

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 novembre 2003

PROPOSITION DE LOI

**modifiant, en vue de suspendre
provisoirement les mesures
destinées à limiter l'offre médicale,
l'arrêté royal n° 78
du 10 novembre 1967
relatif à l'exercice
des professions des soins de santé**

(déposée par
Mmes Catherine Doyen-Fonck et Muriel
Gerken et M. Jean-Jacques Viseur)

SOMMAIRE

1. Résumé	3
2. Développements	4
3. Proposition de loi	11
4. Annexe	12

EN REMPLACEMENT DU DOCUMENT DISTRIBUÉ
PRÉCÉDEMMENT

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 november 2003

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van
het koninklijk besluit nr. 78
van 10 november 1967
betreffende de uitoefening van de
gezondheidszorgberoepen, teneinde
de maatregelen ter beperking van het
medisch aanbod tijdelijk op te schorten**

(ingediend door de dames
Catherine Doyen-Fonck en Muriel Gerken en
de heer Jean-Jacques Viseur)

INHOUD

1. Samenvatting	3
2. Toelichting	4
3. Wetsvoorstel	11
4. Bijlage	12

TER VERVANGING VAN HET VROEGER RONDGEDEELDE
STUK

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>VLAAMS BLOK</i>	: Vlaams Blok
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>
<i>DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	<i>DOC 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA : Questions et Réponses écrites</i>	<i>QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV : Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>	<i>CRIV : Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>
<i>CRIV : Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)</i>	<i>CRIV : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>
<i>CRABV : Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>	<i>CRABV : Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>
<i>PLEN : Séance plénière (couverture blanche)</i>	<i>PLEN : Plenum (witte kaft)</i>
<i>COM : Réunion de commission (couverture beige)</i>	<i>COM : Commissievergadering (beige kaft)</i>

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
<i>Commandes :</i>	<i>Bestellingen :</i>
<i>Place de la Nation 2</i>	<i>Natieplein 2</i>
<i>1008 Bruxelles</i>	<i>1008 Brussel</i>
<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.laChambre.be</i>	<i>www.deKamer.be</i>
<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>	<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>

RÉSUMÉ

La présente proposition de loi vise à suspendre pour une période de 4 ans la possibilité pour le Roi de limiter le nombre global de candidats répartis par Communauté qui, après avoir obtenu le diplôme de médecin, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers.

Ce moratoire de quatre ans doit être mis à profit par les autorités politiques, pour évaluer la pertinence d'une limitation de l'offre médicale dans notre pays.

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel strekt ertoe om, gedurende een periode van vier jaar, de mogelijkheid op te schorten die aan de Koning werd verleend om in te grijpen in verband met het over de gemeenschappen opgesplitste totale aantal kandidaten dat, na het bedoelde artsdiploma te hebben behaald, jaarlijks in aanmerking komt voor de toekenning van de bijzondere beroepstitels.

De beleidsinstanties moeten die wachtperiode van vier jaar benutten om te evalueren of de beperking van het medisch aanbod in ons land al dan niet pertinent is.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Historique du «Numerus Clausus»

La question de la limitation de l'offre médicale par l'instauration d'un «*numerus clausus*» en médecine est controversée depuis de nombreuses années

Selon les statistiques du ministère de la Santé Publique, le corps médical belge a quadruplé durant les 40 dernières années.

A la fin du 19^{ème} siècle, on comptait en Belgique un médecin pour 2.287 habitants et déjà le corps médical de l'époque réclamait un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales. A la fin du 20^{ème} siècle, la question était toujours là alors que la Belgique était dans le peloton de tête des pays européens les mieux pourvus en médecins.

Le débat sur le *numerus clausus* s'est ouvert dans notre pays en 1993 par un memorandum rédigé par le Doyen de la Faculté de Médecine de l'UCL et approuvé par l'ensemble des doyens de nos facultés de médecine. Ce manifeste rapportait notamment les arguments «pour et contre» du *numerus clausus*.

En faveur du *numerus clausus* on trouvait des arguments :

- d'ordre corporatiste : assurer des revenus suffisants à chaque médecin ;
- relatifs à la qualité des soins : un médecin sous-occupé risque d'être moins compétent ;
- d'ordre économique : la pléthore peut générer une surconsommation des soins de santé.

Les arguments contre le *numerus clausus* étaient et sont toujours plutôt d'ordre philosophique:

- la liberté d'accès au savoir.
- la démocratisation des études.
- l'impossibilité de prévoir la demande médicale correspondant à l'évolution de la société (vieillesse de la population, diversification des soins, progrès de la science).

Au début des années 90, les études démographiques forceront le choix, malgré l'opposition des étudiants et des recteurs, vers un objectif drastique : réduire de moitié le nombre de médecins diplômés.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Wordingsgeschiedenis van de «numerus clausus»

De beperking van het medisch aanbod door de invoering van een *numerus clausus* in de geneeskunde is al sinds vele jaren een omstreden kwestie.

Volgens de statistieken van het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu is het aantal Belgische artsen in de loop van de jongste 40 jaar toegenomen met factor 4.

Op het einde van de 19^e eeuw was er in België één arts per 2.287 inwoners. Toen reeds eisten de artsen een *numerus clausus* voor de toegang tot de artsenstudie. Op het einde van de 20^e eeuw was het probleem nog steeds aan de orde, hoewel België behoorde tot de Europese landen met de meeste artsen.

