



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over het versterken van de aantrekkingskracht van de knelpuntspecialismen in de geneeskunde*

Verklarende woordenlijst

ASO: arts-specialist in opleiding

HAIO: huisarts in opleiding

Hoge Raad: Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen

KAGB: Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België

ManaMa: master na master

NVAO: Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie

Raad: Raad van de Tandheelkunde

XIO: overkoepelend begrip voor arts-specialist in opleiding, huisarts in opleiding, algemeen tandarts in opleiding en tandarts-specialist in opleiding

1. Situering en methodologie

De zesde staats hervorming heeft vanaf 1 januari 2016 de bevoegdheid met betrekking tot de erkenning van de gezondheidszorgberoepen en met betrekking tot de bepaling van de subquota voor artsen en tandartsen van de federale naar de Vlaamse overheid overgeheveld. Om de invulling van deze nieuwe bevoegdheden gestalte te geven, vroeg Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, het advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) over de volgende twee vraagstukken:

- Hoe kan de **kwaliteit van de stages** van artsen en tandartsen in het kader van hun specialisatie verhoogd worden?
- Hoe kan de **aantrekkingskracht van knelpuntspecialismen** versterkt worden?

Een bijkomende problematiek die vraagt om urgente maatregelen binnen deze vraagstukken is het afstuderen van de dubbele cohorte basisartsen in 2018.

Om de veelomvattende adviesvragen zo gericht mogelijk te beantwoorden, heeft de KAGB ervoor geopteerd om haar bevindingen en aanbevelingen in vier verschillende adviezen kenbaar te maken: een advies over de stages van artsen en tandartsen, een advies over de knelpuntspecialismen per beroepsgroep (artsen en tandartsen) en een advies over de financiering.

* Dit is het tweede advies over de problematiek van de kwaliteit van de stages en de aantrekkingskracht van de knelpuntspecialismen.

Het advies werd voorbereid door een bijzondere commissie, bestaande uit de collegae Dominique Declerck, Joke Denekens (voorzitter adviescommissie), Bernard Himpens (voorzitter KAGB), Johan Kips, Jo Lambert, Frank Luyten (co-voorzitter adviescommissie), Marie-José Tassignon, Dirk Van Raemdonck en Brigitte Velkeniers.

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Peter Bols, Guy De Backer, Dominique Declerck, Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter KAGB), Greet Ieven (algemeen secretaris KAGB), Jo Lambert, Geneviève Laureys, Simon Scharpé, Ben Van Camp, Dirk Van Raemdonck en Brigitte Velkeniers, keurde het advies goed op 1 september 2016.

Voor een uitweiding over de situering van de adviezen en over de gebruikte methodologie wordt verwezen naar het begin van het advies over de verhoging van de kwaliteit van de stages in de geneeskundige en de tandheelkundige vervolgoopleidingen.

Dit tweede advies in de reeks behandelt de problematiek van de knelpuntspecialismen in de geneeskunde. Eerst worden de huidige knelpuntspecialismen gedefinieerd, waarna opnieuw de diagnostiek van de problemen en vervolgens de mogelijke oplossingen aanbod komen.

2. Aantrekkingskracht van de knelpuntspecialismen

2.1. Definities

Volgens de klassieke interpretatie is een knelpuntberoep een beroep waarvoor er een belangrijk tekort aan arbeidskrachten bestaat. In de geneeskunde betekent dit concreet dat er artsen **tekort** zijn om aan de noden van de bevolking te voldoen.

Uit de bevraging kwam een eerste groep van knelpuntspecialismen naar voren, waar zich een absoluut tekort aan specialisten zou voordoen:

- Geriatrie
- Medische oncologie
- Volwassenenpsychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie
- Neurologie
- Reumatologie
- Anatomo-pathologie
- Endocrinologie
- Huisartsgeneeskunde

Daarnaast zouden er enkele specialismen zijn, waar er zich geen tekort aan specialisten zou voordoen, maar waar er zich een tekort aan specialisten in de ziekenhuizen zou voordoen, omdat de specialisten de voorkeur geven aan privépraktijken (selectie van patiënten en pathologieën, prestaties aan tarieven buiten conventie, grotere vrijheid m.b.t. werktijden en combinatie werk/privéleven):

- Oftalmologie
- Pediatrie
- Dermatologie
- Otorhinolaryngologie
- Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie

Bijkomend is er het tekort in de urgentiegeneskunde, dat een gevolg is van de huidige organisatie van de gezondheidszorg met een te groot aantal spoeddiensten, welk aantal door een goede samenwerking kan worden verminderd, en met een suboptimale werking van de echelonnering.

