

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 novembre 2013

PROPOSITION DE LOI

**concernant la prise en charge
des gardes médicales**

(déposée par
Mme Marie-Christine Marghem et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 november 2013

WETSVOORSTEL

**betreffende de overname
van de medische wachtdiensten**

(ingediend door
mevrouw Marie-Christine Marghem c.s.)

RÉSUMÉ

L'organisation des gardes médicales est de plus en plus problématique la nuit et le week-end. Les auteurs proposent dès lors des modifications législatives pour permettre aux Cercles de médecine générale qui le souhaitent d'instaurer la prise en charge des gardes médicales par les services des urgences hospitalières au cours de la nuit.

SAMENVATTING

De organisatie van de medische wachtdiensten 's nachts en tijdens het weekend wordt almaar problematischer. De indieners stellen dan ook wetswijzigingen voor om de huisartsenkringen die het wensen toe te staan ervoor te zorgen dat tijdens de nacht de wachtdiensten worden overgenomen door de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
VB	:	Vlaams Belang
cdH	:	centre démocrate Humaniste
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
LDD	:	Lijst Dedecker
MLD	:	Mouvement pour la Liberté et la Démocratie
INDEP-ONAFH	:	Indépendant-Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 53 0000/000:	Document parlementaire de la 53 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
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: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 53 0000/000:	Parlementair document van de 53 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig 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 : publications@lachambre.be

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

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Principes et difficultés de mise en œuvre des gardes médicales

La médecine générale dans notre pays est en pleine mutation. La profession vieillit. Elle se féminise. La nouvelle génération de médecins conçoit, à juste titre, son métier de façon différente et souhaite une meilleure conciliation entre la vie de famille et la vie professionnelle. Les obligations administratives deviennent de plus en plus exigeantes et hypothèquent le temps consacré au patient comme à la vie familiale du médecin. Le temps consacré à l'écoute et à l'examen du patient n'est pas suffisamment valorisé. Les conditions de travail sont de plus en plus exigeantes.

Ces évolutions organisationnelles et sociologiques ont entraîné une diminution des vocations pour la médecine générale.

Dans ce contexte, l'organisation des gardes est de plus en plus problématique. La pénurie de médecins dans certaines zones rend la situation complexe.

Les horaires difficiles, le stress, la charge de travail, la perturbation de la vie familiale, les patients inconnus, sont autant de problèmes générés par la garde.

L'obligation inconditionnelle de se déplacer empêche, dans certaines régions, la fusion du rôle de garde, étant donné les surfaces de territoires particulièrement grandes à couvrir.

La perte de temps et d'efficacité engendrées par des déplacements trop longs lors des visites à domicile lors des gardes pose également problème.

La récurrence des gardes est un paramètre désormais fondamental dans le choix d'installation d'un jeune médecin généraliste.

2. Solutions envisageables et obstacles à leur mise en œuvre

Nous savons que, en matière d'organisation de la garde, un modèle unique ne s'impose pas, compte tenu de la spécificité des zones de gardes.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Principes van en moeilijkheden bij de vervulling van de medische wachtdiensten

De huisartsengeneeskunde in ons land ondergaat ingrijpende veranderingen. Het beroep vergrijst en vervrouwelijkt. De jongere generatie van artsen vult het beroep — terecht — op een andere wijze in, en wenst werk en gezin beter op elkaar af te stemmen. De administratieve verplichtingen nemen hand over hand toe en vergen tijd, waardoor minder tijd overblijft voor de patiënt én voor het gezin van de arts. Er wordt niet genoeg tijd uitgetrokken om naar de patiënt te luisteren en hem te onderzoeken. De arbeidsomstandigheden worden steeds lastiger.

Door die organisatorische en sociologische evolutie voelen minder artsen zich geroepen om de huisartsengeneeskunde te beoefenen.

Tegen die achtergrond wordt de organisatie van de wachtdiensten dan ook almaar problematischer. De situatie is complex als gevolg van het artsentekort in bepaalde regio's.