Het debat over de *numerus clausus* werd in ons land in 1993 op gang gebracht door een memorandum van de decaan van de Faculteit Geneeskunde van de UCL, dat werd goedgekeurd door alle decanen van onze medische faculteiten. Dat manifest bevatte onder meer de argumenten «voor en tegen» de *numerus clausus*.

De argumenten ten gunste van de *numerus clausus*

- waren van corporatistische aard: ervoor zorgen dat iedere arts voldoende inkomsten heeft;
- hadden betrekking op de kwaliteit van de zorg: een arts die te weinig werk heeft, zou daarbij wel eens zijn bekwaamheid kunnen inboeten;
- waren van economische aard: te veel artsen kan leiden tot een overconsumptie inzake gezondheidszorg.

De argumenten tegen de *numerus clausus* waren en zijn nog steeds veeleer van ethisch-filosofische aard:

- de vrije toegang tot de kennis;
- de democratisering van de studie;
- de onmogelijkheid om te voorzien wat de medische vraag zal zijn ten aanzien van de evolutie van de samenleving (vergrijzing van de bevolking, diversifiëring van de zorg, vooruitgang van de wetenschap).

Aan het begin van de jaren '90 is onder invloed van demografisch onderzoek en ondanks de tegenkanting van de studenten en de rectoren een drastische doelstelling bepaald: het aantal gediplomeerde artsen met de helft verminderen.

Et cela bien que d'autres études montraient déjà les tendances à la féminisation de la profession, au vieillissement de la population, au fait qu'un cinquième de l'activité des médecins en équivalent temps plein était consacrée à du non-curatif et que la durée moyenne du temps de travail hebdomadaire n'avait pas diminué depuis 1971.

En 1995, la pression est mise au maximum par les syndicats médicaux, les mutuelles ainsi que les partis politiques. La Commission de planification est mise en place en juin 1996. Le conseil des recteurs, au Nord comme au Sud du pays organise dans ce cadre les modalités de sélection des étudiants en médecine.

Organisation de la limitation de l'offre médicale

Le principe de la limitation de l'offre médicale est inscrit dans l'arrêté royal n° 78 dont l'article 35^{novies}, § 1^{er}, 1°, dispose :

«le Roi peut déterminer, après avis de la Commission de planification, le nombre global de candidats, réparti par Communauté, qui après avoir obtenu le diplôme visé (...) ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35^{quater} ... »

La Commission de planification a pour mission principale d'examiner les besoins en matière d'offre médicale. L'évolution des besoins étant considérée en tenant compte des besoins relatifs aux soins médicaux, de la qualité des soins et de l'évolution démographique et sociologique des professions concernées. Les propositions de cadre global et de répartition par communauté sont faites aux ministres.

Si la limitation de l'accès à l'attribution de titre professionnel de médecin, sanctionné par un numéro d'agrément INAMI est une compétence fédérale, l'organisation de la sélection durant les études pour faire correspondre le nombre d'étudiants en fin de cycle de formation au nombre de numéros d'agrément INAMI tel que défini par le Roi, est une compétence des Communautés.

La Communauté française a opté pour une limitation après les trois années de candidatures en mettant à profit ces années pour sélectionner valablement les étudiants les plus adéquats. Ce système a débouché

Die beslissing werd genomen in weerwil van het feit dat ander onderzoek eerder al had gewezen op een vervrouwelijking van het beroep, een vergrijzing van de bevolking, het feit dat één vijfde van de activiteit van de artsen in voltijds equivalent besteed was aan niet-curatieve handelingen en het feit dat de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur sinds 1971 niet was afgenomen.

In 1995 oefenden de artsenverenigingen, de ziekenfondsen alsmede de politieke partijen maximale persie uit. In juni 1996 werd de Planningscommissie-Medisch aanbod opgericht. De raad van de rectoren, zowel in het Noorden als in het Zuiden van het land, bepaalt in dat kader de nadere regels voor de selectie van de geneeskundestudenten.

Organisatie van de beperking van het medisch aanbod

Het principe van de beperking van het medisch aanbod is vastgesteld in het koninklijk besluit nr. 78, waarvan artikel 35^{novies}, § 1, 1°, luidt als volgt:

«de Koning [kan], na advies van de Planningscommissie, het globaal aantal kandidaten bepalen, opgesplitst per Gemeenschap dat jaarlijks na het bekomen van het diploma (...) toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35^{quater}.».

De hoofdtaak van de Planningscommissie bestaat erin de behoeften inzake medisch aanbod na te gaan. Bij het bepalen van de evolutie van de behoeften wordt rekening gehouden met de behoeften inzake medische zorg, de kwaliteit van de zorgverstrekking en de demografische en de sociologische evolutie van de betrokken beroepen. De voorstellen van algemene aantallen en van een verdeling per gemeenschap worden aan de ministers gedaan.

De beperking van de verlening van de beroepstitel van arts, die wordt bekrachtigd door een RIZIV-erkenningsnummer, is een federale bevoegdheid. De organisatie van de selectie in de loop van de studie om het aantal studenten aan het einde van de opleiding te laten overeenstemmen met het aantal RIZIV-erkenningsnummers zoals bepaald door de Koning, is echter een bevoegdheid van de gemeenschappen.

De Franse Gemeenschap heeft gekozen voor een beperking na de drie kandidaatsjaren, waarbij van die jaren gebruik wordt gemaakt om de meest geschikte studenten goed te selecteren. Die regeling heeft geleid

sur une détérioration dramatique du climat des études et sur une compétition acharnée entre les étudiants. De plus, la distinction introduite entre les attestations A et B, donnant accès ou non à un numéro INAMI, dévalorise *de facto* les débouchés offerts aux étudiants munis de l'attestation B parmi lesquels l'exercice de la recherche.