Tot slot verdient de maatschappelijke gezondheidszorg (jeugdgezondheidszorg, arbeidsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde) bijzondere aandacht, omdat de belangrijke rol van deze artsen buiten de curatieve sector op dit ogenblik onvoldoende aandacht krijgt in de samenleving en bij de studenten op het ogenblik waarop zij hun professionele oriëntatie definitief bepalen. Daardoor vat een aantal artsen de voor hun persoonlijke ontwikkeling en voor de optimale uitbouw van het gezondheidsstelsel ideale professionele loopbaan niet aan.

De ASO's stipten zelf aan dat het begrip kan worden uitgebreid naar specialismen waarvoor afstuderende artsen geen werk meer vinden, doordat er **teveel** ASO's worden opgeleid. Onder deze noemer vallen onder meer:

- Radiotherapie
- Cardiologie
- Nefrologie
- Röntgendiagnose
- Heelkunde

Welke specialismen tot de ene of de andere groep behoren, is afhankelijk van het moment en de maatschappelijke noden. De toestand kan wijzigen onder invloed van verschillende, snel wisselende factoren.

2.2. Problemen

De oorzaken van de lage aantrekkingskracht van een aantal specialismen zijn divers.

Courante oorzaken zijn:

- Lage **status**: specialismen met weinig “actie” of “spectaculaire” inhoud (bv. geriatrie tegenover cardiologie).
- Lage **visibiliteit** in de media en doorheen het volledige curriculum: onbekend maakt onbemind.
- Onvoldoende gekende **beroepsinvulling** (beperkt en vertekend beeld van de verschillende activiteiten, het verloop van een werkdag, de organisatie van een praktijk), waardoor een verkeerde perceptie en lage status ontstaan.
- Gebrek aan **rolmodellen** met visie. Dit geldt vooral voor de ambulante zorg, aangezien de opleiding zich voornamelijk in de ziekenhuiswereld en buiten de eerste lijn voltrekt.
- Ongunstige **balans werk/privéleven**: hoge werkdruk, wachtbelasting, administratieve overlast, zware mentale en fysieke belasting.
- Ongunstige **verloning**: inkomensverschillen tussen specialismen kunnen oplopen tot een factor vier en dit voor een vergelijkbare duur van de opleiding en een gelijkaardige werkbelasting. Het feit dat bepaalde specialismen voornamelijk intellectuele verstrekingen inhouden, die minder worden vergoed dan technische prestaties, is hiervoor verantwoordelijk. Deze inkomensongelijkheden tussen specialismen drijven nogal eens de keuzes van de studenten.

Naast deze gemeenschappelijke aspecten, zijn er ook een aantal discipline-specifieke aspecten die bijdragen tot de lage aantrekkingskracht. Zo zijn er de recente specialismen waarvoor de vraag naar nieuwe artsen hoog is (geriatrie, urgentiegeneeskunde, medische oncologie). Een aantal specialismen heeft te kampen met het probleem dat artsen bij voorkeur extramuraal gaan werken omwille van de betere netto-inkomsten en werkomstandigheden in privépraktijken (oftalmologie, pediatrie, dermatologie, otorhinolaryngologie, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie).

De urgentiegeneeskunde vormt een zeer specifiek probleem, omdat de organisatie van de zorg, met teveel urgentiediensten in ons land, hieraan ten grondslag ligt. De oplossing is een rationalisering van de urgentiediensten en een betere afstemming tussen de wachtdiensten van de eerste en de tweede lijn.

