

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

18 november 2014

WETSVOORSTEL

tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod, teneinde de contingentering af te schaffen voor bepaalde medische specialismen waar zich een tekort voordoet

(ingediend door
mevrouw Laurette Onkelinx c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

18 novembre 2014

PROPOSITION DE LOI

modifiant l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale afin de supprimer le contingentement pour certaines spécialités médicales en pénurie

(déposée par
Mme Laurette Onkelinx et consorts)

SAMENVATTING

Thans geldt een beperking in verband met het maximaal aantal afgestudeerde artsen die een opleiding mogen volgen voor een medisch specialisme (onder meer de huisartsgeneeskunde). Daardoor krijgt slechts een beperkt aantal afgestudeerden een RIZIV-nummer toegekend; met een dergelijk nummer worden hun verstrekkingen aan de patiënten terugbetaald in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Zonder een gewaarborgd RIZIV-nummer hebben veel studenten momenteel geen beroepsperspectief.

Voorts stellen de indieners vast dat zich in een aantal medische specialismen een tekort voordoet.

Om die diverse pijnpunten weg te werken, stellen de indieners voor enerzijds een einde te maken aan de huidige regeling waarbij de contingentering niet geldt aangaande de buitenlandse diploma's, anderzijds geen rekening te houden met die contingentering in een aantal medische specialismen waar zich thans een tekort voordoet.

RÉSUMÉ

Actuellement, le nombre maximum de diplômés en médecine qui ont accès à une formation pour une spécialité médicale, dont la médecine générale, est limité. Seuls certains étudiants peuvent ainsi recevoir un numéro INAMI et voir leurs prestations remboursées dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. De nombreux étudiants se trouvent actuellement sans perspective d'avenir faute d'un numéro INAMI garanti.

Les auteurs constatent par ailleurs qu'un certain nombre de spécialités médicales se trouvent en situation de pénurie.

Pour répondre à ces problématiques, il est proposé de supprimer l'exemption du contingentement pour les diplômés étrangers et de supprimer du contingentement certaines spécialités considérées actuellement comme étant en pénurie.

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. Planning van het medisch aanbod

In 1997 heeft België, net als andere Europese landen, een regeling voor de planning van het medisch aanbod ingesteld. Die regeling werd voor het eerst in 2004 toegepast.

De planning van het medisch aanbod wordt vastgesteld op federaal vlak, bij het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De artikelen 35*octies* en volgende hebben de Planningscommissie ingesteld en de planningsprincipes bepaald.

De Planningscommissie gaat aldus de behoeften inzake medisch aanbod na wat de artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten betreft; zij houdt daarbij rekening met de evolutie van de behoeften inzake medische zorg, de kwaliteit van de zorg alsook de demografische en sociologische evolutie van de betrokken beroepen. Die commissie evalueert de weerslag die de evolutie van deze behoeften heeft op de toegang tot de opleidingen voor de bedoelde beroepen en bezorgt de minister van Volksgezondheid jaarlijks een rapport over het aantal mensen die toegang tot een bepaald gezondheidszorgberoep krijgen.

Het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod bepaalt per jaar het maximumaantal afgestudeerde artsen die de opleiding mogen volgen voor een medisch specialisme, waaronder de huisartsgeneeskunde; zo krijgt slechts een beperkt aantal afgestudeerden de toestemming hun beroep uit te oefenen in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en waarbij — via de toekenning van een RIZIV-nummer — hun verstrekkingen de patiënten terugbetaald worden.

Dit aantal (de contingentering) wordt vastgesteld door de federale overheid, terwijl de toepassing ervan (het instellen van quota) een gemeenschapsbevoegdheid is: zo heeft de Vlaamse Gemeenschap voor de opleiding geneeskunde een ingangsexamen ingesteld, zonder voor die opleiding evenwel een maximumaantal studenten te bepalen, en organiseert de Franse Gemeenschap een verplichte maar niet-bindende oriënteringstest vóór de aanvang van het eerste opleidingsjaar en vervolgens een verplichte examenperiode in januari, wat ook een echte selectie van de studenten mogelijk maakt. De twee systemen zijn, wat de slaagcijfers betreft, equivalent.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Planification de l'offre médicale

En 1997, la Belgique a instauré, comme d'autres pays européens, un système de planification de l'offre médicale. Il fut appliqué pour la première fois en 2004.