De medische wachtdiensten veroorzaken tal van problemen, zoals ongelegen werktijden, stress, te hoge werklast, verstoring van het gezinsleven en patiënten die men niet kent.

Doordat huisartsen hoe dan ook patiënten moeten kunnen bezoeken, komt in bepaalde regio's de samenvoeging van diensten in het gedrang, wegens het grote grondgebied dat een huisarts soms moet bestrijken.

Verre huisbezoeken tijdens nacht- en weekenddiensten vergen veel tijd en komen de efficiëntie niet ten goede.

Het aantal te presteren nacht- en weekenddiensten is een nijpend probleem dat medebepalend is voor de keuze van vele jongeren om zich al dan niet als huisarts te vestigen.

2. Mogelijke oplossingen en obstakels bij de tenuitvoerlegging ervan

Rekening houdend met de specificiteit van de wachtzones ligt een algemeen geldig model voor de organisatie van de wachtdienst niet voor de hand.

C'est pourquoi, nous soutenons les cercles de médecins généralistes et pensons que ce sont eux qui doivent proposer les adaptations nécessaires à l'organisation de la garde en fonction des conditions locales, de la population couverte et de la force de travail en médecine générale sur leur territoire.

En d'autres termes, nous prôtons la liberté pour chaque cercle de choisir son propre modèle de garde.

Plusieurs projets sont à l'étude ou en cours d'expérimentation, comme les postes de gardes ou encore le projet "1733" de dispatching central.

Il n'en demeure pas moins que certaines organisations de la garde, soutenues par des cercles de médecins généralistes, se heurtent à des dispositions légales que nous souhaitons lever dans la présente proposition de loi.

3. Possibilité de confier les gardes de nuit aux services d'urgence des hôpitaux

3.1. *Projet pilote en cours*

Une mesure préconisée par les médecins pour assurer une prise en charge correcte des patients lors de la garde de nuit est de pouvoir renvoyer les patients aux services des urgences hospitalières pendant la nuit, de 22H00 à 7H00, ce que les médecins appellent la "nuit noire" ou encore la "nuit profonde".

Un tel dispositif est actuellement en cours dans la Région de Gouvvy, où il n'y a plus que 3 médecins pour 21 hameaux. Chacun des 3 médecins assure 1 nuit par semaine, ce qui fait 3 nuits sur 5 au maximum.

Pour les deux autres nuits, les médecins généralistes ont des accords avec les hôpitaux de St-Vith et de Bastogne pour qu'ils assurent la garde via leur service d'urgence.

Les 3 médecins généralistes renvoient donc les patients via leur répondeur soit au 100 (en cas de problème très grave) soit aux hôpitaux des environs¹.

¹ Rapport KCE 171B.

Daarom steunen wij de huisartsenkringen en zijn wij ervan overtuigd dat zij de nodige aanpassingen een de organisatie van de wachtdienst moeten voorstellen naar gelang van de plaatselijke omstandigheden, de bestreken bevolking en de voor huisartsengeneeskunde beschikbare krachten.

Wij pleiten er met andere woorden voor dat elke huisartsenkring vrij zijn eigen wachtdienstmodel mag kiezen.

Diverse projecten worden onderzocht of bevinden zich in een proeffase, zoals de wachtposten of het proefproject "1733" voor centrale dispatching.

Dat neemt niet weg dat bepaalde door huisartsenkringen gesteunde vormen van organisatie van de wachtdienst in strijd zijn met een aantal wettelijke bepalingen, die wij dan ook aan de hand van dit wetsvoorstel wensen op te heffen.

3. Mogelijkheid de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen de wachtdiensten te laten overnemen

3.1. *Lopend proefproject*

Een door de artsen voorgestane maatregel om te zorgen voor een correcte opvang van de patiënten tijdens de nachtelijke wachtdienst bestaat erin de patiënten tussen 22:00 uur en 00:07 uur, dat wil zeggen tijdens de periode die de artsen de "volle nacht" of de "diepe nacht" noemen, te mogen doorverwijzen naar de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen.