2.3. Oplossingen

a) Maatregelen om de aantrekkelijkheid van de knelpuntspecialismen beter te laten waarnemen

Het verhogen van de **visibiliteit** van knelpuntspecialismen en het verbeteren van hun **status** gebeurt volgens de KAGB het best door middel van overheidsgeïnitieerde campagnes op projectmatige basis, enerzijds gericht op het brede publiek, en anderzijds gericht op leerlingen uit het secundair onderwijs en voorlaatstejaars-/laatstejaarsstudenten geneeskunde. Het volledige palet aan mogelijke specialismen binnen de curatieve sector en in de maatschappelijke gezondheidszorg moet beter in de kijker worden gezet in de media, op universitaire informatiesessies en op jobbeurzen met voldoende aandacht voor de eigenheid van de verschillende opties. Mediacampagnes kunnen ertoe bijdragen dat leerlingen en studenten hun beroepskeuze voor een zorgberoep, in het algemeen, en voor een knelpuntspecialisme, in het bijzonder, in een gunstige, ondersteunende omgeving zouden kunnen nemen. De universitaire en professionele voorlichting van de leerlingen en studenten moet verder bouwen op het gecreëerde beeld in de media.

Daarbij is het van belang te focussen op de perceptie van de studenten over de concrete **beroepsinvulling**. Hiertoe dienen de studenten reeds vroeg in de opleiding correct en concreet te worden geïnformeerd, zodat zij een waarheidsgetrouw beeld krijgen van de jobinhoud en, even belangrijk, de werkelijke noden van de markt. Hierbij is het van belang om voldoende de aandacht te vestigen op de nieuwe evoluties in het werken in klinische diensten, zoals op het vlak van (interdisciplinair en transdisciplinair) samenwerken, en de betekenis daarvan voor de werktevredenheid. Zoals reeds vermeld, dienen tijdens de masterstage alle disciplines, en in het bijzonder de knelpuntspecialismen, aan bod te komen. Stages in goed functionerende diensten van de knelpuntspecialismen in kwestie dienen in het curriculum te worden ingebouwd.

Het nut van **rolmodellen** voor deze campagnes is groot. Maar om het gepercipieerde tekort aan rolmodellen te verhelpen moet men niet op zoek naar extraverte figuren met sterallures. Er is veel talent van wie een wervende kracht kan uitgaan, wanneer men deze personen op de juiste wijze onder de aandacht brengt.

Soortgelijke campagnes voor het creëren van kwalitatieve stagediensten, waar werkpleklers centraal staat, zijn eveneens aangewezen. Dit is op korte termijn haalbaar door een oproep te lanceren waarop de diensten van de betreffende specialismen kunnen intekenen. De diensten kunnen geleidelijk intreden in een proces waarin de kwaliteit van de stage beoordeeld wordt. Met campagnes in de media en aan de universiteiten wordt de visibiliteit van de opleidingen verhoogd en worden de studenten beter voorgelicht. Het actieve engagement van alle universiteiten is essentieel voor het welslagen van deze campagnes.

b) Maatregelen met betrekking tot de randvoorwaarden voor de beroepsuitoefening om de werktevredenheid te verhogen

Een deel van de oplossing voor de ongunstige **balans werk/privéleven** ligt vervat in de huidige evolutie van de gezondheidszorgstructuur. Het ontstaan van nieuwe, ondersteunende beroepen en de daaruit voortvloeiende taakdelegatie zullen de taak van de arts verlichten, vooral op het gebied van preventie, maar ook in de chronische zorg. De KAGB is voorstander van het nauwgezet uittekenen van profielen van verschillende medische en paramedische beroepen, zoals dat van de physician assistant, de verpleegkundig specialist en de mondzorgassistent/mondhygiënist (3), teneinde de verantwoordelijkheden goed te definiëren en het samenwerken te stimuleren. Deze profielen beschikken in het ideale geval over brede basiscompetenties, zodat een betere delegatie, onderlinge verdeling en afstemming van taken kan plaatsvinden met subsidiariteit van de zorg, kwaliteitsverbetering en kostenbesparing.

c) Structurele ingrepen in de organisatie van de specialistische geneeskunde

- *Een regelmatige evaluatie, en in voorkomend geval bijsturing van de specialismen in de geneeskunde*

Ons land kent een belangrijk aantal bijzondere beroepstitels die garant staan voor hoog gespecialiseerde en kwalitatief hoogstaande zorg. Zoals ook reeds gesteld in het advies van de KAGB van 31 januari 2015 over de concentratie van de complexe zorg, is volume een belangrijke voorspellende factor in outcome (4). Door de voortschrijdende ontwikkeling van ziekenhuisnetwerken kan het volume van behandelingen van bepaalde pathologieën gegroepeerd worden, zodat doorgedreven specialisatie kan leiden tot kwaliteits- en efficiëntiewinst bij de geleverde zorg, en zodat de behoefte aan meer generalistische specialisten afneemt, die in geografisch of organisatorisch meer geïsoleerde, algemene ziekenhuizen een evidente meerwaarde hadden/hebben voor de adequate behandeling van een breed spectrum van frequent voorkomende pathologieën.

