

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

15 januari 2015

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

over de vervanging van de regeling inzake de RIZIV-quota, teneinde de huidige wanverhouding weg te werken tussen het aanbod aan artsen en tandartsen en de gezondheidszorgbehoeften van de bevolking

(ingediend door de dames Muriel Gerkens
en Anne Dedry)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

15 janvier 2015

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

visant à remplacer le système des quotas INAMI afin de corriger l'inadéquation existant entre l'offre médicale de médecins et dentistes et les besoins de la population en soins de santé

(déposée par Mmes Muriel Gerkens
et Anne Dedry)

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publicaties@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Onaangepast medisch zorgaanbod

Het medisch zorgaanbod, wat de huisartsen én de artsen-specialisten betreft, is momenteel niet aangepast aan de behoeften. Met het bestaande aanbod blijkt het onmogelijk een optimale zorgorganisatie te waarborgen: er is geen gelijke geografische spreiding tussen de verschillende regio's van het land en tussen steden en landelijke gemeenten; ook de eerstelijnszorg in de directe omgeving van de patiënt en de gespecialiseerde zorg in de ziekenhuisvoorzieningen vullen elkaar onvoldoende aan. De ziekenhuizen zelf ervaren moeilijkheden om voor bepaalde specialismen artsen in dienst te nemen of te houden, terwijl in andere disciplines te veel technische handelingen worden gesteld.

Jammer genoeg kunnen die vaststellingen op het terrein niet worden geanalyseerd aan de hand van volwaardige en dynamische instrumenten waarmee nauwkeurige en evolutieve informatie kan worden verkregen over de werktijden, de plaatsen van zorgverstrekking, de gezondheidszorgverstrekkingen of nog over de loopbaan-evolutie (bijvoorbeeld de leeftijd waarop de zorgverleners overwegen met pensioen te gaan).

We moeten dus kunnen beschikken over kadasters die anders dan nu worden opgesteld, om een oplossing te vinden voor de vastgestelde tekorten, om in bepaalde gemeenten een te grote concentratie aan zorgverleners te voorkomen, om de artsen-specialisten terug in de ziekenhuizen te krijgen, om te anticiperen op de vergrijzing bij de artsen, om de complementariteit tussen de verschillende categorieën zorgverleners bij te sturen (teneinde zich aan te passen aan de evoluties van de technieken en de ziektebeelden) en om nog tal van andere redenen. Ook moet de organisatie van het zorgaanbod veranderen, uitgaande van de behoeften en de evolutie van de bevolkingsgroepen en moet de taakverdeling tussen de zorgverleners worden gewijzigd. Tot slot moet ook de financieringswijze van de ziekenhuizen veranderen. Daartoe strekt dit voorstel van resolutie.

De becijferde vaststellingen in dit voorstel van resolutie gaan alleen in op wat in het werkveld wordt vastgesteld aangaande het artsentekort, niet op een mogelijk artsenovertal; wij beschikken immers niet over cijfers om dat overtal te verduidelijken.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1: L'offre de soins médicaux actuelle est inadaptée

L'offre de soins médicaux, qu'il s'agisse des médecins généralistes ou des médecins spécialistes est aujourd'hui inadaptée aux besoins. On constate qu'elle ne permet pas de garantir une organisation optimale des soins: il n'y a pas de répartition équilibrée entre les zones territoriales du pays, entre villes et communes rurales, il manque une complémentarité entre la première ligne de soins de proximité et les soins spécialisés en structures hospitalières. Les hôpitaux eux-mêmes ont des difficultés à recruter ou à conserver dans leurs services certaines disciplines de spécialistes tandis qu'il y a des surconsommations d'actes techniques dans d'autres disciplines.

Malheureusement, ces constats de terrain ne sont pas analysables via des outils complets et dynamiques qui permettraient d'avoir des informations précises et évolutives relatives aux temps de travail, aux lieux de prestations, aux activités de santé exercées et, complémentarément, aux évolutions de carrière comme l'âge de la retraite envisagé par ces prestataires, par exemple.

Or, répondre aux pénuries constatées, éviter les concentrations excessives de prestataires dans certaines communes, ramener les médecins spécialistes dans les hôpitaux, anticiper le vieillissement des médecins, revoir la complémentarité entre les différentes catégories de prestataires de soins de manière à s'adapter aux évolutions des techniques et des pathologies, ... tout cela nécessite de disposer de cadastres réalisés autrement qu'aujourd'hui, de revoir l'organisation de l'offre de soins sur la base des besoins et de l'évolution des populations, de repenser la répartition des tâches entre prestataires de soins et de changer le mode de financement des hôpitaux. C'est l'objet de cette proposition de résolution.

Les constats chiffrés posés dans cette proposition de résolution ne mettent en évidence que des pénuries constatées sur le terrain. Nous ne disposons pas de chiffres pour illustrer les surnombres pouvant exister sur le terrain.

2. Wanverhouding tussen de RIZIV-quota en de vraag inzake medische zorg

Het aanbod aan gezondheidszorgverstrekkers is hoe langer hoe minder afgestemd op de behoeften; dat geldt zowel voor de ambulante eerstelijns geneeskunde als voor de gespecialiseerde geneeskunde in en buiten het ziekenhuis. Die wanverhouding laat zich voorlopig alleen voelen in het aantal zorgverstrekkers, maar die trend zal zich wellicht ook snel laten voelen inzake zorgkwaliteit.

Cijfers over een “nieuw” kadaster die op 14 november 2014 in de pers zijn verschenen, bevestigen niet alleen de beperkingen van de huidige methode maar ook de urgentie van het probleem en de gevolgen ervan op middellange termijn.

De ontwikkelingen in dit dossier leren ons dat het medisch en paramedisch aanbod niet louter in die ene sector grondig kan worden gereguleerd zonder ook het hele gezondheidszorgsysteem anders te structureren, waarbij de taken en de rol van de actoren nauwkeurig worden bepaald, rekening houdend met de behoeften van de bevolking in een bepaalde regio.

Voor de verdere evolutie van ons gezondheidszorgsysteem is zeker participatie nodig van de verschillende actoren ervan, in het kader van een overlegproces tussen overheid, gezondheidszorgverstrekkers en vertegenwoordigers van het middenveld.

Deze drie factoren vormen de krachtlijnen van dit voorstel van resolutie.

3. De malaise onder de huisartsen is groot

Heel wat jonge huisartsen zetten na vijf of zes jaar een punt achter hun praktijk, omdat de werkregeling en het werk zwaar zijn. Burn-outs zijn legio en wie volhardt, weigert om gezinsleven en levenskwaliteit op te offeren voor het werk. Iedereen is het erover eens dat er een tekort is aan huisartsen in sommige steden, landelijke gebieden en wijken, terwijl er elders net te veel zijn.

Het vereiste aantal huisartsen blijft ontoereikend, ondanks de financiële stimulansen en ondersteuning (zoals de *Impulseo I*-premie om huisartsen aan te moedigen zich te vestigen in een gebied met een artsentekort, de geleidelijke verhoging van de bezoldiging voor de prestaties van de huisartsen en de ondersteuning van de lopende projecten inzake de gezamenlijke organisatie van de wachtdiensten 's nachts en tijdens de weekends).

2. Inadéquation entre les quotas INAMI et la demande en soins médicaux

Tant en médecine ambulatoire de première ligne que dans l'exercice de la médecine spécialisée intra et hors hôpital, l'inadéquation entre l'offre de professionnels de la santé et les besoins à rencontrer est de plus en plus criante. Elle ne se manifeste encore aujourd'hui que sur le plan quantitatif mais cette dynamique ne manquera pas, rapidement, de se traduire également sur le plan qualitatif.

La publication des chiffres d'un "nouveau" cadastre dans la presse de ce 14 novembre 2014 confirme non seulement les limites de la méthode actuelle mais aussi l'importance immédiate du problème et ses répercussions à moyen terme.

L'histoire de ce dossier nous montre que l'on ne peut faire de régulation sérieuse de l'offre médicale et paramédicale de manière isolée, sans structuration du système de santé, incluant avec précision les tâches et les rôles des acteurs, eu égard aux besoins de la population d'un territoire.

L'évolution de notre système de santé ne peut se concevoir qu'avec la participation de ses acteurs dans le cadre d'une démarche de concertation entre pouvoirs publics, professionnels de la santé et représentants de la société civile.

Ces trois facteurs tracent les lignes de notre proposition de résolution.

3. Le malaise est important dans la profession de médecin généraliste

On doit constater que de nombreux jeunes généralistes arrêtent de travailler comme tel après 5 ou 6 ans, vu la lourdeur des horaires et du travail. Les burn out sont nombreux et ceux qui persistent refusent de sacrifier leur vie familiale et leur qualité de vie pour leur travail. Tous reconnaissent qu'il y a pénurie de médecins généralistes dans certaines villes, campagnes et quartiers tandis qu'ils sont trop nombreux dans d'autres localités.

Malgré les incitations et soutiens financiers, comme la prime *Impulseo I* pour favoriser les installations en zones de pénurie et la revalorisation progressive des rémunérations pour les prestations des généralistes et le soutien des projets en cours de développement pour l'organisation collective des gardes de nuit et de weekends, le nombre nécessaire de médecins généralistes reste insuffisant. Il faut donc décoder et innover, mieux

Het is dus belangrijk de hele context te doorgronden en de weg van vernieuwing in te slaan, de praktijk en de concrete terreinsituatie beter te begrijpen en nieuwe manieren te bedenken om het medisch aanbod af te stemmen op de behoeften. Tegen een achtergrond waarbij zorg vaak steeds gespecialiseerder en technischer wordt, maar waarbij tegelijk en terecht gepleit wordt voor een zorg op maat, is het de huisarts die de problemen van de patiënt op alomvattende en geïntegreerde wijze aanpakt, niet enkel diens lichamelijke klachten maar ook de relationele en sociale aspecten.

