in een referentiegroep, met name de actieve artsen in de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar van het medisch specialisme in kwestie. Deze mediaan wordt gehanteerd in wat volgt als een inschatting van de activiteit overeenkomend met 1 voltijds equivalent (=1 VTE) en wordt berekend per afzonderlijk medisch specialisme.

Aldus wordt de mediaan activiteit van deze leeftijdsgroep naar voor geschoven als een 'optimum' activiteitsniveau.

Nemen we het volgende voorbeeld: De geobserveerde mediaan in een referentiegroep bedraagt 100.000 € in een kalenderjaar. Een persoon die prestaties uitvoerde voor dit bedrag aan terugbetaling krijgt een VTE van 1 toegekend. Een persoon die daarentegen prestaties uitvoerde over een kalenderjaar die leidden naar een terugbetaling van 50.000 euro wordt beschouwd als een halftijds equivalent, met name 0,5 VTE. Beklemtonen we dat de VTEs in het kader van PlanCad niet worden begrensd tot een maximumwaarde van 1. Bijgevolg zal een beroepsbeoefenaar, in het kader van het eerder aangehaald voorbeeld, die prestaties levert met een terugbetaling ter waarde van 150.000 euro, een VTE toegekend krijgen van 1,5.

In andere woorden, worden de Voltijds Equivalenten berekend op basis van het bedrag van de RIZIV terugbetalingen (de enige beschikbare activiteitsindicator) en niet op basis van de arbeidsduur van de beroepsbeoefenaars (zoals het geval is voor de werknemers).

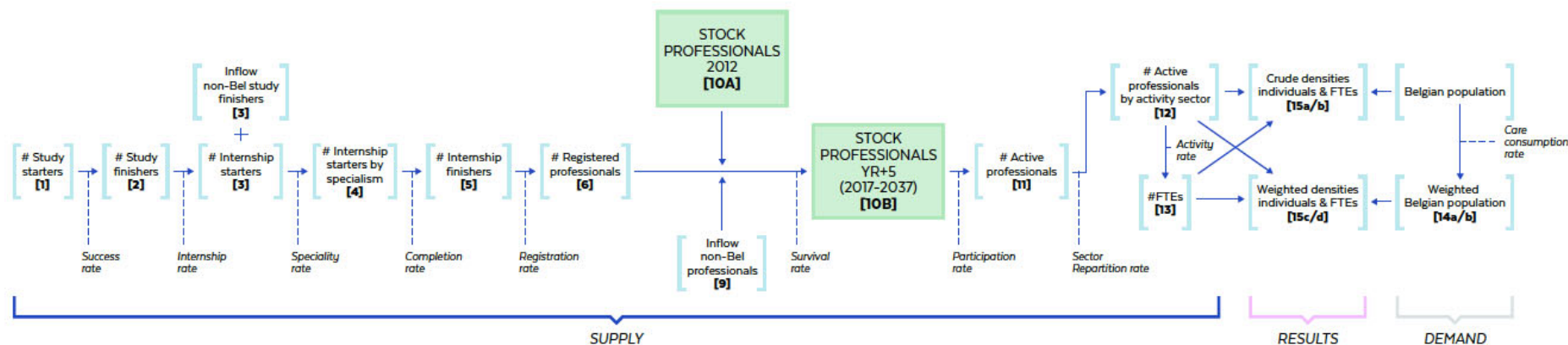
De geïnteresseerde lezer kan een meer gedetailleerde beschrijving van de methodologische beperkingen van deze berekeningsmethoden vinden in het document 'Syntheserapport PlanCAD Artsen 2004-2012'.⁶

Het model is in staat om op een uniforme wijze projecties uit te voeren voor alle beschouwde gezondheidszorgberoepen over een periode van 50 jaar, in 5-jaarlijkse intervallen. De afgelopen jaren werd evenwel gewerkt met projectieperiodes van 25 jaar. Het model is functioneel opgesplitst naar taalgemeenschap en omvat de dimensies leeftijd, geslacht, nationaliteit en activiteitssector. Per specialisme is een apart scenario ingegeven en uitgevoerd.

De Planningscommissie gebruikt het model om zowel 'basisscenario's' als 'alternatieve scenario's' te genereren. Een basisscenario extrapoleert op basis van historische trends en constant beleid. Alternatieve scenario's laten toe om hypothesen te formuleren met betrekking tot trendbreuken (gerelateerd aan bv. instroom, werktijdreductie, vervrouwelijking van het beroep en anderen).



Figuur 1 – Vereenvoudigde voorstelling van de architectuur van het huidige Projectiemodel Medical Workforce



2.5. De gegevensbronnen voor het projectiemodel

De Planningscommissie heeft de voorbije jaren ingezet op het project PlanCAD om de kwaliteit te verbeteren van de gegevens waarmee het projectiemodel wordt gevoed. Dit project voorziet in de koppeling van de gegevens van de Federale Databank van de Beoefenaars van de Gezondheidsberoepen - het zogenaamde 'Kadaster' - aan het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming en aan gegevens beschikbaar bij het RIZIV. Dit laat toe om een zicht te bekomen op de effectieve positie op de arbeidsmarkt van de erkende beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. Op basis van de gekoppelde workforce-gegevens berekent het projectiemodel dan planningsscenario's per beroepsgroep. De gegevenskoppeling is sinds 2016 veralgemeend voor alle erkende, in het Kadaster opgenomen gezondheidszorgberoepen.



