

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

30 juli 2015

**GEDACHTEWISSELING**

**over het artsenkadaster**

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE  
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN  
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING  
UITGEBRACHT DOOR  
MEVROUW **Valerie VAN PEEL**

**INHOUD**

Blz.

I. Inleidende uiteenzettingen .....	3
A. Inleidende uiteenzetting door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid .....	3
B. Inleidende uiteenzetting door de verte- genwoordigers van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu diensten .....	4
II. Bespreking.....	8
A. Kadaster.....	8
1. Activiteit.....	8
a. Activiteitsgraad.....	8
b. Plaats van zorgverstrekking .....	9
c. Inactiviteit van de zorgverstreker .....	10
d. Gegevenskoppeling .....	11
2. Tandheelkunde .....	11
3. Schaarsterisico .....	11
4. Gevolgen.....	12
B. Beheer van het aanbod.....	14
1. Voorafgaande opmerking .....	14
2. Contingentering .....	15
3. Toegestane verstrekkingen voor de houders van een artsendiploma .....	18
4. Aantrekkelijkheid.....	19

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

30 juillet 2015

**ÉCHANGE DE VUES**

**sur le cadastre des médecins**

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET  
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ  
PAR  
MME **Valerie VAN PEEL**

**SOMMAIRE**

Pages

I. Exposés introductifs .....	3
A. Exposé introductif de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.....	3
B. Exposé introductif des représentants du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimen- taire et Environnement.....	4
II. Discussion .....	8
A. Cadastre .....	8
1. Activité .....	8
a. Taux d'activité.....	8
b. Lieu de prestation.....	9
c. Inactivité du prestataire .....	10
d. Données croisées .....	11
2. Dentisterie.....	11
3. Risque de pénurie.....	11
4. Suites .....	12
B. Gestion de l'offre.....	14
1. Remarque préliminaire .....	14
2. Contingentement .....	15
3. Prestations autorisées aux titulaires d'un diplôme de médecin.....	18
4. Attractivité .....	19

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/  
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

**A. — Vaste leden / Titulaires:**

N-VA Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel,  
Jan Vercammen  
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael  
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry  
  
CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof  
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers  
sp.a Maya Detiège  
Ecolo-Groen Muriel Gerkens  
cdH Catherine Fonck

**B. — Plaatsvervangers / Suppléants:**

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert  
Wollants  
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Eric Massin, Fabienne Winckel  
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel,  
Stéphanie Thoron  
Sarah Claerhout, Franky Demon, Nahima Lanjri  
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx  
Monica De Coninck, Karin Jiroflée  
Anne Dedry, Evita Willaert  
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

**C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:**

FDF Véronique Caprasse

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

*Afkortingen bij de nummering van de publicaties:*

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

*Abréviations dans la numérotation des publications:*

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

*Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers*

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

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

*Publications officielles éditées par la Chambre des représentants*

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

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Tijdens haar vergadering van 30 juni 2015 heeft uw commissie een gedachtewisseling gehouden met mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, over het artsenkadaster.

Ook werden een aantal technische preciseringen aangebracht door de heer Pieter-Jan Miermans en mevrouw Aurélie Somer (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-Generaal Gezondheidszorg, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen).

## I. — INLEIDENDE UITEENZETTINGEN

### A. Inleidende uiteenzetting door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

*Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid*, heeft in december 2014 aan de deelstaatministers bevoegd voor (hoger) onderwijs voorgesteld om een oplossing te vinden voor het overtal van artsen dat momenteel promoveert. Haar voorstel bevatte onder meer een onderdeel om voor de zomer 2015 een zogenaamd “dynamische kadaster van de artsen” op te leveren. Dit zal het debat over het vereiste aantal afstuderende artsen mee objectiveren in functie van evoluties op vlak van demografie, evoluties van het zorglandschap, enz.

Het dynamisch kadaster is de eerste stap van de federale overheid op de weg naar die oplossing. In de voorgestelde oplossing voor het probleem van het overtal van afstuderende artsen, waren ook een aantal andere elementen opgenomen, onder meer op vlak van de invoering van een doeltreffende filter.

Het dynamisch kadaster is er nu, tijdig opgeleverd en gepubliceerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu op haar website. Het is een complex werkstuk, dat is samengesteld uit een vijftigtal rapporten over alle bijzondere beroepstitels (huisartsen en alle specialisaties) en een aantal overzichtsyntheserapporten. De Planningscommissie, met onder meer deskundigen en vertegenwoordigers van de deelstaten, heeft dit werkstuk eenparig goedgekeurd.

De voorbereidingen voor dit dynamisch kadaster (“PlanCad”) waren eerder al opgestart. Er is in de voorbije maanden aan gewerkt door de administratie en door leden van de planningscommissie zelf. Er is

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 30 juin 2015 à un échange de vues avec Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, sur le cadastre des médecins.

Des précisions techniques ont par ailleurs été apportées par M. Pieter-Jan Moermans et Mme Aurélie Somer (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de santé, Service Professions des soins de santé et Pratique professionnelle, Cellule de planification des professions des soins de santé).