Anderzijds is het wel noodzakelijk om regelmatig te evalueren, of elk bestaand specialisme nog het beste antwoord is op reële zorgnoden. In voorkomend geval is het aangewezen adequaat bij te sturen door eventuele aanpassing van de inhoud van een discipline of door eventuele herschikkingen.

- *Inbouwen van manieren om de flexibiliteit in het stelsel van de specialistische geneeskunde te verhogen*

De hoge graad van specialisatie welke noodzakelijk is om het vereiste kwaliteitsniveau met betrekking tot bepaalde aspecten van de zorgverlening te kunnen bereiken, zorgt onvermijdelijk voor tendensen tot verkokering van de disciplines. Om beter te kunnen inspelen op veranderingen als gevolg van maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen, is het wenselijk om manieren in te bouwen in de opleiding en in de organisatie van het beroep die deze tendensen enigszins kunnen tegengaan. Aldus moet het mogelijk worden om in een samenspel van de overheid en de betrokkenen vanuit een positieve houding sneller en effectiever de noodzakelijke veranderingen tot stand te brengen die de omstandigheden vereisen.

Binnen de context van het huidige concept van de opleidingen in de specialistische geneeskunde is het mogelijk om de truncus communis uit te bouwen voor groeperingen van verwante disciplines, zoals bijvoorbeeld de heelkundige disciplines of de disciplines in verband met de inwendige geneeskunde, en om hierop voortbouwend degelijke en deugdelijke stelsels van levenslang leren te ontwikkelen. Met deze aanpak zou het mogelijk moeten zijn om tijdens de opleiding een hogere graad van flexibiliteit en meer mogelijkheden tot heroriëntatie te behouden, hoewel deze flexibiliteit en heroriëntatiekansen met het vorderen van de opleiding uiteraard verminderen. Ook tijdens de loopbaan zou deze aanpak de kansen moeten verhogen om succesvol en als gevolg van een minder ingrijpend aanpassingsproces door veranderingen van de zorgnoden en van de wetenschappelijke inzichten geboden professionele bijsturingen te bewerkstelligen.

- *Het bepalen en handhaven van (maximale) subquota voor alle specialismen*

Het huidige systeem van subquota als minima voor bepaalde specialismen heeft geen reële impact maar louter een signaalfunctie. Maximale subquota zijn daarentegen een werkzaam sturingsinstrument. Het inzetten van maximale subquota kan gebeuren op het niveau van groeperingen van verwante disciplines, en op het niveau van individuele disciplines. Met maximale subquota voor groeperingen van verwante disciplines behoudt men voldoende flexibiliteit en is het bovendien gemakkelijker mogelijk om de studenten toe te laten te specialiseren in een discipline waarin ze zich kunnen vinden, hoewel het respecteren van de keuzevrijheid van de studenten niet overdreven moet worden. Wat heeft het voor zin iemand in zijn voorkeurdiscipline op te leiden, indien hij eenmaal in het beroepsleven na enkele jaren bij gebrek aan werk en inkomen noodgedwongen een andere beroepskeuze moet maken?

Vanzelfsprekend dienen de (maximale) subquota afgestemd te worden op de noden van de samenleving, en niet op de noden van de diensten en de wensen van de studenten. Het correct inschatten van de exacte noden van de samenleving moet prioritair gebeuren. Dit is een moeilijke opdracht en vergt gedegen (epidemiologisch) wetenschappelijk onderzoek.

Bij het hanteren van de subquota moet tevens worden gezorgd voor een adequate verdeling en eventuele hergroepering van de opleidingsplaatsen en de organisatie van de samenwerking tussen de universiteiten en de (universitaire en algemene) ziekenhuizen. Het hanteren van subquota op twee niveaus zorgt voor een geobjectiveerde formalisering van de huidige permanente competitie tussen XIO's voor het beperkte aantal opleidingsplaatsen met behoud van een maximale graad van flexibiliteit.

