

# CHARTER VAN DE VLAAMSE GENEESKUNDESTUDENTEN



## Inhoud

- I Inleiding
- II Organisatie en kwaliteitscontrole van de stages tijdens de opleiding tot basisarts
  - 1 Organisatie
    - 1.1 Toepassingsgebied
    - 1.2 Invulling van de stages
    - 1.3 Praktische organisatie
    - 1.4 Erkenning van de stagemeesters
    - 1.5 Erkenning van de stagediensten
  - 2 Kwaliteitscontrole
  - 3 Besluit
- III Vraag naar een zesjarige basisopleiding
- IV Planning van het medisch aanbod
  - 1 Kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg
  - 2 Instroombeperking
  - 3 Numerus Clausus
  - 4 Vrij verkeer van artsen in Europa

# I INLEIDING

Als studenten geneeskunde zijn we bekommerd om de opleiding tot arts en om de gezondheidszorg in het algemeen.

Daarom hebben de Vlaamse geneeskundestudenten van de faculteiten Antwerpen, Brussel, Gent en Leuven zich verenigd als Vlaams Geneeskundig Studenten-Overleg (VGSO). Het VGSO bestaat uit verkozen studentenvertegenwoordigers.

Aangezien onze standpunten niet enkel betrekking hebben op onderwijs (gewestelijke bevoegdheid), maar ook op de gezondheidszorg (federale bevoegdheid), vinden we een regelmatig overleg tussen VGSO en CIUM (Franstalige geneeskundestudenten) noodzakelijk.

De standpunten die we verdedigen, zijn goedgekeurd door de respectievelijke studentenverenigingen geneeskunde. Verder zijn we bewust onafhankelijk van elke andere (studenten)organisatie en politieke kleur.

We hebben dit charter opgesteld om onze visie te geven over verschillende thema's die ons aanbelangen.

In naam van de Vlaamse geneeskundestudenten,

Johan Clukers (UA), Barbara Craggs (VUB), Merel Vergauwen (UGent), Dries Helsloot (KULeuven)

contact:

Dries Helsloot  
dries.helsloot@gmail.com  
0485/ 03 63 16

Johan Clukers  
johan.clukers@student.ua.ac.be  
0499/ 61 56 07

*Noot: Om de leesbaarheid te vergroten, spreken we in dit charter steeds enkel over de mannelijke vorm van de arts, stagiair en stagemeester. Natuurlijk bedoelen we hiermee steeds zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm.*

## II ORGANISATIE EN KWALITEITSCONTROLE VAN DE STAGES TIJDENS DE BASISOPLEIDING

Stages nemen een belangrijke plaats in tijdens de opleiding tot basisarts. Het is dan ook van groot belang dat deze stages in optimale omstandigheden gebeuren en dat over de kwaliteit ervan gewaakt wordt. De didactische kracht van een goede stage kan moeilijk overschat worden.

### *1 Organisatie*

Op dit moment worden de richtlijnen omtrent de stages en stageplaatsen door de geneeskundefaculteiten zelf bepaald, de praktische invulling ervan gebeurt voor een groot deel door de stagediensten zelf. In de realiteit zien we dat er verschillen ontstaan bij gebrek aan wettelijke bepalingen. Jammer genoeg gaat dit soms ten koste van het onderwijskundig aspect van de stage.

Toch zijn we ervan overtuigd dat de verschillende universiteiten, in samenspraak met de stagediensten, een zekere autonomie moeten kunnen bewaren waardoor ze de mogelijkheid behouden om hun stages zelf concreet in te vullen en klemtonen te leggen.

We vragen een wettelijke kader waarbinnen de stages tijdens de basisopleiding georganiseerd worden.

#### *1.1 Toepassingsgebied*

De bepalingen zouden moeten gelden voor de stages tijdens de opleiding tot basisarts, georganiseerd in huisartsenpraktijken, regionale of universitaire ziekenhuizen.

