

Contingentering

STANDPUNT



Vlaamse Vereniging
van Studenten

Standpunt van de **Vlaamse Vereniging van Studenten** over **Contingentering**, op vraag van het **bureau**.

Uitgebracht in **Brussel** door het **bureau** op **16 februari 2017** met **eenparigheid van stemmen** en goedgekeurd door de **algemene vergadering** op **8 maart 2017**. Geldig tot en met 31 juli 2020.

Vorbereiding: onder leiding van bureauvoorzitter **Frédéric Piccavet**.

Dossierbeheerder(s): **Frédéric Piccavet**

Contactpersonen: **Liesbeth Maene, Frédéric Piccavet**

Contingentering

KORTE INHOUD

In 2016 kreeg het dossier rond contingentering opnieuw veel aandacht, o.a. omdat het toelatingsexamen na het eerste jaar in het Franstalig Onderwijs ongrondwettelijk werd verklaard. Aangezien op federaal niveau algemene quota's worden vastgelegd voor de gemeenschappen, moet elke gemeenschap hier aan voldoen. Daarnaast bestond er ook discussie over de medische planning en of deze voldoende rekening houdt en kan houden met mogelijke tekorten binnen specialisaties en andere factoren.

VVS vraagt:

- ✓ Een contingentering onder de vorm van een toelatingsexamen in de opleidingen geneeskunde en tandheeskunde. Iedereen die afstudeert moet recht hebben op een RIZIV nummer.
- ✓ Rationeel bepaalde quota voor artsen en tandartsen, op basis van een actueel kadaster dat de huidige realiteit voldoende in acht neemt.
- ✓ Het correct opvullen van de quota en voldoende financiering om dit te kunnen verwezenlijken.
- ✓ Een blijvend sterke vertegenwoordiging van studenten in de werkgroepen rond de evaluatie en herwerking van het toelatingsexamen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Wat is contingentering?	4
3. Contingentering in de opleiding geneeskunde en tandheelkunde	5
3.1. Contingentering: een noodzakelijk kwaad.....	5
3.2. Internationale vergelijking.....	6
3.3. Toelatingsexamen als minst slechte optie.....	6
3.4. Werkpunten contingentering	7
3.5. Instroom van artsen uit het buitenland	8
4. Contingentering in de opleiding kinesitherapie	9

1. Inleiding

Eerst bespreekt VVS wat contingentering juist inhoudt en waartoe het dient. Vervolgens gaan we specifiek in op de toelatingsproef voor de opleiding geneeskunde en tandheelkunde. Hierbij geeft VVS haar visie op contingentering in de context van deze opleidingen. Ook wordt een korte internationale vergelijking gemaakt van hoe dit verloopt in het buitenland. Het toelatingsexamen wordt in de context van ons Vlaams Onderwijs besproken. Vervolgens worden ook een aantal werkpunten geformuleerd bij de contingentering en worden verschillende factoren aangehaald die belangrijk zijn bij de berekening van het contingent. VVS gaat ook expliciet in op de instroom van artsen uit het buitenland. Tot slot behandelt VVS contingentering bij de opleiding kinesithérapie.

2. 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,...). Vanaf 1997 werd het aantal geneeskundestudenten door de Belgische federale overheid beperkt. Voor de tandheelkundestudenten gebeurde dit vanaf 2002.¹

Dokters of tandartsen kunnen in België enkel aan de slag indien ze erkend zijn en een RIZIV-nummer hebben. Patiënten kunnen namelijk na een consultatie enkel aanspraak maken op een terugbetaling van de ziekteverzekering bij artsen die erkend worden door het RIZIV en een RIZIV-nummer bezitten. Zonder deze erkenning kan men in België dus niet als dokter of tandarts aan de slag. Daardoor stelt de vraag zich hoe men het aantal afgestudeerden dat toegang krijgt tot het uitoefenen van het beroep kan beperken?

De regelgeving en de uitvoering van de contingentering vallen onder verschillende bestuursniveaus, wat het dossier soms nodeloos complex maakt. Zo valt het bepalen van het globale aantal RIZIV-nummers - de contingentering - onder Gezondheidszorg en Sociale Zekerheid, wat het tot een exclusief federale materie maakt. Na de bepaling van het aantal nummers, legt men jaarlijks ook vast hoeveel afgestudeerden aan de slag kunnen. Deze bepaling en de naleving ervan gebeurt dan weer op gemeenschapsniveau. De sub quota, tenslotte, worden per specialisme ook op dit gemeenschapsniveau bepaald.