De huisarts is degene die tijd kan uittrekken voor de patiënt of dat toch zou moeten kunnen doen. Hij beheert het "globaal medisch dossier" (GMD), dat onder meer de medische voorgeschiedenis van de patiënt weergeeft. Hij maakt een synthese van de uiteenlopende visies die de patiënt van verscheidene specialisten te horen heeft gekregen, en legt uit wat precies is onderzocht. De huisarts moet ertoe in staat worden gesteld een antwoord te bieden op veel problemen en op te treden als tussenpersoon tussen de patiënt enerzijds, en de specialist of het ziekenhuis anderzijds.

Door de vergrijzing en door de toename van het aantal chronisch zieken is er almaar meer nood aan holistische en multidisciplinaire benaderingen, waarbij de huisarts optreedt als referentiepersoon.

Voorts moet ook de rol van de preventieactoren in de eerstelijnszorg worden versterkt, niet alleen in de specifieke beleidsdomeinen waarvoor de gemeenschappen en de gewesten bevoegd zijn, maar ook bij de dagelijkse ondersteuning van de patiënten, die moeten werken aan hun voedingsgewoonten, hun bewegingspatronen, hun slaapritme, hun huisinrichting, de luchtkwaliteit binnenshuis enzovoort; een en ander dient te gebeuren via informatieverstrekking en bewustmaking, rekening houdend met wat mensen hebben ervaren en nog dagelijks meemaken.

Al die nieuwe behoeften vergen voldoende huisartsen alsook meer erkenning van hun taak als zorg- en steuncoördinator jegens de patiënt.

Ten slotte is er een permanente vraag naar kandidaat-artsen bij de preventieve geneeskunde, zowel op het werk als inzake milieu, school of opvang (Kind & Gezin/ONE).

Ook de centra voor gezinsplanning luiden de alarmbel, omdat te weinig huisartsen beschikbaar zijn voor vrijwillige zwangerschapsafbreking.

comprendre la pratique et les réalités du terrain et inventer de nouveaux moyens pour faire coïncider l'offre médicale avec les besoins. Dans un contexte de soins, souvent de plus en plus pointus et techniques, mais aussi de revendications légitimes de personnalisation des soins, le médecin généraliste est celui qui aborde les problèmes du patient dans une approche globale et intégrée, non seulement somatique mais aussi relationnelle et sociale.

Il est celui qui peut consacrer du temps au patient ou qui devrait pouvoir le faire. Il est chargé du "dossier médical global" (DMG) qui reprend, entre autres, la continuité de l'histoire médicale du patient. Il fait la synthèse des visions éclatées du patient qui a été reçu par plusieurs spécialistes et traduit ce qui a été examiné. Le médecin généraliste doit être en condition pour pouvoir répondre à une large majorité de problèmes et servir d'interface entre, d'une part, les patients et, d'autre part, les médecins spécialistes ou l'hôpital.

Le nombre croissant de personnes plus âgées dans la population et l'augmentation de personnes atteintes de maladies chroniques nécessitent de plus en plus des approches holistiques et multidisciplinaires où les médecins généralistes doivent jouer le rôle de référent.

Le rôle d'acteur de prévention de la médecine de proximité est également à renforcer, pas seulement dans des politiques spécifiques dépendant des Communautés et Régions mais aussi dans le soutien quotidien des patients qui doivent améliorer leurs habitudes alimentaires, leur manière de bouger, leur rythme de sommeil, leur habitation et la qualité de leur air intérieur, ... via une information et une sensibilisation, à partir des vécus et des réalités des personnes

Tous ces nouveaux besoins nécessitent un nombre suffisant de médecins généralistes et une reconnaissance plus grande de leur mission de coordinateur de soins et de soutien auprès de leurs patients.

Enfin, la médecine préventive, qu'elle soit du travail, environnementale, scolaire ou de l'ONE/Kind en Gezin est en demande permanente de candidats médecins.

Les plannings familiaux tirent également la sonnette d'alarme car il manque de médecins généralistes pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, par manque de disponibilité de leur part.

4. Het aantal artsen-specialisten is niet goed afgestemd op de zorgvraag

Bij de artsen-specialisten dan weer verlaten velen de ziekenhuizen om een privépraktijk te openen; daar kunnen zij hun werk beter indelen en moeten zij niet voldoen aan de administratieve en financiële verplichtingen van de ziekenhuisinstellingen. Voor sommige specialismen zijn er te veel artsen, terwijl in andere sectoren het tekort almaar nijpender wordt. De disciplines met het grootste tekort aan ziekenhuisartsen zijn geriatrie, psychiatrie (meer bepaald kinderpsychiatrie) en oncologie.

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering is noodzakelijk om de ziekenhuisgeneeskunde te herwaarderen en beter in te spelen op de behoeften van de burgers. Ook de territoriale spreiding van de ziekenhuizen moet worden bijgestuurd, zodat sommige instellingen zich kunnen specialiseren in de zeldzame en meest geavanceerde medische technologieën, waarbij tegelijkertijd via zorgregio's wordt gewaarborgd dat iedereen toegang heeft tot een ziekenhuis in de nabije omgeving.

Ten slotte moet een einde worden gemaakt aan de wraakroepende en onrechtvaardige verschillen — soms wel tot factor 10 — tussen de vergoedingen van artsen-specialisten onderling, alsook aan de te hoge terugbetaling door het RIZIV van de technische ingrepen in vergelijking met de intellectuele handelingen. Al die hervormingen zijn onontbeerlijk om het ziekenhuiszorgaanbod beter te organiseren en om het aanbod aan gespecialiseerde zorg beter te reguleren en te plannen. Ook het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) geeft dat aan in zijn rapport (229A) d.d. 26 september 2014 over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Een beter uitgebouwd eerstelijnszorgaanbod moet er bovendien voor zorgen dat efficiënter een beroep wordt gedaan op specialisten, ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen, met andere woorden wanneer hun interventie werkelijk zinvol en nuttig is. In 1961 heeft Kerr White de ecologie van de gezondheidszorg in de industrielanden in kaart gebracht in het zogenaamde "*White's Square*"; daaruit blijkt dat van de 1 000 volwassenen die tijdens een gegeven maand met een gezondheidsprobleem kampen, er 750 ervaren dat er iets scheelt met hun gezondheid en er 250 een huisarts raadplegen; van die 250 worden er 9 in het ziekenhuis opgenomen en 5 naar een specialist doorverwezen, en wordt er 1 in een universitaire ziekenhuisinstelling opgenomen. In 2001 is hetzelfde vastgesteld en is men tot dezelfde resultaten gekomen.

4. Mauvaise adéquation à la demande de soins parmi les médecins spécialistes

Les médecins spécialistes, quant à eux, sont nombreux à désertir les hôpitaux pour s'installer dans un cabinet privé où ils peuvent mieux gérer leur temps de travail et où ils échappent aux contraintes administratives et financières des institutions hospitalières. Ici aussi, il existe de trop nombreux médecins dans certaines spécialités tandis que la pénurie se développe dans d'autres secteurs. Les disciplines en manque de médecins hospitaliers sont, notamment, la gériatrie, la psychiatrie (plus particulièrement la pédopsychiatrie) et l'oncologie.

Une réforme du financement des hôpitaux est indispensable pour revaloriser la médecine hospitalière et pour mieux rencontrer les besoins des citoyens. Une réforme de l'organisation territoriale des hôpitaux est également nécessaire pour permettre de spécialiser certains d'entre eux dans les techniques rares et hyper pointues tout en garantissant des hôpitaux de proximité par zones de soins.

Enfin, il s'agira également de mettre fin à ces différences scandaleuses et injustifiées, parfois de 1 à 10, de la rémunération de certains médecins spécialistes par rapport à d'autres ainsi qu'au remboursement trop élevé par l'INAMI des actes techniques par rapport aux actes intellectuels. Toutes ces réformes sont indispensables pour mieux organiser l'offre de soins hospitalière et mieux réguler-planifier l'offre de soins spécialisés. Dans son rapport (229 B) relatif au financement des hôpitaux du 26 septembre 2014, le KCE en témoigne également.

Le renforcement de l'offre de soins de première ligne doit également permettre un recours plus pertinent aux spécialistes, aux hôpitaux et aux hôpitaux universitaires, là où ils ont réellement du sens et de l'utilité. Kerr White, en 1961, a illustré l'écologie des soins de santé dans les pays industrialisés par ce que nous appelons aujourd'hui le "carré de White". Il en ressort que, sur 1000 personnes exposées à un problème de santé dans le mois, 750 ressentent un trouble de santé, 250 consultent un médecin généraliste, 9 sont admises à l'hôpital, 5 sont référées à un médecin spécialiste et 1 est dirigée vers un hôpital universitaire. En 2001, la même observation a été menée et a abouti aux mêmes résultats.