Gezien het heel eigen karakter moet voor de buitenlandse stages een aparte regeling voorzien worden.

#### *1.2 Invulling van de stage*

Het uiteindelijke doel van de stage is de student inzicht te geven en te laten kennismaken met de werking van verschillende medische disciplines. De stage moet kaderen in een leerproces, in het belang van de stagiair. Door deel te kunnen nemen aan consultaties, zaalwerk, operaties,... doet de stagiair ervaring op die noodzakelijk is voor de opleiding tot basisarts.

De stagiair dient tijdens de hele duur van de stage aanwezig te zijn op de stagedienst en er actief deel te nemen aan alle werkzaamheden die belangrijk zijn voor de opleiding. De stagiair mag in geen geval worden aanzien als een gratis werkracht. De administratieve taken die de stagiair krijgt toegewezen, moeten dan ook beperkt blijven tot dat wat rechtstreeks aansluit bij het medische werk van de stagiair. Op dit moment stellen we vast dat stagiairs soms meer bezig zijn met administratieve taken dan met het aanleren van de medische zorg.

Tijdens de stage moet de stagiair begeleid worden door en onder het toezicht staan van een stagemeeester. Door frequent persoonlijk contact leert hij de stagiair kritisch redeneren en oordelen. De stagemeeester leert de stagiair ook een gepaste beroepsattitude. Het is van groot belang dat de stagiair niet meer verantwoordelijkheden krijgt toegeschoven dan die overeenstemmen met zijn opleidingsniveau.

In het kader van zijn vorming moet de stagiair de kans krijgen om didactische activiteiten, georganiseerd door geneeskundige faculteiten en andere wetenschappelijke instellingen, bij te wonen. Alle ingerichte lessen, voordrachten en werkgroepen moeten kunnen gevolgd worden. De stagiair moet ook voldoende vrije momenten krijgen tijdens de stage om zich toe te leggen op didactisch of wetenschappelijk werk.

Op het einde van elk stagemoment moet de stagiair beoordeeld worden door de stagemeeester en dient de stagiair zelf een evaluatie te maken van de stage.

### *1.3 Praktische organisatie*

Een stagiair komt meestal terecht in een nieuwe werkomgeving, daarom dient er voldoende aandacht besteed te worden aan de praktische organisatie van de stage.

Om vanaf het eerste moment vlot te kunnen meedraaien op de stagedienst is een goed onthaal van groot belang. De stagiair moet op de eerste dag van de stage kunnen kennismaken met de stagemeeester en de werking van de stagedienst. Op dat moment moeten de afspraken binnen de dienst overlopen worden, alsook de verdere praktische en didactische invulling van de stage.

Tijdens de verdere duur van de stage zal de stagemeeester, of één van zijn medewerkers, steeds aanwezig zijn op de stagedienst om de stagiair persoonlijk te begeleiden.

Er is nood aan duidelijke wettelijke bepalingen over de invulling van de werkweek van de stagiair. Het maximaal aantal werkuren en toegelaten wachtdiensten dient strikt vastgelegd te worden. Na een wachtdienst zal de stagiair steeds recht hebben op voldoende rust.

De stagiair moet, naast de wettelijke feestdagen, voldoende vakantiedagen krijgen. Daarnaast moet hij de mogelijkheid krijgen om zijn burgerlijke, sociale en familiale verplichtingen na te komen.

Het ziekenhuis dient een logement ter beschikking te stellen voor de stagiair tijdens de wachtdienst. Indien de stageplaats niet op een makkelijk bereikbare locatie ligt voor de student, zou het ziekenhuis ook moeten voorzien in logement buiten de werkuren. De kosten van dit logement mogen in geen geval ten laste van de stagiair vallen. Op deze manier willen we ervoor zorgen dat de stages geen belemmering vormen voor de toegang tot de studies geneeskunde voor de studenten die het financieel moeilijker hebben.