La planification de l'offre médicale est fixée au niveau fédéral par l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Les articles 35*octies* et suivants créent la Commission de planification et fixent les principes de la planification.

La Commission de planification examine ainsi les besoins en matière d'offre médicale pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmières, les accoucheuses et les logopèdes, en tenant compte de l'évolution des besoins en matière de soins médicaux, de la qualité des prestations de soins, de l'évolution démographique et sociologique des professions concernées. Elle évalue l'incidence qu'a l'évolution de ces besoins sur l'accès aux études pour les professions visées et fournit chaque année un rapport au ministre de la santé publique sur le nombre de personnes qui auront accès à une profession de santé donnée.

L'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale fixe le nombre maximal de diplômés en médecine qui ont accès, annuellement, à une formation pour une spécialité médicale, dont la médecine générale. Ainsi, seul un nombre limité d'étudiants peuvent recevoir l'autorisation de pratiquer dans le cadre de l'assurance maladie invalidité et ainsi voir leurs prestations remboursées grâce à l'octroi d'un numéro INAMI.

Ce nombre (le contingentement) est fixé par le pouvoir fédéral tandis que son application (la mise en place des quotas) ressort de la compétence des Communautés. Ainsi, la Communauté flamande a mis en place un examen d'entrée pour les études de médecine, sans toutefois fixer un nombre maximal d'étudiants pouvant y avoir accès. La Communauté française a, quant à elle, mis en place un test d'orientation obligatoire mais non contraignant en début de 1^{re} année et une session d'examens obligatoire en janvier permettant également une véritable sélection des étudiants. En termes de taux de réussite, les deux systèmes sont équivalents.

2. Huidige contingentering van het medisch aanbod

Het maximaal aantal afgestudeerde artsen die per jaar toegang krijgen tot een opleiding voor een medisch specialisme (waaronder de huisartsgeneeskunde) bedraagt telkens 1 230 voor de jaren 2015 tot 2017, 2 460 voor 2018 en telkens 1 230 voor 2019 en 2020. Dat maximaal aantal wordt vervolgens verdeeld over de twee gemeenschappen.

Het koninklijk besluit voorziet ook in een “afvlakmethode”: de gemeenschappen kunnen meer of minder kandidaten voorstellen dan de jaarquota voorschrijven, en dat tot in 2018, want dan moeten de verschillen zijn weggewerkt want anders kunnen de dat jaar ingediende stageplannen worden geweigerd.

Het voornoemde koninklijk besluit van 12 juni 2008 bepaalt ten slotte dat bij de kandidaten die een opleiding hebben gevolgd aan een universiteit die onder de bevoegdheid van de ene of de andere gemeenschap valt, er een minimumaantal moet zijn voor bepaalde specialismen waarvoor een tekort bestaat, met name de huisartsgeneeskunde, de kinder- en jeugdpsychiatrie, de acute geneeskunde, de urgentiegeneeskunde en de geriatrie.

Wat de jaren 2016, 2017, 2019 en 2020 betreft, moeten minstens 400 kandidaat-huisartsen worden opgeleid, onder wie minstens 240 kandidaten voor de universiteiten die afhangen van de Vlaamse Gemeenschap en minstens 160 kandidaten voor de universiteiten die tot de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap behoren.

Voor 2018 moeten, gelet op de dubbele “cohorte” als gevolg van de wijziging van de studieduur van de opleiding geneeskunde, minstens 800 kandidaat-huisartsen worden opgeleid, onder wie minstens 480 kandidaten voor de universiteiten die afhangen van de Vlaamse Gemeenschap en minstens 320 voor de universiteiten die tot de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap behoren.