Om een zorgaanbod te organiseren dat zo goed mogelijk is afgestemd op de behoeften van een bevolking en dat spoort met een doeltreffend en efficiënt algemeen project inzake volksgezondheid, moet er veel meer en veel beter voorhanden zijn dan de RIZIV-quota en een kadaster dat slechts het aantal artsen en hun adressen verstrekt, en dus nut noch zin heeft. Het huidige kadaster is slechts een “opslagruimte”. Met dat kadaster kunnen de echt relevante gegevens niet worden verzameld en onderling worden gekruist om in het veld het zorgaanbod correct te kunnen evalueren.

5. RIZIV-quota zonder volledige en dus onaangepaste kadasters

De Planningscommissie, die nu belast is met het bepalen van de huisartsen- en specialistenquota, stelt jaarlijks voor het gehele grondgebied een cijfer vast, zonder rekening te houden met een andere spreiding dan die over beide taalgemeenschappen. In andere landen worden de referentiegegevens hoofdzakelijk getoetst aan het aantal artsen per aantal inwoners, de leeftijd van de artsen en de wil om onderlinge concurrentie tussen artsen te voorkomen indien zij te talrijk zouden zijn.

Om met andere landen te kunnen vergelijken, moet rekening worden gehouden met de verschillende nomenclaturen: sommigen bevatten huisartsen en assistent-huisartsen, andere niet. Sommige landen vullen het artsenbestand aan met buitenlandse artsen om een praktijk in een dorp uit te oefenen, om wachtdiensten te doen tijdens het weekend enzovoort.

Er zijn onvoldoende duidelijke en aan het veld aangepaste referenties en criteria voorhanden, in die mate dat de Planningscommissie in februari 2006 te kennen gaf dat de quota voor 2012 moesten worden verhoogd, gaande van 833 artsen naar 1025 artsen. In 2012 deed hetzelfde verschijnsel zich voor. Dat noopte de Ministerraad er op 22 juni 2012 toe de huisartsen- en specialistenquota tot in 2020 op te trekken, wat leidde tot de cijfers van het koninklijk besluit van 1 september 2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

On le voit, organiser une offre de soins qui rencontre au mieux les besoins d’une population et qui rencontre un projet global de santé publique efficace et efficient nécessite bien plus et bien mieux que des quotas INAMI et qu’un cadastre qui ne fournit que le nombre et les adresses des praticiens et qui n’a dès lors ni utilité ni sens. Le cadastre actuel est seulement une “zone de stockage”. Il ne permet pas de collecter et de croiser les données réellement pertinentes permettant d’apprécier de façon correcte l’offre de soins sur le terrain.

5. Des quotas INAMI sans cadastres complets et dès lors inadaptes

La Commission de planification, chargée aujourd’hui de fixer les quotas de médecins généralistes et spécialistes, détermine un chiffre par année pour l’ensemble du territoire, sans tenir compte d’aucune autre répartition que celle des deux communautés linguistiques. Les données de référence sont essentiellement des comparaisons avec le nombre de médecins par habitants dans d’autres pays, l’âge des médecins et la préoccupation d’éviter une concurrence entre médecins, s’ils étaient trop nombreux.

Les comparaisons avec les autres pays nécessitent de prendre en compte les nomenclatures différentes: certains disposent de médecins généralistes et d’assistants médecins généralistes, d’autres pas. Certains pays complètent leur effectif de médecin par le recours à des médecins étrangers pour s’installer dans des villages, pour effectuer des gardes le week-end....

Les références et critères clairs et adaptés au terrain sont à ce point déficients que la Commission de planification a fait savoir, en février 2006, qu’il faudrait revoir à la hausse les quotas prévus pour 2012, passant de 833 à 1025 médecins. En 2012, le même phénomène s’est reproduit, amenant le Conseil des ministres du 22 juin 2012 à revoir les quotas de généralistes et de spécialistes jusqu’en 2020, aboutissant aux chiffres de l’arrêté royal du 1^{er} septembre 2012 modifiant l’arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l’offre médicale.

Totale huisartsen- en specialistenquota <i>Quotas globaux de médecins généralistes ou spécialistes</i>								
	2007-2011	2012	2013	2014	2015-2017	2018	2019-2020	
Vlaamse Gemeenschap	454	534	585	615	738	1 476	738	<i>Communauté flamande</i>
Franse Gemeenschap	303	356	390	410	492	984	492	<i>Communauté française</i>
Totaal	757	890	975	1 025	1 230	2 460	1 230	<i>Total</i>

Als gevolg van de wijziging van het aantal studie jaren van de opleiding in de geneeskunde zal er een dubbele cohorte van kandidaat-artsen zijn in 2018: afgestudeerden in de geneeskunde met een studieprogramma van 7 jaar, en afgestudeerden met een studieprogramma van 6 jaar. Bijgevolg moeten de reeds vastgelegde cijfers van de contingentering worden verdubbeld om die dubbele toestroom van afgestudeerden mogelijk te maken. Voor 2019 en 2020 wordt teruggekeerd naar de cijfers van de jaren vooraf.

Tijdens dezelfde Ministerraad werd ook vastgesteld dat er in verband met de huisartsen en de knelpuntspecialismen minimumquota moesten worden bepaald en dat die nog altijd niet waren gehaald. De minimumquota in verband met de huisartsen werden verhoogd, net als voor bepaalde specialismen.

Suite à la modification de la durée des études en médecine, il y aura une double cohorte de candidats en médecine en 2018: les étudiants en médecine ayant effectué leur cursus en 7 ans et les étudiants ayant effectué leur cursus en 6 ans. Il y a dès lors lieu de doubler les chiffres déjà fixés du contingentement pour permettre ce double afflux d'étudiants. Pour 2019 et 2020, les chiffres des années antérieures sont reconduits.

Lors du même Conseil des ministres, il a été constaté que, concernant les médecins généralistes et les spécialisations en pénurie, des quotas minima à atteindre doivent être fixés et qu'ils ne sont toujours pas atteints. Le quota minimum des médecins généralistes est augmenté, de même que celui de certaines spécialités.

Minimumaantal huisartsen <i>Nombre minimum de médecins généralistes</i>					
	2008-2014	2015-2017	2018	2019-2020	
Vlaamse Gemeenschap	180	216	480	240	<i>Communauté flamande</i>
Franse Gemeenschap	120	144	320	160	<i>Communauté française</i>
Totaal	300	360	800	400	<i>Total</i>

Minimumaantal artsen-specialisten <i>Nombre minimum de médecins spécialistes</i>				
	2008-2017	2018	2019-2020	
Kinder- en jeugdpsychiatrie	20	40	20	<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>
Acute geneeskunde	10	40	20	<i>Médecine aiguë</i>
Urgentiegeneeskunde	5	20	10	<i>Médecine d'urgence</i>
Geriatric	0	40	20	<i>Gériatrie</i>

De Planningscommissie zal binnenkort worden verzocht nieuwe minimumquota voor te stellen en te voorzien in een verhoging van de huidige minimumquota

La Commission de planification sera prochainement sollicitée pour proposer de nouveaux quotas minima et augmenter les quotas minima existants pour certaines

voor bepaalde geneeskundige specialismen die gelet op de vergrijzing, beter moeten worden ingevuld (het gaat dan vooral om de specialismen volwassenenpsychiatrie, endocrinologie en geriatrie). Tot slot nam de Ministerraad ook akte van de noodzaak om algemeen na te denken over het systeem van planning en contingentering. Daartoe is een werkgroep actief binnen de Planningscommissie, om een algemene hervorming van het systeem voor te bereiden.

Wat maken de huidige cijfers duidelijk in november 2014? Het recentste kadaster van erkende artsen-specialisten geeft de volgende informatie:

— op 31 december 2013 hebben in België 15 072 artsen een praktijk en werken 898 Belgische artsen in het buitenland, dus samen 15 970;

— 5 214 hebben een praktijk in Wallonië;

— 8 330 hebben een praktijk in Vlaanderen;

— 1 528 hebben een praktijk in Brussel;

— 5 450 zijn vrouwen;

— 9 622 zijn mannen;

— 52,5 % is ouder dan 55 jaar;

— 27,5 % is ouder dan 65 jaar; opmerkelijk is dat van deze groep slechts 3,5 % vrouwen zijn;

— 61,3 % van de vrouwelijke artsen tegenover 20,1 % van de mannelijke artsen is terug te vinden in de leeftijdsgroep van de 25- tot 50-jarigen;

— slechts 53,3 % van de huisartsen zijn geregistreerd als arts met een praktijk, dus met het minimumaantal vereiste prestaties (1250 per jaar);

— op 31 december 2013 waren er 26 459 artsen-specialisten (14 047 in Vlaanderen, 8 714 in Wallonië en 3 698 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest);

— 61,7 % van de artsen-specialisten zijn mannen, maar 83 % van hen zijn ouder dan 65 jaar;

— van de slechts 38,3 % vrouwelijke artsen-specialisten zijn daarentegen 74,4 % jonger dan 30 jaar.

spécialités médicales qu'il conviendrait de promouvoir, compte tenu du vieillissement de la population, en particulier les spécialités de la psychiatrie adulte, de l'endocrinologie et de la gériatrie. Enfin, ce Conseil des ministres a également acté la nécessité d'entamer une réflexion globale quant au système de planification et de contingentement. Pour ce faire, un groupe de travail est actuellement en activité au sein de la Commission de planification pour préparer une réforme globale du système.