In dat opzicht moet de stagiair tijdens de diensturen ook recht hebben op maaltijden die gratis zijn of tegen personeelstarief.

#### *1.4 Erkenning van de stagemeesters*

Tijdens het verloop van een stage is de rol van de stagemeester van zeer groot belang. We pleiten er dan ook voor om die rol wettelijk te regelen en te erkennen.

Omdat het noodzakelijk is dat de stagemeester voldoende tijd vrijmaakt om de stagiair persoonlijk te kunnen begeleiden, zijn we van mening dat de overheid moet voorzien in een financiële vergoeding voor deze activiteiten, zoals dit in onze buurlanden al gebeurt.

Om een goede teaching te kunnen waarborgen dient de stagemeester over voldoende didactische, klinische en organisatorische eigenschappen te beschikken. Hij zou zijn klinische, wetenschappelijke en/of onderwijskundige activiteiten tijdens de hele duur van zijn erkenning moeten uitoefenen.

Er kan maar voldoende persoonlijke begeleiding zijn als de stagemeester de vorming van slechts een beperkt aantal stagiairs op zich neemt.

Op regelmatige momenten zou de stagemeester, samen met zijn medewerkers, de vooruitgang van de stagiair moeten evalueren. Deze evaluatie moet persoonlijk met de stagiair besproken worden. Na afloop van de stage dient de stagemeester een eindoordeel op te stellen dat wordt doorgegeven aan de faculteit.

#### *1.5 Erkenning van de stagediensten*

Om de stage zo optimaal mogelijk te laten verlopen, is het noodzakelijk dat de stage plaatsvindt op een degelijke stagedienst.

Er moeten garanties zijn dat de activiteiten van de stagedienst voldoende omvangrijk en verscheiden zijn, zodat de stagiair kan kennismaken met een groot aantal verschillende ziektebeelden, onderzoeken en ingrepen.

De stagedienst dient te zorgen voor de logistieke voorzieningen van de stagiair, zoals beschreven in punt 1.3.

## **2 Kwaliteitscontrole**

Om de kwaliteit van de stages en stageplaatsen te kunnen waarborgen, is er nood aan een systematische evaluatie.

De overheid zou daarom elke geneeskundefaculteit moeten opdragen om te voorzien in een evaluatie van bovenstaande criteria.

Specifiek zouden volgende aspecten zeker bevraagd moeten worden:

- Invulling van de stage
- Praktische organisatie op de stageplaats
- Begeleiding door de stagemeester
- Kwaliteit van de stageplaats, met inbegrip van het medisch aanbod

We pleiten ervoor dat elke faculteit de mogelijkheid krijgt zelf deze evaluatie te organiseren om, naast de criteria die opgelegd worden door de overheid, ook andere zaken te bevragen waaraan ze belang hecht.

Bij deze evaluatie is het noodzakelijk dat alle stagiairs bevroagd worden. Vanzelfsprekend moet op elk moment de anonimiteit van de stagiair gewaarborgd zijn.

Op deze manier worden zowel de stages, de stagemeeesters, als de stagediensten optimaal beoordeeld en kan er, indien nodig, tijdig bijgestuurd worden.

### III VRAAG NAAR EEN ZESJARIGE BASISOPLEIDING

België is het enige land van de Europese Unie dat een zevenjarige opleiding geneeskunde organiseert. In alle andere landen bedraagt de opleidingsduur geneeskunde zes jaar, conform de Europese richtlijn 93/16/EEG van 5 april 1993 ter vergemakkelijking van het vrije verkeer van artsen en de onderlinge erkenning van hun diploma's, certificaten en andere titels. Deze richtlijn stelt: "een totale geneeskundige opleiding omvat tenminste zes studiejaar of 5500 uren theoretisch en praktisch onderwijs, dat aan een universiteit respectievelijk onder toezicht van een universiteit wordt gegeven."