Deze subquota zijn op zich een vorm van numerus fixus. Immers, niet alle kandidaten voor een specialisatie die op het einde van hun opleiding tot basisarts slagen voor de bekwaamheids-/selectieproef voor een gekozen vervolgopleiding, zullen ook daadwerkelijk een aanvaardingsattest van de decaan ontvangen dat hen toelaat om een erkend stageplan op te stellen in samenspraak met de coördinerende stagemeester. In dit kader is het daarom belangrijk te voorkomen dat een geschikte kandidaat tegen de subquota in een theoretische vervolgopleiding (bv. ManaMa) kan starten, los van een erkende stageplaats en zonder een erkend stageplan. De huidige organisatie van de vervolgopleidingen in de specialistische geneeskunde wordt immers gekenmerkt door gespreide bevoegdheden en verantwoordelijkheden inzake de theoretische opleiding (Vlaamse bevoegdheid) en beroepsopleiding (gemengde Vlaamse en federale wetgeving), die niet perfect op elkaar afgestemd zijn. De nieuwe bevoegdheidsverdeling biedt kansen om de regelgeving te optimaliseren, waaromtrent Vlaams minister Jo Vandeurzen reeds initiatieven plant.

De effectiviteit van dit instrument op Vlaams niveau is mede afhankelijk van het realiseren van goede afspraken en afdwingbare regels op federaal en Europees niveau. Deze afspraken moeten erop gericht zijn te verhinderen dat de regelgeving in Wallonië en op Europees niveau (die uitgaat van een andere filosofie met betrekking tot de organisatie van de gezondheidszorg) zou kunnen worden gebruikt om de Vlaamse subquota te ondermijnen.

- *Het herijken van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen*

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vervult een centrale rol in het geheel van de beheers- en financieringsinstrumenten van het Belgische gezondheidszorgstelsel, gebaseerd op prestatiefinanciering, maar waaraan in de loop der jaren belangrijke aanpassingen zijn aangebracht. De voordelen van het stelsel wegen nog steeds op tegen de nadelen van andere financieringsmodellen, hoewel er terecht gewezen is op een aantal tekortkomingen in het stelsel. Om het stelsel in de toekomst te kunnen handhaven, is het nodig om de nomenclatuur te herijken. Hierbij dient ervoor gezorgd te worden de opvallende inkomensongelijkheid tussen zorgverstrekkers met veel technische prestaties en zorgverstrekkers met veel intellectuele verstrekkingen weg te werken (5), wat in het kader van de geplande hervorming van de ziekenhuisfinanciering zou kunnen worden gerealiseerd.

De herijking moet worden gebaseerd op een berekening en vergoeding van de werkelijke kost van de geleverde zorg, met aandacht voor het onderscheid tussen en het gewicht van de intellectuele act en de technische verrichtingen zonder daarbij het kostenbewustzijn bij de verrichter van de intellectuele prestaties voor de technische verrichtingen weg te nemen. Verder dient de nomenclatuuraanpassing innovatie en kwaliteit van zorg op gepaste wijze in rekening te brengen. Stimuli voor preventieve gezondheidszorg op basis van een benadering, opvolging en begeleiding van de patiënt op grond van evidence based medicine kunnen eveneens zorgen voor het verder wegwerken van onverantwoorde onevenwichten in inkomen tussen zorgverstrekkers, waardoor de spreiding van de volgende generaties artsen over de verschillende disciplines niet meer vertekend zal worden door onverantwoorde inkomensverschillen.

Bij deze herijking zal zorgvuldig moeten worden omgegaan met de vrees voor inkomensverlies van bepaalde categorieën van specialisten. De hergroepering van de specialismen kan in dit verband bijdragen tot een zachte overgang. Tevens zal erover gewaakt moeten worden dat bij de wijzigingen van het stelsel ernstige ontwrichtingen optreden.