¹ Tussen 2005 en 2013 was een contingentering in voege voor kinesithérapeuten maar deze werd in september 2013 opgeheven.

http://www.kinesithérapeuten.be/sites/default/files/KB%2026-09-%202013_opheffing%20selectieproef.pdf

3. Contingentering in de opleiding geneeskunde en tandheelkunde

3.1. Contingentering: een noodzakelijk kwaad

VVS steunt het standpunt van het Vlaams Geneeskundig studentenoverleg (VGSO)² van november 2015. VVS begrijpt de nood aan de beperking van het aantal afstuderende medische studenten en zo van het aantal artsen. Bijgevolg vormen de opgelegde quota in onze ogen een noodzakelijk kwaad. Er zijn drie redenen waarom VVS zich achter de contingentering schaaft. Ten eerste erkent VVS het bestaan van de zogenaamde supplier induced demand of aanbodgestuurde vraag. Dit betekent dat het risico op het oneigenlijk gebruik van medische voorzieningen (zoals medische handelingen) toeneemt indien er concurrentie heerst tussen artsen. Indien er een overaanbod van artsen en tandartsen bestaat, 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 maatschappij. Het gebruik van contingentering vermijdt dat zo'n overaanbod aan artsen en tandartsen tot stand komt en gaat deze aanbodgestuurde vraag tegen.

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 zowel veelvoorkomende als zeldzame ziekten is een voldoende aantal contacturen met patiënten essentieel. De kwaliteit van de vervolgopleiding en bijgevolg afgestudeerde artsen is 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.

De trapsgewijze toegang tot de gezondheidszorg, waarbij men eerst langs een huisarts moet om verder doorverwezen te worden naar een specialist, is kenmerkend voor de sector. Deze echelonnering kan beter aangestuurd worden door middel van contingentering aangezien die wordt vastgelegd per specialisatie. We zien echelonnering daarom als een derde belangrijke reden om ons achter contingentering te scharen. Het systeem vermijdt medische overconsumptie, aangezien de meeste patiënten geholpen kunnen worden in de eerstelijnszorg. Doordat er een duidelijke taakafbakening bestaat, is er een meer

² <http://vgso.be/category/toelatingsexamen/>

complementaire in plaats van concurrentiële verhouding tussen huis-, ziekenhuis- en andere artsen.

3.2. Internationale vergelijking

Ook internationaal is het gebruik van contingentering breed verspreid. Er bestaan verschillende manieren om tegemoet te komen aan de opgelegde contingenten zoals het invullen van een numerus fixus met behulp van decentrale selectie in Nederland³ en Duitsland⁴. Vóór het academiejaar 2016-2017 bestond in Nederland een combinatie van directe toelating, gewogen loting en deze decentrale selectie maar dit systeem werd vereenvoudigd in 2016. In de Franstalige gemeenschap in België moesten studenten geneeskunde tot in 2016 op het eind van hun eerste jaar een test afleggen om te kijken of ze verder mogen gaan met de opleiding. De Raad van State heeft dit examen echter onwettig verklaard waardoor de Franstalige minister van Onderwijs verplicht was zich tot een nieuw systeem te verbinden om de contingentering te waarborgen. Het nieuwe systeem zal naar voorbeeld van de Vlaamse toelatingsproef georganiseerd worden voor de start van de opleiding.

3.3. Toelatingsexamen als minst slechte optie

VVS staat achter de nood tot contingentering en is van mening dat deze quota ingevuld moeten worden door een instroombeperking, dus met behulp van een selectie voor de start van de opleiding, en niet door een uitstroombeperking.

Iedereen die toegang krijgt tot de opleiding geneeskunde of tandheelkunde moet immers de kans krijgen om deze volledig af te ronden en na afloop recht hebben op een RIZIV-nummer.

Om de instroombeperking te organiseren, beschouwen we een toelatingsexamen, zoals dat nu georganiseerd wordt, als 'minst slechte' optie. VVS wil echter een belangrijke kanttekening maken. Zo moet er voor het toelatingsexamen veel meer ingezet worden op de gelijke kansen en onbeperkte mogelijkheden om deel te nemen. Daarnaast is, gezien het grote belang van het toelatingsexamen, een continue opvolging van het examen en de exameninhoud ook van groot belang. Voor VVS is het werk van de begeleidingscommissie dan ook van cruciaal en vraagt ze dat deze ook in de toekomst continue actief blijft. Eén van de grootste punten waar de begeleidingscommissie advies over uitbracht is de overgang van een numerus clausus naar een numerus fixus in België. VVS wil hierbij, net

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/hoe-werkt-de-toelating-bij-een-opleiding-met-een-numerus-fixus>

⁴ <http://www.medicalstudyguide.com/admission-to-medicine-in-germany.html>

als de VGSO⁵, sterk benadrukken dat zo'n numerus fixus enkel en alleen kan indien hierbij toegankelijke voorbereidingsessies plaatsvinden, die openstaan voor elke studiekeizer in Vlaanderen en dus ook starten op een toegankelijk niveau. VVS wil ook pleiten voor voldoende reflecteeruimte om stil te staan bij de huidige componenten van de selectie. Naar het voorbeeld van het buitenland kan men andere, niet-cognitieve selectieprocedures in overweging nemen, zoals motivatiegesprekken.