Na deze basisopleiding volgt voor de meeste studenten een vervolgopleiding tot huisarts of geneesheer-specialist.

In een Ministerieel Besluit van 1 oktober 2002 werd vastgelegd dat de drie jaar durende vervolgopleiding tot huisarts al tijdens het zevende jaar van de opleiding tot basisarts kan aanvangen. Hierdoor werd impliciet een ongelijkheid gecreëerd tussen huisartsen en geneesheren-specialisten, aangezien deze laatste hun vervolgopleiding pas na het beëindigen van het zevende jaar kunnen starten.

Dit MB werd op 18 januari 2007 vernietigd door de Raad van State, in arrest nr. 166.915. Dit arrest creëert de voorwaarden om het zevende jaar geneeskunde en de duur van de basisopleiding grondig te herzien.

Het zevende jaar geneeskunde hoort volgens ons ook inhoudelijk niet meer thuis in de basisopleiding. De Visitatiecommissie raadde de medische faculteiten van Vlaanderen in 1997 aan een ononderbroken, continue opleiding te voorzien, die vanaf het eerste jaar een duidelijk medische oriëntatie heeft. Bij de recente visitatie in 2005 bleek die continue opleiding een feit te zijn, waardoor de eigenlijke basisopleiding aan alle faculteiten reeds na zes jaar afgerond is. De Visitatiecommissie adviseerde dan ook een verkorting van de opleidingsduur geneeskunde en pleitte ervoor dat de Vlaamse geneeskundeopleidingen zich aan de Europese norm zouden aanpassen.

De waarde van het zevende jaar ligt voornamelijk in de beschermde voorbereiding op de vervolgopleiding; tenminste, wanneer voor kandidaat-specialisten dit jaar, in overleg met een toekomstige stagemeester, zinvol ingevuld en begeleid wordt. Het eerste jaar van de vervolgopleiding is echter, door het duidelijk statuut en de wettelijke bescherming van de arts-specialist in opleiding (aso) of de huisarts-in-opleiding (haio), veel beter geplaatst deze taak op zich te nemen. Op deze manier is er eveneens een bezoldiging en erkenning van het werk van de huidige co-assistent.

Het juridisch kader waarin deze verandering moet gebeuren, is niet altijd even duidelijk. De verschillende analyses die hierover bestaan, spreken elkaar soms tegen. In elk geval moeten op federaal vlak zowel financieel als organisatorisch enkele beslissingen genomen worden voor de gemeenschappen een zesjarige basisopleiding geneeskunde kunnen inrichten: er moet financiering voorzien worden voor één extra jaar huisartsenopleiding en de duur voor de opleiding tot arts moet vastgelegd worden op zes in plaats van op zeven jaar.

De volgende punten betreffen voornamelijk gemeenschapsmaterie, maar moeten volgens ons ook op federaal niveau meegenomen worden, om al te grote tegenstelling tussen beide gemeenschappen te vermijden:

- Bij het inkorten van de basisopleiding is het voor jonge artsen cruciaal dat een naadloze overgang tussen de basis- en de vervolgopleiding bewaard blijft.
- De opleiding tot geneesheer-specialist zal zich in Vlaanderen verder moeten academiseren. Dit moet uiteraard gebeuren in samenspraak met de beroepsorganisaties, maar kan de kwaliteit van deze vervolgopleiding alleen maar ten goede komen. Indien middelen vrijkomen door een inkorting van de basisopleiding, moeten die volgens ons bijkomend in deze academisering geïnvesteerd worden.
- Dit dossier belangt in de eerste plaats de studenten, de aso's en haio's aan. Wij vinden het dan ook belangrijk dat zij in de besluitvorming hieromtrent betrokken worden.

## IV PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD

Vanaf 1997 werd het aantal geneeskundestudenten door de Belgische overheid beperkt.

We zijn ons bewust van 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.