3. Studenten in overtal

Terugkerende argumenten van de voorstanders van een beperking van de toegang tot de opleiding geneeskunde en tot de uitoefening van het beroep van arts zijn de bescherming van het beroep (die ervoor moet zorgen dat elke arts voldoende verdient) en de gunstige weerslag op kwaliteit en kostprijs van de gezondheidszorg.

Tegenstanders echter achten het fundamenteel dat de toegang tot de kennis wordt gevrijwaard, zelfs als er zich voor een bepaald beroep of een bepaalde opleiding

2. Contingentement actuel de l'offre médicale

Actuellement, le nombre maximal de diplômés en médecine qui ont accès, annuellement, à une formation pour une spécialité médicale, dont la médecine générale, est de 1 230 par an pour les années 2015 à 2017, de 2 460 pour l'année 2018 et de 1 230 pour les années 2019 et 2020. Ce nombre maximal est ensuite réparti par Communauté.

Une méthode de lissage est également prévue par l'arrêté. Celle-ci permet aux Communautés de présenter des déficits ou des surplus de candidats par rapport aux quotas fixés annuellement, et ce jusqu'en 2018 où ces différences devront être éliminées, sous peine de voir refuser les plans de stage introduits cette année-là.

L'arrêté royal du 12 juin 2008 précité prévoit enfin que le nombre de candidats formés par les universités, relevant de la compétence de l'une ou l'autre des Communautés, comporte un nombre minimum de candidats se destinant à certaines spécialités en pénurie, à savoir la médecine générale, la psychiatrie infantile, la médecine aiguë, la médecine d'urgence et la médecine de gériatrie.

Pour les années 2016, 2017, 2019 et 2020, au moins 400 candidats généralistes devront être formés, dont au moins 240 candidats pour les universités relevant de la Communauté flamande et au moins 160 candidats pour les universités relevant de la Communauté française.

Pour l'année 2018, compte tenu de la double cohorte résultant de la modification de la durée des études en médecine, au moins 800 candidats généralistes devront être formés, dont au moins 480 candidats pour les universités relevant de la Communauté flamande et au moins 320 candidats pour les universités relevant de la Communauté française.

3. Des étudiants surnuméraires

Les défenseurs d'une limitation de l'accès aux études et à la pratique médicale mettent souvent en avant divers arguments comme la protection de la profession qui vise à garantir des revenus suffisants pour chaque médecin ainsi que le bénéfice pour la qualité et le coût des soins de santé.

Ses opposants estiment quant à eux fondamental de préserver l'accès au savoir, même s'il y a pléthore dans une profession ou dans une formation, de préserver la

heel veel kandidaten aanmelden, en dat de student zijn universitaire opleiding vrij moet kunnen kiezen. Voorts vinden zij dat onmogelijk kan worden ingeschat welke impact de ontwikkeling van de geneeskunde en van de medische technologie over tien jaar op het beroep zal hebben, en dat de vraag naar zorgaanbod zeer moeilijk te voorspellen is, gelet op de heel lange duur van de artsopleiding.

Los van de argumenten van de voor- en tegenstanders van de regeling lijkt het vast te staan dat een planning van het medisch aanbod onontbeerlijk is opdat iedereen toegang zou hebben tot kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, maar ook dat de beperkingen van het bestaande systeem duidelijk zijn aangetoond.

Het overschot aan artsen ten opzichte van de quota en dus van het aantal beschikbare RIZIV-nummers is de jongste jaren immers alleen maar toegenomen. Hoewel dit vraagstuk momenteel minder prangend is in de Vlaamse Gemeenschap dan in de Franse Gemeenschap, starten in Vlaanderen elk jaar almaar meer studenten de artsopleiding, waardoor ook daar op korte termijn de quota zullen worden overschreden.

Volgens de aangehaalde cijfers zou in de komende jaren 50 % van de afgestudeerde artsen geen RIZIV-nummer kunnen krijgen om in België de geneeskunde te mogen uitoefenen.