## I. — EXPOSÉS INTRODUCTIFS

### A. Exposé introductif de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

*Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique*, a proposé, en décembre 2014, aux ministres des entités fédérées compétents en matière d’enseignement (supérieur) de trouver une solution à l’excédent de jeunes diplômés en médecine. Sa proposition comprenait notamment un volet prévoyant la création d’un “cadastre dynamique des médecins” pour l’été 2015, ce qui allait contribuer à objectiver le débat relatif au nombre requis de diplômés en médecine en fonction des évolutions au niveau de la démographie, du paysage des soins de santé, etc.

Le cadastre dynamique constitue la première étape dans la recherche de la solution proposée par l’autorité fédérale. La solution proposée pour résoudre le problème de l’excédent de jeunes diplômés en médecine comprenait également une série d’autres éléments concernant notamment l’instauration d’un filtre efficace.

Le cadastre dynamique est une réalité à présent. Il a été déposé à temps et publié par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement sur son site web. Il s’agit d’un instrument complexe qui est composé d’une cinquantaine de rapports relatifs à tous les titres professionnels particuliers (médecins généralistes ainsi que toutes les spécialités) et d’un certain nombre de rapports synoptiques et de synthèse. La Commission de planification, comprenant notamment des spécialistes et des représentants des entités fédérées, a approuvé cet instrument à l’unanimité.

Les préparatifs de ce cadastre dynamique (“PlanCad”) avaient déjà commencé auparavant. L’administration et des membres de la Commission de planification elle-même y ont travaillé au cours des mois écoulés. De

aandacht en energie besteed aan de verfijning van het kadaster, aan de duiding en aan de validatie van de verwerkte gegevens.

Na analyse van de in het dynamisch kadaster gekoppelde gegevens, kunnen toekomstscenario's voor elke beroepsgroep uitgewerkt worden aan de hand van het geharmoniseerd mathematisch planningsmodel van de planningscommissie medisch aanbod. Voor het schatten van het toekomstige aanbod aan beoefenaars van een gezondheidszorgberoep is er exacte kennis vereist over de huidige stand van zaken. Die huidige stand van zaken wordt gegeven door het dynamisch kadaster. Enkel vanuit een correct beeld over de huidige 'voorraad' aan gezondheidszorgverleners in een bepaald beroep en inzicht in de jaarlijkse in- en uitstroom kunnen er betekenisvolle uitspraken over toekomstige evoluties worden gedaan.

Het dynamisch kadaster is geen op zichzelf staande reeks (eind)rapporten maar een werkinstrument voor de planningscommissie om haar werkzaamheden mee te oriënteren, maar is. Het is dus voorbarig om er nu meteen conclusies uit te willen trekken. De planningscommissie kan mee aan de slag om de globale quota en hun verdeling over de Gemeenschappen voor te stellen voor de jaren 2022 en volgende. Voor het jaar 2021 – het betreft de studenten die in oktober hun studies geneeskunde zullen aanvangen – wordt het huidig contingent herbevestigd.

De planningscommissie wordt in haar nieuwe samenstelling tijdens de eerste helft van juli officieel geïnstalleerd.

### **B. Inleidende uiteenzetting door de vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu**

*De heer Pieter-Jan Miermans (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)* legt uit dat "PlanCad" een instrument is dat de gegevens van de Federale databank van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen (het "kadaster" van de FOD) koppelt met de gegevens van het RIZIV en van de *Datawarehouse* Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming (van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid). Deze koppeling biedt zicht op de activiteit van de gezondheidszorgprofessionals en heeft tot doel te beschikken over een kadaster van de actieve artsen, dat bijgevolg "dynamisch" is.

De aldus gekoppelde gegevens zijn van drieërlei aard: de gegevens over de erkende beroepsbeoefenaars (kadaster van de gezondheidszorgprofessional), de

l'attention et de l'énergie ont été consacrées à affiner le cadastre, à interpréter et à valider les données traitées.

Après analyse des données couplées dans le cadastre dynamique, des scénarios peuvent être développés pour chaque groupe professionnel à l'aide du modèle mathématique de planification harmonisé de la Commission de planification de l'offre médicale. Pour procéder à une estimation de l'offre future des professionnels des soins de santé, il faut avoir une connaissance précise de la situation actuelle. Le cadastre dynamique en est le reflet. Seules une image correcte du 'stock' actuel des dispensateurs de soins de santé dans un groupe déterminé et un relevé annuel des arrivées et des départs enregistrés dans ce secteur permettent de se prononcer avec pertinence sur les évolutions futures.

Le cadastre dynamique n'est pas une succession autonome de rapports (finaux), mais un instrument de travail permettant à la commission de planification d'orienter ses travaux. Il est donc prématuré de vouloir tirer des conclusions dès à présent. La commission de planification pourra s'en servir pour proposer les quota généraux et leur répartition entre les communautés pour les années 2022 et suivantes. Pour l'année 2021 — il s'agit des étudiants qui débiteront leurs études de médecine en octobre — le contingent actuel est une nouvelle fois confirmé.

La commission de planification sera, dans sa nouvelle composition, officiellement installée au cours de la première quinzaine de juillet.