Een dergelijke regeling wordt momenteel toegepast in de streek rond Gouvvy, waar nog slechts 3 artsen werkzaam zijn voor 21 gehuchten. Elk van die drie artsen presteert 1 nacht per week, wat neerkomt op maximum 3 nachten op 5.

Voor de overige nachten hebben de huisartsen overeenkomsten gesloten met de ziekenhuizen van Sankt-Vith en van Bastenaken, zodat die via hun spoedgevallendiensten de wachtdienst waarnemen.

De drie huisartsen verwijzen de patiënten dus via hun antwoordapparaat door naar hetzij de 100-dienst (in geval van zeer ernstige problemen), hetzij de ziekenhuizen in de buurt¹.

¹ Rapport KCE 171B.

3.2. Problèmes de légalité concernant la continuité des soins

La solution précitée pose question, étant donné l'obligation de "continuité des soins", telle qu'elle est actuellement régie par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

En effet, l'article 8, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 précité prévoit à ce sujet:

"Les praticiens visés aux articles 2, § 1^{er}, 3, 21bis et 21noviesdecies ne peuvent sciemment et sans motif légitime dans leur chef, interrompre un traitement en cours sans avoir pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins par un autre praticien ayant la même qualification légale."

Selon l'avis du 29 octobre 2011 de l'ordre des médecins, il ressort clairement de la disposition légale précitée qu'un médecin généraliste agréé ne peut faire appel pour la continuité des soins qu'à un autre médecin généraliste agréé et que, dès lors, la continuité des soins des médecins généralistes au sein de la première ligne ne peut pas être prise en charge par n'importe quel médecin spécialiste de la deuxième ligne hospitalière (par exemple, un urgentiste).

Cependant, force est de constater que les services des urgences des hôpitaux traitent déjà de nombreux cas de médecine générale. On évoque que, sur les 4 millions de consultations par an, 70 % pourraient être prise en charge en médecine générale².

Parmi les médecins actifs dans les services d'urgences des hôpitaux, certains sont détenteurs du titre professionnel de médecin généraliste agréé avec un brevet de médecine aigüe, d'autres sont spécialistes en médecine d'urgence. Ils prennent en charge toute une série de situations médicales qui ne sont pas spécifiquement de leur ressort (conjonctivite, angine, infections virales respiratoires, ...). Ils assurent donc, *de facto*, déjà la continuité des soins de médecine générale pour toute une population qui s'y rend pour des raisons sociales, financières ou par convenance personnelle plutôt que de s'adresser à un médecin généraliste.

Par ailleurs, pendant la nuit profonde, on ne peut pas véritablement parler d'une "dispensation régulière et normale" des soins. Cette période devrait être réservée aux soins d'urgence et non pas à des visites "de confort", qui pourraient être différées en journée.

² Conseil provincial du Hainaut de l'ordre des médecins.

3.2. Wettelijkheidsproblemen in verband met de zorgcontinuïteit

De voormelde oplossing doet een probleem rijzen als gevolg van de verplichting op het stuk van "zorgcontinuïteit", zoals die thans wordt geregeld door het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Artikel 8, § 1, van koninklijk besluit nr. 78 bepaalt in dat opzicht immers:

"De in de artikelen 2, § 1, 3, 21bis en 21noviesdecies bedoelde beoefenaars mogen, wetens en zonder wettige reden in hunnen hoofde, een in uitvoering zijnde behandeling niet onderbreken zonder vooraf alle maatregelen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorgen te verzekeren door een ander beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft."

Volgens het advies van 29 oktober 2011 van de Orde van geneesheren blijkt uit de voornoemde bepaling duidelijk dat een erkende huisarts voor de continuïteit van de zorg enkel een beroep kan doen op een andere erkende huisarts en dat de continuïteit van de zorg door huisartsen van de eerste lijn daarom kan niet worden overgenomen door een of andere geneesheer-specialist van de tweede lijn (bijvoorbeeld een spoedarts).