In de tandheelkunde zou dat zelfs voor 60 % van de studenten het geval zijn; in de Franse Gemeenschap komt dan neer op ongeveer 300 tandartsen per jaar.

Ook in Vlaanderen zullen studenten met hetzelfde probleem te maken krijgen.

Jan De Maeseneer, hoogleraar aan de Universiteit Gent en lid van de Planningscommissie, heeft er in de media op gewezen dat er in 2018 wellicht zo'n 300 à 400 studenten later de geneeskunde niet zullen mogen uitoefenen.

Momenteel is het overschot groter in het zuiden van het land dan in het noorden, maar dit vraagstuk belangt zonder meer het hele land aan. Er moet dan ook dringend een oplossing voor worden aangereikt.

4. "Knelpuntspecialismen"

De bestaande planningsregeling voor het medisch aanbod doet ook moeilijkheden rijzen aangaande de minima waarin is voorzien voor sommige van de

liberté du choix des études universitaires. Ils estiment, par ailleurs, qu'il est impossible de prévoir les répercussions de l'évolution de la médecine et des technologies médicales sur la profession à 10 ans et que les prévisions de la demande en matière de soins de santé sont très difficiles à établir, sachant la formation très longue devant être suivie par les médecins.

Quels que soient les arguments que les uns et les autres mettent en avant, il semble indéniable qu'une planification de l'offre médicale soit indispensable pour garantir des soins de santé de qualité accessibles à tous mais que le système actuel montre clairement ses limites.

En effet, l'excédent de médecins par rapport aux quotas et donc au nombre de numéros INAMI disponibles n'a fait que croître ces dernières années. Si la problématique est actuellement moins prégnante en Communauté flamande qu'en Communauté française, on constate que le nombre d'étudiants entrant dans les études de médecine en Flandre augmente graduellement d'année en année et qu'elle sera donc confrontée, à court terme, à un dépassement du quota.

Selon les chiffres avancés, il semblerait que 50 % des étudiants diplômés ne pourraient pas recevoir un numéro INAMI pour pouvoir exercer la médecine en Belgique dans les années à venir.

En dentisterie, ce seraient même 60 % des étudiants qui devraient connaître cette situation. Cela correspond plus ou moins à 300 étudiants en Communauté française chaque année.

Un certain nombre d'étudiants seront également confrontés au même problème en Flandre.

Jan De Maeseneer, professeur à l'Université de Gand et membre de la Commission de planification, estimait ainsi dans les médias "qu'en 2018, il y aura probablement quelque 300 ou 400 étudiants de trop."

Si le surplus semble donc plus important au sud qu'au nord du pays, la problématique existe bel et bien dans l'ensemble du pays et une réponse urgente doit y être apportée.

4. Spécialités en pénurie

Le système actuel de planification de l'offre médicale montre également ses limites dans le cadre des minima prévus pour certaines des spécialités en pénurie

voornoemde specialismen waar tekorten worden opgetekend; die minima worden immers niet altijd gehaald.

Nochtans moet voor het tekort in sommige specialismen (meer bepaald in de huisartsgeneeskunde) een oplossing worden uitgewerkt om de patiënt een optimaal zorgaanbod te kunnen aanbieden.

Wat ten eerste de huisartsgeneeskunde betreft, blijkt uit het rapport 2012 van de Planningscommissie dat Vlaanderen, wat de wettelijke minimumquota betreft, voor de periode 2004-2012 een tekort van 361 huisartsen optekent, tegenover 96 in Wallonië.

Volgens sommigen is er in België geen tekort aan huisartsen, aangezien er in ons land 1 huisarts per 1 250 inwoners is, tegenover 1 arts per 2 500 inwoners in sommige andere landen.

Nochtans blijkt uit diverse rapporten dat de werkelijkheid er helemaal anders uitziet.