### **B. Exposé introductif des représentants du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement**

*M. Pieter-Jan Moermans (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)* explique que l'outil "PlanCad" consiste en un couplage des données du cadastre des professionnels de santé en droit de prester (données dont dispose le SPF) avec les données de l'INAMI et du *Datawarehouse* Marché du Travail & Protection Sociale (de la Banque-carrefour de la Sécurité sociale). Ce couplage donne une vue sur l'activité des professionnels de santé et vise à disposer d'un cadastre des médecins actifs (et, en cela, "dynamique").

Les données ainsi couplées sont de plusieurs ordres: celles sur les professionnels en droit de prester (cadastre des professionnels de santé), celles sur les prestations

gegevens over de verstrekkingen in het kader van de ziekteverzekering (RIZIV) en de gegevens over de arbeidsmarkt en de sociale bescherming, de activiteit en de inactiviteit ("Datawarehouse"). De Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid zorgt ervoor dat de gegevens geanonimiseerd worden en op een beveiligde manier worden overgezonden.

Om zijn betoog te verduidelijken en om een overzicht te geven van die gegevenskoppeling geeft de spreker enkele fictieve voorbeelden:

ID ANON.	Kadaster FOD			RSZ		RIZIV		RSVZ
	Lft.	Gesl.	Arr.	VTE	Sector	Aantal prestaties	Comp. Code	ZST categ.
Med.1	20-24	M	Namur	/	/	3000	127	Hoofdber
Med. 2	35-39	V	Gent	/	/	0	179	/
Med. 3	45-49	M	Aalst	/	/	0	/	/
Med. 4	30-34	M	Huy	0.45	ZKH	2000	118	Bijberoep
Med. 5	50-54	V	Mons	0.55	Industrie	0	/	/
...	...	...	...	...	...	...	...	...

Aan de verwezenlijking van het "PlanCad"-project zijn verschillende stappen voorafgegaan. Eind 2013 werd begonnen met de voorbereiding en werd een aanvraag ingediend bij het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid (Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer) om over de nodige gegevens te beschikken. In de loop van 2014 werden de gegevens ontvangen, gecontroleerd, geformatteerd en gekoppeld. Er werd een standaardisering toegepast op basis van de creatie van een analyse-*template*. Tussen december 2014 en februari 2015 werden de resultaten van de werkgroep "artsen ComPlan" ontvangen.

Vervolgens werden in de eerste helft van 2015 de verslagen en de syntheseverslagen voltooid en werden de gegevens geïnterpreteerd en gevalideerd. Het geheel werd gevalideerd en op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geplaatst.

Zo werden er gestandaardiseerde rapporten gepubliceerd in de twee landstalen: 42 basisrapporten (per specialisatie of subgroep van de inwendige geneeskunde, met groepering van de psychiatrie), vijf bijkomende rapporten (met groepering van specialisaties en bijzondere bekwaamheden) en drie algemene rapporten (over het totaal, de specialisten en de artsen in opleiding). De basisrapporten zijn beschikbaar op de website van de FOD en omvatten drie onderdelen: een beschrijving van de analysepopulatie, de activiteit van de analysepopulatie en de evolutie tussen 2004 en 2012.

dans le cadre de l'assurance maladie (INAMI) et celles sur le marché du travail et la protection sociale, l'activité et l'inactivité (*Datawarehouse*). La Banque-carrefour de la Sécurité sociale assure l'anonymat et la transmission sécurisée des données.

Pour illustrer son propos et donner un aperçu du croisement des données, l'intervenant propose des exemples fictifs:

ID ANON.	Cadastre SPF			ONSS		INAMI		INASTI
	Age	Sexe	Arr.	Volume travail en ETP	Secteur Employ. (NACE)	Nbre de Prest. Nomencl.	Code Comp.	Catég. Indép.
Med.1	20-24	H	Namur	/	/	3000	127	Act. Princip.
Med. 2	35-39	F	Gand	/	/	0	179	/
Med. 3	45-49	H	Bruges	/	/	0	/	/
Med. 4	30-34	H	Huy	0.45	Hôpital	2000	118	Act. Princip.
Med. 5	50-54	F	Mons	0.55	Industrie	0	/	/
...	...	...	...	...	...	...	...	...

Différentes étapes ont mené à la réalisation de l'outil "PlanCad". Dès la fin de l'année 2013, la préparation a eu lieu et une demande a été introduite en Comité sectoriel Sécurité sociale et Santé (Commission de la protection de la vie privée) afin de disposer des données nécessaires. Au cours de l'année 2014, les données ont été reçues, contrôlées, formatées et couplées. Une approche standardisée a été retenue sur la base d'un modèle de conception ("*template*") d'analyse. Entre décembre 2014 et février 2015, les résultats du groupe de travail sur les médecins "ComPlan" ont été obtenus.

Ensuite, au cours du premier semestre 2015, les rapports et les rapports de synthèse ont été finalisés. Les travaux d'interprétation et de validation ont eu lieu. L'ensemble a été validé et publié sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Des rapports standardisés ont ainsi pu être publiés, dans les deux langues: 42 rapports de base (par spécialité ou par sous-groupe de médecine interne, avec un regroupement de la psychiatrie), cinq rapports complémentaires (avec un regroupement de spécialités et de compétences particulières) et trois rapports globaux (sur la totalité, sur les médecins spécialistes et sur les médecins en formation). Les rapports de base sont disponibles sur le site du SPF et comprennent trois parties: la description de la population d'analyse, leur activité et l'évolution entre 2004 et 2012.