Statistieken betreffende artsen die gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen (op 31/12/2016)⁷

De federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, ook 'Kadaster' genoemd, staat in voor de registratie van alle personen die het recht hebben een erkend gezondheidszorgberoep in België uit te oefenen. Het kadaster geeft een beeld van de personen die een gezondheidszorgberoep mogen uitoefenen, maar geeft niet aan wie van deze personen effectief het beroep in kwestie uitoefent.

- **Artsen die gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen: 61.899 artsen gedomicilieerd in en buiten België (waaronder 52.694 artsen gedomicilieerd in België)**

| | |
|--|--------|
| ○ Erkende huisartsen: | 16.682 |
| ○ Huisartsen in opleiding: | 1.152 |
| ○ Erkende artsen-specialisten: | 31.877 |
| ○ Artsen-specialisten in opleiding: | 5.068 |
| ○ Artsen zonder bijzondere beroepstitel: | 7.736 |

- **Erkende huisartsen en specialisten: 46.781**

| | |
|---|--------|
| ○ Woonplaats in Vlaanderen: | 25.343 |
| ○ Woonplaats in Wallonië: | 15.333 |
| ○ Woonplaats in Brussels Hoofdstedelijk Gewest: | 6.105 |

- **Aantal artsen (excl. artsen in opleiding) in België op basis van hun nationaliteit**

| | |
|-----------------------|----------------|
| ○ België: | 43.442 (92,9%) |
| ○ EU (zonder België): | 3.069 (6,6%) |
| ○ Buiten EU: | 269 (0,6%) |

Gebruik van PlanCad om planningsscenario's uit te werken⁶

Voor het schatten van het toekomstige aanbod aan beoefenaars van een gezondheidszorgberoep is er exacte kennis vereist over de huidige stand van zaken. Enkel vanuit een correct beeld over de huidige 'voorraad' aan gezondheidszorgverleners in een bepaald beroep en inzicht in de jaarlijkse in- en uitstroom kunnen er betekenisvolle uitspraken gedaan worden over de toekomst van de gezondheidsberoepen, en aldus de experts in staat stellen weloverwogen adviezen te formuleren.

In het najaar van 2013 werd een aanvraag ingediend om gegevenskoppelingen te realiseren voor de beroepsgroep van de artsen. De gegevens werden in de zomer van 2014 ontvangen en bedekken een 9-jaar periode (2004-2012).

Op 31/12/2012 telden we in het federale kadaster van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars in België **51.420 erkende artsen** met toelating om hun beroep uit te oefenen.

Een beroepsbeoefenaar wordt beschouwd als actief in België (RIZIV/RSZ) indien hij of zij beantwoordt aan minstens één van de volgende voorwaarden: de verstrekking in de loop van het analyse jaar van minstens 2 RIZIV prestaties voor een arts-specialist of 500 RIZIV prestaties voor een huisarts, of de prestatie van minimaal 0,1 VTE in het kader van de RSZ of de RSZ-PPO.

Deze grenswaarden om de actieven af te bakenen in het RIZIV-systeem werden gekozen op aangeven van de werkgroep Artsen van de Planningscommissie.

Onder deze artsen met toelating om hun beroep uit te oefenen bevinden zich 68,3% in België actieve artsen; 60,8% van artsen hadden een RIZIV activiteit.



Voor huisartsen

- **Het aantal prestatiegerechtigde huisartsen in België bedroeg 16.144**
 - 8.383 gedomicilieerd in het Vlaamse Gewest,
 - 5.360 gedomicilieerd in het Waalse Gewest,
 - 1.561 gedomicilieerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,
 - 840 huisartsen niet gedomicilieerd in België.
- **76,1% van de prestatiegerechtigde huisartsen in België zijn er ook actief**
 - 66,5% zijn actief in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.
- **Het gemiddelde VTE dat wordt gepresteerd in het kader van het RIZIV bedraagt 0,72 VTE.**
 - 0,90 VTE in het Vlaamse Gewest,
 - 0,64 VTE in het Waalse Gewest,
 - 0,38 VTE in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Voor artsen-specialisten

- **Het aantal prestatiegerechtigde artsen-specialisten waarvan de prestaties in aanmerking komen voor een interventie van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (alle RIZIV-specialismen samengenomen met uitzondering van de huisartsgeneeskunde) bedroeg in België 27.472**
 - 12.851 gedomicilieerd in het Vlaamse Gewest,
 - 8.160 gedomicilieerd in het Waalse Gewest,
 - 3.570 gedomicilieerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,
 - 2.891 niet gedomicilieerd in België.

- **75,3% van deze prestatiegerechtigde specialisten in België zijn er ook actief**
 - 73,4% zijn actief in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.
- **Het gemiddelde VTE dat wordt gepresteerd in het kader van het RIZIV bedraagt 0,73 VTE. Dit is een gewogen gemiddelde van de VTE's met betrekking tot elk specialisme**
 - 0,93 VTE in het Vlaamse Gewest,
 - 0,75 VTE in het Waalse Gewest,
 - 0,57 VTE in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.