Een in februari 2013 door het RIZIV gepubliceerd onderzoek naar de performantie van de huisartsgeneeskunde geeft het volgende aan: *“De medische capaciteit aan huisartsen werd lange tijd te hoog ingeschat. Een groot aantal erkende huisartsen werkt immers niet of zeer weinig als huisarts (<1 250 contacten per jaar). Door realistische criteria (VTE's of 1250 contacten per jaar) in aanmerking te nemen, wordt de densiteit op 9,5 per 10 000 inwoners ingeschat, terwijl ze in het begin van deze eeuw nog op 21,1 werd geraamd in de internationale rapporten van de OESO.”*¹.

Voorts blijkt uit het onderzoek ook nog dat *“de gemiddelde leeftijd van de VTE's (...) momenteel 51,4 [is]. Die gemiddelde leeftijd is snel gestegen sinds 2000, toen hij 47,3 jaar bedroeg. Een stijgende gemiddelde leeftijd betekent dat de groep van de recent gediplomeerden ontoereikend is om de artsen die hun activiteit stopzetten, te vervangen.”*². Tot slot zijn de oudere actieve artsen vooral mannen en worden zij vervangen door een gemengde groep die toch vooral uit vrouwen bestaat. Het ziet ernaar uit dat die vrouwelijking niet alleen toeneemt, maar dat uitoefening van de geneeskunde ook wijzigt: vrouwelijke artsen hebben een kleiner patiëntenbestand en leggen veel minder huisbezoeken af.

Voorts maakten *Het Laatste Nieuws* en *De Morgen* in augustus 2014 nog gewag van een tekort aan spoedartsen, en stelden ze dat in de spoeddienst niet zelden

¹ https://riziv.fgov.be/information/nl/studies/study59/pdf/brochure_MG_2012.pdf, blz. 45.

² https://riziv.fgov.be/information/nl/studies/study59/pdf/brochure_MG_2012.pdf, blz. 49.

mentionnées plus haut qui, quant à eux, ne sont pas toujours atteints.

Il est pourtant essentiel de répondre à la problématique de la pénurie dans certaines spécialités, en médecine générale en particulier, afin de pouvoir garantir la meilleure offre de soins au patient.

Concernant la médecine générale tout d'abord, selon le rapport 2012 de la Commission de planification, la Flandre accuse toujours, par rapport aux quotas minima légaux, un déficit de 361 médecins généralistes pour la période 2004-2012 tandis qu'il s'élève à 96 en Wallonie.

Certains considèrent, dans ce domaine, qu'il n'existe pas de pénurie dans notre pays puisqu'il y a actuellement un médecin généraliste par 1 250 habitants en Belgique alors que, dans certains autres pays, c'est un médecin pour 2 500 habitants.

Pourtant, c'est une réalité bien différente qui se profile et que mettent largement en lumière divers rapports.

Selon une étude publiée par l'INAMI en février 2013 portant sur la performance de la médecine générale: *“La capacité médicale en médecins généralistes a longtemps été surévaluée. En effet, un grand nombre de médecins généralistes agréés ne travaillent pas ou très peu comme médecin généraliste (<1 250 contacts par an). La prise en compte de critères réalistes (équivalents temps plein-ETP ou 1 250 contacts par an) ramène la densité à 9,5 par 10 000 habitants alors qu'elle était estimée dans les rapports internationaux (OCDE) au début des années 2000 à 21,1.”*¹.

L'étude précise encore que *“L'âge moyen des médecins équivalents temps plein (ETP), est actuellement de 51,4 ans. Cet âge moyen croît très rapidement depuis 2000, où il était de 47,3 ans. Un âge moyen en croissance signifie que la cohorte des nouveaux venus est insuffisante pour remplacer les médecins qui cessent leur activité.”*². Enfin, les médecins âgés actifs sont essentiellement masculins et sont remplacés par une cohorte mixte, majoritairement féminine. Cette féminisation semble s'intensifier mais également modifier la pratique car les femmes médecins ont de plus petites patientèles et font beaucoup moins de visites.

Concernant la médecine d'urgence, ensuite, *Het Laatste Nieuws* et *De Morgen* faisaient encore état, en août dernier, d'une pénurie de médecins urgentistes

¹ https://riziv.fgov.be/information/nl/studies/study59/pdf/brochure_MG_2012.pdf, p. 45.