Naast de gestandaardiseerde rapporten werden een methodologische nota, waarin het project en de methodologie beschreven worden, en een syntheserapport opgesteld. Het syntheserapport omvat een presentatie, een overzichtstabel, kerncijfers van de analyse voor elke groep en enkele aandachtspunten.

In verband met de methodologie benadrukt de spreker dat de VTE (voltijds-equivalent) een basiscriterium is. De VTE duidt het arbeidsvolume van een individu aan in verhouding tot een "normale" voltijdse betrekking. De analyse in VTE geeft het beschikbare arbeidsvolume weer, los van de individuen. Wat het RSZ-stelsel betreft, zijn de gepresteerde VTE's beschikbaar bij de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Voor het RIZIV-stelsel is er daarentegen geen VTE-indicator beschikbaar. Het begrip "voltijds" is niet eenvoudig te definiëren voor een vrij beroep. De berekening van een VTE gebeurt dus op basis van de waarde van de terugbetaalde RIZIV-verstrekingen, uitgaande van de activiteit van de geobserveerde mediaanpersoon in de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar. Verstrekingen voor een totaal van 100 000 euro over een jaar kunnen bijvoorbeeld een VTE vormen. Het belangrijkste is te beschikken over een referentiepunt, dat wil zeggen een indicator van het gepresteerde arbeidsvolume, die het mogelijk maakt de groepen te vergelijken.

Een dergelijke methodologie vereist dat waakzaamheid geboden is bij de interpretatie van de resultaten. De methode leidt immers slechts tot relatieve waarden, niet tot absolute waarden. Die waarden houden verband met een referentiepersoon. De representativiteit van de referentiepersoon, voorgesteld als een mediaan, is dus doorslaggevend. De mediaanpersoon krijgt in deze methode altijd een VTE van 1, zelfs indien zijn activiteit niet voldoet aan de verwachtingen wat een optimale activiteit betreft. Dit kan een mogelijke bias veroorzaken.

Bij gebrek aan andere beschikbare indicatoren, is hij er evenwel van uitgegaan dat de mediaanwaarde in de leeftijdsgroep 45-54 een geldige schatting verstrekt. De referentiewaarden werden gevalideerd op basis van een consensus binnen de werkgroep. Om de VTE-berekeningswijze transparant te maken, wordt de verdeling van de RIZIV-terugbetalingen in de rapporten opgenomen.

De spreker neemt als voorbeeld de pediatrie. De resultaten van de gegevenskoppeling voor artsen-specialisten in de pediatrie op de arbeidsmarkt zijn in mei 2015 op de internetsite van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu bekendgemaakt

Outre les rapports standardisés, une note méthodologique, décrivant le projet et la méthode de travail, et un rapport de synthèse ont été établis. Le rapport de synthèse comprend une présentation, un tableau récapitulatif, des chiffres clés issus de l'analyse pour chaque groupe et des points d'attention.

En ce qui concerne la méthodologie, l'intervenant souligne qu'un critère de base consiste en l'ETP (équivalent temps plein). Celui-ci reflète le volume de travail d'un individu en référence avec une activité "normale" temps plein. L'analyse par ETP permet de présenter le volume de travail existant, indépendamment des individus. Dans le régime de l'ONSS, les ETP prestés sont disponibles à la Banque-carrefour de la Sécurité sociale. Dans le régime de l'INAMI, il n'y a par contre pas d'indicateur ETP disponible. Or, la notion "temps plein" dans une profession libérale est complexe. Le calcul d'un ETP s'effectue donc sur la base de la valeur des prestations INAMI remboursées, en se fondant sur l'activité de la personne médiane observée dans le groupe d'âge entre 45 et 54 ans. Par exemple, un ensemble de prestations atteignant 100 000 euros sur une année peut constituer un ETP. L'essentiel est de disposer d'un point de référence, soit un indicateur du volume de travail presté, qui permette de comparer les différents groupes.

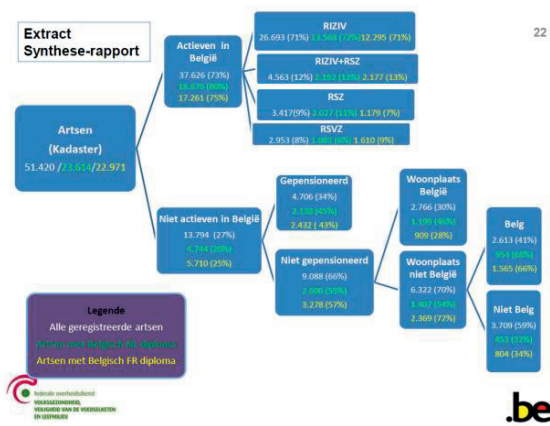
Une telle méthodologie nécessite des précautions quant à l'interprétation des résultats. En effet, la méthode ne fournit jamais que des valeurs relatives, et non des valeurs absolues. Ces valeurs sont en relation avec une personne de référence. La représentativité de la personne de référence, imaginée comme une médiane, est donc déterminante. La personne médiane reçoit dans cette méthode toujours un ETP, même si son activité ne répond pas aux attentes d'activité optimale. Ceci peut introduire des biais.