3. ONDERZOEKSVRAAG EN -AANPAK

De onderzoeksvraag werd als volgt geformuleerd:

“Op welke manier kunnen we het huidige projectiemodel van de medische beroepsbevolking aanpassen om te kunnen bijdragen aan een meest passend antwoord in verband met de planning van het medisch aanbod voor een relevant tijdsbestek?”

Dit korte onderzoekstraject (doorlooptijd vier maanden, van februari tot mei 2017) had niet de ambitie om de basis te leggen voor een geheel nieuw projectiemodel. Het bood wel een gelegenheid aan de betrokken actoren in het gezondheidszorgsysteem om kritisch te reflecteren over heel specifieke aspecten van het bestaande model: de erin opgenomen variabelen, de gehanteerde projectiemethode en de gebruikte databronnen. De focus van het onderzoek lag dus in eerste instantie op de technische component van het Belgische planningsysteem (cfr. de door de JAHWPF geïdentificeerde activiteiten 2 en 3: ontwikkeling en exploitatie van een projectiemodel, data management). Niettemin is er een onvermijdelijke koppeling met de meer strategische elementen van het planningsysteem (namelijk activiteiten 1 en 4: specificering van doelen, koppeling met beleid).

3.1. Aanpak

De gehanteerde methodologie steunde in hoofdzaak op een proces van stakeholderconsultatie. De consultatie had als doel om percepties te inventariseren wat betreft de werking van het model en de suggesties voor verbetering te bundelen in een set van aanbevelingen aan de Cel Planning, de Planningscommissie en het beleid. De aanbevelingen werden ook getoetst aan inzichten uit sleuteldocumenten uit de (internationale) literatuur die het Belgische planningsysteem kritisch evalueerden.

De stakeholders werden geïdentificeerd in samenwerking met de opdrachtgevers. Het betreft een groep van zegspersonen die instituties representeren uit het beleid (op verschillende bestuursniveaus, zowel federaal als uit de Gemeenschappen), de sector (professionele organisaties, syndicaten, mutualiteiten, patiëntenverenigingen) en het hoger onderwijs. In totaal werden ongeveer 40 verschillende stakeholders betrokken bij de consultatie (een volledige lijst is opgenomen in de colofon).

3.2. Consultatie

De consultatie verliep in drie fasen:

- Stakeholders werden uitgenodigd om kennis te nemen van de structuur en werking van het model tijdens een briefingsessie georganiseerd door de Cel Planning. De gebruikte presentatie is opgenomen in een aparte bijlage van dit rapport. De bedoeling van deze sessie was om een noodzakelijk geachte kennisbasis te delen als basis voor de reflectie.
- Vervolgens werden de stakeholders uitgenodigd om een uitgebreide elektronische bevraging (survey) in te vullen die peilde naar hun bekommernissen wat betreft de werking van het huidige model.
- De inzichten uit deze survey werden gebundeld als een set van voorlopige aanbevelingen ter verbetering van het model. Die werden dan besproken in een speciaal daartoe georganiseerde stakeholderworkshop (08/05/2017). De inzichten uit de workshop werden dan meegenomen in het formuleren van de aanbevelingen die opgenomen zijn in dit synthese.

3.3. Enkele referenties uit de literatuur

De resultaten van de stakeholderconsultatie werden getoetst aan inzichten uit twee studies die eerder al het Belgische medical manpower planningsysteem kritisch onder de loep namen: een door onszelf uitgevoerde studie rond uitdagingen op het vlak van het verzekeren van een adequaat aanbod van artsen in België (KCE Report 72, 2008)³ en een recente Europese studie die planningsystemen uit zeven EU-lidstaten met elkaar vergelijkt (Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting, 2016).⁴



3.4. De survey

Een twintigtal stakeholders namen deel aan een voorbereidende informatiesessie over het projectiemodel (27 januari 2017). Vervolgens werd een longlist met individuele vertegenwoordigers van stakeholders geconsolideerd tot een shortlist met 41 vertegenwoordigers die bereid waren om aan het onderzoek deel te nemen. Daarvan vulden 37 mensen de bevraging in. De responsgraad lag daarmee op 90%.

De bevraging werd in vier delen gestructureerd (geïnspireerd door de eerder vermelde vijf sleutelactiviteiten van een planningsysteem geïdentificeerd door de comparatieve studie van de EU Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting). Van de vier onderdelen werden er drie telkens aan een open vraag gekoppeld. Deze vragen peilden respectievelijk naar:

- De perceptie van de respondent van het doel van het projectiemodel (open vraag: "Waarom dient volgens u het projectiemodel 'medical workforce'?).
- Suggesties voor een meer adequaat gebruik van het model door de Planningscommissie (open vraag: "Hebt u reflecties rond de wijze waarop de Planningscommissie van het projectiemodel gebruik maakt?").
- Suggesties voor een betere koppeling tussen adviezen van de Planningscommissie en het beleid (open vraag: "Hebt u reflecties bij de wijze waarop de adviezen van de Planningscommissie in beleid worden omgezet?").