² https://riziv.fgov.be/information/nl/studies/study59/pdf/brochure_MG_2012.pdf, p. 49.

geen enkele arts aanwezig is. Het minimumaantal studenten voor die richting is nochtans ruim overschreden.

Ten slotte worden met betrekking tot de geriatrie de minima niet altijd gehaald. Ook al blijft dat tekort binnen aanvaardbare grenzen, toch staat het buiten kijf dat rekening moet worden gehouden met de vergrijzing van de bevolking, die in de toekomst wellicht zal vereisen dat terzake de behoeften opnieuw worden bekeken.

5. Vrijstelling van contingentering voor de buitenlandse diploma's

Een ander belangrijk element waarmee in dit dossier rekening moet worden gehouden, is dat voor de buitenlandse diploma's een vrijstelling van contingentering geldt.

In de huidige stand van zaken bepaalt artikel 1 van het voormelde koninklijk besluit van 12 juni 2008 dat de contingentering alleen geldt voor de kandidaten voor een specialisme (met inbegrip van de huisarts-geneeskunde) die beschikken over een door een Belgische universiteit uitgereikt diploma van arts met een basisopleiding. Op 31 december 2013 waren iets meer dan 2 000 geneesheren-specialisten afkomstig uit andere landen van de Europese Unie, vooral dan uit Frankrijk, Nederland en Roemenië. Volgens het rapport 2012 van de Planningscommissie kregen in 2012 14 buitenlandse huisartsen en 88 buitenlandse geneesheren-specialisten een RIZIV-nummer; voor hen gold de contingenteringsregeling dus niet. Uit het rapport 2013 van de Planningscommissie blijkt dat zulks in 2013 werd overgedaan voor nog eens 70 artsen.

Uiteraard staat Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties³ ongeacht welke in de EU afgestudeerde arts toe in België als arts te worden erkend en zich in ons land te komen specialiseren. Niettemin is het onbegrijpelijk dat een Belgische student, wat de toegangsvoorwaarden voor een specialisme betreft, anders wordt behandeld dan een buitenlandse student.

De selectie moet billijk zijn voor iedereen; ook wie over een buitenlands diploma beschikt, moet door de universiteiten dus aan dezelfde toelatingsvoorwaarden voor een specialisme worden onderworpen. Een wetswijziging in die zin is dan ook onontbeerlijk.

³ Publicatieblad nr. 255 van 30 september 2005.

en précisant d'ailleurs qu'il n'était "pas rare qu'aucun médecin ne soit présent aux urgences". Pourtant, le nombre minimal pour la médecine d'urgence est quant à lui largement dépassé.

Enfin, concernant la gériatrie, les minima ne sont, quant à eux, toujours pas atteints. Même si cela demeure dans une proportion raisonnable, il est évidemment indispensable de tenir compte du vieillissement de la population qui provoquera, sans doute, une réévaluation des besoins à l'avenir.

5. L'exemption du contingentement pour les diplômés étrangers

Un autre élément important à prendre en considération dans ce dossier est l'exemption du contingentement pour les diplômés étrangers.

Actuellement, selon l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 juin 2008 précité, seuls les candidats à une spécialisation, y compris la médecine générale, qui disposent d'un diplôme de médecin avec formation de base délivré par une université belge sont concernés par les quotas. Au 31 décembre 2013, il y avait un peu plus de 2 000 spécialistes venant d'autres pays de l'Union européenne, principalement de France, des Pays-Bas et de Roumanie. Selon le rapport 2012 de la Commission de planification, 14 médecins généralistes et 88 médecins spécialistes étrangers ont reçu un numéro INAMI en 2012, faisant ainsi exemption au contingentement prévu. Selon le rapport 2013 de la Commission de planification, ils étaient encore 70 dans ce cas.