Néanmoins, à défaut d'autres indicateurs disponibles, il est parti du principe que la médiane du groupe d'âge 45-54 fournit une approximation valide. Les valeurs de référence ont été validées au sein du groupe de travail, de manière consensuelle. Pour rendre transparente la méthode de calcul ETP, la distribution de remboursements INAMI est reprise dans les rapports.

L'intervenant prend l'exemple de la pediatrie. Les résultats du couplage pour les médecins spécialistes en pediatrie sur le marché du travail ont été publiés et diffusés en mai 2015 sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et

en verspreid.<sup>1</sup> Verschillende tabellen worden daarin weergegeven.

De spreker vestigt voorts de aandacht van de leden op het volgende uittreksel uit het syntheseverslag dat een algemeen beeld geeft over de wijze waarop de activiteit van de artsen gerepertorieerd wordt:



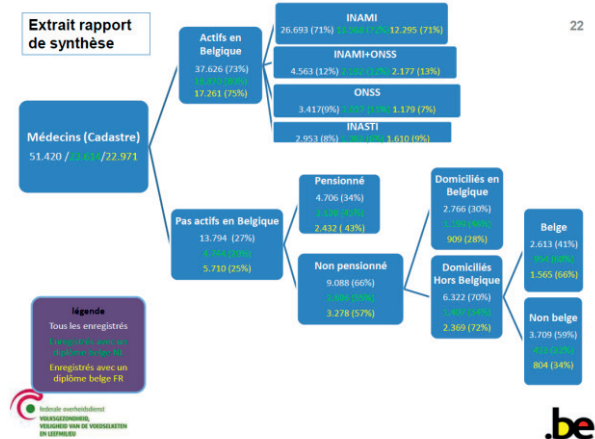
Het instrument “PlanCad” evolueert. Hoewel het heel gedetailleerd is, is het echter niet exhaustief. Het hangt af van de beschikbare administratieve gegevens. De makers van het instrument hebben nog geen zicht op een aantal sectoren, zoals de zelfstandigen die niet onder een RIZIV-nummer werken. De RIZIV-activiteit zegt bovendien niets over de plaats van de zorgvertrekking. Enkel de informatie over de woonplaats van de zorgverstreker is bekend. Men moet evolueren naar een periodieke koppeling, waarbij men voor alle erkende beroepen voor een bepaalde periode toegang heeft tot de gegevens en waarbij een exacte definitie van de variabelen voorafgaandelijk is uitgewerkt. De gegevens in het instrument moeten worden verbeterd en bijgevoegd. Evoluties zijn noodzakelijk in de *Datawarehouse*. Nieuwe bronnen zouden kunnen worden toegevoegd.

Het gaat hier om een weergave van de situatie van het beroep op 31 december 2012 (verkregen met behulp van PlanCad). Op basis daarvan zullen de toekomstscenario's van vraag en aanbod voor de artsen kunnen worden ontwikkeld. Het niveau van de toekomstige quota zal in een werkgroep en in de Planningscommissie worden besproken aan de hand van de verkregen gegevens en van het wiskundige model. De uiterste datum daartoe is mei 2016. De bekendmaking van het basisscenario en van de alternatieve scenario's is voor het eerste trimester van 2016 gepland.

<sup>1</sup> Het rapport is terug te vinden via de volgende links:  
 — Nederlandstalige versie: [http://www.health.belgium.be/filestore/19103339\\_NL/sommaire\\_nl.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19103339_NL/sommaire_nl.pdf)  
 — Franstalige versie: [http://www.health.belgium.be/filestore/19103339/sommaire\\_fr.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19103339/sommaire_fr.pdf);

Environnement<sup>1</sup>. Différents tableaux y sont repris.

L'orateur attire par ailleurs l'attention des membres sur l'extrait suivant du rapport de synthèse, qui offre une vue générale sur la manière dont l'activité des médecins est répertoriée:



L'outil “PlanCad” est en évolution. S'il est riche en détails, il n'est toutefois pas exhaustif. Il dépend des données administratives disponibles. Des secteurs échappent encore aux auteurs de l'outil, comme les indépendants travaillant hors INAMI. L'activité INAMI ne fournit en outre pas le lieu des prestations. Seule est disponible l'information du lieu du domicile du prestataire. Il est nécessaire d'évoluer vers un couplage périodique, avec un droit d'accès aux données pour une période déterminée pour toutes les professions reconnues et une définition exacte des variables au préalable. Les données dans l'outil doivent être améliorées et additionnées. Des évolutions sont nécessaires dans le *Datawarehouse*. De nouvelles sources pourraient être ajoutées.

