

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

16 oktober 2008

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 mevrouw
Muriel Gerken c.s.)

INHOUD

1. Samenvatting	3
2. Toelichting	4
3. Wetsvoorstel	10
4. Bijlage	11

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

16 octobre 2008

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 Mme Muriel Gerken
et consorts)

SOMMAIRE

1. Résumé	3
2. Développements	4
3. Proposition de loi	10
4. Annexe	11

cdH	:	centre démocrate Humaniste		
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams		
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen		
FN	:	Front National		
LDD	:	Lijst Dedecker		
MR	:	Mouvement Réformateur		
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie		
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten		
PS	:	Parti Socialiste		
sp.a+VI.Pro	:	Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven		
VB	:	Vlaams Belang		

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 52 0000/000 :	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000 :	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
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)	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 :	Plenum	PLEN :	Séance plénière
COM :	Commissievergadering	COM :	Réunion de commission
MOT :	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT :	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

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

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 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 de regulering van het medisch aanbod beter te organiseren.

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 mieux organiser la régulation de l'offre médicale.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel neemt de tekst over van wetsvoorstel DOC 51 471/001 en brengt die tekst bij de tijd.

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 XIX^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 XX^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 aan 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).

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi reprend, en l'actualisant, le texte de la proposition de loi DOC 51 471/001.

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 XIX^e 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 XX^e 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).

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

Die beslissing werd genomen ofschoon 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 sommige politieke partijen maximale pressie 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^o, 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 dat is bepaald door de Koning, is echter een bevoegdheid van de gemeenschappen.

De Vlaamse Gemeenschap heeft gekozen voor een gewoon ingangsexamen. Ook die regeling gaat met tal

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.

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 certains 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^o, 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 flamande a opté pour un examen d'entrée pur et simple. Ce système pose lui aussi de

van problemen gepaard. Ze veronderstelt dat de studenten die zich inschrijven in de eerste bachelor 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.

In 2003 maakte die regeling het niet mogelijk het quotum van 420 studenten te halen, een cijfer dat toen al door verscheidene waarnemers onvoldoende werd geacht, omdat het tot een chronisch tekort aan pratici kon leiden.

Nu, in 2008, weten we dat de voor de Vlaamse Gemeenschap toegestane quota niet volstaan om een adequaat antwoord te bieden op de behoeften aan gezondheidszorg, en dat sommige studenten als ze zijn afgestudeerd, door het RIZIV-quotum uit de boot zullen vallen. Het aantal studenten die voor het toelatings-examen zijn geslaagd en die voor het 4^e en het 5^e jaar slagen, is immers hoger dan de vastgestelde quota.

De Franse Gemeenschap had eerst gekozen voor een beperking na de drie toenmalig kandidaatsjaren, waarbij van die jaren gebruik wordt gemaakt om de meest geschikte studenten goed te selecteren. Die regeling heeft geleid tot een dramatische verslechtering van de studiesfeer en tot een bikkelharte concurrentiestrijd tussen de studenten.

Tijdens het academiejaar 2006-2007 werd die regeling omgevormd in quota voor eerstejaarsstudenten die naar het tweede jaar over mochten. Verscheidene tientallen studenten die voor het eerste jaar geslaagd waren, werden aldus in juni 2007 en juni 2008 belet hun geneeskundestudie voort te zetten.

De studenten hebben bij de Raad van State een beroep ingediend en hun zaak gewonnen.

Op de regering van de Franse Gemeenschap wordt door de universiteitrectoren, de studenten en Ecolo druk uitgeoefend om die quota uit te stellen en ondertussen met de federale regering te onderhandelen over een herziening van de *numerus-clausus* regeling die voor de universiteiten geldt. De Groenen vragen bovendien een herziening van de organisatie van de studie en van de oprichting van een multidisciplinaire school voor geneeskunde.