Evidemment, la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles³ permet à tout médecin diplômé dans un pays européen d'être reconnu comme médecin en Belgique et de venir se spécialiser en Belgique. Il demeure cependant incompréhensible qu'un étudiant belge ne soit pas considéré de manière égale à un étudiant étranger en ce qui concerne les conditions d'accès à une spécialisation.

La sélection doit être équitable pour tous et les personnes disposant d'un diplôme étranger doivent être soumises aux mêmes conditions d'admission à une spécialité par les universités. Une modification de la législation en ce sens est donc indispensable.

³ JOL n° 255 du 30 septembre 2005.

6. Dringende oplossingen voor de studenten

Gelet op de hierboven aangegeven moeilijkheden en incoherenties, is het ten eerste onontbeerlijk dat een gedetailleerd en betrouwbaar kadaster van de gezondheidszorgberoepen de Planningscommissie de mogelijkheid biedt de instroom in de diverse gezondheidszorgberoepen beter op elkaar af te stemmen.

Momenteel is een kadaster van de gezondheidszorgberoepen wel degelijk operationeel. Het verbeterde kadaster bestaat trouwens, en aan de hand ervan kunnen de gegevens ervan worden gekoppeld aan gegevens die afkomstig zijn van andere bronnen, zoals de RSZ, het RSVZ of het RIZIV. Artikel 35*octies* van het voormelde koninklijk besluit nr. 78 werd trouwens gewijzigd bij de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, opdat permanent kruisverwijzingen tussen de beschikbare gegevens mogelijk zouden zijn.

Het spreekt voor zich dat nog enige tijd zal moeten worden gewacht alvorens men over nauwkeurige cijfers kan beschikken, om aldus een billijke en dynamische planning te kunnen uitbouwen. Om politieke of bestuurlijke redenen is het echter ondenkbaar dat honderden studenten in het ongewisse worden gelaten en dat niet wordt gegarandeerd dat zij na afloop van hun opleiding hun beroep zullen kunnen uitoefenen.

De studenten die nu een opleiding in de geneeskunde volgen, die al verscheidene studiejaren succesvol hebben volbracht, die met hun families tijd en geld aan die opleiding hebben gependeed en die van de Staat manifest geldelijke steun hebben gekregen, mogen niet uit de boot vallen.

Volgens de indieners is het dus wenselijk enerzijds in te spelen op het in sommige specialismen geconstateerde tekort, en anderzijds iets te doen aan de dramatische situatie van duizenden studenten die zonder een gewaarborgd RIZIV-nummer geen beroepsperspectief hebben. Ook de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg staan op het spel.

De afschaffing van de contingentering van de titels in de specialismen waarvoor momenteel minimumquota gelden waaraan overeenkomstig het voormelde koninklijk besluit van 12 juni 2008 moet worden voldaan (te weten de huisartsgeneeskunde, de kinder- en jeugdpsychiatrie, de acute geneeskunde, de urgentiegeneskunde en de geriatrie) is een eerste belangrijk antwoord op het drama dat bepaalde studenten momenteel meemaken, door ze aan te zetten richtingen te volgen waarin tekorten bestaan. Zodra het bijgewerkte kadaster beschikbaar is en de echte cijfers in verband met de effectief praktiserende artsen bekend zijn, moet die regeling het

6. Des solutions urgentes pour les étudiants

Au vu des différents problèmes et incohérences mis en lumière plus haut, il est tout d'abord indispensable qu'un cadastre détaillé et fiable des professions de soins de santé permette à la Commission de planification de mieux faire concorder les différents afflux dans les professions de santé.

Un cadastre des professions de soins de santé est, en effet, actuellement pleinement opérationnel. Le cadastre amélioré existe par ailleurs et permet d'assurer le couplage avec d'autres données provenant de sources diverses comme celles de l'ONSS, l'INASTI ou encore l'INAMI. La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé a d'ailleurs modifié l'article 35*octies* de l'arrêté royal n°78 précité afin de permettre un croisement permanent des données disponibles.