- *Maatregelen tegen de toenemende privatiseringstendensen in bepaalde specialismen*

Tegen de vlucht uit de ziekenhuizen naar privépraktijken kan worden opgetreden door het vastleggen en handhaven van kwaliteitscriteria en door het opleggen van verplichte wachten voor de artsen-specialisten, werkzaam in deze privépraktijken.

d) Maatregelen om de dubbele cohorte op te vangen

De effecten van de voorgestelde structurele ingrepen in de organisatie van het beroep kunnen vóór de instroom van de dubbele cohorte in 2018 hun volle uitwerking niet meer krijgen. Zij kunnen echter wel een nieuw perspectief bieden en zorgen voor optimisme en dynamisme.

Subquota zijn een manier om de instroom naar kwalitatieve stageplaatsen te reguleren, omdat de noodzaak tot tijdelijke uitbreiding van het aantal stageplaatsen de zorg voor hun kwaliteit tot een extra uitdaging maakt.

Het is wenselijk om vanaf september 2016 nieuwe stagemeeesters en ouderejaars ASO's en HAIO's op te leiden om klaar te zijn, wanneer de dubbele cohorte afstudeert. Hiervoor is een passende financiering aangewezen met voorrang voor de knelpuntspecialismen.

Een andere mogelijkheid voor het opvangen van de dubbele cohorte is te vinden buiten de curatieve sector: sociale geneeskunde/maatschappelijke gezondheidszorg, (farmaceutische) industrie, onderzoek en onderwijs, overheidsdiensten, NGO's, defensie. Deze mogelijkheden moeten duidelijk onder de aandacht gebracht worden.

3. Conclusies en aanbevelingen

Vijf categorieën: 1. absolute tekorten (geriatrie, medische oncologie, psychiatrie, neurologie, reumatologie, anatomo-pathologie, endocrinologie, huisartsgeneeskunde); 2. tekorten in de ziekenhuizen door de vlucht naar privépraktijken (oftalmologie, pediatrie, dermatologie, otorhinolaryngologie, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie); 3. tekort door teveel spoeddiensten en suboptimale echelonnering (urgentiegeneskunde); 4. absolute tekorten in de maatschappelijke gezondheidszorg (jeugdgezondheidszorg, arbeidsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde); 5. overschot (radiotherapie, cardiologie, nefrologie, röntgendiagnose, heelkunde).

- Verhoging visibiliteit, verbetering status, promotie van rolmodellen
- Taakdelegatie naar ondersteunende, nog op te richten zorgberoepen, zoals physician assistant, en verpleegkundig specialist, bevordering van groepspraktijken, incentives voor innovatie op het gebied van materiële omkadering, zodat balans werk/privéleven in evenwicht gehouden kan worden
- Evaluatie en eventueel bijsturing van de specialismen
- Verhoging van de flexibiliteit in het stelsel van de specialistische geneeskunde d.m.v. de uitbouw van de truncus communis in de opleiding en d.m.v. het uitbouwen van een stelsel van levenslang leren
- Bepaling en handhaving van maximale subquota, inclusief afstemming van gespreide bevoegdheden
- Herijken van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen
- Maatregelen tegen de toenemende privatiseringstendensen in bepaalde specialismen door de bepaling en handhaving van kwaliteitscriteria en door de vereiste van deelname aan wachten

Literatuurlijst

1. Remmen R, Damen A, Vinck I, Piérart J, de Burbure C, Pestiaux D, Couttenye MM, Paulus D. Kwaliteitscriteria voor stagediensten van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 130A. D/2010/10.273/33.
2. Himpens B. Zorg om talent in de eerstelijnsgezondheidszorg. *Verhandelingen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België*, 73 (2011), 251-328.
3. Advies betreffende het inrichten van het beroep van 'mondzorgassistent/mondhygiënist'. Brussel: Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. 30 januari 2016.
<http://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/atoms/files/Mondzorgassistent.pdf>
Advies betreffende het inrichten van het gezondheidszorgberoep van 'physician-assistant'. Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (*in voorbereiding*).
4. Advies over de concentratie van complexe zorg. Brussel: Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. 31 januari 2015.
<http://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/atoms/files/Concentratie%20van%20complexe%20zorg%202015.pdf>
5. Vanden Oever R, Volckaert C. Vijftig jaar nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: een instrument tot verdeling van het overheidsbudget voor zorgverleners 1963-2013. CM-informatie 254 (dec. 2013).