Sur la base de ce qui constitue ici une photographie de la situation de la profession au 31 décembre 2012, obtenue à l'aide de PlanCad, les scénarios du futur d'offre et de demande pour les médecins pourront être développés. Le niveau des quotas futurs sera examiné en groupe de travail et en Commission de planification, sur la base des données recueillies et du modèle mathématique. La date limite pour ce faire est fixée en mai 2016. La publication du scénario de base et des scénarios alternatifs est prévue au 1<sup>er</sup> trimestre 2016.

<sup>1</sup> Pour le lien vers le rapport, voyez:  
 — version française: [http://www.health.belgium.be/filestore/19103339/sommaire\\_fr.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19103339/sommaire_fr.pdf);  
 — version néerlandaise: [http://www.health.belgium.be/filestore/19103339\\_NL/sommaire\\_nl.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19103339_NL/sommaire_nl.pdf).

## II. — BESPREKING

### A. Kadaster

#### 1. Activiteit

##### a. Activiteitsgraad

*Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen)* wijst op de methodologische moeilijkheid om de criteria voor de VTE vast te stellen. Is het relevant om de groep van 45-54-jarigen in aanmerking te nemen, aangezien net bij die groep het grootste volume aan zorgverstrekkingen ligt? Met wat komt de door de overheidsdienst vermelde 100 000 euro overeen?

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* stelt vast dat de activiteitsgraad van de artsen verschilt naar gelang de regio. Zijn er objectieve verklaringen voor die verschillen? Houdt dat verband met het criterium van de woonplaats van de zorgverstrekkers?

*De heer André Frédéric (PS)* maakt dezelfde bedenkingen. Het lid geeft aan dat die verschillen verklaard zouden kunnen worden door de spreiding die wordt toegepast. Zijn er cijfers over die toepassing in de verschillende regio's beschikbaar?

*De heer Damien Thiéry (MR)* vraagt hoe de VTE is bepaald, aangezien rekening moet worden gehouden met de verschillende statuten van de artsen (werknemers of zelfstandigen).

*Voorzitter Muriel Gerkens* geeft aan dat de VTE berekend wordt op basis van een periode van voltijdse activiteit van een arts in de leeftijdscategorie 45-54-jaar. Die VTE dient als basis om te bepalen of al dan niet aan de zorgbehoeften wordt voldaan.

De spreekster vraagt zich af of die methode relevant is. De beroepspraktijken van de artsen evolueren immers. Sommigen verkiezen minder activiteit, langere raadplegingen of een groepspraktijk. De VTE-referentie dreigt die zorgverstrekkers te benadelen. De tijd die aan de zorgverstrekking wordt besteed, wordt niet in aanmerking genomen. De onrechtmatige raadplegingen en de neiging om beslag te leggen op de patiënten, zijn niet identificeerbaar, terwijl jonge artsen daardoor hun vak niet kunnen uitoefenen.

De spreekster is onder de indruk van het aantal oude zorgverstrekkers die de geneeskunde blijven beoefenen, lang nadat zij 65 jaar zijn geworden. Hoe komt dat?

## II. — DISCUSSION

### A. Cadastre

#### 1. Activité

##### a. Taux d'activité

*Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen)* note la difficulté méthodologique que pose l'établissement de critères pour l'ETP. Retenir le groupe des 45-54 ans est-il pertinent, sachant que les prestataires de ce groupe sont justement ceux qui ont le plus grand volume de prestations? À quoi correspondent les 100 000 euros cités par l'administration?

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* constate qu'il existe des disparités régionales en matière de taux d'activité des médecins. Existe-t-il des raisons objectives expliquant ces disparités? Est-ce lié au critère retenu du domicile des prestataires?

*M. André Frédéric (PS)* partage ces interrogations. Le membre évoque que l'application de l'échelonnement pourrait expliquer ces différences. Des chiffres sont-ils disponibles concernant cette application dans les différentes régions du pays?

*M. Damien Thiéry (MR)* demande comment l'ETP a été établi, dans la mesure où il faut tenir compte de la disparité des statuts des médecins (travailleurs salariés ou indépendants).

*Mme Muriel Gerkens, présidente*, indique que l'ETP est calculé sur la base d'une période d'activité pleine d'un médecin dans la catégorie des 45-54 ans. C'est l'ETP qui sert de base pour déterminer si les besoins de soins sont rencontrés ou non.

L'intervenante s'interroge sur la pertinence de cette méthode. Les pratiques professionnelles des médecins évoluent en effet. Certains préfèrent moins d'activité, des consultations plus longues ou des pratiques de groupe. La référence de l'ETP risque de pénaliser ces prestataires. Le temps de prestation n'est pas pris en considération. Les consultations abusives et la tendance à accaparer de la patientèle ne sont pas identifiables, alors qu'elles empêchent que des médecins jeunes n'exercent leur art.

L'oratrice se dit impressionnée par le nombre de prestataires âgés qui restent exercer la médecine, bien après 65 ans. Quelles en sont les raisons?



De heer Pieter-Jan Miermans (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) wijst erop dat het werkvolume naar rata van 100 000 euro enkel als voorbeeld wordt gegeven om zijn betoog te verduidelijken.