Que nous disent les chiffres existant aujourd'hui, en novembre 2014? Le dernier cadastre des médecins généralistes agréés nous donne les informations suivantes:

— au 31 décembre 2013, nous savons qu'ils et elles sont 15 072 exerçant en Belgique et 898 exerçant à l'étranger, soit un total de 15 970;

— 5 214 exercent en Wallonie;

— 8 330 exercent en Flandre;

— 1 528 exercent à Bruxelles;

— 5 450 sont des femmes;

— 9 622 sont des hommes;

— 52,5 % ont plus de 55 ans;

— 27,5 % ont plus de 65 ans mais il est intéressant de constater que, parmi ces derniers, il y a seulement 3,5 % des femmes;

— par contre, dans la tranche d'âge 25 à 50 ans, 61,3 % sont des femmes contre 20,1 % d'hommes;

— seulement 53,3 % des médecins généralistes sont enregistrés comme médecins praticiens, ayant donc le nombre de prestations minimal exigé, soit 1250 prestations par an;

— au 31 décembre 2013, il y avait 26 459 médecins spécialistes, dont 14 047 en Flandre, 8 714 en Wallonie et 3 698 dans la Région de Bruxelles Capitale;

— 61,7 % des spécialistes sont des hommes mais 83 % de ceux-ci ont plus de 65 ans;

— par contre, si seulement 38,3 % des spécialistes sont des femmes, 74,4 % d'entre elles ont moins de 30 ans.

Een en ander toont aan dat de kadastrcijfers onvoldoende verfijnd zijn: wie zijn de artsen die zo weinig presteren? Wellicht gaat het om oudere artsen die enkel af en toe prestaties leveren voor hun familieleden, om parlementsleden die hun RIZIV-nummer niet willen opgeven maar ook om artsen die zich gedeeltelijk wijden aan andere prestaties dan die welke worden terugbetaald (en dus worden geregistreerd) door het RIZIV. Zulks vraagt om opheldering en aanpassingen in de methoden voor het identificeren van de zorgverstrekkers, want dat verandert de beoordeling met betrekking tot de dekking van de behoeften.

Het is niet bekend of die artsen voltijds werken door alleen als huisarts te werken, dan wel of zij deeltijds elders werken, zoals consulten bij openbare instellingen (Kind en Gezin/ONE), instellingen die aan gezinsplanning doen of ziekenhuizen (als intern arts).

Wat de huisartsen met een praktijk betreft, maakt het RIZIV gebruik van een wiskundig model om het aantal voltijdse equivalenten te ramen: het deelt de "RIZIV-inkomsten" van de huisartsen (dus wat het RIZIV uitgeeft aan terugbetaalde prestaties van elke arts) door het mediane inkomen van alle huisartsen in dezelfde categorie van de 45- tot 54-jarigen die in 2012 minstens één medische handeling hebben gesteld; het RIZIV beschouwt het resultaat van die verhouding tussen het inkomen van de huisarts en de mediaan van de groep van 45- tot 54-jarigen als het voltijdse equivalent. Bij de artsen bij wie die verhouding ten minste 1 is, gaat het RIZIV ervan uit dat zij een voltijdse beroepsactiviteit hebben.

Uit die cijfers, die op 14 november 2014 zonder enig verder detail openbaar zijn gemaakt, blijkt dat er in 2012 op de 11 583 bij het RIZIV als beroepsactief geregistreerde huisartsen maar 8 459 voltijds equivalente huisartsen waren, terwijl er 14 277 waren erkend. Voor 2017 verwacht men 14 695 erkende huisartsen, waarvan slechts 11 732 RIZIV-beroepsactieven, wat in voltijdse equivalenten neerkomt op 8 347. Als men de verschillende beschikbare cijfers zorgvuldig nagaat, blijkt dus hoezeer die variëren naar gelang van de in aanmerking genomen criteria en in welke mate ze elke projectie onzeker maken.

Wij beschikken derhalve over geen enkel volledig kadaster van de verschillende specialismen waaruit men het volgende kan opmaken:

- plaats van de prestatie (ziekenhuis, instelling of privépraktijk);
- werkduur;

Ceci démontre que ces chiffres du cadastre manquent de finesse: qui sont ces médecins qui prestent si peu? On peut penser qu'il s'agit de médecins âgés qui prestent seulement quelques fois pour leur famille, de parlementaires qui ne veulent pas renoncer à leur numéro INAMI mais aussi de médecins qui se consacrent en partie à d'autres prestations que celles remboursées et dès lors répertoriées par l'INAMI. Cela mérite une clarification et des adaptations dans les méthodes d'identification des prestataires car cela modifie l'appréciation concernant la couverture des besoins.

Nous ignorons si ces médecins travaillent à temps plein, en n'effectuant leurs prestations qu'en tant que médecin généraliste, ou s'ils consacrent une partie de leur temps à d'autres pratiques, comme les consultations auprès des organismes ONE/Kind en Gezin, de planning familial ou comme interne dans un hôpital.

Pour évaluer le nombre d'équivalents temps plein de médecins généralistes exerçant aujourd'hui, l'INAMI a dû recourir à un modèle mathématique consistant à diviser les "revenus INAMI", c'est-à-dire les dépenses de prestations remboursées par l'INAMI de chaque médecin, par la médiane des revenus de tous les généralistes de la même catégorie âgés de 45 à 54 ans et qui ont au moins réalisé un acte en 2012. L'INAMI considère que le résultat de ce rapport entre le revenu du généraliste et la médiane du groupe des 45-54 ans constitue l'équivalent temps plein. Les médecins pour lesquels ce rapport est au moins égal à 1 sont considérés comme ayant une activité à temps plein.

Il ressort de ces chiffres rendus publics, mais sans autre détail, le 14 novembre 2014, qu'il n'y avait, en 2012, que 8 459 médecins généralistes équivalent temps plein sur 11 583 actifs INAMI alors qu'il y en avait 14 277 agréés. La projection pour 2017 serait de 14 695 médecins généralistes agréés, dont seulement 11 732 actifs INAMI, donnant un chiffre de 8 347 équivalents temps pleins. Une lecture attentive des différents chiffres accessibles démontre combien ces chiffres varient en fonction des critères pris en compte et rendent toute projection incertaine.

Nous ne disposons donc d'aucun cadastre complet relatif aux différentes spécialisations qui puisse nous donner:

- les lieux de prestations (hôpitaux, institution ou cabinet privé);
- le temps de travail;

- al dan niet status van stagemeester;
- wanneer de arts met pensioen wil gaan.

Sommige cijfers waarover we beschikken, zijn echter al even verontrustend.

Zo luidt de “Belgische Beroepsvereniging der Geneesheren-Specialisten in de Neurologie” de alarmbel. Het aantal neurologen in Vlaanderen wordt momenteel op 250 tot 300 geraamd, en jaarlijks zouden er in dat gewest op zijn minst 40 nieuwe neurologen moeten bijkomen, terwijl het er in werkelijkheid slechts 8 tot 10 zijn.

In Franstalig België rijst hetzelfde probleem, al is de situatie er minder nijpend. Bovendien is de neurologie een medische discipline die financieel almaar meer ondergewaardeerd wordt. Door de vergrijzing is er echter een toename van het aantal chronische ziekten (zoals multiple sclerose) en cva's, waarbij steeds vaker voor een multidimensionele therapeutische behandeling wordt gekozen; ook stijgt het aantal dementiepatiënten. Tot slot wordt de wachtdienst voor neurologen almaar zwaarder door ernstige cerebrovasculaire accidenten, hersenschuddingen en epilepsieaanvallen.

Wat voorts de geriatrie betreft, heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2008 aangegeven dat het aantal geriateren (300) niet volstond om te voldoen aan de nieuwe noden en om de uittredende geriateren te vervangen.

In 2010 werd inzake geriatrie een minimumquotum van 20 specialisten per jaar ingesteld. Niettemin werden jaarlijks gemiddeld slechts 10 geriateren erkend. In 2012 waren slechts 279 artsen-specialisten als geriater erkend, van wie er 262 actief waren in het kader van de verplichte ziekteverzekering; in voltijds equivalenten (vte) ging het om 195 artsen. Tegen 2037 zullen slechts 121 extra artsen gemachtigd worden de geriatrie te beoefenen. Op grond van het activiteitenprofiel van de intredende artsen raamt de cel Planning dat er in vte slechts 213 geriateren zullen overblijven.

De heer Nicolas Berg, medevoorzitter van de Franstalige belangenvereniging van artsen-specialisten MoDeS, geeft aan dat op zijn minst 1 000 geriateren vereist zijn, terwijl het er in vte alles samen zelfs geen 300 zijn.

- le statut ou non de maître de stage;
- dans combien de temps ce médecin compte prendre sa retraite?

Mais, parmi les chiffres dont nous disposons, certains sont tout aussi inquiétants.

L'Association professionnelle belge de neurologie tire la sonnette d'alarme. On estime aujourd'hui à 250-300 le nombre de neurologues en Flandre. Il en faudrait au moins 40 nouveaux chaque année; or, il n'y en a que 8 à 10 en Flandre.

Le même problème existe également en Région Francophone, même s'il y apparaît de manière moins criante. De plus, la neurologie est une discipline de plus en plus sous-évaluée financièrement. Or, en raison du vieillissement de la population, il y a une augmentation des pathologies chroniques, comme par exemple la sclérose en plaque ou les AVC, pour lesquels l'option d'une prise en charge thérapeutique multiple est de plus en plus choisie. Le nombre de patients souffrant de démence est également en augmentation. Enfin, les services de garde des neurologues sont de plus en plus lourds, en raison des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sévères, des commotions et des crises d'épilepsies.