La Communauté flamande, quant à elle, a opté pour un examen d'entrée pur et simple. Ce système pose lui aussi de nombreux problèmes. Il suppose que les étudiants qui s'inscrivent en première candidature de médecine sont déjà mûrs pour faire leur choix et qu'il est possible de les sélectionner et d'évaluer leur aptitude à devenir médecin uniquement sur la base des compétences acquises dans l'enseignement secondaire. En outre, il ne permet toujours pas d'atteindre le quota de 420 étudiants, déjà jugé insuffisant par certains, attribué à la Communauté flamande ce qui risque d'entraîner un déficit chronique de praticiens.

On trouve en Europe des formules diverses sur le moment et sur la méthode de limitation d'accès à la profession médicale.

Certains pays l'organisent avant l'entrée à l'Université (Pays-Bas), d'autres après la première année d'études (France), d'autres encore au terme des études.

Certains pays comme les Pays-Bas procèdent par tirage au sort (avec pondération), sur base des résultats de l'enseignement secondaire (avec tests d'aptitude et/ou entretien de motivation (Allemagne, Royaume-Uni, Suisse) ou des résultats académiques (en France).

Décret du Parlement de la Communauté française modifiant les dispositions relatives aux études du secteur des sciences de la santé.

Le Parlement de la Communauté française a adopté le décret du 27 février 2003 modifiant les dispositions relatives aux études du secteur des sciences de la santé dans le décret du 5 septembre 1994 relatif au régime des études universitaires et des grades académiques et dans la loi du 27 juillet 1971 sur le financement et le contrôle des institutions universitaires (M.B. du 11 avril 2003).

tot een dramatische verslechtering van de studiesfeer en tot een bikkelarde concurrentiestrijd tussen de studenten. Bovendien beknot het gehanteerde verschil tussen een A- en een B-attest *de facto* de arbeidskansen van de studenten met een B-attest (dat geen recht geeft op een RIZIV-nummer), waaronder ook de arbeidskansen in de sector van het onderzoek.

De Vlaamse Gemeenschap heeft dan weer gekozen voor een gewoon ingangsexamen. Ook die regeling gaat met tal van problemen gepaard. Ze veronderstelt dat de studenten die zich inschrijven in de eerste kandidatuur geneeskunde al voldoende maturiteit hebben om die keuze te maken, en dat het mogelijk is uitsluitend op basis van de in het middelbaar onderwijs verworven kennis een selectie te maken en na te gaan of iemand de capaciteiten in huis heeft om een goed arts te worden. Daarenboven wordt het aan de Vlaamse Gemeenschap toegekende quotum van 420 studenten, dat volgens sommigen al te laag ligt, wegens de ingangsexamens niet altijd bereikt, wat op termijn tot een chronisch tekort aan practici kan leiden.

De formules die in Europa worden gehanteerd om de toegang tot het medisch beroep te beperken, vertonen verschillen wat het tijdstip en de manier betreft waarop die beperking wordt doorgevoerd.

In sommige landen gebeurt de selectie vóór de aanvang van de academische studie (Nederland), in andere na het eerste academiejaar (Frankrijk), en in nog andere pas op het einde van de studie.

Sommige landen, zoals Nederland, maken gebruik van de gewogen loting, andere landen baseren zich op de cijfers die in het middelbaar onderwijs werden behaald (alook op geschiktheidstests en/of een gesprek waarin wordt gepeild naar de motivatie van de kandidaat) (Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland). Daarnaast zijn er landen die zich baseren op de universitaire resultaten (Frankrijk).

Decreet van de Raad van de Franse Gemeenschap tot wijziging van de bepalingen aangaande de studies van de sector van de gezondheidswetenschappen

De Raad van de Franse Gemeenschap heeft op 27 februari 2003 het decreet tot wijziging van de bepalingen aangaande de studies van de sector van de gezondheidswetenschappen in het decreet van 5 september 1994 tot regeling van de universitaire studies en de academische graden en in de wet van 27 juli 1971 op de financiering van en het toezicht op de universitaire instellingen (*Belgisch Staatsblad* van 11 april 2003) aangenomen.

Malgré les réserves exprimées par les recteurs et les doyens des facultés de médecine de toutes les universités francophones du pays, ce décret abroge la procédure de sélection mise en place à partir de 1994 et limitant l'accès au deuxième cycle des études en science dentaire et au troisième cycle des études médicales.

Ce décret :

- supprime les procédures de sélection précédemment mises en place et le système des attestations A et B accordées en fin de premier cycle ;
- instaure une attestation spéciale permettant l'accès aux études de troisième cycle du secteur des sciences de la santé pour lesquelles, en vertu d'une législation fédérale, il existe une limitation du nombre de candidats ayant accès aux titres professionnels particuliers ;
- instaure un jury interuniversitaire composé d'un nombre égal de membres issus des jurys des différentes institutions universitaires conférant ce grade ;
- précise les modalités de classement des étudiants sur base de performances effectuées pendant le deuxième cycle des études ;
- prévoit une période transitoire pendant laquelle les étudiants sélectionnés sur base de la procédure antérieure gardent une priorité.

Ainsi que le faisait remarquer le Collège des doyens des facultés francophones de médecine dans leur lettre adressée au formateur en juillet 2003¹, ce décret modifie des situations que les étudiants pensaient acquises.