De VTE wordt niet berekend op basis van een gemiddelde, maar wel op basis van een mediaan in de groep 45-54-jarigen. Bijgevolg daalt de referentiewaarde. Anders zouden de profielen met de grootste volumes te nadrukkelijk wegen op de VTE. Elk rapport bevat een grafiek die uitlegt hoe de mediaan en de referentiewaarde worden berekend.

Voor de meeste specialisaties is de gekozen methodologie goedgekeurd door de zorgverstrekkers. Slechts voor een minderheid van de specialisaties leidt die methodologie tot gevolgen die op kritiek stuiten: de hoogtechnische specialiteiten, de medische beeldvorming, de klinische biologie. De spreker beseft dat het VTE-criterium omzichtig moet worden gebruikt. Het gaat niet om een normatief element.

De minister benadrukt dat de Planningscommissie talrijke vergaderingen heeft gewijd aan de methodologie. Op het einde van de werkzaamheden was de voltallige Commissie het eens over de methodologie.

De verschillen tussen de regio's inzake activiteitsgraad zullen ter bespreking aan de Planningscommissie worden voorgelegd. Verschillende factoren kunnen aan de basis liggen van de verschillen die de leden hebben opgemerkt. Een lage activiteitsgraad oplossen door het aantal zorgverstrekkers te verhogen, zou niet geschikt zijn, aangezien de algemene activiteit constant is, waardoor elke zorgverstrekker een nog lagere activiteitsgraad zou hebben.

#### b. Plaats van zorgverstrekking

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) betreurt dat de plaats van zorgverstrekking niet in het kadaster is opgenomen. Zou die in de databank kunnen worden geïntegreerd?

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) betreurt dat ook. In Antwerpen, in bepaalde wijken, worden de gepensioneerde artsen niet vervangen, terwijl de zorgbehoefte onveranderd blijft. Door de plaats van zorgverstrekking en de leeftijd van de zorgverstrekker met elkaar in verband te brengen, zouden preventieve acties kunnen worden gevoerd en zou elk tekort kunnen worden voorkomen.

M. Pieter-Jan Moermans (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) fait remarquer que le volume d'activités équivalent à 100 000 euros n'a été fourni que comme exemple, afin d'illustrer son propos.

L'ETP n'est pas calculé sur la base d'une moyenne mais bien sur la base d'une médiane dans le groupe des 45-54 ans. La valeur de référence est ainsi réduite. À défaut, les profils dont les volumes sont les plus importants auraient un impact trop appuyé sur l'ETP. Chaque rapport contient un graphique qui explique comment est calculée la médiane et la valeur de référence.

Dans la plupart des spécialités, la méthodologie retenue est approuvée par les prestataires. Il n'y a que dans une minorité de spécialités que cette méthodologie aboutit à des conséquences critiquées: les spécialités techniques de pointe, l'imagerie médicale, la biologie clinique. L'intervenant est conscient de la nécessité d'utiliser le critère de l'ETP avec prudence. Il ne s'agit pas d'un élément normatif.

La ministre souligne que la méthodologie a fait l'objet de nombreuses réunions de la Commission de planification. À la fin des travaux, la Commission y a souscrit à l'unanimité.

La disparité entre régions sur le taux d'activité sera soumise à la Commission de planification pour analyse. Plusieurs facteurs peuvent concourir aux disparités notées par les membres. Répondre à un taux d'activité bas par une augmentation du nombre de prestataires serait inopportun, car l'activité globale étant constante, chaque prestataire aurait un taux encore plus bas.

#### b. Lieu de prestation

Mme Valerie Van Peel (N-VA) regrette que le lieu de prestation ne soit pas repris dans le cadastre. Pourrait-il être intégré dans la banque de données?

Mme Monica De Coninck (sp.a) partage ce regret. À Anvers, dans certains quartiers, les médecins pensionnés ne sont pas remplacés, alors que le besoin en soins est inchangé. Le lieu de prestation, associé à l'âge du prestataire, permettrait de mener des actions préventives et d'éviter toute pénurie.

*De heer Damien Thiéry (MR)* benadrukt het belang om de plaats van zorgverstrekking te kennen. De gegevens die betrekking hebben op de activiteitsgraad per regio zijn relevant indien zij op dat criterium zijn gebaseerd. De artsen-specialisten werken doorgaans in ziekenhuizen. De huisartsen werken steeds meer in associaties of in groepspraktijken. Zou het niet raadzaam zijn de gegevens van het kadaster te verfijnen?

*Voorzitter Muriel Gerkens* ziet niet in wat de inachtneming van de plaats van zorgverstrekking verhindert. De woonplaats geeft geen goed beeld van de werkelijk uitgeoefende activiteit. Houdt het gebrek aan informatie over de plaats van zorgverstrekking verband met de bescherming van bepaalde gegevens of met de verhouding tot fiscale gegevens?

*De heer Pieter-Jan Miermans (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)* geeft aan dat het ontbreekt aan een informatiebron over de plaats van zorgverstrekking. Het RIZIV registreert dat gegeven niet. Zodra die informatie beschikbaar is, zal ze kunnen worden opgenomen in het kadaster. Het Intermutualistisch Agentschap zou misschien een oplossing kunnen bieden.