Toch moet worden vastgesteld dat de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen al vele gevallen van algemene geneeskunde behandelen. Er wordt op gewezen dat op de vier miljoen consulten per jaar er 70 % door een huisarts zouden kunnen worden verricht².

Onder de artsen die in de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen werken, zijn er een aantal houder van de beroepstitel van erkend "huisarts" met een brevet acute geneeskunde; anderen zijn specialist in de urgentiegeneeskunde. Zij nemen een hele reeks medische situaties voor hun rekening die niet specifiek binnen hun bevoegdheidsgebied vallen (conjunctivitis, angina, virale respiratoire infecties enzovoort). Zij zorgen *de facto* dus al voor de continuïteit van de algemene geneeskundige zorg voor heel wat mensen die naar de spoedgevallendienst gaan om sociale, financiële of persoonlijke redenen in plaats van zich tot een huisarts te wenden.

Voorts kan men tijdens de diepe nacht eigenlijk niet spreken van een "regelmatige en normale toediening" van de zorg. Die periode zou moeten worden gereserveerd voor de dringende zorg en niet voor "comfortconsulten", die men tot de daguren zou kunnen uitstellen.

² Provinciale raad Henegouwen van de Orde van geneesheren.

La continuité des soins pour la nuit profonde ne va pas entraîner une saturation des services des urgences des hôpitaux.

En effet, pour une région comme le Tournaisis, avec 11 médecins de garde pour 175 000 habitants, les nuits profondes représentent environs 5 à 6 appels, dont une partie sont de vraies urgences et sont donc prises en charge par le SAMU.

Dans le cas de Gouvy, selon le rapport du KCE, les appels de nuit sont rares. Les hôpitaux ne semblent pas avoir plus de travail depuis la mise en place de ce système.

3.3. Solution proposée pour résoudre le problème de légalité lié à l'organisation du service des gardes

Pour toutes les raisons précitées, l'article 2 de la présente proposition de loi prévoit une modification légale permettant d'assurer la continuité des soins durant la nuit profonde via un médecin de la deuxième ligne.

En termes d'organisation des services de garde, notre législation pose actuellement plusieurs règles.

L'organisation des services de gardes est réglée tout d'abord par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, en son article 9, § 1^{er}, qui dispose que :

“Les organisations professionnelles représentatives des praticiens visés aux articles 2, § 1^{er}, 3, 4, 21^{bis} et 21^{noviesdecies} ou des groupements constitués à cet effet peuvent instituer des services de garde garantissant à la population la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile. Aucun des praticiens visés aux articles 2, § 1^{er}, 3, 4, 21^{bis} et 21^{noviesdecies} et satisfaisant aux conditions exigées ne peut être exclu de ces services de garde, à condition que l'intéressé souscrive au règlement d'ordre intérieur et qu'il observe les règles déontologiques. Lorsqu'un service de garde a été institué pour les officines ouvertes au public, toutes les officines ouvertes au public reprises sur le rôle de garde doivent y participer conformément aux modalités déterminées par le Roi.

Les organisations ou les groupements visés à l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe communiquent à la commission médicale compétente le rôle de garde établi par leurs soins ainsi que toutes modifications qui y seraient apportées et un règlement d'ordre intérieur.

De zorgcontinuïteit tijdens de “diepe nacht” zal geen verzadiging van de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen veroorzaken.

Voor een regio als Doornik en omsteken, met 11 wachtartsen voor 175 000 inwoners, zijn de “diepe nachten” goed voor ongeveer 5 à 6 oproepen, waarvan een deel echte urgenties zijn en dus worden overgenomen door de MUG-diensten.

In het geval van Gouvy zijn de nachtoproepen volgens het rapport van het KCE zeldzaam. De ziekenhuizen blijken sinds de invoering van deze regeling niet meer werk te hebben.