Les nouvelles modalités de classement seront difficiles à appliquer et ouvriront la porte à des recours. Les étudiants qui viennent de terminer leur premier cycle des études médicales seront particulièrement défavorisés du fait de la prolongation des mesures transitoires jusqu'à 2007, année de leur diplôme.

Plusieurs rapports de l'auditorat du Conseil d'État déposés récemment² concluent que «mérite d'être annulée la décision de date inconnue par laquelle la commission de délivrance des attestations pour les études

Ondanks de bedenkingen van de rectoren en de decanen van de medische faculteiten van alle Franstalige universiteiten van ons land, heft dat decreet de vanaf 1994 geldende selectieprocedure op. Aan de hand daarvan werd de toegang tot de tweede cyclus van de studie in de tandheelkunde en tot de derde cyclus van de studie in de geneeskunde beperkt.

Dat decreet:

- heft de eerder ingestelde selectieprocedure op, als ook de regeling waarbij op het einde van de eerste cyclus een A- of een B-attest wordt toegekend;
- stelt een bijzonder getuigschrift in dat toegang verschaft tot de studie van de derde cyclus van de sector van de gezondheidswetenschappen waarvoor, krachtens de federale wetgeving, een beperking bestaat van het aantal kandidaten dat toegang krijgt tot speciale beroepstitels;
- stelt een interuniversitaire examencommissie in, die is samengesteld uit een gelijk aantal leden van de examencommissies van de verschillende universitaire instellingen die de betrokken academische graad uitreiken;
- preciseert de regels volgens welke de studenten worden gerangschikt op grond van de in de tweede studiecycclus behaalde resultaten;
- voorziet in een overgangperiode waarin de voorrang uitgaat naar de op grond van de vroegere procedure geselecteerde kandidaten.

Zoals het *Collège des Doyens* van de Franstalige medische faculteiten in zijn brief van juli 2003¹ aan de formateur opmerkte, wijzigt dat decreet situaties die de studenten als een verworven zaak beschouwden.

De toepassing van de nieuwe regels om de kandidaten te rangschikken zal problemen opleveren, en bovendien zullen ze aanleiding geven tot het inleiden van bezwaarprocedures: de studenten die de eerste cyclus van de richting geneeskunde net hebben afgerond, worden immers bijzonder zwaar benadeeld door de verlenging van de overgangsmaatregelen tot 2007, het jaar waarin zij hun diploma zullen behalen.

Verschillende onlangs ingediende auditeursverslagen van de Raad van State² komen tot de volgende conclusie: « *mérite d'être annulée la décision de date inconnue par laquelle la commission de délivrance des*

¹ Lettre du Collège des doyens des facultés de médecine des Universités de la Communauté française de Belgique au formateur.

² Réf. : A.112.882/XI-15.529 ; A.110.544/XI-15.490 et A.129.096/XI-15.695

¹ Brief van het Collège des Doyens des Facultés de médecine des Universités de la Communauté française de Belgique aan de formateur.

² Ref.: A.112.882/XI-15.529; A.110.544/XI-15.490 en A.129.096/XI-15.695

en médecine de l'université de XXX refuse de délivrer l'attestation.». Cette attitude est confirmée par un arrêt récent du Conseil d'Etat qui a annulé la décision prise par la Commission interuniversitaire à l'égard d'étudiants en médecine concernant le refus de leur accorder l'attestation A.

Après avoir permis l'inscription d'étudiants qui n'avaient pas été sélectionnés³, le Conseil d'Etat ouvre la porte à la contestation de tous les classements réalisés par les commissions d'attestation entre 1997 et 2002.

Dans ces conditions, les mesures transitoires prévues au décret communautaire du 27 février 2003 deviendraient bien entendu inapplicables.⁴

En 2003, les Universités de la Communauté française de Belgique ont attribué quelques 530 diplômes de docteur en médecine. Ils ne seront plus que 330 en 2004, 326 en 2005 et 339 en 2006.

L'arrêté royal du 30 mai 2002 a défini que seuls 288 d'entre eux, dont 8 pédopsychiatres, pourront poursuivre un troisième cycle en médecine soignante (médecine générale ou médecine spécialisée).

Il y aura donc pour la partie francophone du pays, 42 étudiants qui devront obligatoirement s'orienter vers des pratiques non soignantes (la recherche, la médecine préventive, la gestion des données médicales, la médecine du travail ...). Ce nombre correspond effectivement aux 15 % qui s'orientent traditionnellement vers ces pratiques. La grande différence est que, jusqu'à présent, ces choix étaient libres et se faisaient au cours du troisième cycle des études en fonction des aspirations personnelles.

Le *numerus clausus*, tel qu'organisé actuellement, souffre de trop nombreuses incohérences et d'insécurité juridique et occasionne trop d'incertitudes, de stress et d'angoisses, pour les jeunes qui ont entamé des études de médecine ainsi que pour leurs parents.

³ Arrêt n° 99.275 du 28 septembre 2001 et décisions subséquentes du Conseil des Recteurs des Facultés universitaires de la Communauté française

⁴ Extrait de la lettre du Collège des Doyens des facultés de médecine des Universités de la Communauté française de Belgique au formateur.

attestations pour les études en médecine de l'université de XXX refuse de délivrer l'attestation.». De tendens van die conclusie wordt bevestigd in een recent arrest van de Raad van State, die de vernietiging heeft uitgesproken van een beslissing van de Interuniversitaire Commissie, die aan studenten geneeskunde een A-attest had geweigerd.

