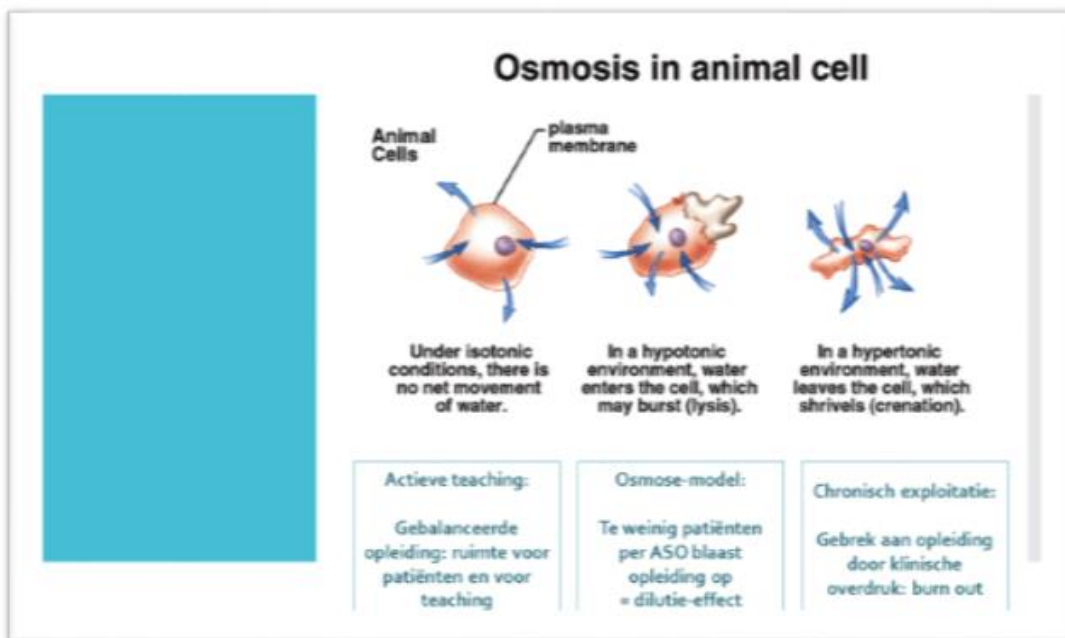


De dubbele cohorte en het osmosemodel

In het jaar 2018 studeren 2 cohorten geneeskundestudenten af, dit omwille van het feit dat de basisopleiding met een jaar verminderde. De vraag of er voldoende opleidingscapaciteit dringt zich dan ook op. Komt daarbij dat capaciteit één zaak is, ook de financiering en kwaliteit mogen hierbij niet uit het oog verloren worden.

Wat betreft de kwaliteit kan men de huidige opleiding vergelijken met de osmose in een cel.. De arts in opleiding leert door deel te nemen aan de klinische activiteit op zijn/haar dienst of praktijk. Het uitgevoerde werk draagt bij tot de ontwikkeling als arts. Tijd of ruimte om casussen of technieken in de diepte uit te werken is er amper. Dit geldt natuurlijk evengoed voor de stagemesters of zij die zich dagdagelijks bekommeren over de opleiding van de arts-specialist in opleiding (ASO). De ideale opleiding bestaat uit een goed evenwicht en maakt zowel plaats voor actieve teaching als voor voldoende patiëntencontact. Langs de ene kant zet de arts in opleiding zich in voor het klinische werk, langs de andere kant wordt hij hiervoor beloond met opleidingstijd van zijn/haar opleiders. Te weinig patiëntencontact zorgt voor een dilutie van het medium waar de arts in opleiding zich in bevindt. De opleidingskwaliteit barst uit zijn voegen en ontploft. Omgekeerd is er ook het gevaar van een overaanbod aan klinisch werk en administratie. Een gebrek aan opleiding zorgt dat ook de appreciatie voor het werk verdwijnt met risico's als burn-out en depersonalisatie als gevolg.