En ce qui concerne la gériatrie, en 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) indiquait que le nombre de 300 gériatres était insuffisant pour assurer les nouveaux besoins et le remplacement des anciens.

En 2010, la gériatrie bénéficiait de quotas minimums, fixés à 20 spécialistes par an. Pourtant, seulement 10 gériatres ont été agréés, en moyenne, chaque année. Or, en 2012, il n'y avait que 279 agréés en gériatrie, dont seulement 262 actifs dans le cadre de l'assurance obligatoire et 195 équivalent temps plein et, à l'horizon 2037, seuls 121 médecins supplémentaires seront habilités à exercer la gériatrie. La cellule Planification estime que, vu les profils d'activités des nouveaux médecins, au total, il ne devrait plus rester que 213 équivalents temps plein (ETP).

Et, aujourd'hui, Nicolas Berg, coprésident du syndicat des spécialistes MoDeS, déclare qu'il nous faudrait au moins 1 000 gériatres. Alors que, globalement en ETP, on n'est même pas à 300.

De artsen die werken in de preventieve geneeskunde, in onderzoek en in expertise worden evenmin geregeld geïdentificeerd, en de vacante functies worden niet opgenomen in de evaluaties van het kadaster.

Uiteindelijk blijkt dat de federale regeling inzake de RIZIV-quota het niet mogelijk maakt dat op gepaste wijze over het hele grondgebied aan de behoeften van de bevolking wordt voldaan.

Daar komt nog bij dat het vraagstuk er institutioneel nog complexer op is geworden, want ingevolge de Zesde Staatshervorming werd de territoriale organisatie van de eerstelijnszorg naar de gemeenschappen overgeheveld. Om die reden moet spoedig werk worden gemaakt van samenwerkingsovereenkomsten tussen de Federale Staat en de deelstaten. Aldus moet ervoor worden gezorgd dat de informatie doorstroomt naar de Planningscommissie, alsmede dat via de interministeriële conferentie en de interadministratieve cel rekening wordt gehouden met de behoeften in de verschillende zorgregio's.

6. Doelstellingen van het voorstel van resolutie

Om al die pijnpunten weg te werken, strekt dit voorstel van resolutie ertoe:

— een kadaster van de geneeskundige praktijken uit te bouwen. Het RIZIV moet daar onverwijld werk van maken, door met name aan elke geregistreerde arts een vragenlijst te sturen om te informeren naar zijn leeftijd, geslacht en afstudeerjaar, het vestigingsjaar van zijn praktijk, de vestigingsplaats van zijn kabinet(ten), of hij voltijds dan wel deeltijds werkt en in welke specialismen (huisartsgeneeskunde, arbeidsgeneeskunde, schoolgeneeskunde, adviserende geneeskunde, specialistengeneeskunde in een ziekenhuis of in een privé-kabinet);

— die gegevens aan te vullen met informatie over de plekken waar de prestaties worden geleverd en hoe dat gebeurt (alleen, in een groepspraktijk dan wel in een medisch centrum), alsook over de eindeloopbaanintenties voor wie denkt binnen drie jaar de praktijkvoering stop te zetten;

— de evaluatie van de zorgaanbodbehoeften per zorgregio te decentraliseren, teneinde niet alleen rekening te houden met de eigenschappen van de zorgverstrekkers op het grondgebied van die regio, maar ook met de specifieke eigenschappen van de bevolking die er woont, de geografische eigenschappen én het gegeven of er al dan niet hulp- en zorgverstrekkingsovereenkomsten bestaan. Zulks moet gebeuren in overleg met de gemeenschaps- of gewestinstanties, die ingevolge

Les médecins prestant en médecine préventive, en recherche et en expertise ne sont pas non plus régulièrement identifiés et les postes à pourvoir ne sont pas intégrés dans les évaluations du cadastre.

Il ressort, *in fine*, que le système fédéral des quotas INAMI ne permet pas une réponse adaptée aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire.

À cela s'ajoute une complexité supplémentaire sur le plan institutionnel car la sixième réforme de l'État a transféré aux Communautés l'organisation territoriale des soins de première ligne. Il convient dès lors de concrétiser rapidement des accords de coopération entre le Fédéral et les entités fédérées, de manière à assurer la transmission des informations à la Commission de planification et la prise en compte des besoins des différentes zones de soins via la conférence interministérielle et la cellule interadministrative.

6. Objectifs de la proposition de résolution

Afin de solutionner les problèmes ci-avant évoqués, la proposition de résolution vise à:

— réaliser un cadastre correspondant aux pratiques médicales: celui-ci doit être fait très rapidement par l'INAMI, en envoyant notamment un questionnaire à chaque médecin enregistré pour lui demander son âge, son sexe, son année de diplôme, son année d'installation, où est situé son (ses) cabinet(s), s'il travaille à temps plein ou à temps partiel et avec quelles spécificités (médecine générale, médecine du travail, médecine scolaire, médecin conseil, médecin spécialiste en hôpital ou en cabinet privé);

— compléter ces données par des informations relatives aux lieux de prestations et aux formes de pratique médicale (isolée ou groupée ou en maison médicale) ainsi qu'aux intentions de fin de carrières pour ceux qui comptent arrêter de pratiquer endéans les 3 ans;

— décentraliser l'évaluation des besoins en offre de soins par zones de soins afin de tenir compte, en plus des caractéristiques des prestataires de ce territoire, des spécificités des populations, des caractéristiques géographiques mais aussi de l'existence ou non de structures d'aide et de soins; ceci en concertation avec les instances communautaires ou régionales qui auront en charge l'organisation des soins de première ligne (depuis la sixième réforme de l'État) et des cercles

de Zesde Staatshervorming zullen zijn belast met de organisatorische uitbouw van de eerstelijnszorg en de artsenkringen (die kringen zijn immers de aangewezen instantie om de artsen op hun grondgebied te kennen, te weten wat hun leeftijd is en in welke mate zij beschikbaar zijn, welke samenwerkingsvormen zijn aangegaan met de ziekenhuizen, en zicht te hebben op de thuiszorgverstrekkers en de diensten voor gezondheidszorg in de regio; zorgregio's waarbinnen de vertegenwoordigers van de artsenkringen van dat grondgebied bijeenkomen, kunnen dus significante entiteiten zijn om de geneeskundige aanbodbehoeften te evalueren).

In verband met de artsen-specialisten beveelt het KCE-rapport van september 2014 "Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering" ook een organisatie van het ziekenhuisaanbod aan die per zorgregio toegang tot een nabijgelegen ziekenhuis waarborgt via referentieziekenhuizen, waarbij die laatste worden aangevuld met meer gespecialiseerde ziekenhuizen die op kleinere schaal over het hele grondgebied verspreid zijn. Op grond van die organisatie van het ziekenhuisaanbod zal kunnen worden geëvalueerd hoeveel artsen-specialisten nodig zijn in de verschillende disciplines en specialismegraden.

Bij de evaluatie van de behoeften moet ook als criterium gelden dat contact moet worden onderhouden met de huisartsen, die (opnieuw) de referentieartsen moeten zijn voor de patiënten, vooral dan voor de patiënten met chronische of complexe aandoeningen.

Om de behoeften te evalueren en de evolutie ervan na te gaan, moeten per zorgregio alle directe en indirecte gezondheidszorgverstrekkers worden samengebracht om samen over te gaan tot de evaluatie van de vastgestelde behoeften, de evolutie ervan en de relevantie van de daarvoor aangebrachte oplossingen.

Die gezondheidszorgverstrekkers zouden volgende instanties vertegenwoordigen:

- de artsenkringen van de zone;
- de ziekenhuizen;
- de thuisverplegingsdiensten;
- de openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW's);
- Kind en Gezin/ONE, de centra voor kindermwzijn en de centra voor leerlingenbegeleiding in de drie gemeenschappen;

de médecins (ceux-ci sont, en effet, bien placés pour connaître les médecins présents sur leur territoire, leur âge et leur disponibilité, les collaborations avec les hôpitaux, les prestataires de soins à domicile et les services de santé de la région; des zones de soins rassemblant les représentants des cercles de médecins de son territoire peuvent donc être des entités significatives d'évaluation des besoins de l'offre médicale).

En ce qui concerne les médecins spécialistes, le rapport du KCE de septembre 2014 relatif à une réforme du financement des hôpitaux recommande également une organisation de l'offre hospitalière qui garantisse, par zone de soins, un accès de proximité via des hôpitaux de référence, ceux-ci étant complétés par des hôpitaux plus spécialisés et répartis sur l'ensemble du territoire à une échelle moindre. C'est à partir de cette organisation de l'offre hospitalière que pourra s'organiser l'évaluation du nombre de médecins spécialistes nécessaires dans les différentes disciplines, dans les différents degrés de spécialisation.

La nécessité de garantir des liens avec les médecins généralistes, qui doivent rester ou redevenir les médecins référents des patients, surtout atteints de pathologies chroniques complexes, doit aussi être un critère à prendre en compte dans l'évaluation des besoins.

Les acteurs à rassembler, par zone de soins, pour évaluer les besoins et l'évolution de ceux-ci sont l'ensemble des acteurs directs ou indirects de la santé pour évaluer, ensemble, les besoins identifiés, leur évolution, l'adéquation des réponses qui y sont apportées.