Il est évident qu'il faudra encore attendre un certain temps avant de pouvoir disposer des chiffres précis et ainsi permettre la mise en place d'une planification juste et dynamique. Mais il est impensable, pour des raisons politiques ou administratives, de laisser des centaines d'étudiants dans l'incertitude et ne pas leur garantir qu'à la fin de leurs études ils pourront exercer leur profession.

Les étudiants qui se sont engagés dans des études de médecine, qui ont déjà réussi plusieurs années, qui ont, avec leur familles, investi du temps et de l'argent et pour lesquels l'État a apporté un appui financier évident ne peuvent rester sur le carreau.

Il nous semble donc opportun de répondre, d'une part, à la pénurie constatée dans certaines spécialités et, d'autre part, à la situation dramatique vécue par des milliers d'étudiants sans perspective d'avenir professionnel, faute d'un numéro INAMI garanti. C'est également la qualité et l'accessibilité des soins de santé qui sont en jeu.

La suppression du contingentement des titres concernant les spécialités faisant actuellement l'objet de quotas minima à remplir selon l'arrêté royal du 12 juin 2008 précité, à savoir la médecine générale, la psychiatrie infanto-juvénile, la médecine aiguë, la médecine d'urgence et la médecine de gériatrie, constitue une première réponse importante au drame vécu actuellement par des centaines d'étudiants, en les poussant vers des filières où des besoins se font sentir. Ce système devrait également permettre une réévaluation de la situation de ces disciplines médicales lorsque le cadastre amélioré sera disponible et que les

ook mogelijk maken opnieuw te evalueren wat de situatie is voor die verschillende medische disciplines. Het wordt dan denkbaar nieuwe disciplines in de lijst van specialismen op te nemen en er andere uit te lichten, waardoor ze al dan niet buiten de contingentering vallen naargelang men ze wil promoten of niet. Het is dus wel degelijk de bedoeling bijzonder snel een oplossing aan te reiken. Zo nodig moet die oplossing uiteraard gepaard gaan met adequate flankerende maatregelen, om aldus de bewuste disciplines daadwerkelijk aantrekkelijk te blijven maken en een voldoende aantal stageplaatsen te waarborgen.

chiffres réels de la pratique effective seront connus. Il sera alors envisageable d'en intégrer de nouvelles ou d'en retirer de la liste des spécialités qui seraient ainsi "immunisées" du contingentement, selon qu'il convienne de les promouvoir ou non. Il s'agit donc bien ici d'apporter une réponse urgente qui devra évidemment être accompagnée, le cas échéant, de mesures d'encadrement adéquates afin de continuer à rendre ces disciplines réellement attrayantes et de garantir un nombre de places de stage suffisant.

Laurette ONKELINX (PS)
André FRÉDÉRIC (PS)
Daniel SENESAEL (PS)
Alain MATHOT (PS)

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 1, 1°, van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod worden de woorden “, die over een diploma van arts met een basisopleiding beschikt afgegeven door een Belgische universiteit” weggelaten.

Art. 3

Artikel 5 van hetzelfde koninklijk besluit wordt aangevuld met de punten 9° tot 13°, luidende:

“9° de bijzondere beroepstitel van huisarts;

10° de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de kinder- en jeugdpsychiatrie;

11° de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de acute geneeskunde;

12° de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde;

13° de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de geriatrie.”

Art. 4

De Koning wordt gemachtigd de bij deze wet bedoelde bepalingen te wijzigen.

5 november 2014

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

Dans l'article 1^{er}, 1°, de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, les mots “, disposant d'un diplôme de médecin avec formation de base délivré par une université belge” sont abrogés.

Art. 3

L'article 5 du même arrêté est complété par les points 9° à 13°, rédigés comme suit:

“9° le titre professionnel particulier de médecin généraliste;

10° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en psychiatrie infanto-juvénile;

11° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine aiguë;

12° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence;

13° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine de gériatrie.”

Art. 4

Le Roi est habilité à modifier les dispositions visées par la présente loi.

5 novembre 2014

Laurette ONKELINX (PS)
André FRÉDÉRIC (PS)
Daniel SENESAEL (PS)
Alain MATHOT (PS)