

## **Contingentering: is er iets nieuws onder de zon?**

dr. Louis Ide, algemeen secretaris N-VA

Exact 20 jaar hou ik me al nu bezig met de contingentering. Het begon indertijd met een studentenbetoging en met het organiseren van een petitie die door meer dan 5000 artsen, studenten en professoren werd ondertekend. Dit met de steun van het VGV. Later werd het voor mij een steeds weerkerend parlementair dossier.

Na 20 jaar lijkt het alsof we nog steeds even ver staan en dat in dit bijzonder essentieel dossier zowel communautair als op vlak van de volksgezondheid.

Op vlak van de volksgezondheid voer ik al jaren aan dat de contingentering de hoeksteen van het gezondheidszorgbeleid is. Heel eenvoudig gesteld: stel dat we vinden dat iedereen rechtstreeks naar de specialist moet in het ziekenhuis, dan hebben we geen huisartsen meer nodig en hoef je er geen rekening meer mee te houden in je contingent. In dit scenario ga je van een relatief tekort naar een fors overschot. Je moet dus weten welk gezondheidszorgmodel je wil. Dat model is niet te vatten in een academisch of buitenlands model, het is en zal sui generis zijn.

Het is namelijk zo dat een gezondheidszorgmodel cultureel –in de breedste zin van het woord- bepaald is. Het zijn de mensen zélf die eerst naar hun huisarts gaan. Het zijn de mensen zélf die een vaste huisarts kiezen. Het zijn de mensen zélf die hun huisarts waarderen. Of ook: het zijn de mensen zelf die eerst naar de polikliniek in het ziekenhuis gaan en het zijn dus ook de mensen zelf die het nut van een vaste huisarts niet inzien. Als je die mensen bestudeert, kan je vaststellen dat in het eerste geval die mensen verbonden zijn middels de Vlaamse Gemeenschap. In het tweede geval zijn ze verbonden via de Franse Gemeenschap. Ziedaar, mijn oude boutade: de huisarts is Vlaams, het ziekenhuis Franstalig.

Met andere woorden nadenken over het gezondheidszorgbeleid eindigt altijd met een communautair kantje, want de visie op gezondheidszorg botst. Daar is helaas geen degelijk wetenschappelijk onderzoek over in België. Men kan dus enkel postulieren dat, als er meer Rilatine geslikt wordt in Vlaanderen, dat dit eventueel te maken heeft met een bepaalde psychiatrische school. Artsen worden immers gevormd als arts in de universiteit (onderwijs is persoonsgebonden materie en dus gemeenschapsbevoegdheid). Nadien hebben we enkel nog navorming (sic). De definitieve plooi wordt gelegd tijdens de vorming.

De invulling van je gezondheidszorg zal dan ook bepalen hoeveel zorgverstrekkers je nodig hebt. Dan komt de vraag naar een analyse, een stand van zaken vandaag. Wie doet wat, waar en hoeveel in de gezondheidszorg? Wat zijn de behoeften? Dit is de vraag naar een kadaster, en die vraag bestaat al vele jaren.

Vandaag is er een eerste ruw ontwerp van kadaster dat de huidige toestand (t.e.m. 2012) beschrijft en wat blijkt? De hypothese die ik al jaren –weliswaar subjectief- aanvoer wordt objectief bevestigd: er zijn niet teveel artsen, integendeel. Er zijn wel bepaalde tekorten binnen bepaalde disciplines. Mutatis mutandis zal het méér opleiden van artsen, niet leiden tot meer artsen van die bepaalde disciplines waar een tekort heerst of dreigt.

Heel kort kan gesteld worden dat we met 8383 Vlaamse huisartsen, 5360 Waalse en 1561 Brusselse huisartsen, we nu nog goed zitten. Maar gelet op hun leeftijd (55 +) en dalende activiteitsgraad, moet de leeftijdspiramide gecorrigeerd worden. Slechts 28.1% van de huisartsen is jonger dan 45 jaar. Ook de activiteitsgraad van de Vlaamse huisarts ligt hoger dan deze van zijn Franstalige collega.

Er is geen tekort aan pediaters (VL: 864; W: 602; Br: 321). Wel is het zo dat door de ziekenhuisvlucht er te weinig zijn voor de wachtdienst. Ook dat probleem, onder andere gecreëerd door de voormalige minister van Volksgezondheid Demotte, kaartte ik helaas al ettelijke keren aan in de senaat.