Ces acteurs seraient des représentants:

- des cercles de médecins de la zone;
- des hôpitaux;
- des services de soins à domicile;
- des centres publics d'action sociale (CPAS);
- de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE)/ Kind en Gezin et des centres pour le bien-être de l'enfance et l'accompagnement des élèves dans les trois communautés;

— de diensten ter bevordering van de gezondheid op school;

— de thuiszorgdiensten;

— de patiëntenverenigingen;

— de overheidsdiensten van de gemeenschappen of de gewesten die bevoegd zijn voor het sociaal beleid en het gezondheidszorgbeleid;

— de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;

— de ziekenfondsen;

— de hogescholen die gezondheidszorgopleidingen verstrekken en de universiteiten.

Die territoriale gezondheidszorgcommissies zullen jaarlijks verslag moeten uitbrengen en voorstellen moeten formuleren met betrekking tot de artsenbehoefte op hun grondgebied.

Het belang van een dergelijk interactief instrument ligt in het feit dat de behoefte-evaluerende instanties van de federale overheid en van de deelstaten gegevens kunnen uitwisselen, alsook in het aanreiken van oplossingen om aan die behoeften tegemoet te komen, terwijl men tegelijk een alomvattend zicht krijgt op de behoeften op het stuk van de gezondheidszorg.

— des services de promotion de la santé à l'école;

— des services d'aide aux personnes à domicile;

— des organisations de patients;

— des services publics des communautés ou régions en charge des politiques sociales et de santé;

— du SPF fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;

— des mutuelles;

— des écoles supérieures de santé et des universités.

Une fois par an, ces commissions territoriales de la santé devront rendre un rapport, avec des propositions quant aux besoins de médecins sur leur territoire.

L'intérêt d'un tel dispositif interactif est de permettre l'échange de données entre les instances fédérales et fédérées d'évaluation des besoins et l'organisation des réponses à ces besoins, tout en bénéficiant d'une vision globale des besoins en matière de santé.

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Anne DEDRY (Ecolo-Groen)

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. aangezien momenteel geen volledig kadaster beschikbaar is van de huisartsen, de artsen-specialisten en de tandartsen, kan niet worden nagegaan wie waar, wanneer, hoe en met wie een dergelijke medische praktijk uitoefent;

B. overwegende dat de door de Planningscommissie gebruikte statistische en vergelijkende methodologie om de behoeften te evalueren, onvoldoende rekening houdt met de uiteenlopende gezondheidszorgberoepen in de verschillende landen;

C. overwegende dat de bestaande methodologie om de RIZIV-quota te bepalen, bij de statistische berekening te mechanisch wordt toegepast; dat ze onvoldoende berust op kennis van de sociaaleconomische realiteit en de behoeften inzake gezondheidszorg, alsook dat door die methodologie de evaluatie van het zorgaanbod onvoldoende dynamisch kan evolueren, waardoor niet tegemoet kan worden gekomen aan de zorgbehoeften en de evolutie ervan;

D. overwegende dat bij de berekening van de behoefte aan artsen onvoldoende rekening wordt gehouden met de niet-ingevulde vacatures in de centra voor gezondheidsbevordering, —preventie en —bescherming; die centra, die ressorteren onder de gemeenschappen en de gewesten, hebben als gezondheidszorgverstrekkers artsen in dienst, die er voltijds of deeltijds werken, en hebben te maken met een groot artsentekort;

E. overwegende dat in het kader van de Zesde Staatshervorming bevoegdheden inzake de territoriale regeling van het eerstelijnszorgaanbod en de verdeling van de RIZIV-nummers over de specialismencategorieën werden overgedragen aan de gemeenschappen, terwijl de totale quota een federale bevoegdheid blijven; zulks impliceert dat gezamenlijke behoeftenevaluerende methodologieën moeten worden uitgewerkt en gecoördineerd;

F. overwegende dat de bestaande ziekenhuisfinanciering en de ongelijke terugbetaling tussen technische handelingen en intellectuele handelingen leiden tot:

a) het feit dat veel artsen-specialisten uit de ziekenhuizen wegtrekken naar privé-kabinetten, hetgeen in bepaalde disciplines in de ziekenhuizen tekorten veroorzaakt;

PROPOSITION DE RÉOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que l'absence actuelle de cadastre complet des médecins généralistes et spécialistes et des dentistes ne permet pas de savoir qui exerce où, quand, comment et avec qui, une pratique médicale de tel type;

B. considérant que la méthodologie statistique et comparative d'évaluation des besoins utilisée par la Commission de planification n'intègre pas suffisamment les différences relatives aux métiers de la santé entre les différents pays;

C. considérant que la méthodologie actuelle de fixation des quotas INAMI est, dans le calcul statistique, trop mécanique; qu'elle ne repose pas suffisamment sur une connaissance des réalités socioéconomiques et des besoins en soins de santé et qu'elle ne permet pas, suffisamment, une évolution dynamique de l'évaluation de l'offre de soins, permettant de rencontrer les besoins en soins ainsi que leur évolution;

D. considérant que les calculs des besoins en médecins n'intègrent pas suffisamment les besoins non couverts dans les lieux de promotion, de prévention et de protection de la santé; ceux-ci, bien qu'étant régis par les communautés ou régions, emploient cependant des prestataires de la santé qui sont des médecins, qui peuvent y prester à temps plein ou à temps partiel et sont des lieux où les pénuries de médecins sont importantes;

E. considérant que la sixième réforme de l'État a transféré aux communautés, des compétences relatives à l'organisation territoriale de l'offre de soins de première ligne et la répartition des numéros INAMI entre catégories de spécialisations, tandis que le quota global reste de la compétence du pouvoir fédéral et qu'il y a dès lors la nécessité d'une coordination et de l'élaboration de méthodologies communes d'évaluation des besoins;

F. considérant que les modes actuels de financement des hôpitaux et les inégalités entre les remboursements des actes techniques et ceux des actes intellectuels provoquent:

a) la fuite de nombreux médecins spécialistes hors de l'hôpital vers des cabinets privés et, dès lors, des pénuries de certaines disciplines au sein des hôpitaux;

b) minder stagemeeesters in die disciplines en/of het feit dat ze minder vaak aanwezig en beschikbaar zijn, wat aanzienlijke risico's kan meebrengen:

- i. onvolledige opleiding;
- ii. uitputting bij kandidaat-specialisten in opleiding;
- iii. burn-outs;
- iv. medische fouten;

c) overmatige toepassing van technische handelingen en afwijkende toeleiding naar die medische disciplines, ten koste van disciplines waar zowel de zorgverlener als het ziekenhuis minder goed betaald worden;

d) concurrentie tussen ziekenhuizen om sommige van die artsen-specialisten binnen te halen of te houden; die artsen verdienen enorm veel, onvermijdelijk ten nadele van de financiering van andere ziekenhuisactiviteiten;

e) inschakeling van huisartsen om permanenties en geneeskundige prestaties in de ziekenhuizen te verrichten, wat ten koste gaat van de ambulante huisartsgeneeskunde, terwijl in die sector nu al te weinig medische handelingen worden gesteld;

G. overwegende dat de huisartsgeneeskunde aantrekkelijker moet worden gemaakt, bovenop de ontoereikende blijvende maatregelen om huisartsen ertoe aan te zetten zich te vestigen in gebieden met een tekort aan artsen;

H. overwegende dat de stagemeeesters, zowel in de huisartsgeneeskunde als in de ziekenhuizen, te weinig talrijk en vaak onvoldoende beschikbaar zijn om voor de kandidaat-artzen in een degelijke opleiding en opvang te voorzien, en dat de artsen-specialisten die in de niet-universitaire ziekenhuizen aan de slag zijn het heel moeilijk hebben om te voldoen aan de vereisten die van de stagemeeesters worden verwacht, waarbij het van belang is de relevantie van die vereisten te evalueren;

I. overwegende dat de instanties op federaal niveau en die op deelstaatniveau dringend samenwerkingsakkoorden en —verbanden tot stand moeten brengen, teneinde te komen tot een gelijkgeschakeling en onderlinge afstemming van de wijzen van evaluatie van de behoeften, de daarop betrekking hebbende gegevensoverdracht, de uitwerking en de implementering van regelingen ter verbetering van het zorgaanbod, in verband met zowel de basisopleiding, de organisatie van de stages, de territoriale en aanvullende organisatie van het ambulante

b) la diminution de maîtres de stage dans ces disciplines et/ou la diminution de présence et de disponibilité de ceux-ci et, dès lors, des risques importants:

- i. de lacunes dans la formation;
- ii. d'épuisement des candidats spécialistes en formation;
- iii. de burn out;
- iv. d'erreurs médicales;

c) une surconsommation d'actes techniques et un attrait déviant vers ces disciplines médicales au détriment de disciplines moins bien rémunératrices, tant pour le prestataire que pour l'hôpital;

d) une concurrence entre hôpitaux pour acquérir ou garder certains de ces médecins spécialistes dont les rémunérations explosent, forcément au détriment du financement d'autres activités au sein de l'hôpital;

e) un appel à des médecins généralistes pour assurer les permanences et les prestations de médecine interne dans les hôpitaux, au détriment de la médecine générale ambulatoire alors que les actes médicaux dans ce domaine déjà trop peu nombreux;

G. considérant que l'attractivité de la médecine générale est à renforcer au-delà des dispositifs destinés à promouvoir l'installation de médecins généralistes dans les zones en pénurie, qui se révèlent insuffisants;