VVS is daarnaast van mening dat de contingentering in zekere mate soepel gehanteerd moet kunnen worden. Het evenwicht tussen de verschillende specialisaties dient op middellange termijn gewaarborgd te worden, wat maakt dat onderlinge compensaties mogelijk moeten zijn tussen opeenvolgende jaren.

Zo lopen afgestudeerden niet het risico geen toegang te krijgen tot een RIZIV-nummer. 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 bijsturingen nodig acht.

3.4. Werkpunten contingentering

VVS pleit voor een meer onderbouwde planning van het medisch aanbod. De planningscel zorgt in België voor het beheer van het kadaster van de gezondheidszorgberoepen. Hierin worden zowel demografische als academische gegevens van de gezondheidswerkers bijgehouden. In 2008 schreef het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) dat hierbij echter informatie ontbreekt over de effectieve activiteitsgraad van dokters, de geografische praktijklocatie, praktijkregelingen enz...⁶ De gegevens van het kadaster worden sinds een aantal jaren gekoppeld met de informatie van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en die van het RIZIV. Deze koppeling heet de PlanCAD⁷. Aan de hand van deze informatie maakt de planningscommissie haar inschattingen voor het contingent. PlanCAD voorziet binnenkort schattingen van de activiteitsgraad van zelfstandige artsen op basis van het bedrag aan terugbetaling van hun verrichtingen en neemt ook de locatie van deze verrichtingen op. Deze inschatting gaat wel nog gepaard met verschillende beperkingen en vertekeningen⁸ maar ook het rapport 278A van het KCE ziet dit als een belangrijke verbetering.

⁵ <http://vgso.be/persbericht-26112015/>

⁶ KCE Rapport 72

http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027307.pdf

⁷ KCE rapport 278A,

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE278A_planning_gezondheids_personeel_vroedvrouwen_Rapport.pdf

⁸ <https://drive.google.com/file/d/0B9XqP7DNDRyhcvJ0dIRFSI9vMDg/view>

VVS vraagt om naast deze gegevens ook voldoende aandacht te besteden aan de andere evoluties van onze artsenpopulatie zoals vergrijzing, de veranderende combinatie tussen werk en gezinsleven, de overgang naar meer chronische ziektes en de respectieve behandelingswijzen. Dit is onontbeerlijk om een adequate contingentering voor zowel huisartsen als specialisten uit te zetten én in te vullen. Hiervoor vraagt VVS voldoende financiële middelen. Ook aandacht voor zowel organisatorische als financiële gevolgen voor het uitkomen van de dubbele cohorte stagestudenten in 2018 is van belang.

In een publicatie uit 2015 wordt door het KCE aangegeven dat de oriëntering naar huisartsengeneeskunde problematisch blijft en de quota van de planningscommissie nog lang niet gehaald worden⁹. VVS steunt hierbij het standpunt van het Vlaams Geneeskundig Studentenoverleg, dat inzet op de valorisatie en promotie van het huisartsenberoep, door o.a. te werken aan curriculumwijzigingen en vraagt hiervoor blijvende en verhoogde aandacht.

3.5. Instroom van artsen uit het buitenland

Ook het aantal artsen die in het buitenland afgestudeerd zijn en naar hier komen om te specialiseren, is een cruciale factor om de contingentering adequaat in te schatten. Door het vrij verkeer van artsen in de Europese Unie kunnen de verschillende faculteiten buitenlandse studenten aantrekken voor een opleiding tot specialist.

Er moet de nodige aandacht zijn om de regels correct toe te passen. Indien artsen de nodige competenties hebben, moeten ze ook de nodige erkenning krijgen.

Het is dus noodzakelijk om de groep buitenlandse artsen grondig te blijven opvolgen en mee te nemen in het contingent.

⁹ KCE rapport 259A
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259A_rapportperformantie2015.pdf

4. Contingentering in de opleiding kinesitherapie

Het is onaanvaardbaar dat studenten kinesitherapie die al 5 jaar gestudeerd hebben, na hun studie niet aan de slag zouden kunnen omdat ze geen RIZIV-nummer kunnen bemachtigen. VVS is dan ook tevreden met het Koninklijk besluit van 26 september 2013¹⁰. VVS vraagt dan ook met aandrang aan de overheid om geen uitstroombeperkingen op te leggen bij deze opleiding.

¹⁰ Dit koninklijk besluit houdt de opheffing in van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.