Wanneer men er aan denkt om de arbeidstijd van de artsen in opleiding te reduceren van 60 uur naar 48 uur per week, om het hoofd te bieden aan deze extra instroom van artsen uit de dubbele cohorte, houdt men met bovenstaande dus best rekening. De reductie van de werktijd brengt namelijk het gevaar van dilutie met zich mee: zowel in patiëntencontacten, als ook op vlak van actieve teaching: opleiders zullen hun tijd immers moeten verdelen over meerdere artsen in opleiding. **Het precare evenwicht van de opleiding van toekomstige artsen staat dus onder druk voor de komende 10 jaren. Een generatie artsen dreigt verloren te gaan.** Men kan zelfs stellen dat ook zij, door hun te beperkte opleiding, niet in staat zullen zijn om hun kennis en kunde over te dragen aan de generaties na hen. Een

oplossing zou erin bestaan, structureel tijd te maken op de stagediensten om te kunnen investeren in actieve teaching. Het spreekt voor zich dat dit een kost met zich meebrengt... En dat terwijl de tewerkstelling op zich van deze dubbele groep artsen al kostelijk is.

Het brutojaarloon van een arts in opleiding bedraagt om en bij de € 40000. Dit loon wordt (binnen het sui generis statuut) belast met een gemiddelde aanslagvoet van 30%. Op basis van deze cijfers kan men de kostprijs van de dubbele cohorte berekenen. Gemiddeld starten ca. 750 studenten na hun basisopleiding aan een opleiding specialistische geneeskunde. De totale, jaarlijkse, kostprijs van een extra afstudeerjaar bedraagt dus 30 miljoen euro. Van deze 30 miljoen euro stroomt ca. 10 miljoen euro terug naar de overheid via de personenbelasting. Hoe anders kunnen we dit interpreteren als een platte besparingsmaatregel op koste van de ziekenhuizen?

Zonder wijzigingen in het beleid wordt deze 30 miljoen euro volledig afgewend op de stagediensten. Zij betalen immers het brutoloon van de artsen in opleiding. Extra inkomsten worden in theorie niet gegenereerd, het is immers niet omdat een extra cohorte geneeskundestudenten de markt betreedt dat ook de zorgvraag zal stijgen en men meer actes zal kunnen aanrekenen binnen de ziekteverzekering om deze lonen te betalen. Het hoeft ook geen betoog dat er onnodige technische prestaties en consultaties uitgevoerd kunnen worden om deze kost te dragen (supplier induced demand - één van de redenen om het ingangsexamen geneeskunde in te voeren).

Momenteel worden de opleiding van de ASO's op 2 manieren gefinancierd. Enerzijds via het B7 fonds, een gesloten enveloppe waarbij er ca. €7.000 per ASO uitgekeerd wordt aan de universitaire ziekenhuizen. Anderzijds is er sinds kort een gesloten enveloppe van 10 miljoen euro voor de niet-universitaire ziekenhuizen. Over deze laatste wordt de laatste hand gelegd aan de best mogelijke verdeelsleutel voor dit geld. Momenteel bestaan er voor beide enveloppes geen plannen om deze voor de dubbele cohorte uit te breiden. **De financiering per opgeleide ASO zal dus met ca. 20 % dalen.**

Kort samengevat: indien men een 60-urige werkweek naar een 48 uren reduceert, rekent men er op dat stagediensten meer ASO's aannemen. Dit brengt echter een kostprijs met zich mee, terwijl ook de financiering per ASO vermindert. De kans is reëel dat ook de kwaliteit van opleiding enorm moet inboeten omwille van het huidige osmosemodel - onvoldoende tijd en middelen zijn beschikbaar voor een kwalitatieve opleiding. De enige die van deze patstelling lijkt te profiteren is de overheid. Zij ziet de kans schoon om € 10 miljoen euro jaarlijks te recupereren uit de gezondheidszorg door de extra's in de personenbelasting die de dubbele cohorte oplevert.

Is het dan zo ongerechtvaardigd extra middelen te eisen voor de opleiding van onze toekomstige artsen, en geen generatie artsen, waar nota bene reeds in de basisopleiding via onderwijs al fors in is geïnvesteerd, bij het grofvuil te zetten? Wij stellen dan ook voor te investeren in de opleiding van de toekomstige artsen en de gezondheidszorg van morgen. Een goed opgeleide arts zorgt voor een rationeel gebruik van de schaarse beschikbare middelen.