Het tweede, technische gedeelte van de survey was het meest uitgebreide en behandelde elke individuele parameter van het projectiemodel en de gegevens die het model voeden. Dit gedeelte bestond uit een combinatie van een groot aantal evaluatieve vragen en open vragen. De respondent kon voor elke modelparameter aangeven hoe adequaat hij/zij de berekeningsmethode en de databron inschatte. Telkens was er ook een mogelijkheid om suggesties voor verbetering te formuleren. Een vraag-per-vraag synthese van de antwoorden van de stakeholders is in een bijlage van dit rapport opgenomen.

3.5. Inzichten uit de survey

De survey suggereert dat het Belgische projectiemodel Medical Manpower Planning - binnen de gekozen modeleringstrategie en rekening houdend met de beschikbare middelen - technisch behoorlijk performant is. 68% van de bevroegden gaf aan enigszins met het model vertrouwd te zijn. Ongeveer een derde van de respondenten had als lid van Planningscommissie een meer diepgaande ervaring met het projectiemodel.

Niettemin is er ruimte voor verbetering. Suggesties werden gebundeld in drie verbeterstrategieën:

- Verbeterstrategie 1: verhogen van de granulariteit van het model.
- Verbeterstrategie 2: verhelderen van de beperkingen van extrapolatie op basis van historische gegevens.
- Verbeterstrategie 3: versterking van de koppeling met het gezondheidszorgbeleid.

3.6. Stakeholder workshop

De stakeholders debatteerden over deze drie verbeterstrategieën in een workshop (8 mei 2017; lijst met aanwezigen in bijlage). De deelnemers bevestigden in grote mate de pertinentie van deze aanbevelingen. Veel van de elementen die tijdens de workshop naar voren kwamen herhaalden, versterkten of nuanceerden punten die ook al in de survey werden gesignaleerd.

Onvermijdelijk werden ook suggesties geformuleerd voor beleidsinterventies die via een adequater aanbod van medische professionals tot een meer kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg moeten leiden (zoals een versterking van de eerste lijn, een aanpassing van de nomenclatuur om incentives te creëren voor knelpuntspecialismen, meer inzetten op preventie). Die suggesties vallen echter buiten de scope van dit onderzoek.



4. BESLUIT

De Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting stelt dat de effectiviteit van een medical manpower planningmodel kan geëvalueerd worden op diverse dimensies:

- Draagt het bij tot het besluitvormingsproces?
- Is het wiskundig solide?
- Omvat het alle relevante parameters?
- Wordt het gedragen door de stakeholders in het zorgsysteem?

Deze stakeholderconsultatie geeft inzage in de percepties van sleutelactoren in de Belgische gezondheidszorg op de Belgische planningpraktijk. Het projectiemodel wordt als technisch behoorlijk performant gezien, binnen de gekozen modelleringstrategie en rekening houdend met de beschikbare middelen. Niettemin is er ruimte voor verbetering. Uit de bevraging werden drie sets van aanbevelingen afgeleid om de technische informatie van het model te verbeteren:

- De gehanteerde databronnen moeten vervolledigd en geactualiseerd worden.
- De analyses op basis van het projectiemodel moeten fijnmaziger worden uitgevoerd.
- De onzekerheden die verbonden zijn aan het extrapoleren van historische gegevens moeten beter gededuid en gecommuniceerd worden.

Een vierde set van aanbevelingen richt zich naar de wijze waarop het model bijdraagt tot het besluitvormingsproces:

- De koppeling tussen het op het model gebaseerde advies en het gezondheidszorgbeleid moet gestroomlijnd worden.

^b Zoals: mensen die zorg uitstellen, de zorgbehoefte van niet-verzekerden, en zorg die verstrekt wordt in het kader van forfaitaire betaling.

5. BELEIDSAANBEVELINGEN

5.1. Denkpistes van stakeholders

De suggesties van de stakeholders worden gesynthetiseerd in vier sets van aanbevelingen om de performantie van de medical manpower planning in België te verhogen.

Aanbeveling 1 – De gehanteerde databronnen moeten vervolledigd en geactualiseerd worden.

1. Hoewel de kwaliteit van de gehanteerde gegevensbronnen over het algemeen hoog ingeschat wordt, zien stakeholders toch heel wat mogelijkheden om gegevens aan te vullen om het reële aanbod en vraag beter te kunnen vatten (met name: niet-geregistreerde bronnen van reële en gewenste zorgconsumptie^b, demografie- en ziektespecifieke gegevens). Er wordt ook gepleit dat gegevens sneller ter beschikking worden gesteld door de gegevensbeheerders en/of registratie-organen. De brongegevens voor PlanCAD dienen van recentere datum te zijn en de gegevenskoppeling PlanCAD dient frequenter (liefst jaarlijks) te worden uitgevoerd.
2. In de gebruikte databronnen moet meer aandacht besteed worden aan het uitfilteren van localisatie-effecten. Dat zijn onnauwkeurigheden ten gevolge van niet-geregistreerde verschillen tussen plaats van toediening van zorg enerzijds en domicilie en/of plaats van tewerkstelling van de verstrekker anderzijds. Even goed komt de woonplaats van zorgontvanger niet altijd overeen met die van de verstrekker. Dit resulteert in onnauwkeurigheden van ongekende grootte bij het bepalen van de huidige en toekomstige voorraad van professionals.



