

06 jul 2017 -07:57

Planning van het aanbod van artsen in België: wiskundige modellering of strategische beslissing?

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bestudeerde het wiskundig projectiemodel voor het artsenbestand gebruikt door de Planningscommissie (FOD Volksgezondheid), en liet het door verschillende belanghebbenden (stakeholders) kritisch evalueren. Het blijkt technisch voldoende performant te zijn – zelfs één van de beste in Europa - maar het zou beter moeten worden afgestemd op de maatschappelijke evoluties en het beleid.

De afgelopen maanden stond het projectiemodel voor het artsenbestand van de Planningscommissie Medisch Aanbod volop in de belangstelling. Het model wordt gebruikt om het artsenbestand voor de volgende 25 jaar in te schatten en te plannen. Het wordt beschouwd als één van de meest volledige en performante in Europa, omdat het talrijke variabelen en verschillende mogelijke evoluties inbouwt, met zeer genuanceerde projecties als resultaat.

Reeds in 2008 vroeg de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen (FOD Volksgezondheid) het KCE om het model een eerste maal te evalueren ([KCE Report 72](#)). Bijna 10 jaar later verzocht ze het KCE opnieuw om het kritisch te bestuderen en voorstellen te doen ter verbetering.

Een reeds zeer performant model

Tussen de twee studies in werden het model en de onderliggende gegevens reeds erg verbeterd. De belangrijkste vooruitgang kwam er door de gegevenskoppeling "PlanCAD". In dit kader werden de (geanonimiseerde) data van het kadaster van de FOD Volksgezondheid, met de gediplomeerde artsen die hun beroep in België mogen uitoefenen (statische gegevens) gekoppeld met die van het RIZIV (het activiteitsniveau op basis van de terugbetalingen van de medische prestaties), en met het Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming, dat gegevens bevat over o.a. plaats van de praktijk, sociaal statuut-werknemer of zelfstandige- enz.).

Door deze koppeling weten we vandaag hoeveel artsen er in België actief zijn, en hebben we een meer nauwkeurig inzicht in de evolutie en de verdeling van hun activiteiten (ziekenhuis, ambulante zorg...) en hun verspreiding over het grondgebied. De Cel Planning kan er toekomstscenario's mee uittesten voor alle curatieve medische specialismen, rekening houdend met o.a. leeftijd, geslacht en nationaliteit, en het land van herkomst van het diploma.

In de huidige KCE-studie wordt het model nog verder geëvalueerd en verfijnd. Het KCE zamelde bij de verschillende stakeholders adviezen en kritiek in over het huidige model, en formuleerde aanbevelingen voor de planning van artsen. Wij staan immers voor grote demografische, sociale en epidemiologische uitdagingen, en weten hoeveel artsen er moeten worden opgeleid is een essentieel onderdeel van het antwoord hierop.

Verfijnen van de definitie van het aanbod

Een van de stakeholders hun belangrijkste voorstellen is dat het model continu moet kunnen worden gevoed, zonder dat er telkens een toelating nodig is voor een koppeling en een gegevensanalyse. Deze machtigingen vragen namelijk veel tijd en vertragen het proces. PlanCAD moet immers over zo recent

mogelijke gegevens kunnen beschikken en daarom moet er vaker een koppeling kunnen gebeuren (liefst elk jaar). Op die manier worden de veranderingen op het terrein het beste in de projecties opgenomen.

Uit de gesprekken met de stakeholders bleek ook dat de geografische verdeling nog kan worden verfijnd.

Door een nog fijnere detaillering (verhoging van de granulariteit) kan de artsendichtheid in een bepaalde regio nog nauwkeuriger worden ingeschat. Zelfs binnen eenzelfde gewest of provincie kan de situatie namelijk sterk verschillen van gemeente tot gemeente. Daarnaast moet er ook een onderscheid worden gemaakt tussen de woonplaats van de arts en de plaats van de praktijk, wat nu niet gebeurt.

Meer nuances inbouwen bij de inschatting van de activiteit van de artsen

De meeste artsen hebben een zelfstandig statuut. Ze werken dus niet binnen een arbeidsovereenkomst waarin bv het aantal te presteren uren wordt vermeld. Uit de gegevens van het RIZIV kunnen we wel de graad van activiteit van een " voltijds equivalent" van een arts extrapoleren.

Voor deze schatting wordt een mediane artsenpraktijk bij de leeftijdsgroep van 45-54 jaar als referentie genomen.