### *1 Kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg*

De quota zijn nodig om de gezondheidszorg betaalbaar te houden en de kwaliteit van de gezondheidszorg te garanderen. De beperking van het aantal medici laat toe dat elke arts voldoende patiënten en ziektebeelden ziet, wat essentieel is om een goede zorgverlening te waarborgen. Door een overaanbod aan artsen te vermijden, is er in zekere zin ook sprake van een gegarandeerd inkomen voor de arts. Dit gaat op zijn beurt de negatieve concurrentie en de 'supplier induced demand' tegen. Dit laatste betekent dat een arts bij eenzelfde patiënt onnodig veel consultaties en onderzoeken verricht om zeker te zijn van een voldoende inkomen. Het opleggen van de quota kan nuttig zijn om dit fenomeen, dat we vooral bij de specialisten terugvinden, te bestrijden.

Door een overaanbod van artsen tegen te gaan, menen we dat ook de echelonnering beter aangestuurd kan worden. Deze trapsgewijze toegang tot de gezondheidszorg vermijdt de medische overconsumptie, aangezien de meeste patiënten geholpen kunnen worden in de eerstelijnszorg. Er dient een duidelijke taakafbakening te bestaan, die moet leiden tot een meer complementaire in plaats van concurrentiële opstelling tussen huisartsen en specialisten. De echelonnering is de meest logische en economische weg in de organisatie van de gezondheidszorg.

### *2 Instroombeperking*

Om aan de quota te voldoen, is er een beperking nodig van het aantal afstuderende studenten. We bepleiten een instroombeperking, zeker geen uitstroombeperking. Iedereen die toegang krijgt tot de opleiding moet immers de kans krijgen om deze volledig af te ronden.

Om de instroombeperking te organiseren, beschouwen we een toelatingsexamen als 'minst slechte' optie. Iedereen krijgt een gelijke kans en een onbeperkte mogelijkheid om het examen af te leggen.

In februari 2008 stelde de examencommissie het witboek voor over het toelatingsexamen arts en tandarts, een (zelf)evaluatierapport over meer dan tien jaar toelatingsexamen.

Uit deze evaluatie besluit de examencommissie dat het toelatingsexamen qua concept perfect in staat is om de instroombeperking te organiseren. De beslissing van de minister om vanaf 2003 een minimum eindtotaal van 22/40 te halen i.p.v. 24/40 wordt echter scherp veroordeeld door de examencommissie. Deze beslissing

zou zonder een duidelijke argumentatie genomen zijn en leidde ertoe dat de instroom sterk toenam waardoor het vooropgestelde contingent sterk overschreden werd. Het lijkt ons dan ook noodzakelijk dat deze maatregel herbekeken wordt en dat de slaagvoorwaarden afgestemd worden op de vooropgestelde quota.

Gezien het grote belang van het toelatingsexamen is een continue opvolging van het examen en de exameninhoud van groot belang. In het verleden werden verschillende evaluaties opgestart en uitgevoerd. In aansluiting op de huidige zelfevaluatie in het witboek, lijkt een nieuwe evaluatie door externe experts ons aangeraden. De onderzoeken die in 1997 gestart werden aan de universiteiten van Gent en Leuven zouden hervat moeten worden. Ten slotte is het noodzakelijk om de jaarlijkse bevraging en opvolging van de kandidaten verder te zetten. Op basis van al deze resultaten kan een duidelijk beeld verkregen worden over de kwaliteit van het toelatingsexamen en de sociale gevolgen ervan.

Om haar taak grondig te kunnen uitvoeren dient de examencommissie over voldoende autonomie en middelen te beschikken. Verder lijkt het ons noodzakelijk dat de examencommissie in nauw overleg kan werken met de Planningscommissie Medisch Aanbod zodat de examencommissie haar examen kan aanpassen, op basis van de vooropgestelde quota.