3. De zorgvraag is in het projectiemodel relatief zwak gearticuleerd. De conceptualisering van 'vraag' als 'zorgconsumptie' is noodzakelijk ook deels gecorreleerd met het zorgaanbod. Hier is vermoedelijk een aanzienlijke onnauwkeurigheid mee gemoeid. Hiermee wordt onder/overconsumptie ook bestendig. Stakeholders bevelen aan om nog meer nadrukkelijk een schatting van de behoeften op subregionaal niveau, op basis van de epidemiologische evolutie, in de zorgvraag te integreren. Hiervoor kan onder meer gesteund worden op beschikbare databronnen zoals de door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) regelmatig herhaalde Gezondheidsenquête.
4. Actieve registratie (door regelmatige, directe bevraging van de populatie professionals) i.p.v. generieke extrapolatie moet beter inzicht geven in de bestaande en evoluerende stock van professionals.

Toetsing aan de literatuur: De JAHWPF⁴ beschouwt het databeheer in het Belgische planningsstelsel, met name als resultaat van de datakoppeling binnen PlanCAD, als exemplarisch. Het ziet een uitdaging eerder in het grote volume van beschikbare data hetgeen analisten voor bijzondere uitdagingen stelt op het vlak van exploitatie van deze gegevens. Een variabele die echter meestal niet meegenomen wordt in manpower-projecties en nochtans een aanzienlijke invloed kan uitoefenen op het aanbod, is de verloning van professionals. Ook in België wordt daar niet mee gerekend. Het KCE Rapport 72³ dateert van voor de gegevenskoppeling binnen PlanCAD. Niettemin is de vaststelling nog steeds pertinent dat er in de Belgische praktijk van manpower planning geen rekening wordt gehouden met een aantal variabelen die essentieel zijn voor een diepgaande analyse van het medisch aanbod, zoals praktijkregelingen, vaardighedenmix, technologische vooruitgang, en wijzigingen in toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Aanbeveling 2 – De analyses op basis van het projectiemodel moeten fijnmaziger worden uitgevoerd.

1. Gezien regionale verschillen in aanbod en vraag is het aangewezen om het model verder te desaggregeren naar een adequaat subregionaal niveau^c. Hierbij is het aangewezen om te differentiëren tussen huisartsen en specialisten gezien de spanning tussen vraag en aanbod zich voor beide groepen op een ander geografisch niveau manifesteert. Vanuit de Duitstalige Gemeenschap wordt gepleit voor een aangepaste differentiatie van input en output van het model^d.
2. De berekening van een VTE voor onafhankelijke beoefenaars op basis van een gemiddelde, door het RIZIV geregistreerde praktijkvoering binnen het cohort met referentieleeftijd 45-54 jaar biedt geen betrouwbare reflectie van de reële arbeidsduur van de beroepsbeoefenaars en houdt derhalve onvoldoende rekening met enerzijds het vaak door de stakeholders vermelde fenomeen van overbevraging en evenmin met de gewijzigde beroepspraktijk van professionals (zoals het aansluiten bij een groepspraktijk, of het sneller verminderen van werkbelasting in een zoektocht naar een beter evenwicht tussen beroep en privéleven). De aanpak verhuut ook belangrijke distincties (tussen gemiddelde en reële praktijkvoering, tussen praktijkvoering binnen een stedelijke vs. een rurale omgeving, tussen de zorgintensiteit van verschillende bevolkingsgroepen).

^c Het model is sowieso gericht op de vastlegging van federale quota die vervolgens door en voor de twee gemeenschappen (Vlaamse Gemeenschap en Fédération Wallonie-Bruxelles) aangepast worden, zoals bepaald in de wettelijke opdracht van de Planningscommissie.

^d Daarbij moet wel rekening gehouden worden met het feit dat er geen Duitstalige artsenopleiding bestaat in België, wat het lastig maakt om een artseninstroom voor deze gemeenschap in het model in te brengen.



Toetsing aan de literatuur: Het rapport van de Europese werkgroep⁴ erkent de limieten van de Belgische aanpak voor de berekening van VTE van onafhankelijke professionals maar beschouwt de methodiek toch als een 'good practice'. De Planningscommissie is zich ook terdege bewust van de methodologische beperkingen van de RIZIV-VTE en meldt dat de waarde niet normatief mag gebruikt worden; ze dient enkel om een relatieve waarde van grootte voor een geleverde prestatie weer te geven (Jaarverslag Planningscommissie 2015).¹

Aanbeveling 3 – De onzekerheden die verbonden zijn aan het extrapoleren van historische gegevens moeten beter geduid en gecommuniceerd worden, en plausibele evoluties dienen onderzocht te worden op basis van horizon scanning.