De Raad van State stond toe dat niet-geselecteerde kandidaten werden ingeschreven³, en maakt nu de betwisting mogelijk van elke rangschikking die de getuigschriftencommissie van 1997 tot 2002 heeft opgesteld.

In die omstandigheden wordt het in de praktijk uiteraard onmogelijk de overgangsmaatregelen die bij het decreet van de Franse Gemeenschap van 27 februari 2003 werden ingesteld⁴, ten uitvoer te leggen.

In 2003 reikten de universiteiten in Franstalig België ongeveer 530 diploma's van doctor in de geneeskunde uit. In 2004 zullen dat er nog slechts 330 zijn, 326 in 2005 en 339 in 2006.

In het koninklijk besluit van 30 mei 2002 werd vastgelegd dat van dat aantal slechts 288 studenten, van wie 8 kinderpsychiaters, de derde cyclus in de verzorgende geneeskunde (huisarts of geneesheer-specialist) mogen aanvragen.

In het Franstalige landsgedeelte zullen er bijgevolg 42 studenten verplicht zijn hun toevlucht te nemen tot de niet-verzorgende geneeskunde (research, preventieve gezondheidszorg, beheer van medische gegevens, arbeidsgeneeskunde enzovoort). Dat cijfer stemt overeen met de 15% van de studenten die traditioneel de weg van de niet-verzorgende geneeskunde inslaan. Het grote verschil ligt echter in het feit dat ze tot dusver de vrije keuze hadden en dat ze die keuze in de loop van de derde studiecycclus maakten, rekening houdend met hun persoonlijke voorkeur.

De *numerus clausus* in zijn huidige vorm vertoont te weinig samenhang, brengt te veel rechtsonzekerheid met zich en bezorgt de jongeren die de studie in de geneeskunde hebben aangevraagd, maar ook hun ouders, te veel onzekerheid, stress en angst.

³ Arrest nr. 99.275 van 28 september 2001 en navolgende beslissingen van de *Conseil des Recteurs des Facultés universitaires de la Communauté française*.

⁴ Uittreksel uit de brief aan de formateur van het *Collège des Doyens des Facultés de médecine des Universités de la Communauté française de Belgique*.

Les études médicales coûtent cher à la collectivité et exigent que d'importants efforts intellectuels soient fournis par l'étudiant. Il est donc indéfendable de laisser une personne étudier sept ans minimum dans une voie sans savoir si elle pourra accéder à un numéro INAMI ou choisir la spécialité qui correspond à ses aspirations.

Les responsables francophones des facultés de médecine dans un courrier adressé au formateur de l'actuel gouvernement en juillet 2003 ont plaidé pour un moratoire de quatre ans.

La présente proposition de loi vise à suspendre pour une période de 4 ans la possibilité pour le Roi de limiter le nombre global de candidats, et par voie de conséquence le nombre de candidats par spécialité, répartis par Communauté qui, après avoir obtenu le diplôme visé de médecin, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers.

Ce moratoire de quatre ans doit être mis à profit par les autorités politiques pour évaluer la pertinence d'une limitation de l'offre médicale dans notre pays.

Les premiers étudiants soumis à cette limitation ne sont pas encore arrivés au bout de leur cursus que des voix, tant au Nord qu'au Sud du pays, s'élèvent pour mettre en garde contre les risques de pénuries futures. Aujourd'hui déjà, selon les spécialités et les zones géographiques, les hôpitaux rencontrent des difficultés pour trouver des stagiaires et recruter des médecins.

Les pays voisins qui ont introduit depuis plus longtemps un système de limitation commencent à en ressentir les effets pervers de manière de plus en plus aiguë (liste d'attente, fermeture de service de soins, recrutement de main d'œuvre étrangère,...) et envoient certains de leurs patients se faire opérer chez nous.

Ces éléments doivent donc mener les autorités politiques à redéfinir d'une part les besoins futurs en santé publique tenant compte du vieillissement de la population, d'une offre de soins plus performante et de la qualité de vie et d'autre part, l'offre médicale future. Cela passe notamment par une objectivation des scénarios et études définissant l'offre médicale, la prise en compte de la féminisation de la profession, et de la diminution du taux d'activité des praticiens, ainsi que l'actualisation des chiffres INAMI.

Ce n'est qu'à partir de ces redéfinitions qu'il sera possible d'évaluer l'utilité de maintenir ou non une limitation d'accès à la profession, de fixer, s'il y a lieu, des

De medische studie is een dure aangelegenheid voor de gemeenschap en vereist aanzienlijke intellectuele inspanningen van de student. Het is bijgevolg onverantwoord iemand minimum zeven jaar een studierichting te laten volgen, zonder dat de betrokkene op voorhand weet of die studie hem een RIZIV-nummer oplevert, dan wel of hij zal kunnen kiezen voor een specialisme dat met zijn wensen overeenstemt.

In een brief van juli 2003 gericht aan de formateur van de huidige regering hebben de Franstalige voorzitters van de medische faculteiten er dan ook voor gepleit de zaak met vier jaar uit te stellen.

Dit wetsvoorstel strekt ertoe om, gedurende een periode van vier jaar, de mogelijkheid op te schorten die aan de Koning werd verleend om in te grijpen in verband met het over de gemeenschappen opgesplitste totale aantal kandidaten – en bijgevolg ook kandidaten per specialisme – die, nadat ze het bedoelde artsdiploma hebben behaald, jaarlijks in aanmerking komen voor de toekenning van de bijzondere beroepstitels.

De beleidsinstanties moeten de wachttijd van vier jaar benutten om te evalueren of de beperking van het medisch aanbod in ons land al dan niet pertinent is.