3.3. Voorstel om het wettelijkheidsprobleem met betrekking tot de organisatie van de wachtdiensten op te lossen

Om alle voornoemde redenen voorziet artikel 2 van dit wetsvoorstel in een wijziging van de regelgeving zodat de zorgcontinuïteit 's nachts door een tweedelijnsarts wordt gewaarborgd.

Qua organisatie van de wachtdiensten voorziet onze huidige wetgeving in verscheidene regels.

De organisatie is in de eerste plaats geregeld bij koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, waar in artikel 9, § 1, wordt gesteld:

“De representatieve beroepsverenigingen van de beoefenaars, bedoeld in de artikelen 2, § 1, 3, 4, 21^{bis} en 21^{noviesdecies}, of de te dien einde opgerichte groeperingen mogen wachtdiensten instellen, die de bevolking een regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize waarborgen. Geen enkele beoefenaar, bedoeld in de artikelen 2, § 1, 3, 4, 21^{bis} en 21^{noviesdecies}, die voldoet aan de vereiste voorwaarden kan uitgesloten worden van deze wachtdiensten, op voorwaarde dat hij/zij het huishoudelijk reglement onderschrijft en zich houdt aan de deontologische regels. Indien een wachtdienst werd ingesteld voor de voor het publiek opengestelde apotheken, dienen alle op de wachttol voorkomende voor het publiek opengestelde apotheken hieraan deel te nemen overeenkomstig de nadere regels bepaald door de Koning.

De in het eerste lid van deze paragraaf bedoelde verenigingen of groeperingen delen aan de bevoegde geneeskundige commissie de door hen opgestelde wachttol mede alsook elke wijziging die er zou aan gebracht worden en een huishoudelijk reglement.

Le Roi peut confier les missions fixées par Lui, relatives à l'organisation locale et à la représentation des professionnels concernés et relatives à la collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé, aux organisations ou groupements visés à l'alinéa 1^{er}, à condition qu'ils soient agréés à cette fin. Les conditions et la procédure d'obtention de l'agrément sont fixées par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.”.

La garde de population des médecins généralistes est organisée par les cercles de médecins généralistes, conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.

L'agrément des cercles de médecins généralistes autorisés à organiser le service de garde est fixé par l'arrêté ministériel du 16 décembre 2002 fixant les modalités d'agrément des cercles de médecins généralistes.

Selon l'avis du 29 octobre 2011 de l'Ordre des médecins, “il en découle que seul un cercle de médecins généralistes agréés est compétent pour l'organisation du service de garde de population pour une zone de médecins généralistes. Ce service de garde doit répondre à des conditions strictes: en particulier, au moins un médecin généraliste par tranche de 30 000 habitants doit être disponible en permanence et ce, via minimum pendant les week-ends et les jours fériés, suivant un système de garde qui garantit à la population une prestation de soins régulière et normale.”

Ces dispositions doivent figurer dans un règlement interne du service de garde devant être contrôlé et approuvé par la commission médicale provinciale et le conseil provincial de l'Ordre.

Un cercle de médecins généralistes qui ne satisfait pas (plus) aux missions (minimales) fixées peut perdre l'agrément comme organisateur du service de garde de population.

Cela peut entraîner de sérieuses complications pour les médecins généralistes locaux agréés de la zone de médecins généralistes au niveau de la conservation de leur “agrément” et pour les candidats-médecins généralistes en formation, étant donné l'impératif légal de participer à un service de garde de population officiellement reconnu.

L'hypothèse que la garde de population ne serait pas complètement opérationnelle entre 22H00 et le lendemain 07H00 (“la nuit profonde”) et que les appels pourraient être dirigés systématiquement vers la deuxième ligne et un service des urgences d'un hôpital

De Koning kan de door Hem bepaalde opdrachten in verband met de lokale organisatie en de vertegenwoordiging van de betrokken beroepsbeoefenaars, en in verband met de samenwerking met andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, toevertrouwen aan de verenigingen of de groeperingen bedoeld in het eerste lid, op voorwaarde dat ze daarvoor erkend worden. De voorwaarden en de procedure voor het verkrijgen van de erkenning worden vastgesteld door de minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft.”.