In feite waren de eerste studenten die onder die beperkende regeling vielen, nog niet afgestudeerd en zowel in het Noorden als in het Zuiden van het land werd gewaarschuwd voor een mogelijk tekort aan artsen in de toekomst.

nombreux problèmes. Il suppose que les étudiants qui s'inscrivent en première bachelier 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 2003, il ne permettait pas d'atteindre le quota de 420 étudiants alors que celui-ci était déjà jugé insuffisant par plusieurs observateurs risquant de provoquer un déficit chronique de praticiens.

Aujourd'hui, en 2008, nous savons que les quotas autorisés pour la Communauté flamande sont insuffisants pour assurer une réponse adéquate aux besoins en soins de santé mais que par contre, des étudiants seront refusés du quota INAMI en fin d'étude. Le nombre d'étudiants ayant réussi l'examen d'entrée et réussissant leurs études en 4^e et 5^e année, est en effet supérieur aux quotas fixés.

La Communauté française avait d'abord opté pour une limitation après les trois années de candidatures d'alors en mettant à profit ces années pour sélectionner valablement les étudiants les plus adéquats. Ce système a débouché sur une détérioration dramatique du climat des études et sur une compétition acharnée entre les étudiants.

Durant l'année 2006-2007, ce système s'est transformé en quotas d'étudiants de 1^{re} année autorisés à passer en 2^e année. Plusieurs dizaines d'étudiants ayant réussi leur année se virent ainsi empêchés de poursuivre leurs études de médecine en juin 2007 et en juin 2008.

Les étudiants ont introduit des recours au Conseil d'État et ont obtenu gain de cause.

Le gouvernement de la Communauté française est soumis à la pression des recteurs d'université, des étudiants et du parti Ecolo pour installer un moratoire sur ces quotas d'étudiants le temps de négocier avec le gouvernement fédéral une révision du *numerus clausus* fédéral dont les universités sont tributaires. Les écolos demandent en plus une révision de l'organisation des études et la création d'une école de la santé pluridisciplinaire.

En fait, les premiers étudiants soumis à cette limitation n'étaient pas encore arrivés au bout de leur cursus que des voix, tant au Nord qu'au Sud du pays, s'élevaient pour mettre en garde contre les risques de pénuries futures.

Reeds in 2003, toen het wetsvoorstel werd ingediend, hadden sommige ziekenhuizen, afhankelijk van de specialismen en de geografische zones, het al moeilijk om stagiairs te vinden en artsen in dienst te nemen.

Sindsdien heeft de planningscommissie het aantal artsen dat in aanmerking komt voor de RIZIV-erkenning jaarlijks opgetrokken.

Krachtens het recentste koninklijk besluit van 18 juni 2008 wordt in de Franse Gemeenschap tussen 2008 en 2011 aan 303 artsen toegang verleend tot een beroepstitel; in 2015 zullen dat er 492 zijn, tegenover 288 in 2002.

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 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.

Het is dus duidelijk dat zowel de geneeskundestudie als het medisch aanbod op het hele grondgebied anders moet worden georganiseerd.

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 die wachttijd van vier jaar benutten om:

- te voorzien in een kadaster van de medische praktijken: door welke artsen met een RIZIV-nummer worden ze uitgeoefend? Waar? Voltijds dan wel deeltijds? In een privépraktijk, in het ziekenhuis of in een medisch centrum, enz.;
- in de zorgregio's de zorgbehoeften gedecentraliseerd te evalueren, en zich niet langer tot statistische vergelijkingen te beperken;
- samen met de gemeenschappen en de gewesten de balans op te maken en beter in te spelen op de behoeften van de artsen in de consultaties van Kind & Gezin en het

En 2003, lors du dépôt de cette proposition de loi, déjà, selon les spécialités et les zones géographiques, les hôpitaux rencontraient des difficultés pour trouver des stagiaires et recruter des médecins.

La commission de Planification a depuis et ce, chaque année, augmenté le nombre de médecins autorisés à recevoir l'agrément INAMI.

Le dernier arrêté royal datant du 18 juin 2008 permet 303 accès à un titre professionnel en Communauté française pour 2008 à 2011, 492 accès à un titre en 2015, contre les 288 qui étaient prévus en 2002.