De eerste studenten die onder die beperkende regeling vielen, zijn nog niet afgestudeerd en zowel in het Noorden als in het Zuiden van het land wordt gewaarschuwd voor een mogelijk tekort aan artsen in de toekomst. Afhankelijk van de specialismen en de geografische zones hebben sommige ziekenhuizen het nu al moeilijk om stagiaires te vinden en artsen in dienst te nemen.

De buurlanden waar al sinds lang een beperkende regeling van kracht is, beginnen daar almaar meer de neveneffecten van te voelen (wachtlijsten, sluiting van zorgverleningscentra, indienstneming van buitenlandse personeel,...) en sturen een aantal van hun patiënten door naar België.

Die aspecten moeten de beleidsinstanties ertoe aanzetten de noden van morgen inzake volksgezondheid te herdefiniëren, waarbij ze niet alleen rekening moeten houden met de vergrijzing van de bevolking, een performanter zorgaanbod en de levenskwaliteit, maar ook met het toekomstige medisch aanbod. Een en ander vereist met name een objectivering van de schema's en studies waarin het medisch aanbod wordt bepaald, aandacht voor de vervrouwelijking van het beroep en voor de dalende activiteitsgraad bij de pratici, als ook een bijwerking van de RIZIV-cijfers.

Die herdefiniëringen zijn noodzakelijk om te kunnen evalueren of de beperking van de toegang tot het beroep al dan niet moet worden gehandhaafd, dan wel of

quotas appropriés et par voie de conséquence de mettre en place, au niveau des communautés, un processus de sélection précoce, équitable et durable, qui assure la cohérence de nos législations fédérales et communautaires et respecte la politique européenne en matière d'offre médicale.

Par ailleurs, afin de mettre fin aux incohérences législatives entre des réglementations fédérales et communautaires, il pourrait être intéressant de prévoir la mise en place d'un accord de coopération entre l'État fédéral et les communautés en ce qui concerne l'organisation de la limitation de l'offre médicale de telle sorte que l'on garantisse une uniformisation entre les communautés en ce qui concerne l'évaluation et la limitation de l'offre médicale.

Compte tenu des éléments ci-dessus, la proposition de loi ne touche cependant pas aux compétences de la commission de planification de l'offre prévue par l'article 35*octies* de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé. Il est en effet primordial qu'elle continue son travail d'évaluation de l'offre.

La proposition de loi prévoit que la suspension de l'article 35*novies* de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé qui organise la limitation de l'offre médicale entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Elle cessera d'être en vigueur le 31 décembre 2007. Ce qui garantit à tous les étudiants actuels du deuxième cycle un accès au troisième cycle et laisse le temps aux autorités politiques d'évaluer la pertinence d'une limitation de l'offre médicale dans notre pays et de mettre en place, s'il y a lieu, un processus de sélection équitable et durable.

Catherine DOYEN-FONCK (cdH)
Muriel GERKENS (ECOLO)
Jean-Jacques VISEUR (CDH)

aangepaste quota nodig zijn en of, bijgevolg, op gemeenschapsniveau niet moet worden voorzien in een billijke en stabiele selectieprocedure die plaatsvindt in een vroeg stadium en die er garant voor staat dat onze federale en gemeenschapswetgeving onderling coherent zijn en stroken met het Europees beleid inzake medisch aanbod.

Teneinde komaf te maken met de wetgevende incoherenties tussen de op federaal en op gemeenschapsniveau vigerende regelgevingen, zou het interessant kunnen zijn dat de federale Staat en de gemeenschappen een samenwerkingsakkoord sluiten, dat ertoe strekt de beperking van het medisch aanbod zo te regelen dat de evaluatie en de beperking van het medisch aanbod in alle gemeenschappen gegarandeerd eenvormig verloopt.

Rekening houdend met bovengenoemde elementen raakt het wetsvoorstel evenwel in generlei opzicht aan de bevoegdheden van de Planningscommissie-Medisch aanbod, waarin artikel 35*octies* van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen voorziet. Het is immers van wezenlijk belang dat die commissie het medisch aanbod blijft evalueren.

Het wetsvoorstel voorziet erin dat de opschorting van artikel 35*novies* van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, dat de beperking van het medisch aanbod regelt, op 1 januari 2004 in werking treedt en tot 31 december 2007 zal gelden. Zo wordt gewaarborgd dat de huidige studenten van de tweede cyclus toegang hebben tot de derde cyclus. Ook krijgen de beleidsinstanties aldus de tijd om te evalueren of een beperking van het medisch aanbod in ons land al dan niet pertinent is, en of er niet beter een selectieprocedure zou komen die billijker en stabiel is.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

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

Art. 2

L'article 35^{novies} de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, est complété par un § 7, rédigé comme suit :

«§ 7. Les §§1^{er} à 6 ne produisent pas leurs effets entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007. ».

Art. 3

La présente loi entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

9 octobre 2003

Catherine DOYEN-FONCK (cdH)
Muriel GERKENS (ECOLO)
Jean-Jacques VISEUR (cdH)

WETSVOORSTEL

Artikel 1

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

Art. 2

Artikel 35^{novies} van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, wordt aangevuld met een § 7, luidend als volgt:

«§ 7. Tussen 1 januari 2004 en 31 december 2007 hebben de §§ 1 tot 6 geen uitwerking.».