H. considérant que les maîtres de stage, tant en médecine générale qu'en hôpital, sont trop peu nombreux et souvent trop peu disponibles pour assurer une formation et un accueil de qualité pour les candidats médecins et que les médecins spécialistes exerçant dans les hôpitaux non universitaires rencontrent de nombreuses difficultés pour remplir des exigences attendues de maîtres de stage, celles-ci étant à évaluer dans leur pertinence;

I. considérant que des accords et des modes de coopération sont à développer, en urgence, entre les instances fédérales et celles des entités fédérées afin de combiner et d'harmoniser les modes d'évaluation des besoins, la transmission des données y relatives, l'élaboration et la mise en place des dispositifs destinés à améliorer l'offre de soins, aussi bien en ce qui concerne la formation de base, l'organisation des stages, l'organisation territoriale et complémentaire de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière que dans

en ziekenhuiszorgaanbod als gezondheidspromotie, -preventie en -bescherming;

VERZOEKT DE REGERING:

1) een volledig kadaster van de gezondheidszorgberoepen op te stellen, meer bepaald van de huisartsen en artsen-specialisten, en de componenten van dat kadaster te verbeteren; het kadaster moet onder meer alle gegevens bevatten die relevant en noodzakelijk zijn voor een goede organisatie van de gezondheidszorg; naast de huidige gegevens (leeftijd, geslacht, woonplaats, specialisme en aantal prestaties met het oog op de naleving van de erkenning), gaat het dan met name om het jaar waarin het diploma werd behaald en het jaar van vestiging;

2) in dat kadaster de werkplek(ken) te bepalen, met daarin alle vormen van ambulante praktijken en de privé- of openbare ziekenhuizen, met de volgende onderverdeling:

a) werktijd besteed aan de uitoefening van de medische praktijk of de verschillende praktijken, alsook de omvang van de beroepsactiviteit;

b) overzicht van die verschillende praktijken, inclusief die met betrekking tot werkplekken die onder de bevoegdheid van de deelstaten ressorteren maar niettemin prestaties van artsen vereisen, zoals rust- en verzorgingstehuizen, revalidatiecentra, centra voor gezinsplanning, geestelijke gezondheid, drugshulp enzovoort, arbeidsgeneeskunde, raadplegingen bij Kind en Gezin/ONE, medisch schooltoezicht, activiteiten in verband met preventieve geneeskunde, met onderzoek enzovoort;

c) al dan niet gegroepeerde uitoefening van het werk en in welke vorm;

d) al dan niet status van stagemeester;

e) inschatting door de arts van zijn pensionering binnen drie jaar, om de aflossing te kunnen plannen, alsook de link tussen het patiëntenbestand en de arts die hem zou kunnen opvolgen;

3) de realisatie van dat kadaster dynamisch en interactief te organiseren tussen de federale Planningscommissie, de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en de met gezondheidszorg belaste instanties van de gemeenschappen en gewesten; dit dient te geschieden via te concretiseren samenwerkingsakkoorden, die betrekking hebben op ten minste:

les secteurs de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT:

1) de réaliser un cadastre complet des professions de la santé et plus spécifiquement des médecins tant généralistes que spécialistes et d'améliorer les composantes de ce cadastre; il doit comprendre l'ensemble des données pertinentes et nécessaires à une bonne organisation des soins de santé; notamment, outre les données actuelles (l'âge, le sexe, le domicile, la spécialisation et le nombre de prestations en vue du respect de l'agrément), l'année d'obtention du diplôme et l'année d'installation;

2) de déterminer dans ce cadastre le ou les lieux de prestations, reprenant toutes les formes de pratiques ambulatoires et les structures hospitalières privées ou publiques, comprenant les subdivisions suivantes:

a) le temps de travail consacré à l'exercice de la pratique médicale ou des différentes pratiques ainsi que le volume d'activité;

b) le relevé de ces différentes pratiques, y compris celles relevant de lieux d'activités régis par les entités fédérées mais nécessitant néanmoins des prestations de médecins, comme les maisons de repos et de soins, les centres de réadaptation, les centres de planning familial, de santé mentale, d'aide aux toxicomanes, ... la médecine du travail, les consultations ONE ou Kind en Gezin, la médecine "scolaire" (PSE), les activités de médecine préventive, de recherche,...

c) l'exercice groupé ou non et sous quelle forme;

d) le statut de maître de stage ou non;

e) l'anticipation par le médecin de son départ à la retraite dans les 3 ans afin de permettre la passation de relais et le lien entre sa patientèle et le médecin qui pourrait lui succéder;

3) d'organiser la réalisation de ce cadastre de manière dynamique et interactive entre la Commission de planification fédérale, le SPF Santé publique, l'INAMI et les instances des communautés et régions ayant en charge les matières de la santé; cela via des accords de coopération à concrétiser et qui doivent au moins porter sur:

a) de gelijkschakeling van de wijzen waarop de behoeften worden geëvalueerd;

b) de overdracht van de betreffende gegevens;

c) de uitwerking en de implementatie van de voorzieningen ter verbetering van het zorgaanbod (zowel op het stuk van de basisopleiding, de organisatie van de stages als de territoriale organisatie), als aanvulling op het aanbod aan ambulante zorg en ziekenhuiszorg, zonder evenwel het aanbod op het gebied van gezondheidsbevordering, -preventie en -bescherming over het hoofd te zien;

d) de gedecentraliseerde regeling, in samenspraak met de deelstaten, van de methoden voor de evaluatie van de zorgaanbodbehoeften;

4) in overleg met de deelstaten enerzijds de oprichting van territoriale commissies op basis van zorgregio's te overwegen, en anderzijds te werken aan een overdracht van gegevens tussen die commissies en de federale Planningscommissie en *vice versa*, volgens een model dat gekenmerkt wordt door:

a) zorgregio's die het gehele grondgebied van een of meer van huisartsenkring(en) dekken;

b) territoriale zorgaanbodcommissies, bestaande uit ten minste vertegenwoordigers van de gezondheidszorgberoepen (huisartsen en specialisten), zorginstellingen, bij gezondheidszorg betrokken lokale besturen, patiënten en zorggerechtigden alsook erkende gezondheidszorgdiensten; die commissies worden georganiseerd en aangedreven door de vertegenwoordigers van de federale en deelstaatministers van Gezondheid;

c) de mededeling aan elke territoriale commissie, door de ministers van Gezondheid, van de gegevens en referenties waarmee het mogelijk wordt de sociale en economische gegevens te kennen, alsook de gezondheidstoestand en evaluatie van de zorgbehoeften van de burgers van het betrokken grondgebied;

d) het feit dat elke territoriale commissie de volgende taken heeft:

i. een indeling voor te stellen van haar grondgebied in zones van 5 000 à 15 000 inwoners, die "huisartsenzones" worden genoemd, zoals wordt aanbevolen door de hoogleraren De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen en Devroey in hun publicatie *Together we change* (december 2014);

ii. een evaluatie voor te stellen van de behoeften aan huisartsen in elke huisartsenzone, gelet op het bestand

a) l'harmonisation des modes d'évaluation des besoins;

b) la transmission des données y relatives;

c) l'élaboration et la mise en place des dispositifs destinés à améliorer l'offre de soins (aussi bien dans le domaine de la formation de base, de l'organisation des stages, l'organisation territoriale), complémentaire de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière, sans pour autant négliger l'offre de soins dans les secteurs de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé;

d) l'organisation avec les entités fédérées de méthodes d'évaluation des besoins en offres de soins de manière décentralisée.

4) d'envisager, en concertation avec les entités fédérées, d'une part, la mise en place de commissions territoriales organisées sur la base de zones de soins et, d'autre part, un transfert de données entre celles-ci et la commission fédérale de planification et *vice-versa*, selon un modèle caractérisé par:

a) des zones de soins couvrant le territoire entier d'un ou de plusieurs cercle(s) de médecins généralistes;

b) des commissions territoriales de l'offre de soins, composées au minimum de représentants des professions de santé, généralistes et spécialistes, d'institutions de soins, de pouvoirs publics locaux concernés par la santé, de patients et bénéficiaires de soins et de services de santé agréés; organisées et animées par les représentants des ministres de la santé du fédéral et des entités fédérées;

c) le fait que chaque commission territoriale reçoit de la part des ministres de la santé les données et références permettant de connaître les réalités sociales et économiques, ainsi que l'état de santé et l'évaluation des besoins en soins des citoyens du territoire concerné;

d) le fait que chaque commission territoriale a pour missions de proposer:

i. un sous-découpage territorial de son territoire en zones de 5 000 à 15 000 habitants, appelées "zones de médecine générale", comme les professeurs De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen et Devroey le recommandent également dans leur publication *Together we change* (Décembre 2014);

ii. une évaluation des besoins en médecins généralistes dans chaque zone de médecine générale, au

aanbod; de betrokken territoriale adviescommissie legt de objectieve criteria vast op grond waarvan ze de behoeften bepaalt en de gedekte en niet-gedekte behoeften inzake preventieve, curatieve en palliatieve zorg vaststelt;

iii. een evaluatie voor te stellen van de behoeften aan artsen-specialisten binnen en buiten de ziekenhuizen voor het hele grondgebied van de zorgregio, gelet op het bestaande aanbod; ook in dit verband legt de betrokken subregionale adviescommissie de objectieve criteria vast op grond waarvan ze de behoeften bepaalt en de gedekte en niet-gedekte behoeften inzake preventieve, curatieve en palliatieve zorg vaststelt;

e) coördinatie en overleg die impliceren dat:

i. de territoriale commissies jaarlijks hun evaluatierapport aan de instanties die het aanbod plannen, kunnen bezorgen via de bevoegde federale minister en gemeenschapsministers;

ii. de federale planningscommissie aldus voor elke zorgregio beschikt over een met argumenten omkleed overzicht van de zorgaanbodbehoeften voor de huisartsen en de artsen-specialisten, op grond waarvan zij kan overgaan tot de bepaling van het aantal beoefenaars van de geneeskunde die in elke zorgregio een ministeriële vestigingsvergunning kunnen krijgen, met betrekking tot de huisartsgeneeskunde ofwel de specialistische geneeskunde binnen én buiten de ziekenhuizen;

f) de bepaling op jaarbasis van de behoeften, met een analyse van de vooruitzichten voor de drie volgende jaren, waarbij indicatoren worden ingesteld die een prospectieve analyse over tien jaar mogelijk zouden maken;