Voor geriatrie is er duidelijk een probleem (VL: 176; W: 81; Br: 21). De vergrijzing van de bevolking en het gebrek aan geriateren hebben van dit specialisme een heus knelpuntberoep gemaakt. De geriatrie is een fraai voorbeeld van het onevenwicht tussen het aantal professionals dat zou moeten worden opgeleid en het aantal stageplaatsen die men kan financieren. Het probleem van de financiering van de stageplaatsen en dus in ruimere zin van het uniek statuut van de kandidaten in opleiding in de ziekenhuizen dient te worden opgelost. Men zou ook de aantrekkelijkheid van het beroep moeten verhogen.

Voor de NKO-artsen is er een communautair onevenwicht (VL: 364; W: 254; Br: 107). De vervrouwelijking van de dermatologen (VL: 426; W: 238; Br: 121) kan op termijn een probleem geven. Voor wat betreft de urgentie-artsen (VL: 387; W: 330; Br: 107) stelt zich uitdrukkelijk de vraag welke spoedgeneeskunde we willen. Nu trekken teveel patiënten voor banaliteiten naar de spoed. Het Brevet Acute Geneeskunde werd ondoordacht afgeschaft. Er komen wachtposten die hopelijk een deel van de spoed gaan ontlasten. Met andere woorden de urgentiegeneskunde is aan revisie toe.

Er zijn in Vlaanderen 67 hematologen, in Wallonië 42 en in Brussel 18. Hier dreigt een tekort zoals voorspeld. Voor de algemene inwendige geneeskunde dreigen er ook problemen (VL: 489; W: 390; Br: 201). De doelstelling is om de activiteit in de algemene interne geneeskunde (aantal artsen -86% in de periode 2004-2012) en haar evolutie nauwgezet te volgen. De inwendige geneeskunde moet dus beschouwd worden als een knelpuntdiscipline (in het bijzonder in Vlaanderen). We dienen de aantrekkingskracht van de disciplines zonder technische handelingen te vergroten door de honoraria naar boven te herzien.

We stellen dat ook vast in de cardiologie (VL: 573; W: 398; Br: 182), de gastro-enterologie (VL: 358; W: 235; Br: 106) en de pneumologie (VL: 283; W: 199; Br: 63). Ook in de gynaecologie-verloskunde (VL: 755; W: 547; Br: 272) stellen we dat vast. Er dreigt niet direct een probleem voor de urologie (VL: 254; W: 140; Br: 48).

Voor reumatologie (VL: 130; W: 92; Br: 42), pathologische anatomie (VL: 225; W: 104; Br: 46) en klinische biologie (VL: 398; W: 260; Br: 116) dreigen er wel problemen alhoewel in deze laatste categorie de apothekers het probleem wat dempen.

Voor medische beeldvorming (VL: 920; W: 363; Br: 186) is er zelfs een duidelijke plethora. Verder zien we in andere specialiteiten tendensen zoals hierboven beschreven.

Opvallend is verder dat een niet onbelangrijk deel (10%) van de artsen in opleiding een buitenlands diploma heeft. De mobiliteit en de finaliteit van deze artsen moeten in kaart worden gebracht. De taaltoets daarenboven moet dringend ingevoerd worden. In een

gezondheidszorg waar de arts-patiëntrelatie centraal staat is het essentieel dat men elkaars taal spreekt. Dit wil zeggen dat men voldoende vulgariserend en empathisch met de patiënt kan converseren.

Tot slot, globaal vervrouwelijkt het artsenkorps. Bij de artsen ouder dan 60 jaar is 12490 mannelijk en 2654 vrouwelijk. Bij de artsen tussen 40 en 60 jaar is 15269 mannelijk en 10447 vrouwelijk. In de categorie jonger dan 40 jaar slaat de balans om: er zijn 4284 mannelijke artsen en 6276 vrouwelijke.

