

# Standpunt Contingentering (25 april 2013)

## VVS pleit:

- voor een contingentering onder de vorm van een toelatingsexamen in de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde. Iedereen die afstudeert moet recht hebben op een RIZIV nummer.
- het oprichten van een begeleidingscommissie van het toelatingsexamen, die de kwaliteit en inhoud controleert.
- Rationeel bepaalde quota voor artsen en tandartsen, op basis van een actueel kadaster.
- Het correct opvullen van de quota en voldoende financiering om dit te kunnen verwezenlijken.
- De afschaffing van de contingentering binnen de opleiding kinesithérapie.

## 1. WAT IS CONTINGENTERING?

In dit standpunt heeft contingentering betrekking op het inperken van het aantal afgestudeerden dat toegang krijgt tot het uitoefenen van een bepaald beroep. Als men in België deze term hanteert, gaat het meestal over medische beroepen (artsen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten, psychotherapeuten, ...). Vanaf 1997 werd het aantal geneeskundestudenten door de Belgische overheid beperkt. Voor de tandheekundestudenten gebeurde dit vanaf 2002.

Hoe kan men dan het aantal afgestudeerden dat toegang krijgt, beperken? Hiervoor valt men terug op het zogenaamde RIZIV-nummer. RIZIV staat voor Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de dienst die onder meer de terugbetaling van medische prestaties regelt. Artsen die erkend worden door het RIZIV verwerven een RIZIV-nummer, waardoor hun patiënten na een consultatie aanspraak maken op terugbetaling via de ziekteverzekering. Men kan in België m.a.w. niet als dokter of tandarts aan de slag zonder die erkenning.

Dit alles valt onder de Gezondheidszorg en Sociale zekerheid, een federale materie en dus een bevoegdheid van de federale regering (of het federaal parlement). Concreet komt het er dus op neer dat de regering ten eerste een contingentering doorvoert en vervolgens voor elk jaar vastlegt hoeveel afgestudeerden er aan de slag kunnen. Opvallend is dat dit aantal wordt vastgelegd per gemeenschap (en niet voor heel het land).

## 2. CONTINGENTERING IN DE OPLEIDING GENEESKUNDE EN TANDHEELKUNDE

### CONTINGENTERING: EEN NOODZAKELIJK KWAAD

VVS begrijpt de nood aan de beperking van het aantal afstuderende medische studenten en zo van het aantal artsen. Bijgevolg zijn de opgelegde quota in onze ogen een noodzakelijk kwaad. Er zijn drie redenen waarom VVS zich achter de contingentering schaart. Ten eerste wilt de overheid hiermee een zogenaamd **supplier induced demand tegengaan**. Dit betekent dat, indien er concurrentie heerst tussen artsen, het risico op het oneigenlijk gebruik van de medische voorzieningen toeneemt. Zo zal men meer geneigd zijn om verzoeken van een patiënt in te willigen, ook al is een extra onderzoek niet volledig te verdedigen. Dit betekent een grote meerkost voor de gemeenschap. Als er door contingentering een overaanbod aan artsen vermeden wordt, verkleint het risico dat dit zal gebeuren.

Ten tweede laat de beperking van het aantal medici toe dat elke arts voldoende patiënten en ziektebeelden ziet, wat essentieel is om een goede zorgverlening te waarborgen. Het beroep van arts vergt een goede integratie tussen kennis en praktijk. Bovendien betreft het soms zeldzame ziektebeelden die voor de patiënt ernstige gevolgen kunnen hebben. Om voldoende ervaring op te doen met routine als zeldzamere ziekten is een voldoende aantal contacturen met patiënten essentieel. De kwaliteit van de vervolgopleiding en bijgevolg afgestudeerde artsen is imperatief verbonden met de kans op volledige zelfontplooiing en optimaal gebruik van het aantal contacturen met patiënten. Een teveel aan assistenten zou de kwaliteit van de vervolgopleiding danig verlagen.

Ten derde kan ook **de echelonnering** beter aangestuurd worden. Dat is de trapsgewijze toegang tot de gezondheidszorg, waarbij je bijvoorbeeld eerst langs een huisarts moet om verder doorverwezen te worden. Dat systeem vermijdt medische overconsumptie, aangezien de meeste patiënten geholpen kunnen worden in de eerstelijnszorg. Doordat er een duidelijke taakafbakening bestaat, is er een meer complementaire in plaats van concurrentiële verhouding tussen huis- en ziekenhuisartsen. Dit is de meest logische en goedkope manier van organisatie in de gezondheidszorg.

Hoewel VVS akkoord gaat met de nood tot contingentering, vindt ze dat die quota bereikt moeten worden **door een instroombeperking en niet door een uitstroombeperking**. Iedereen die toegang krijgt tot de opleiding moet immers de kans krijgen om deze volledig af te ronden. Iedereen die de opleiding afrondt moet met andere woorden recht hebben op een RIZIV-nummer.

Om de instroombeperking te organiseren, beschouwen we **een toelatingsexamen**, zoals dat nu georganiseerd wordt, **als 'minst slechte' optie**. De gelijke kansen en onbeperkte mogelijkheden om deel te nemen aan het examen moeten behouden worden. Gezien het grote belang van het toelatingsexamen is een continue opvolging van het examen en de exameninhoud ook van groot belang. Een begeleidingscommissie zou moeten opgericht worden om over de kwaliteit en inhoud te waken. Studenten moeten hier zeker deel van uit maken. Aangezien de beperking via een toelatingsexamen moet verlopen, moeten **de quota voor de afgestudeerden soepel gehanteerd kunnen worden**. De compensatie van een jaar met een teveel of tekort voor bepaalde specialisaties, kunnen gespreid worden over een beperkt aantal volgende jaren. Zo wordt er geen gevaar gelopen mensen de toegang tot een RIZIV-nummer te moeten ontzeggen. Die spreiding dient evenwichtig te gebeuren opdat er van de uiteindelijke quota over een welbepaalde periode niet afgeweken wordt, tenzij de Planningscommissie Medisch Aanbod dringende bijstellingen nodig acht.