1. De Planningscommissie hanteert statische extrapolatiemethoden voor alle parameters in het model. Bijvoorbeeld, de berekening van het aantal ingeschreven studenten berust op een gemiddelde van de laatste drie observatiejaren. Deze keuzen moeten doorheen het hele model beter gemotiveerd worden. Het is tevens aangewezen om de gevoeligheid van de projecties voor andere hypothesen te analyseren (sensitiviteitsanalyse) en te communiceren.
2. Vandaag worden resultaten van het model gegenereerd als een puntschatting. Die geeft geen informatie over de foutenmarge die in rekening moet worden gebracht bij de interpretatie van de resultaten. De stakeholders menen dat een schatting idealiter vergezeld wordt van een overeenkomstig betrouwbaarheidsinterval.
3. Extrapolatie op basis van historische gegevens (die soms tot vijf jaar oud zijn) schiet te kort in het licht van snel evoluerende trends, met name instroom van buitenlandse professionals, modernisering van de beroepspraktijk, de organisatie van de zorg en de evolutie van de zorgvraag. Het model moet gedynamiseerd worden door deze ontwikkelingen holistischer en systematischer te integreren. Vandaag wordt de berekening van alternatieve scenario's niet gevoed door een proces van rigoureuze horizon scanning. De werking bij consensus van de Planningscommissie bemoeilijkt het exploratief omgaan met onzekerheden in het zorglandschap.

Toetsing aan de literatuur. Deze aanbevelingen worden ook gereflecteerd in de eerdere publicaties over het Belgische planningsstelsel. Ons eigen rapport uit 2008³ schuift het feit dat de onzekerheden verbonden met het modelleringsproces niet gekend zijn als één van de belangrijke aandachtspunten naar voren. Het rapport stelt dat een projectief model omzichtig gebruikt moet worden om aantallen te voorspellen. Drie reeksen factoren beïnvloeden de validiteit van het model: onzekerheid omtrent parameters in de referentiepopulatie, d.w.z. de kwaliteit van de gegevens van de uitgangssituatie; de plausibiliteit van scenario's, d.w.z. de aannemelijkheid van de onderliggende veronderstellingen wat betreft ramingen; en de "goodness of fit" van het model, d.w.z. correctie voor confounders. Onzekerheid over de ramingen kan worden beoordeeld via deterministische sensitiviteitsanalyse of stochastische simulatie. In het kader van Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting⁴ werden verschillende planningsmodellen beschreven en vergeleken. Het Belgische model werd vergeleken met modellen gebruikt in Denemarken, Finland, Spanje, Engeland, Noorwegen en Nederland. Het Belgische model wordt erkend als één van de meest complete projectiemodellen. Desalniettemin kunnen de ervaringen van andere landen zoals Engeland en Nederland, dienen als inspiratiebron voor uitbreiding van de prospectieve analysemethoden (of horizon scanning). Deze methoden worden gebruikt om de meest waarschijnlijke evolutie van de zorgvraag en de verdeling van de competenties tussen professionals te schatten, maar eveneens om sensibiliteitsanalyses te doen ten einde het projectiemodel te evalueren en te corrigeren indien nodig.



Aanbeveling 4 – De koppeling tussen de op het model gebaseerde adviezen en het gezondheidszorgbeleid moet gestroomlijnd worden.

1. Stakeholders signaleren ongewenste onevenwichten tussen aanbod en vraag in het huidige zorglandschap. Er wordt verwezen naar epidemische proporties van overwerk door professionals, huidige en toekomstige geografische lacunes in het aanbod, onevenwichten tussen de gemeenschappen, onevenwichten tussen opportuniteiten voor buitenlandse studenten en professionals enerzijds en Belgische studenten en professionals anderzijds. Dit kan, aldus de stakeholders, nadelige implicaties hebben voor de toekomstige toegankelijkheid en kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg. Deze onevenwichten konden binnen het bestek van deze studie niet gedocumenteerd en empirisch gevalideerd worden. Die validatie is echter noodzakelijk om de bestaande onevenwichten ook in de lopende manpower planning te integreren.
2. Een effectieve manpower planning moet steunen op expliciet en duidelijk gedefinieerde gezondheidsdoelen. De bestaande planning is echter gericht op het in stand houden van een basisaanbod waarvoor geen onaanvechtbare motivering bestaat. Het ontwikkelen van die visie en vastleggen van die doelen behoort niet tot het mandaat van de Planningscommissie, maar zij moet daarrond wel in een actieve dialoog betrokken worden. Enerzijds kunnen geplande beleidsinterventies via het projectiemodel doorgerekend worden op te verwachten effecten qua aanbod ('what-if scenario's'). Anderzijds attenderen de door de Planningscommissie voorgestelde scenario's beleidsmakers op ongewenste effecten van doorgerekende trends. Duidelijke gezondheidsdoelen laten ook toe om de limieten van de manpower planning te expliciteren. In vele gevallen zullen oplossingen voor zorgknelpunten zich immers buiten interventies in het opleidingsstelsel

situëren (bijvoorbeeld door ingrepen op het vlak van geografische spreiding van professionals of interventies op het vlak van zorgorganisatie).

3. De institutionele complexiteit van het Belgische gezondheidszorgstelsel bemoeilijkt een daadkrachtige manpower planning. Er is een gebrek aan afstemming tussen het beleid op verschillende bestuursniveaus, gezondheidszorg sector en hoger onderwijs. De adviezen van de Planningscommissie worden niet altijd in praktijk omgezet door besluitvormingsorganen die een reële impact op het aanbod hebben. Het mandaat van de Planningscommissie moet herbevestigd en versterkt worden.
4. Het huidige model heeft een open, modulaire en chronologische architectuur. Niettemin reflecteert de wijze waarop het projectiemodel vandaag wordt gebruikt impliciet een visie op het zorgstelsel als een gesloten systeem (op Belgisch niveau). Alleen de instroom van studenten wordt daarbij gehanteerd als beleidsmatige hefboom voor sturing van het aanbod^f. Andere instromen en uitstromen krijgen daardoor de facto het statuut van moeilijk beïnvloedbare effecten. De betrokken actoren moeten zich beraden op deze aanpak het sturingspotentieel van een modelmatige benadering van manpower planning ten volle realiseert.