Art. 3

Deze wet treedt in werking op de dag dat zij in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

9 oktober 2003

TEXTE DE BASE

Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé

Art. 35*novies*

§ 1^{er}. Sur la proposition conjointe des ministres qui ont respectivement la Santé publique et les Affaires sociales dans leurs attributions, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres:

1° le Roi peut déterminer, après avis de la Commission de planification, le nombre global de candidats, réparti par Communauté, qui, après avoir obtenu le diplôme visé aux articles 2, § 1^{er}, et 3, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers, faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35*quater* et le nombre global de candidats, réparti par Communauté, qui ont annuellement accès à l'attribution de l'agrément visé à l'article 21*bis*, § 3;

2° le Roi peut déterminer, après avis de la Commission de planification, le nombre global de candidats qui ont annuellement accès à l'obtention d'un agrément pour l'exercice d'une profession pour laquelle il existe un agrément;

3° le Roi peut fixer les critères et les modalités pour la sélection des candidats visés au 1° et au 2°.

§ 2. La mesure visée au § 1^{er}, 1°:

1° ne peut produire ses effets qu'après un délai égal à la durée des études nécessaires à l'obtention des diplômes visés aux articles 2, § 1^{er}, 1°:

2° est suspendue par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, s'il ressort notamment du rapport de la Commission de planification, visée à l'article 35*octies*, § 2, que les besoins fixés par Communauté ne sont pas dépassés entre autres à la suite des mesures prises par Communauté en ce qui concerne la maîtrise des besoins.

§ 3. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Commission de planification, sur proposition du ministre de la Santé publique et du Ministre des Affaires sociales, déterminer par

TEXTE DE BASE ADAPTÉ À LA PROPOSITION

Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé

Art. 35*novies*

§ 1^{er}. Sur la proposition conjointe des ministres qui ont respectivement la Santé publique et les Affaires sociales dans leurs attributions, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres:

1° le Roi peut déterminer, après avis de la Commission de planification, le nombre global de candidats, réparti par Communauté, qui, après avoir obtenu le diplôme visé aux articles 2, § 1^{er}, et 3, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers, faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35*quater* et le nombre global de candidats, réparti par Communauté, qui ont annuellement accès à l'attribution de l'agrément visé à l'article 21*bis*, § 3;

2° le Roi peut déterminer, après avis de la Commission de planification, le nombre global de candidats qui ont annuellement accès à l'obtention d'un agrément pour l'exercice d'une profession pour laquelle il existe un agrément;

3° le Roi peut fixer les critères et les modalités pour la sélection des candidats visés au 1° et au 2°.

§ 2. La mesure visée au § 1^{er}, 1°:

1° ne peut produire ses effets qu'après un délai égal à la durée des études nécessaires à l'obtention des diplômes visés aux articles 2, § 1^{er}, 1°:

2° est suspendue par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, s'il ressort notamment du rapport de la Commission de planification, visée à l'article 35*octies*, § 2, que les besoins fixés par Communauté ne sont pas dépassés entre autres à la suite des mesures prises par Communauté en ce qui concerne la maîtrise des besoins.

§ 3. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Commission de planification, sur proposition du Ministre de la Santé publique et du Ministre des Affaires sociales, déterminer par

BASISTEKST**Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967
betreffende de uitoefening van de
gezondheidszorgberoepen****Art. 35novies**

§ 1. Op gezamenlijk voorstel van de ministers die respectievelijk de Volksgezondheid en Sociale Zaken onder hun bevoegdheid hebben, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad:

1° kan de Koning, na advies van de Planningscommissie, het globaal aantal kandidaten bepalen, opgesplitst per Gemeenschap dat jaarlijks na het bekomen van het diploma bedoeld in de artikelen 2, § 1, en 3, toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35^{quater} en het globaal aantal kandidaten bepalen, opgesplitst per Gemeenschap dat jaarlijks toegang heeft tot het verkrijgen van de erkenning bedoeld in artikel 21^{bis}, § 3;

2° kan de Koning, na advies van de planningscommissie, het globaal aantal kandidaten bepalen dat jaarlijks toegang heeft tot het verkrijgen van een erkenning voor de uitoefening van een beroep waarvoor een erkenning bestaat;

3° kan de Koning de criteria en modaliteiten vastleggen voor de selectie van de in 1° en in 2° bedoelde kandidaten.

§ 2. De in § 1, 1°, bedoelde maatregel:

1° kan ten vroegste uitwerking hebben na een termijn die gelijk is aan de duur van de studies die nodig zijn voor het behalen van de in de artikelen 2, § 1 en 3 bedoelde diploma's;

2° wordt door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit opgeschort, indien blijkt onder andere uit het rapport van de Planningscommissie bedoeld in artikel 35^{octies}, § 2, dat de vastgestelde behoeften per Gemeenschap niet worden overschreden onder meer ten gevolge van de maatregelen genomen per Gemeenschap inzake aanbodsbeheersing.

§ 3. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Planningscommissie, op voorstel van de minister van Volksgezondheid en van de Minister van Sociale Zaken, per Gemeenschap het

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET VOORSTEL**Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967
betreffende de uitoefening van de
gezondheidszorgberoepen****Art. 35novies**

§ 1. Op gezamenlijk voorstel van de ministers die respectievelijk de Volksgezondheid en Sociale Zaken onder hun bevoegdheid hebben, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad:

1° kan de Koning, na advies van de Planningscommissie, het globaal aantal kandidaten bepalen, opgesplitst per Gemeenschap dat jaarlijks na het bekomen van het diploma bedoeld in de artikelen 2, § 1, en 3, toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35^{quater} en het globaal aantal kandidaten bepalen, opgesplitst per Gemeenschap dat jaarlijks toegang heeft tot het verkrijgen van de erkenning bedoeld in artikel 21^{bis}, § 3;

2° kan de Koning, na advies van de planningscommissie, het globaal aantal kandidaten bepalen dat jaarlijks toegang heeft tot het verkrijgen van een erkenning voor de uitoefening van een beroep waarvoor een erkenning bestaat;

3° kan de Koning de criteria en modaliteiten vastleggen voor de selectie van de in 1° en in 2° bedoelde kandidaten.