5) te analyseren hoe een systeem dat artsen al dan niet toestaat zich voor de in de zorgregio's vastgestelde functies te vestigen, enerzijds een goede regulering van het zorgaanbod mogelijk kan maken, en anderzijds de gelegenheid kan bieden aan de vastgestelde behoeften te voldoen; daarbij zou een dergelijk systeem de huidige RIZIV-quotaregeling kunnen vervangen;

6) de langverwachte bijsturing van de financieringswijzen van de ziekenhuizen aan te vatten opdat die opnieuw plekken worden waar gespecialiseerde zorg wordt verstrekt als aanvulling op de eerstelijnszorg; gezien de invloed daarvan op niet alleen de zorgconsumptie maar ook op de organisatie van het zorgaanbod en de tekorten in het zorgaanbod, moet die bijsturing op zijn minst het volgende mogelijk maken:

a) het ziekenhuis- en eerstelijnszorgaanbod per territoriale regio te organiseren;

regard de l'offre existante; la commission consultative territoriale concernée explicite les critères objectifs sur base desquels elle s'est basée pour identifier les besoins et déterminer les besoins couverts et non couverts en soins préventifs, curatifs et palliatifs;

iii. une évaluation des besoins en médecins spécialistes intra et extrahospitaliers sur l'ensemble du territoire de la zone de soins, au regard de l'offre existante; ici aussi, elle explicite les critères objectifs sur base desquels elle identifie les besoins et détermine les besoins couverts et non couverts en soins préventifs, curatifs et palliatifs;

e) une coordination et une concertation impliquant que:

i. les commissions territoriales puissent communiquer leur rapport d'évaluation chaque année aux instances de planification de l'offre via les ministres fédéral et communautaires compétents;

ii. la commission fédérale de planification dispose, ainsi, pour chaque zone de soins d'un relevé argumenté des besoins en matière d'offre de soins pour les médecins généralistes et spécialistes, lui permettant ainsi de déterminer le nombre de praticiens de l'art médical pouvant obtenir une autorisation ministérielle d'installation dans chaque zone de soins, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée intra et extrahospitalière;

f) la détermination des besoins sur base annuelle, avec une analyse des perspectives pour les 3 années suivantes, tout en introduisant des indicateurs qui permettraient une évaluation prospective à 10 ans;

5) d'analyser comment un système autorisant ou non l'installation des médecins dans les fonctions identifiées dans les zones de soins pourrait permettre, d'une part, une bonne régulation de l'offre de soins et, d'autre part, de satisfaire les besoins identifiés; un tel système pouvant remplacer celui des quotas INAMI actuel;

6) d'entamer la réforme tant attendue des modes de financement des hôpitaux afin que ceux-ci redeviennent les lieux des soins spécialisés complémentaires aux soins de première ligne; vu son influence sur la consommation des soins, l'organisation de l'offre de soins mais aussi des pénuries en offre de soins, cette réforme devant au minimum permettre:

a) d'organiser l'offre de soins hospitalière et de première ligne par zones territoriales;

b) verzorging in een nabijgelegen ziekenhuis te waarborgen en doorgedreven specialisatie te organiseren via over het hele land gespreide referentieziekenhuizen;

c) bij de kwaliteitscriteria ook het criterium op te nemen dat banden moeten worden onderhouden tussen de ziekenhuiszorg en de eerstelijnszorg, daar de huisarts (opnieuw) de referentiearts moet worden en blijven voor de patiënt;

d) een duidelijk onderscheid te maken tussen de financiering voor infrastructuur en uitrusting (met inbegrip van de technische geneeskundige uitrusting), met inachtneming van een duidelijk onderscheid tussen enerzijds de financiering voor het paramedisch personeel en anderzijds die voor de artsenbezoldiging, teneinde de zorgkwaliteit te waarborgen;

e) de onderlinge bezoldigingsverschillen tussen de artsen-specialisten weg te werken, met inachtneming van objectieve bezoldigingscriteria zoals het criterium of de prestatie al dan niet werd geleverd tijdens een wachtdienst of lange werktijden, of nog het criterium opleidingsvereisten enzovoort;

f) de nomenclatuur van de medische handelingen bij te sturen, zodat de tegemoetkomingen van het RIZIV deels op forfaitaire basis kunnen worden georganiseerd volgens de aandoeningen en de kenmerken van de patiënten;

7) de ondersteuning van het aanbod aan eerstelijnszorg te versterken via:

a) een andere organisatie van de vergoedingswijzen van de prestaties, om die minder gericht te maken op de handeling; aldus zou rekening worden gehouden met individuele, familiale of gemeenschapsgerelateerde aspecten van een goede praktijk, net als de groeiende behoeften in verband met multidisciplinair werk;

b) een herdefiniëring van de plaats en van de rol van de huisarts in de zorgtrajecten opdat hij (opnieuw) de referentiearts wordt van de patiënt, zeker wanneer rekening wordt gehouden met de vergrijzing en met het groeiend aantal patiënten die aan complexe chronische ziektes lijden;

c) een ondersteuning van de huisartsenkringen en subregionale zorgcoördinatiecentra (LOK's — GDT — ...) in de projecten voor de collectieve en gecentraliseerde organisatie van wachtdiensten, voor de versterking van ambulante diensten en buurtdiensten; het is de bedoeling om 70 % van de gezondheidsproblemen van de bevolking aan te pakken binnen de eerste lijn;

b) d'assurer des soins hospitaliers de proximité et d'organiser la spécialisation pointue via des hôpitaux de référence répartis sur l'ensemble du pays;

c) d'intégrer dans les critères de qualité les liens entre soins hospitaliers et de première ligne car le médecin généraliste doit être et rester le référent du patient;

d) d'établir une distinction claire entre les enveloppes d'infrastructure et d'équipement, y compris technique médicale, avec une distinction claire entre, d'une part, celles destinées au personnel paramédical et, d'autre part, celles destinées à la rémunération des médecins, afin de garantir la qualité des soins;

e) d'égaliser la rémunération entre les médecins spécialistes (tout en intégrant des critères objectifs de rémunération, comme celui de la prestation effectuée ou non dans le cadre d'une garde ou de prestations longues, ou celui relatif aux exigences de formation, ...);

f) de revoir la nomenclature des actes médicaux, de manière à organiser partiellement les interventions de l'INAMI sur une base forfaitaire, selon les pathologies et les caractéristiques des patients;

7) de renforcer le soutien de l'offre de soins de première ligne via:

a) une réorganisation des modes de rémunération des prestations, moins centrés sur l'acte, afin qu'ils intègrent les dimensions individuelles, familiales ou communautaires d'une bonne pratique ainsi que les nécessités croissantes liées au travail multidisciplinaire;

b) une redéfinition de la place et du rôle du généraliste dans les trajets de soins afin qu'il (re)devienne le médecin référent du patient, et ce d'autant plus lorsque l'on prend en compte le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques complexes;

c) un soutien aux cercles de médecins et aux organes sous-régionaux de coordination de soins (GLEMs — SISD — ...) dans les projets d'organisation collective et centralisée de gardes, de renforcement des services ambulatoires et de proximité; l'objectif étant d'atteindre la prise en charge de 70 % des problèmes de santé de la population au niveau de la première ligne;

8) een alomvattender bijsturing van de nomenclatuur van de toegelaten handelingen voor de verschillende zorgverstrekkers en van de bedragen van de terugbetalingen van die handelingen door het RIZIV, opdat het rekening kan houden met:

a) de reële kosten van de prestaties, waarbij rekening wordt gehouden met de werktijd van de arts, met het vereiste personeel en met investeringen;

b) de evolutie van de behoeften aan gezondheidszorg;

c) de groeiende behoeften die multidisciplinariteit meebrengt;

d) het voortdurend opduiken van nieuwe technologieën;

e) de toenemende noodzaak voor huisartsen om voor elke patiënt op te treden als eerste aanspreekpunt voor alle medische problemen.

20 november 2014

8) de revoir, de manière plus globale, la nomenclature des actes autorisés pour les différents prestataires de soins ainsi que les montants des remboursements de ces actes par l'INAMI afin que celle-ci tienne compte:

a) du coût réel des prestations en termes de temps de travail pour le médecin, de personnel nécessaire et d'investissements;

b) de l'évolution des besoins en soins de santé;

c) des besoins croissants de multidisciplinarité;

d) de l'apparition permanente de nouvelles technologies;

e) de la nécessité croissante d'un premier rôle de référent global de la part des médecins généralistes pour chaque patient.

20 novembre 2014

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Anne DEDRY (Ecolo-Groen)