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.

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

Nous voyons donc bien qu'il faut adapter à la fois l'organisation des études en médecine et l'organisation de l'offre médicale sur l'ensemble du territoire.

La présente proposition de loi vise à suspendre pour une période de quatre 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 publiques:

- pour réaliser un cadastre complet des pratiques médicales: quels médecins ayant un numéro INAMI exercent-ils? Où? A temps plein ou temps partiel? En cabinet privé, en hôpital ou en maison médicale?... etc;
- pour réaliser de manière décentralisée dans les bassins de soins une évaluation des besoins en matière de soins de santé et non plus se contenter de comparaisons statistiques;
- pour réaliser avec les Communautés et Régions une évaluation et une meilleure réponse aux besoins de médecins dans les consultations ONE, dans la médecine

Franstalige *ONE*, in de arbeidsgeneeskunde, de preventieve geneeskunde en de geneeskunde die zich bezig houdt met de invloed van de milieuverontreiniging;

– de gemeenschappen op grond van die evaluaties in staat te stellen de studies geneeskunde en gezondheidszorg beter te organiseren.

Die wachttijd moet er dringend komen want thans wordt vastgesteld dat:

– de ziekenhuizen een beroep doen op buitenlandse artsen om de weekenddienst te doen;

– de ziekenhuizen en de universiteiten kandidaat-artsen-specialisten in groten getale uit de Oost-Europese landen en uit Afrika aantrekken, niet alleen om hen een kwaliteitsopleiding aan te bieden, maar ook – en vaak bovenal – om de schaarste aan Belgische (kandidaat-) artsen-specialisten op te vangen;

– de huisartsen de alarmbel luiden, omdat de huidige beroepsbeoefenaars, gezien hun hoge gemiddelde leeftijd, binnenkort zullen moeten worden vervangen. Bovendien is het beroep van huisarts aan herwaardering toe, omdat de studenten de voorkeur geven aan andere specialismen dan dat van huisarts. Die afwijkende gang van zaken is voorspelbaar wanneer men de studenten in hun studieperiode ongebreideld tegen elkaar uitspeelt.

De buurlanden waar al sinds lang een beperkende regeling van kracht is, voelen daar almaar meer de neveneffecten van (wachtlijsten, sluiting van zorgverleningscentra, indienstneming van buitenlands personeel,...), sturen een aantal van hun patiënten door naar België of bieden de Belgische artsen zeer aantrekkelijke voorwaarden.

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 practici, alsook een bijwerking van de RIZIV-cijfers.

Het KCE heeft in 2007 een onderzoek uitgevoerd over het zorgaanbod. Het komt tot dezelfde conclusies, met name: er is een gebrek aan voldoende en relevante informatie over het kadaster van de beoefenaars van gezondheidsberoepen, er worden tekorten geconstateerd en verwacht, de zorgbehoeften zijn slecht gespreid over

du travail, dans la médecine préventive comme celle liée aux pollutions environnementales;

– pour permettre aux Communautés d'organiser autrement les études de médecine et de santé.

L'urgence de ce moratoire se justifie car aujourd'hui:

– les hôpitaux font venir des médecins étrangers pour assurer les gardes de week-end

– les hôpitaux et universités vont chercher en grand nombre des candidats en spécialisation dans des pays d'Europe de l'Est et en Afrique et ce, pas seulement pour leur proposer une formation de qualité mais aussi et parfois surtout pour combler les pénuries de médecins spécialistes et de candidats spécialistes belges;

– les médecins généralistes lancent des cris d'alarme car une relève est à assurer rapidement vu la moyenne d'âge élevée des praticiens actuels. Une revalorisation de la médecine générale est en outre nécessaire car les étudiants préfèrent s'orienter vers des spécialisations autres que la médecine générale. Dérive prévisible lorsqu'on installe une compétition effrénée entre étudiants pendant leurs études.

Les pays voisins qui ont introduit depuis plus longtemps un système de limitation ressentent 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 ou offrent des ponts d'or aux médecins belges.

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.