De bevolkingswachtdienst van huisartsen wordt georganiseerd door de huisartsenkringen volgens het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.

De erkenning van de huisartsenkringen die wachtdiensten mogen organiseren, is bepaald bij het ministerieel besluit van 16 december 2002 tot vaststelling van de erkenningsmodaliteiten van de huisartsenkringen.

Het advies van 29 oktober 2011 van de Orde van geneesheren stelt: “Daaruit volgt dat enkel een erkende huisartsenkring bevoegd is voor de organisatie van de bevolkingswachtdienst in de huisartsenzone. Die wachtdienst moet aan strikte voorwaarden voldoen: in het bijzonder moet minstens één huisarts (per schijf van 30 000 inwoners) permanent beschikbaar zijn, en dit minimaal tijdens de weekends en de feestdagen, en dit volgens een beurtroolsysteem dat de regelmatige en normale toediening van de zorg garandeert.”.

Die bepalingen moeten worden opgenomen in een intern reglement van de wachtdienst dat moet worden nagezien en goedgekeurd door de provinciale geneeskundige commissie en de provinciale raad van de Orde.

Een huisartsenkring die niet (langer) de (minimaal) vastgelegde taken vervult, kan zijn erkenning verliezen als organiserende instantie van de wachtdienst ten behoeve van de bevolking.

Dit kan leiden tot ernstige verwickelingen voor de erkende lokale huisartsen van de huisartsenzone, in verband met het behoud van hun “erkenning” en voor de kandidaat-huisartsen in opleiding, gelet op de wettelijke verplichting mee te werken aan een officieel erkende wachtdienst ten behoeve van de bevolking.

De vooronderstelling dat de wachtdienst ten behoeve van de bevolking niet volledig operationeel is tussen 22:00 uur en 07:00 uur de daaropvolgende ochtend (de “diepe nacht”) en dat de oproepen stelselmatig mogen worden afgeleid naar de tweedelijnsdiensten

(pour le tri des soins et/ou le traitement) crée un conflit important avec le cadre légal du service de garde de population organisé par le cercle de médecins généralistes et avec les critères légaux de l'obtention et du maintien de l'agrément comme médecin généraliste.

Le Conseil national renvoie aussi à la CNMM (Commission nationale médico-mutualiste) et aux dispositions relatives à l'organisation des services de garde de médecins généralistes: entre autres, les "honoraires de disponibilité" au sujet desquels il est spécifiquement fait mention de la garde à partir de 19H00 jusqu'au lendemain matin 8H00.

À toutes ces considérations, on peut répondre que, en ce qui concerne la nuit profonde, on ne peut pas à proprement parler d'une dispensation de soins régulière et normale. Cette période devrait être réservée aux soins d'urgence et non pas à des visites "de confort" qui pourraient être différées en journée. L'INAMI prévoit d'ailleurs que les visites de nuit à la demande expresse du patient (non justifiée par l'urgence) peuvent être facturées hors convention, sauf quand le médecin est officiellement de garde. Dans ce cas, il doit demander le tarif conventionnel.

Par ailleurs, l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes prévoit déjà, en son l'article 3, 3°, que le cercle de médecins généralistes essaie de conclure des accords de coopération avec l'hôpital (ou les hôpitaux), en vue de garantir la continuité des soins du patient.

En ce qui concerne l'agrément individuel du médecin généraliste ou du cercle: si la garde est organisée à l'exception de la nuit profonde, il n'y a pas de risque de perdre l'agrément individuel ou collectif (cercle de MG).

L'obligation d'avoir un médecin généraliste disponible en permanence par tranche complète de 30 000 habitants est tenable en journée, mais pas en nuit profonde. Dans le Tournaisis, par exemple, cela représente au moins 5 médecins de garde pour moins de 7 appels.