De exameninhoud dient steeds afgestemd te zijn op de eindtermen van het secundair onderwijs. Dit geeft iedereen dezelfde kans om te slagen voor het toelatingsexamen en zorgt zo voor een sociale gelijkheid.

Er werd vastgesteld dat gemiddeld 15% van de geslaagden voor het toelatingsexamen niet starten aan een opleiding tot arts of tandarts. Vaak gebruiken leerlingen dit examen als zelftest, niet zelden aangemoedigd vanuit de secundaire scholen. Dit 'verkeerd' gebruik van het toelatingsexamen maakt het de examencommissie erg moeilijk om het examen af te stemmen op de quota. De overheid dient na te denken of ze voor dit soort kandidaten geen ander soort oriënteringsexamen kan inrichten.

Het oneigenlijke gebruik van het toelatingsexamen is meteen ook een bezwaar tegen het gebruik van een numerus fixus, zoals de examencommissie die voorstelt. Aangezien er geen garantie is dat de geselecteerden allemaal de opleiding zullen aanvatten, zal het aantal startende studenten niet overeenstemmen met de opgelegde quota. Dit kan pas worden bijgestuurd op het moment dat de inschrijvingen aan de universiteit afgesloten worden, lang na de start van het academiejaar. Bij een numerus fixus dient er bovendien een afzonderlijk examen voor arts en tandarts ingericht te worden.

Wij zijn van mening dat iedereen die voor het toelatingsexamen slaagt de mogelijkheid moet krijgen om aan de studies tot arts of tandarts te beginnen. Dit systeem zorgt ervoor dat ieders kansen niet bepaald worden door de prestaties van anderen, maar steeds door het eigen persoonlijk resultaat. Dit is het meest eerlijke systeem; we staan dan ook niet achter een numerus fixus.

### **3 Numerus Clausus**

Iedereen die de opleiding geneeskunde afrondt, moet recht hebben op een RIZIV-nummer. Aangezien de instroombeperking, volgens ons, via een toelatingsexamen zou moeten geregeld worden, is het noodzakelijk dat de quota soepel gehanteerd

kunnen worden. Dit zorgt ervoor dat de compensatie van een jaar met boventallen of ondertallen, gespreid kan worden over een beperkt aantal volgende jaren. Zo lopen we geen gevaar mensen de toegang tot een RIZIV- nummer te moeten ontzeggen. Deze spreiding dient evenwichtig en gespreid te gebeuren en van de uiteindelijke quota over een welbepaalde periode mag niet afgeweken worden, tenzij de Planningscommissie Medisch Aanbod dringende bijsturingen nodig acht.

Het is van groot belang dat de quota worden opgesteld op basis van de nood aan artsen en niet op basis van het aanbod van studenten. De berekening van de quota moet bovendien met de grootste zorg en precisie te gebeuren, om zo een welonderbouwde planning van het medisch aanbod te bekomen. De criteria die momenteel gehanteerd worden voor het vastleggen van de quota zijn naar onze mening onvoldoende en te weinig aansluitend bij de huidige realiteit. Er moet bijzondere aandacht besteed worden aan de vervrouwelijking, de vergrijzing en de productiviteit van de huidige en aankomende artsenpopulatie. Ook dient de verandering in ziektepatronen en de gewijzigde behandeling ervan 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 stelt de Planningscommissie Medisch Aanbod in staat om een adequate planning op te stellen.

Er gaan steeds meer stemmen op om af te stappen van de huidige numerus clausus. Er wordt aangevoerd dat dit systeem zorgt voor een tekort aan artsen. Hierbij willen we toch enkele belangrijke kanttekeningen maken.