§ 2. De in § 1, 1°, bedoelde maatregel:

1° kan ten vroegste uitwerking hebben na een termijn die gelijk is aan de duur van de studies die nodig zijn voor het behalen van de in de artikelen 2, § 1 en 3 bedoelde diploma's;

2° wordt door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit opgeschort, indien blijkt onder andere uit het rapport van de Planningscommissie bedoeld in artikel 35^{octies}, § 2, dat de vastgestelde behoeften per Gemeenschap niet worden overschreden onder meer ten gevolge van de maatregelen genomen per Gemeenschap inzake aanbodsbeheersing.

§ 3. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Planningscommissie, op voorstel van de minister van Volksgezondheid en van de Minister van Sociale Zaken, per Gemeenschap het

Communauté le nombre de candidats ayant accès aux différents titres professionnels ou groupes de titres professionnels particuliers.

§ 4. Le Roi peut, sur proposition du ministre de la Santé publique et par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, étendre les dispositions prévues aux §§ 1^{er}, 2 et 3, moyennant les adaptations nécessaires, aux autres professions visées à l'article 35^{ter}.

§ 5. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sur la proposition des ministres qui ont respectivement la Santé Publique et les Affaires Sociales dans leurs attributions, fixer la liste des titres professionnels particuliers qui peuvent être acquis par les titulaires des diplômes de base visés aux articles 2, § 1^{er}, 3 et 5, § 2 pour lesquels la limitation du nombre de candidats n'est pas d'application.

§ 6. Lorsqu'un candidat doit faire partie de deux groupes de professionnels des soins de santé dont le nombre est réglementairement limité conformément au § 1^{er}, il ne doit être repris que dans un seul groupe.

Communauté le nombre de candidats ayant accès aux différents titres professionnels ou groupes de titres professionnels particuliers.

§ 4. Le Roi peut, sur proposition du ministre de la Santé publique et par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, étendre les dispositions prévues aux §§ 1^{er}, 2 et 3, moyennant les adaptations nécessaires, aux autres professions visées à l'article 35^{ter}.

§ 5. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sur la proposition des ministres qui ont respectivement la Santé Publique et les Affaires Sociales dans leurs attributions, fixer la liste des titres professionnels particuliers qui peuvent être acquis par les titulaires des diplômes de base visés aux articles 2, § 1^{er}, 3 et 5, § 2 pour lesquels la limitation du nombre de candidats n'est pas d'application.

§ 6. Lorsqu'un candidat doit faire partie de deux groupes de professionnels des soins de santé dont le nombre est réglementairement limité conformément au § 1^{er}, il ne doit être repris que dans un seul groupe.

§ 7. Les §§ 1^{er} à 6 ne produisent pas leurs effets entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007.

aantal kandidaten bepalen dat toegang heeft tot de diverse beroepstitels of groep van bijzondere beroepstitels.

§ 4. De Koning kan op voorstel van de Minister van Volksgezondheid en bij een in Ministerraad overlegd besluit, mits de nodige aanpassingen, de bepalingen van §§ 1, 2 en 3 uitbreiden tot andere beroepen vermeld in artikel 35*ter*.

§ 5. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in Ministerraad en op voorstel van de ministers die respectievelijk Volksgezondheid en Sociale Zaken onder hun bevoegdheid hebben, de lijst vastleggen van de bijzondere beroepstitels die verkregen kunnen worden door de houders van de basisdiploma's bedoeld bij artikelen 2, § 1, 3 en 5, § 2 waarvoor de beperking van het aantal kandidaten niet van toepassing is.

§ 6. Wanneer een kandidaat deel moet uitmaken van twee groepen van beoefenaars van een gezondheidszorgberoep waarvan het aantal reglementair beperkt is overeenkomstig § 1, moet hij slechts in één enkele groep opgenomen worden.

aantal kandidaten bepalen dat toegang heeft tot de diverse beroepstitels of groep van bijzondere beroepstitels.

§ 4. De Koning kan op voorstel van de minister van Volksgezondheid en bij een in Ministerraad overlegd besluit, mits de nodige aanpassingen, de bepalingen van §§ 1, 2 en 3 uitbreiden tot andere beroepen vermeld in artikel 35*ter*.

§ 5. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in Ministerraad en op voorstel van de ministers die respectievelijk Volksgezondheid en Sociale Zaken onder hun bevoegdheid hebben, de lijst vastleggen van de bijzondere beroepstitels die verkregen kunnen worden door de houders van de basisdiploma's bedoeld bij artikelen 2, § 1, 3 en 5, § 2 waarvoor de beperking van het aantal kandidaten niet van toepassing is.

§ 6. Wanneer een kandidaat deel moet uitmaken van twee groepen van beoefenaars van een gezondheidszorgberoep waarvan het aantal reglementair beperkt is overeenkomstig § 1, moet hij slechts in één enkele groep opgenomen worden.

§ 7. Tussen 1 januari 2004 en 31 december 2007 hebben de §§ 1 tot 6 geen uitwerking.