Pour toutes ces raisons, l'article 3 modifie l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.

en een spoedgevallendienst van een ziekenhuis (voor de triage van de zorgverstrekking en/of de behandeling) gaat lijnrecht in tegen het wettelijk raamwerk van de door de huisartsenkring georganiseerde wachtdienst ten behoeve van de bevolking en tegen de wettelijke criteria om als huisarts te worden erkend en die erkenning te behouden.

De Nationale Raad verwijst eveneens naar de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) en naar de bepalingen in verband met de organisatie van de huisartsenwachtdiensten: zo wordt verwezen naar de beschikbaarheidshonoraria, in verband waarmee specifiek wordt aangegeven dat de wachtdienst loopt van 19:00 uur tot 08:00 uur de daaropvolgende ochtend.

Tegen al die overwegingen kan worden ingebracht dat tijdens de nachturen niet in de eigenlijke zin van het woord kan worden gesproken van een regelmatige en normale toediening van zorg. Die periode zou moeten worden voorbehouden voor de spoedgevallendiensten, en niet voor zogenaamde "comfortconsulten", die tot de daguren zouden kunnen worden uitgesteld. Het RIZIV bepaalt trouwens dat nachtconsulten op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt (die niet om urgentieredenen te verantwoorden vallen) mogen worden gefactureerd tegen het tarief van niet-aangesloten huisartsen, tenzij de arts officieel wachtdienst vervult. In dat geval moet hij het tarief van een aangesloten arts aanrekenen.

Overigens bepaalt artikel 3, 3°, van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen nu al dat "de huisartsenkring [pooft] samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten met het ziekenhuis (of ziekenhuizen), teneinde de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen".

In verband met de individuele erkenning van de huisarts dan wel van de huisartsenkring geldt het volgende: indien de wachtdienst wordt georganiseerd behalve tijdens de nachturen, dan bestaat er geen gevaar voor verlies van de individuele erkenning, noch van die van de huisartsenkring.

De verplichting permanent een huisarts ter beschikking te hebben per volledige schijf van 30 000 inwoners mag dan al houdbaar zijn overdag, maar niet tijdens de nachturen. In de regio Doornik bijvoorbeeld komt dat neer op ten minste vijf artsen met wachtdienst voor minder dan zeven oproepen.

Om al die redenen strekt artikel 3 tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.

Il va de soi que les honoraires de disponibilité ne seront dus aux médecins généralistes que pour les heures réellement prestées.

Les honoraires de disponibilité non perçus pour les nuits profondes peuvent être réalloués par l'INAMI sous forme de financement pour l'organisation de la continuité des soins assurée par les services des urgences, le transport éventuel des malades, la création de postes ou de maisons de garde.

La présente proposition de loi a donc pour objectif de supprimer les contraintes légales pour les Cercles de médecine générale qui souhaiteraient instaurer la prise en charge des gardes médicales par les services des urgences hospitalières au cours de la nuit profonde.

Il conviendra cependant, dans ce type de système, d'instaurer un tri des appels soit via un numéro unique soit via un médecin généraliste ou encore via le service des urgences, directement.

Marie-Christine MARGHEM (MR)
 Jacqueline GALANT (MR)
 Daniel BACQUELAINE (MR)
 David CLARINVAL (MR)
 Katrin JADIN (MR)
 Valérie WARZÉE-CAVERENNE (MR)
 Valérie DE BUE (MR)
 Luc GUSTIN (MR)
 Denis DUCARME (MR)

Het spreekt vanzelf dat de beschikbaarheidshonoraria alleen aan de huisartsen verschuldigd zullen zijn voor de werkelijk gepresteerde uren.

Het RIZIV kan de niet-ontvangen beschikbaarheidshonoraria voor prestaties tijdens de nachturen herbestemmen ter financiering van de continuïteit van de in de spoedgevallendiensten verstrekte zorg, het eventuele ziekenvervoer, dan wel de oprichting van wachtposten of wachtdienstcentra.