Het tekort waarover sprake is, is vooral een dreigend tekort aan huisartsen. We zien echter dat binnen het huidige contingent het aantal beschikbare plaatsen voor huisartsgeneeskunde al jaren niet opgevuld wordt. Anderzijds worden de subquota voor specialisten met bijna 20% overschreden, vooral langs Franstalige zijde. Het is duidelijk dat er initiatieven moeten genomen worden die de onevenredigheid tussen huisarts- en specialisatieplaatsen herstellen. Het tekort aan huisartsen zal niet opgelost worden door het huidige contingent te verlaten.

Het tekort aan huisartsen is bovendien vaak een regionaal gegeven. Waar in vele regio's het aanbod groot genoeg is, zien dat we dat in sommige andere regio's er een tekort dreigt. Het KCE heeft dit fenomeen bestudeerd en is tot de conclusie gekomen dat dit niet te wijten is aan het bestaan van de numerus clausus. Nieuwe artsen blijken zich vaak te vestigen in de buurt van hun opleidingsplaats, op plaatsen waar grote wachtdiensten bestaan of in de buurt van grote ziekenhuizen. Het afschaffen van de numerus clausus zal ook dit probleem niet verhelpen.

Voor sommige specialismen schijnt er ook een tekort te ontstaan. Deze tekorten dienen echter goed bestudeerd te worden. Bepaalde specialisten trekken namelijk weg uit de ziekenhuizen omdat de werkomstandigheden er minder gunstig zijn dan in een privépraktijk. Zo krijgen ziekenhuizen te kampen met een tekort aan bepaalde specialismen terwijl eigenlijk het aanbod voldoende groot is.

Na Griekenland heeft België nog steeds het grootste aantal artsen per duizend inwoners in de Europese Gemeenschap. Het tekort waarover sprake is, dient dus sterk genuanceerd te worden.

Planning is veel meer dan het vastleggen van het aantal artsen die elk jaar in het gezondheidszorgsysteem kunnen stappen. Het vereist een totaal-visie op de gezondheidszorg, op basis van wetenschappelijk onderbouwde gegevens. De toegankelijkheid, beschikbaarheid, financiering en noden binnen de gezondheidszorg zijn hier van groot belang. Dit is de taak van de Planningscommissie Medisch Aanbod. We vragen de overheid hun adviezen te volgen.

Verder moeten er stappen ondernomen worden om het huisartsenberoep aantrekkelijker te maken.

We zijn ervan overtuigd dat de huidige problemen in de gezondheidszorg niet te wijten zijn aan het invoeren van de numerus clausus. Wel zijn we van mening dat deze numerus clausus dringend geëvalueerd, geoptimaliseerd en eventueel versoepeld moet worden. De Planningscommissie Medisch Aanbod dient deze beslissingen te nemen in functie van een algemene visie op de gezondheidszorg.

#### ***4 Vrij verkeer van artsen in Europa***

Door het vrij verkeer van artsen in Europa kunnen de verschillende faculteiten buitenlandse studenten aantrekken voor een opleiding tot specialist. Op deze manier willen ze een zogezegd tekort aan assistenten opvullen. Eigen studenten hebben door de contingentering immers geen toegang tot alle opleidingsplaatsen binnen de afzonderlijke specialismen. De instroom van buitenlandse artsen, die zich hier komen specialiseren of vestigen, zorgt natuurlijk voor een scheef trekking van onze contingentering.

Het is noodzakelijk de buitenlandse artsen, die zich hier willen komen specialiseren, op te nemen in het contingent.

Anderzijds moet bekeken worden of het schijnbare tekort aan assistenten een reëel tekort betreft. Elk specialisme dient hierbij afzonderlijk bestudeerd te worden wat betreft de noden voor de toekomst. Indien nodig dienen er bijstellingen van het contingent te gebeuren. Er moeten ook duidelijke 'knelpuntspecialismen' omschreven worden, waartoe de toegang versoepeld kan worden.

Het is duidelijk dat de immigratie en emigratie van artsen, ontstaan door het vrije verkeer van artsen in Europa, een belangrijk onderdeel moet zijn in de planning van het medisch aanbod.