Le KCE a réalisé une étude en 2007 sur les offres de soins. Il aboutit aux mêmes conclusions de manque d'informations suffisantes et pertinentes quant au cadastre des professionnels de la santé, de pénuries constatées et attendues, de mauvaise répartition sur le territoire, de mauvaise adéquation entre les besoins de soins et

het grondgebied en slecht afgestemd op het bestaande zorgaanbod in de algemene geneeskunde en in de andere specialismen.

Momenteel is een ander onderzoek aan de gang dat tot doel heeft uit te maken welke maatregelen moeten worden genomen om de algemene geneeskunde aantrekkelijker te maken aangezien de geneeskundestudenten de voorkeur geven aan specialismen.

Uit alle onderzoeken en waarnemingen komt naar voren dat de geografische spreiding van het zorgaanbod moet worden herzien. Uit een ander wetsvoorstel van dezelfde indieners (DOC 52 0057/001) blijkt trouwens dat het relevant is de federale numerus clausus te vervangen door een regulering van het medisch aanbod via een gedecentraliseerde behoeftenevaluatie per zorgbekken en gedifferentieerde vergunningen voor de vestiging van artsen naargelang de reële situatie in die zorgbekkens.

Gelet op de verwachte tekorten, op het feit dat dit werk moet worden gedaan in overleg met tal van actoren en op de grondige wijzigingen waaraan men concreet gestalte moet durven te geven, vraagt het wetsvoorstel dat men er tijdens de voor die wijzigingen vereiste tijd mee ophoudt studenten die voor hun lange en moeilijke studie in de geneeskunde slagen te verhinderen dat zij toegang krijgen tot de titel die hun de mogelijkheid zal bieden dat beroep uit te oefenen.

Het wetsvoorstel raakt evenwel in generlei opzicht aan de bevoegdheden van de Planningscommissie-Medisch aanbod, waarin artikel 35octies 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 35novies van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, dat de beperking van het medisch aanbod regelt, op 1 januari 2009 in werking treedt en zal gelden tot 31 december 2012 omdat dan een andere reguleringswijze van het zorgaanbod mag worden verwacht.

les offres de soins existantes en médecine générale et dans les autres spécialisations.

Une autre étude est en cours actuellement visant à identifier les mesures à prendre pour augmenter l'attractivité de la médecine générale puisque celle-ci est délaissée par les étudiants en médecine au profit des autres spécialisations.

Toutes les études et observations convergent donc pour dire qu'il faut réorganiser l'organisation des offres de soins sur le territoire. Une autre proposition de loi des mêmes auteurs (DOC 52 0057/001), démontre d'ailleurs la pertinence de supprimer le numerus clausus fédéral par une régulation de l'offre médicale via évaluation décentralisée des besoins par bassin de soins et des autorisations d'installations des praticiens différenciées en fonction des réalités de ces bassins de soin.

Compte tenu des pénuries attendues, compte tenu de ce travail à effectuer en concertation avec de nombreux acteurs et des modifications profondes à oser concrétiser, la proposition de loi demande que pendant le temps nécessaire à ces transformations, on arrête d'empêcher des étudiants qui réussissent leurs longues et difficiles études de médecine d'avoir accès au titre qui leur permettra d'exercer cette profession.

La proposition de loi ne touche cependant pas aux compétences de la commission de planification de l'offre prévue par l'article 35octies 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 35novies 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 2009. Elle cessera d'être en vigueur le 31 décembre 2012, date à laquelle on peut s'attendre à un autre mode de régulation de l'offre médicale.

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
 Zoé GENOT (Ecolo-Groen!)
 Juliette BOULET (Ecolo-Groen!)
 Fouad LAHSSAINI (Ecolo-Groen!)
 Georges GILKINET (Ecolo-Groen!)
 Philippe HENRY (Ecolo-Groen!)
 Thérèse SNOY (Ecolo-Groen!)
 Jean-Marc NOLLET (Ecolo-Groen!)

WETSVOORSTEL

Artikel 1.

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

Art. 2.