Dit wetsvoorstel strekt er dan ook toe de wettelijke restricties op te heffen voor de huisartsenkringen die in voorkomend geval een regeling wensen in te stellen waarbij tijdens de nachturen de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen de artsenwachtdiensten voor hun rekening nemen.

Niettemin zal bij dat soort regeling een triage van de telefonische oproepen moeten gebeuren via een gemeenschappelijk oproepnummer, een huisarts of rechtstreeks via de spoedgevallendienst.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

À l'article 8, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, modifié en dernier lieu par la loi du 13 décembre 2006, les mots "ayant la même qualification légale" sont remplacés par les mots "apte à le réaliser".

Art. 3

À l'article 5 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 30 juillet 2013, sont apportées les modifications suivantes:

1. le 1^o est remplacé comme suit:

"1^o au moment de la demande d'agrément, le service de garde de médecins généralistes doit, au minimum, être assuré pendant les week-ends et les jours fériés de 7H00 à 22H; pour la nuit profonde, de 22H00 à 7H00, si le service de garde de médecins généralistes ne peut assurer sa mission, l'article 3, 3^o, du présent arrêté est d'application lorsque l'accord de coopération visé par cette disposition a été conclu; le Roi peut déterminer des règles particulières relatives à la garde lorsque l'accord précité n'a pas été conclu;"

2. le 4^o est remplacé comme suit:

"4^o durant la période d'activité normale, de 7H00 à 22H00, du service de garde de médecins généralistes, un médecin au moins doit être disponible en permanence, et ce à raison de 1 médecin généraliste par tranche complète de 30 000 habitants; durant la nuit profonde, de 22H00 à 7H00, si le cercle de médecin généraliste organise la garde, il détermine, en collaboration

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 8, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, het laatst gewijzigd bij de wet van 13 december 2006, worden de woorden "die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft" vervangen door de woorden "die daartoe bekwaam is".

Art. 3

In artikel 5 van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 juli 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1. het 1^o wordt vervangen door wat volgt:

"1^o bij de aanvraag tot erkenning moet minimaal de huisartsenwachtdienst worden geregeld tijdens de weekends en feestdagen van 07:00 uur tot 22:00 uur; tijdens de nachturen, van 22:00 uur tot 07:00 uur, geldt, indien de huisartsenwachtdienst zijn taak niet kan vervullen, artikel 3, 3^o, van dit koninklijk besluit indien de in die bepaling bedoelde samenwerkingsovereenkomst werd gesloten; de Koning kan bijzondere regels in verband met de wachtdienst vastleggen indien voormelde overeenkomst niet werd gesloten;"

2. het 4^o wordt vervangen door wat volgt:

"4^o tijdens de periode van normale activiteit van de huisartsenwachtdienst, van 07:00 uur tot 22:00 uur, moet ten minste één arts permanent ter beschikking staan, zulks a rato van één huisarts per volledige schijf van 30 000 inwoners; tijdens de nachturen, van 22:00 uur tot 07:00 uur, voorziet de huisartsenkring, zo hij de wachtdienst organiseert, in samenwerking van

avec la commission médicale provinciale de son ressort, l'effectif nécessaire pour assurer sa mission; en cas de désaccord concernant la collaboration précitée, le Roi peut fixer lui-même cet effectif nécessaire;”.

11 octobre 2013

Marie-Christine MARGHEM (MR)
Jacqueline GALANT (MR)
Daniel BACQUELAINE (MR)
David CLARINVAL (MR)
Katrin JADIN (MR)
Valérie WARZÉE-CAVERENNE (MR)
Valérie DE BUE (MR)
Luc GUSTIN (MR)
Denis DUCARME (MR)

de Provinciale Geneeskundige Commissie van zijn werkgebied, organisatorisch in het nodige personeel om zijn taak te vervullen; bij onenigheid omtrent voormelde samenwerking kan de Koning zelf dat nodige personeel vaststellen;”.

11 oktober 2013