Toetsing aan de literatuur. De vergelijkende studie van de EU JAHWPF⁴ betreft dat beleidsmatige hefbomen om de doelen van de workforce planning te realiseren zich vaak beperken tot het reguleren van de instroom van studenten. Dat is dus geen fenomeen dat beperkt is tot de Belgische situatie. Niettemin wordt daardoor het sturingspotentieel van medical workforce planning onderbenut. De studie stelt ook vast dat planningsdoelen zelden worden geformuleerd vanuit toekomstgerichte operationele doelstellingen. Te vaak blijft het, zoals in het Belgische geval, bij de wens om een status quo onder wijzigende omstandigheden te behouden. Bovendien gaan de gebruikte modellen meestal uit van een notioneel

^e Buitenlandse instromers worden uit hoofde van Europese regelgeving rond vrij verkeer van personen niet onderworpen aan een selectieproces. Belgische instromers worden aan een dubbele selectie onderworpen: bij het aanvatten van de specialisaties en bij de intrede op de arbeidsmarkt.

^f Technisch voorziet het model ook een instroommogelijkheid voor professionals. Die wordt momenteel gebruikt om een historische instroom te repliceren maar kan eventueel ook andere evoluties modelleren.



evenwicht tussen vraag en aanbod en houden ze geen rekening met bestaande onevenwichten. In ons rapport 72³ stelden we al vast dat er geen expliciet algemeen kader is dat de manpower planning laat aansluiten op andere beleidsinitiatieven die impact hebben op het medisch aanbod en de wijze waarop het beroep wordt uitgeoefend (zoals nieuwe financieringsovereenkomsten). Er is geen ondubbelzinnig “juist” aantal en geen “juiste” mix van zorgverleners. De nood aan zorgverleners wordt bepaald door maatschappelijke beslissingen over het niveau van de inzet van resources voor de gezondheidszorg en de organisatie en financieringsmechanismen van de gezondheidszorg. De waarde van schattingen schuilt dus niet zozeer in hun vermogen om de aantallen exact in te schatten, maar wel in hun nut bij het bepalen of voorspellen van huidige en opkomende trends waarop beleidsmakers dan kunnen inspelen. De nood aan zorgverleners wordt endogeen bepaald via politieke en maatschappelijke keuzes die aan de basis liggen van het gezondheidszorg-systeem zelf. Enkel wanneer die maatschappelijke en politieke keuzes over de toegang tot en het verstrekken van zorg expliciet zijn, kunnen wetenschappelijke methodes systematisch worden gebruikt om de nood aan zorgverstrekkers voor een welbepaalde populatie eruit af te leiden.

5.2. Link met het KCE Rapport 278

In het kader van het KCE Rapport 278 rond de planning van vroedvrouwen,⁵ werd een set van aanbevelingen geformuleerd die van toepassing zijn op alle gezondheidszorgberoepen waarvan de planning wat betreft human resources valt onder de Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Deze aanbevelingen zijn dus ook hier van toepassing; zij worden in het kort herhaald in het volgende tekstkader.

We verwijzen de lezer naar de synthese of dit rapport via de volgende link: (https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE278As_planning_gezondheidspersoneel_vroedvrouwen_Synthese.pdf).

Accentverlegging van modellering naar meer planning van gezondheidswerkers:

- Om te anticiperen op de evoluties in zorgvraag en -aanbod dient de ontwikkeling van scenario's voor de planning van gezondheidszorg-personeel 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.

Meting van het aanbod:

- 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.
- Er zijn verbeteringen nodig wat betreft de gegevensverzameling voor de beschrijving van de projectie van het aantal gediplomeerden en de conversie van het aantal beroepsbeoefenaars naar VTE voor de vrije beroepsactiviteiten.

Meting van de vraag:

- De gegevensverzameling met betrekking tot de vraag dient te worden verbeterd.

Transversale planning van de gezondheidsberoepen:

- Men zou moeten overgaan tot een simultane planning van de gezondheidsberoepen waartussen taakdelegatie mogelijk of wenselijk is.

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

- Er zou een jaarlijkse post-hoc analyse moeten worden verricht van het projectiemodel om de afwijkingen ten opzichte van de verwachtingen te kunnen analyseren;
- Wanneer er beleidsmaatregelen inzake planning genomen worden, zou men hun impact op de zorgorganisatie en de -uitgaven moeten evalueren.