### **Franstalig België gedraagt zich onverantwoord niet alleen ten aanzien van de Vlamingen maar ook ten opzichte van zijn eigen studenten.**

Het is genoegzaam gekend dat het totaal contingent in de loop der tijden is opgehoogd op vraag van de Franstaligen. De facto komt het er hier op neer dat we ooit van een Belgisch contingent van 600 kwamen en nu op een contingent van 1230 zitten. Er was in die jaren geen kadaster dat dat verantwoordde, enkel de vaststelling dat de Franse Gemeenschap er nooit in slaagde het aantal studenten te beperken waardoor er telkenmale veel te veel afstudeerden. Een vaststelling die de PS op haar conto mag schrijven. Daardoor was een ophoging van het contingent noodzakelijk voor hen. Op die manier creëerden ze een fundamentele onrechtvaardigheid ten opzichte van de Vlaamse studenten. Het ingangsexamen was in Vlaanderen immers een feit en dat is een drempel tot de toegang van de studies. Met andere woorden de Vlamingen leverden op die manier een solidaire bijdrage bij het (financieel) gezond houden van de gezondheidszorg, terwijl de Franstaligen vrolijk bleven opleiden, zelfs in die mate dat de kwaliteit van hun onderwijs eronder begint te leiden. Op diverse Franstalige fora klagen Franstalige studenten steen en been.

Maar nog was het niet genoeg en dus werd de lissage ingevoerd, waarbij de Franstaligen RIZIV-nummers van de toekomst opsoupeerden. Momenteel (2004-2013) is het overschot aan Vlaamse zijde 14, en aan Franstalige zijde 349. Ook collega Marc Moens wees hier al eerder op.

In 2018 mogen we verwachten dat er 338 teveel Vlaamse artsen zullen af studeren en 2194 Franstaligen. Belangrijk om weten is dat deze cijfers rekening houden met de dubbele cohorte. En daarom kan er momenteel enkel gewerkt worden aan een oplossing voor het dubbel contingent. Dat is prioritair, want straks studeren de studenten van de zevenjarige opleiding samen met deze van de zesjarige af. Er moet daarom hard gewerkt worden om kwalitatieve stageplaatsen te vinden. Als je deze cijfers respectievelijk 338 voor Vlaanderen en 2194 voor de Franse Gemeenschap afzet tegenover de klassieke 60/40 wordt de scheeftrekking nog pijnlijker. Wel moet gezegd worden dat ook de buitenlanders in deze quota vervat zitten.

Zoals gezegd: op basis van het kadaster moet er niet geraakt worden aan de federale quota. De gemeenschappen, sinds de zesde staatshervorming bevoegd voor de sub quota per deeldiscipline, kunnen actie ondernemen om te bekijken waar ze tekorten kunnen lenigen binnen de huidige bestaande federale totaalquota.

Laat het ook duidelijk wezen dat de Franstalige Gemeenschap met de huidige wantoestanden (2194 artsen "op overschot") niet zomaar mee weg kan komen. Er dient een sluitend systeem van beperking op poten gezet te worden. Het huidige voorstel van

Marcourt biedt hier geen garantie op en dus kan er ook geen aanzet zijn tot een gesprek over een schuld afbouw. Onder schuld afbouw begrijpen we een negatieve lissage. Dat wil dus voor alle duidelijkheid niet zeggen “de spons er over”, iets waarop Marcourt aanstuurt. Voor elk RIZIV-nummer dat teveel is uitgereikt, moet er eentje terug ingeleverd worden. Dat is de definitie van schuld afbouw, waar enkel kan over gesproken worden indien er eerst een sluitend systeem van beperking is. Daarenboven zal dan nog een grondig woordje gediscussieerd moeten worden over de modaliteiten (als het ooit komt tot zo’n gesprek).

Een generaal pardon is dus voor N-VA nooit een optie geweest en is het nog steeds niet. Na 20 jaar stelt N-VA duidelijke eisen aan de Franstaligen. De Vlaamse visie (beperking-ingangsexamen-planning) wordt na 20 jaar aan de Franstaligen opgelegd én dit in het belang van Vlaanderen (en ook de Franstalige geneeskundestudenten). Alleen kan men hierbij vragen stellen vanuit democratisch oogpunt. We kunnen ons goed voorstellen dat Marcourt niet gelukkig is met het feit dat Vlaanderen de Franse gemeenschap eisen oplegt. Democratisch gesproken zou dit niet mogen en dus als Marcourt deze eisen in vraag stelt, stelt hij de vraag naar een Franstalige gezondheidszorg en is de vraag naar een Vlaamse gezondheidszorg mutatis mutandis een feit.