## WERKPUNTEN CONTINGENTERING

Een nuance die hierbij gemaakt moet worden, is dat **de quota rationeel bepaald moeten worden**. De criteria die momenteel gehanteerd worden zijn onvoldoende en sluiten te weinig aan bij de realiteit. Er moet bijzondere aandacht besteed worden aan de steeds belangrijker wordende combinatie van het beroep met een gezin, de vergrijzing en de

productiviteit van de huidige en aankomende artsenpopulatie. Ook dient de verandering in ziektepatronen en de gewijzigde behandeling hiervan bestudeerd te worden.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) haalt in haar rapport omtrent het aanbod van de artsen in België (KCE reports 72A) aan dat het geen gemakkelijke opdracht is om op basis van de huidige beschikbare gegevens te komen tot een goede planning van het medisch aanbod. We steunen dan ook hun vraag naar een meer wetenschappelijk onderbouwde medische planning, waarbij **het kadaster medische beroepen van onmisbaar belang** is. Dit kadaster moet actueel gehouden worden en zou niet enkel het aantal medici, maar ook het gemiddeld aantal uur dat artsen werken moeten bevatten. Tevens moet de geografische densiteit van huisartsen gedocumenteerd worden. Dit stelt de Planningscommissie Medisch Aanbod in staat om een adequate planning op te stellen, met aandacht voor geografische spreiding van artsen.

Bovendien is er niet altijd genoeg financiering om de assistenten te betalen, waardoor de contingentplaatsen niet altijd opgevuld worden. Dit leidt elk jaar tot een verlies van een vijftigtal specialisatieplaatsen in Vlaanderen. Dit ondermijnt het hele systeem van een correcte medische planning. VVS streeft dus naar **het correct invullen van de quota en voldoende financiering om dit te kunnen bereiken**.

### CONTINGENTERING OP FEDERAAL EN INTERNATIONAAL NIVEAU

We willen niet enkel het contingenteringssysteem en de **instroombeperking** behouden, maar er ook voor pleiten dit **uit te breiden naar Franstalige zijde**. Op dit moment is er daar namelijk geen instroombeperking en wordt er los omgesprongen met het uitdelen van de RIZIV-nummers. VVS vreest dat dit ten eerste een effect zal hebben op de kwaliteit van het onderwijs daar, door het grote aantal studenten in de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde. Ten tweede is een gevreesd effect in Vlaanderen dat de niet opgevulde plaatsen zullen opgevuld worden door Franstalige artsen. **Aangezien taalbeheersing cruciaal is in de gezondheidszorg**, vrezen we dat de kwaliteit hiervan zal dalen. Vooral in Brussel heeft men hier momenteel al problemen mee en kan dit nog problematischer worden. Ten slotte vrezen we dat alle voorgenoemde positieve effecten van de contingentering, hierdoor teniet kunnen gedaan worden.

Ook artsen die in het buitenland afgestudeerd zijn en naar hier komen om te specialiseren, kunnen potentieel een probleem vormen voor de contingenten. Door het vrij verkeer van artsen in Europa kunnen de verschillende faculteiten buitenlandse studenten aantrekken voor een opleiding tot specialist. Ze vallen op dit ogenblik echter buiten het contingent. Als er plots dus een grote hoeveelheid studenten hier zou komen specialiseren, kan dat voor een onevenwicht zorgen. Het is dus noodzakelijk die **buitenlandse artsen ook op te nemen in het contingent**.

### 3. CONTINGENTERING IN DE OPLEIDING KINESITHERAPIE

---

Sinds 2005 is een contingentering voor kinesitherapeuten in actie getreden. Indien het aantal afgestudeerden het vooropgestelde quotum overschrijdt, worden er examens georganiseerd die moeten bepalen wie een RIZIV-nummer krijgt toegewezen. Die examens werden niet meer georganiseerd sinds 2008, omdat het aantal afgestudeerd onder het toegelaten aantal lag. De wetgeving bestaat echter nog steeds en kan dus nog in werking treden als het aantal afgestudeerden verhoogt.

In tegenstellingen tot voor de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde, **ziet VVS niet het nut van de contingentering binnen de kinesitherapie. Het *supplier induced demand*** dat geldt binnen de opleiding geneeskunde, **gaat hier** dan ook **niet op**. Een kinesitherapeut kan zichzelf niet onnodig extra werk bezorgen, aangezien enkel behandelingen die voorgeschreven worden door huisartsen, terugbetaald worden. Het gevaar bestaat dus niet dat onnodige behandelingen uitgevoerd zullen worden. Bovendien zal dit met de nakende vergrijzing een beroepsgroep zijn waar er steeds meer van nodig zijn.

Het is onaanvaardbaar dat studenten die al 5 jaar gestudeerd hebben, na hun studie niet aan de slag kunnen omdat ze geen RIZIV-nummer kunnen bemachtigen. Ook een ingangsbepanking, zoals nu gebeurt binnen de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde, is voor VVS geen optie. **VVS pleit** dan ook **tegen eender welke vorm van beperking** (ingang- of uitgangsbepanking) binnen de opleiding kinesitherapie.