Het bij de wet van 29 april 1996 ingevoegde en bij de wetten van 22 februari 1998, 10 augustus 2001 en 24 november 2004 gewijzigde 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 2009 en 31 december 2012 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.

25 augustus 2008

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, inséré par la loi du 29 avril 1996 et modifié par les lois des 22 février 1998, 10 août 2001 et 24 novembre 2004, est complété par un § 7, rédigé comme suit:

«§ 7. Les §§1^{er} à 6 ne produisent pas leurs effets entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2012.».

Art. 3.

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

25 août 2008

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
 Zoé GENOT (Ecolo-Groen!)
 Juliette BOULET (Ecolo-Groen!)
 Fouad LAHSSAINI (Ecolo-Groen!)
 Georges GILKINET (Ecolo-Groen!)
 Philippe HENRY (Ecolo-Groen!)
 Thérèse SNOY (Ecolo-Groen!)
 Jean-Marc NOLLET (Ecolo-Groen!)

BIJLAGE

ANNEXE

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

§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 behalen van het diploma bedoeld in de artikelen 2, § 1, eerste lid, en 3, eerste lid, toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels, die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35*quater*;

2° kan de Koning, na advies van de Planningscommissie, het globaal aantal kandidaten bepalen, die houders zijn van een diploma afgeleverd door een instelling die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap of van de Vlaamse Gemeenschap valt, opgesplitst per Gemeenschap, dat jaarlijks, na het behalen van de erkenning bedoeld in artikel 21*bis*, § 1, eerste lid, toegang krijgt tot de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, voor de in artikel 34, eerste lid, 1°, c), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde verstrekkingen;

3° 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;

4° kan de Koning de criteria en regels vastleggen voor de selectie van de in 1°, in 2° en in 3° 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

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

§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 behalen van het diploma bedoeld in de artikelen 2, § 1, eerste lid, en 3, eerste lid, toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels, die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35*quater*;

2° kan de Koning, na advies van de Planningscommissie, het globaal aantal kandidaten bepalen, die houders zijn van een diploma afgeleverd door een instelling die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap of van de Vlaamse Gemeenschap valt, opgesplitst per Gemeenschap, dat jaarlijks, na het behalen van de erkenning bedoeld in artikel 21*bis*, § 1, eerste lid, toegang krijgt tot de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, voor de in artikel 34, eerste lid, 1°, c), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde verstrekkingen;

3° 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;

4° kan de Koning de criteria en regels vastleggen voor de selectie van de in 1°, in 2° en in 3° 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

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 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}, alinéa 1^{er}, et 3, alinéa 1^{er}, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers, faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35^{quater};

2° le Roi peut déterminer, après avis de la Commission de planification, le nombre global de candidats titulaires d'un diplôme délivré par une institution relevant de la Communauté française ou de la Communauté flamande, réparti par Communauté, qui, après avoir reçu l'agrément visé à l'article 21^{bis}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, obtiennent annuellement accès à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, c), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

3° 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;

4° le Roi peut fixer les critères et les modalités pour la sélection des candidats visés au 1°, au 2° et au 3°.

§ 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

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 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}, alinéa 1^{er}, et 3, alinéa 1^{er}, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers, faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35^{quater};

2° le Roi peut déterminer, après avis de la Commission de planification, le nombre global de candidats titulaires d'un diplôme délivré par une institution relevant de la Communauté française ou de la Communauté flamande, réparti par Communauté, qui, après avoir reçu l'agrément visé à l'article 21^{bis}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, obtiennent annuellement accès à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, c), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

3° 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;

4° le Roi peut fixer les critères et les modalités pour la sélection des candidats visés au 1°, au 2° et au 3°.

§ 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

artikel 35octies, § 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 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 35ter.

§ 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.

artikel 35octies, § 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 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 35ter.

§ 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 2009 en 31 december 2012 hebben de §§ 1 tot 6 geen uitwerking.

35octies, § 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 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 35ter.

§ 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.

35octies, § 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 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 35ter.

§ 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 2009 et le 31 décembre 2012.