De echte werkduur van artsen wordt echter onvoldoende genuanceerd weergegeven. De benadering houdt immers geen rekening met de concrete werkorganisatie zoals bv een groepspraktijk, en er is ook geen reden om aan te nemen dat de gekozen referentie-activiteit 'optimaal' is, en als basis kan dienen om die van andere artsen mee te vergelijken. Men kan bv niet nagaan of sommige artsen niet overbevraagd zijn, of teveel niet-verantwoorde medische interventies uitvoeren. Daarnaast wordt er ook geen onderscheid gemaakt tussen de kenmerken van de bevolking (stedelijk of landelijk, kansarmen, ouderen en chronisch zieken, enz.). Volgens de geïnterviewde stakeholders vormt dit gebrek aan nuance bij de schatting van de activiteit van de artsen een groot struikelblok.

Een beter inzicht krijgen in de toekomstige zorgvraag

Het wiskundige model moet voorspellen hoeveel artsen er nodig zullen zijn om aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen. Het is daarom essentieel, maar ook zeer complex, om een goed idee te krijgen van deze toekomstige vraag. Momenteel tracht het model zich te baseren op de zorgconsumptie in het verleden, maar deze aanpak heeft zijn beperkingen. Zo wordt er geen rekening gehouden met zorg die niet gebruikt werd, bv omdat de patiënt deze heeft uitgesteld om financiële redenen of door een gebrek aan toegankelijkheid. ... of omdat er toen niet tijdig een arts kon worden geraadpleegd. We mogen immers niet vergeten dat de schaarste of de overvloed van het aanbod rechtstreeks bepalen hoe de vraag naar zorg kan worden beantwoord.

Uittesten van alternatieve scenario's

Met het dynamische model kunnen ook scenario's worden uitgetest met verschillende hypothesen over de toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen. Zo kunnen er, naast een "basisscenario" (op basis van huidig beleid en praktijk), ook andere scenario's met andere beleidskeuzes of praktijken worden ontwikkeld. Zo kan men nagaan hoe deze verschillende scenario's het vereiste aantal praktiserende artsen beïnvloeden.

Momenteel zijn de alternatieve scenario's gebaseerd op historische waarnemingen. Het zou echter veel interessanter zijn om rekening te houden met snel veranderende trends, zoals de toenemende mobiliteit

van studenten en artsen binnen Europa, de verschuivende activiteit tussen beroepsgroepen, zoals de zorg bij zwangerschap, die verschuift van gynaecologen naar vroedvrouwen, of met de veranderende behoeften door een vergrijzende bevolking en de verschillende gezondheidsproblemen bij migranten-populaties, enz.

De stakeholders bevelen daarom aan om het model meer dynamisch te maken, en dit soort evoluties er meer systematisch in op te nemen. Daarbij kan inspiratie worden gehaald uit de ervaring van andere landen, zoals Engeland en Nederland. In deze landen beschikken de planningsorganisaties wel over een veel groter aantal medewerkers, wat wijst op hun ambitie.

Een technisch performant model, maar met welk doel?

In absolute termen bestaat er geen ideaal aantal artsen. De behoefte aan artsen hangt af van politieke en maatschappelijke keuzes (hoeveel middelen willen we besteden aan gezondheidszorg? Hoe willen we het gezondheidszorgsysteem organiseren en financieren?). Het Belgische prognosemodel kan dan wel op technisch gebied voldoende performant zijn, toch hebben de stakeholders vragen bij de doelstellingen ervan.

Het uiteindelijk doel van de wiskundige voorspellingen mag niet het uitvoeren van exacte kwantitatieve ramingen zijn, maar het vaststellen en voorspellen van de huidige en toekomstige trends, zodat beleidsmakers er zich op kunnen voorbereiden. Wetenschappelijke methoden om het aantal artsen te berekenen om aan de zorgbehoefte van een bepaalde bevolking te voldoen, hebben alleen zin als er duidelijke gezondheidsdoelstellingen zijn met voldoende middelen om deze te bereiken, en als wetenschappelijke adviezen effectief door de beleidsmakers worden opgevolgd.

Als dit niet het geval is, kan de finaliteit van deze projecties zelf in vraag worden gesteld: is het zinvol om binnen het eigen land een strikte planning proberen te handhaven, in een Europese Unie die zo mobiel en open is? De echte uitdaging voor onze samenleving is uiteindelijk het zorgen voor een voldoende, maar niet overmatig aanbod aan artsen, dat adequaat is gespreid over het grondgebied en de verschillende sectoren.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be