■ REFERENTIES

1. Cel Planning van het Aanbod van de gezondheidszorgberoepen, DG Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarverslag 2015 van de Planningscommissie - medisch aanbod. Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België. 2016.
2. Cel Planning van het Aanbod van de gezondheidszorgberoepen, DG Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarverslag 2016 van de Planningscommissie - medisch aanbod. Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België. 2017 (in voorbereiding).
3. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en uitdagingen. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. Health Services Research (HSR) KCE reports 72A (D/2008/10.273/07)
4. Malgieri A, Michelutti P, Van Hoegaerden M. Handbook on Health Workforce Planning methodologies across EU countries. 2016. Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting Funded By the Health Programme of the European Union. Deliverable D052 (ISBN 978-80-89825-00-4)
5. Benahmed N, Hendrickx E, Adriaenssens J, Stordeur S. Planning van gezondheidszorgpersoneel en gegevens over vroedvrouwen. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. Health Services Research (HSR) KCE Reports 278A (D/2016/10.273/95)
6. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen - Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening - DG Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. PlanCad Artsen 2004-2012. 2015.
7. Cel Planning van het Aanbod van de gezondheidszorgberoepen, DG Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België - Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2016 en instroom 2016. 2017.



COLOFON

| | |
|---|---|
| Titel: | Strategieën om het projectiemodel medisch aanbod te verbeteren: een stakeholderconsultatie – Synthese |
| Auteurs: | Philippe Vandenbroeck (shiftN), Kris Ooms (shiftN), Nadia Benahmed (KCE), Rachel Wickert (shiftN), Wendy Christiaens (KCE), Sabine Stordeur (KCE) |
| Project coordinator en senior supervisor: | Sabine Stordeur (KCE) |
| Redactie synthese: | Philippe Vandenbroeck (shiftN), Sabine Stordeur (KCE) |
| Reviewers: | Raf Mertens (KCE), Pieter-Jan Miermans (CelPlan, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu), Pascale Steinberg (CelPlan, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement), Veerle Vivet (CelPlan, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu) |
| Stakeholders: | Dirk Bernard (AZ St Lucas Brugge), Goele Bossaert (Agentschap voor Hoger Onderwijs, Volwassenenonderwijs, Kwalificaties en Studietoelagen [AHOVOKS]), Jacques Brotchi (Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale), Matthias Claeys (Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg [VGSO]), Christophe Cocu (Fédération des Maisons Médicales), Karin Cormann (Département "Santé et Personnes âgées" du Ministère de la communauté germanophone), Rita Cuypers (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België [ASGB]), Chantal De Boevere (Raad van Universitaire Ziekenhuizen – Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique [RUZB – CHAB]), Jan De Maeseneer (Universiteit Gent), Jacques de Toeuf (Association Belge des Syndicats Médicaux – Belgische Vereniging van ArtsenSyndicaten [AbSyM – BVAS]), Alain De Wever (Université Libre de Bruxelles [ULB]), Pierre Drielsma (Cartel Groupement Belge des Omnipraticiens – Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België [GBO-ASGB]), Gretel Dumont (Agence pour une Vie de Qualité [AviQ]), Joanna Geerts (Federaal Planbureau), Jan Goffin (UZ Leuven), David Hercot (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale [COCOM]), Cédric Hermans (Université Catholique de Louvain ; Réseau Santé Louvain), Lon Holtzer (Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen), Yolande Husden (Cabinet du Ministre Demotte, Fédération Wallonie-Bruxelles), Stella Matterazzo (Service d'Appui à la Direction générale, Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles), Koen Matton (Orde der artsen), Dominique Maun (Commission communautaire française [COCOF]), Pascal Meeus (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering [INAMI – RIZIV]), Marc Moens (AbSyM – BVAS), Maxime Mori (Fédération des étudiant-e-s francophones), Renaat Peleman (Universiteit Gent), Alex Peltier (Mutualités Chrétiennes – Christelijke Mutualiteiten), Jean-Yves Pirenne (Cabinet du Ministre de l'enseignement supérieur, Jean-Claude Marcourt), Fabienne Pringels (Forum des Associations de Généralistes [FAG]), Jérémie Rafalowicz (Fédération des maisons médicales), Jean-Pierre Schenkelaars (Collège Intermutualiste National – Nationaal Intermutualistisch College [CIN – NIC]), Marco Schetgen (ULB), Wim Tambeur (Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen), Robert van den Oever (Christelijke Mutualiteiten – Mutualités Chrétiennes), Michel Van Hoegaerden (European Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting), Guy Vanderstraeten (Universiteit Gent), |



Danny Vandewalle (Agentschap Zorg en Gezondheid), Brigitte Velkeniers (PlanningsCommissie – Medisch aanbod, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu), Mieke Walraevens (Beleidscel Federaal Minister van Volksgezondheid Maggie De Block), Patrick Waterbley (Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en huisartsen), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform)

Externe validatoren: An Jacobs (VUB), Olivier Schmitz (UCL)

Acknowledgements: Merel Claes (shiftN), Henk Akkermans (Supplynetworkdynamics)

Gemelde belangen: Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict.

Layout: Ine Verhulst, Joyce Grijseels

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: 6 juli 2017

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Health Manpower ; Health Planning ; Forecasting ; Health Services Needs and Demand

NLM classificatie: W76

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2017/10.273/47

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?

Vandenbroeck P, Ooms K, Benahmed N, Wickert R, Christiaens W, Stordeur S. Strategieën om het projectiemodel medisch aanbod te verbeteren: een stakeholderconsultatie – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 290As. D/2017/10.273/47.

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