Voor alle in RIZIV-verband verrichte activiteiten is het gegeven "activiteitsplaats" echter al beschikbaar. Dit werd in dit stadium nog niet in het "PlanCad"-instrument opgenomen, aangezien nog analyses aan de gang zijn.

In verband met de gebieden met weinig artsen herinnert *de minister* eraan dat als gekozen beginsel geldt dat de zorgverstrekkers hun plaats van zorgverstrekking vrij mogen kiezen. De Impulseo-fondsen werden uitgewerkt om de vestiging van artsen in sommige regio's te ondersteunen. De minister heeft niet de bedoeling een wet in verband met de vestiging van artsen op te leggen, naar het voorbeeld van de voor de apothekers gekozen optie. De geneeskunde zal een vrij beroep blijven.

De medische ontvolking van sommige gebieden is niet alleen in België een probleem. Frankrijk en Nederland hebben met dezelfde moeilijkheden te kampen.

*Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA)* waardeert de aankondiging dat de plaats van zorgverstrekking in de toekomst zal worden opgenomen, en zij hoopt dat dit spoedig zal gebeuren.

#### *c. Inactiviteit van de zorgverstrekker*

*De heer André Frédéric (PS)* merkt op dat naar verluidt ongeveer 9 000 zorgverstrekkers over een

*M. Damien Thiéry (MR)* souligne l'importance de connaître le lieu des prestations. Les données afférentes au taux d'activité par région sont pertinentes si elles se fondent sur ce critère. Les médecins spécialistes travaillent généralement en milieu hospitalier. Les médecins généralistes exercent de plus en plus leur art dans des associations ou des groupes. Ne convient-il pas d'affiner les données du cadastre?

*Mme Muriel Gerkens, présidente*, n'aperçoit pas ce qui fait obstacle à la prise en considération du lieu de prestation. Le lieu du domicile ne donne pas une bonne image de l'activité réellement exercée. L'absence d'information sur le lieu de prestation est-elle liée à la protection de certaines données ou à la relation avec des données fiscales?

*M. Pieter-Jan Moermans (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)* indique qu'il manque d'une source d'information sur le lieu de prestation. L'INAMI n'enregistre pas cette donnée. Dès que cette information sera disponible, elle pourra être intégrée dans le cadastre. L'agence intermutualiste pourrait peut-être offrir une solution.

Par contre, pour toutes les activités effectuées dans le cadre de l'ONSS, la donnée du lieu d'activité est déjà disponible. Celle-ci n'a pas été reprise dans l'outil "PlanCad" à ce stade, des analyses étant encore en cours.

En ce qui concerne les zones peu couvertes en médecins, *la ministre* rappelle que le principe retenu est celui de la liberté des prestataires de soins de s'établir au lieu de prestation de leur choix. Les fonds Impulseo ont été conçus pour soutenir l'établissement de médecins dans certaines régions. Il ne rentre pas dans les objectifs de la ministre d'imposer une loi concernant l'établissement des médecins, à l'instar de ce qui est retenu pour les pharmaciens. La médecine restera une profession libérale.

Le dépeuplement médical de certaines zones n'est pas uniquement un problème en Belgique. La France et les Pays-Bas rencontrent les mêmes difficultés.

*Mme Valerie Van Peel (N-VA)* apprécie l'annonce de l'intégration future du lieu de prestation et espère que cette intégration sera rapide.

#### *c. Inactivité du prestataire*

*M. André Frédéric (PS)* fait remarquer qu'environ 9000 prestataires disposeraient d'un numéro INAMI

RIZIV-nummer beschikken zonder er ooit gebruik van te maken. Zou het niet nuttig zijn te kunnen uitmaken wie die artsen zijn? Waarom zouden zij hun nummer moeten behouden?

*Mevrouw Aurélie Somer (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)* geeft aan dat alle artsen met een RIZIV-nummer bij het Instituut over een identificatie beschikken. Het RIZIV kan vaststellen dat die artsen niet actief zijn. Het kadaster houdt daar rekening mee, want de individuele werkkraft van elke zorgverstreker wordt in aanmerking genomen.

*De minister* ziet niet in, in welk opzicht de inactieve zorgverstrekkers problematisch zijn. Zij komen niet in aanmerking voor het dynamisch kadaster.

#### d. Gegevenskoppeling

*De heer Damien Thiéry (MR)* komt terug op het overzicht van de door de administratie voorgestelde gegevenskoppeling op basis van fictieve voorbeelden. Als in dit overzicht aangegeven staat dat een zorgverstreker een activiteit verricht voor "0,45 VTE", gaat het dan over diens enige activiteit of over al zijn in aanmerking genomen verstrekkingen?

*De heer Pieter-Jan Miermans (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)* legt uit dat de activiteit voor 0,45 VTE in dit geval wordt verricht bij een werkgever, die als een ziekenhuis bekend staat. De rest is niet bekend. Die zorgverstreker kan bijvoorbeeld met administratieve taken zijn belast.

## 2. Tandheelkunde

*De heer Dirk Janssens (Open Vld)* vraagt waarom voor de tandheelkunde een specifiek dynamisch kadaster nodig zou zijn.

*De minister* merkt op dat ook op dat vlak behoefte bestaat aan quota, net zoals dat het geval is met de diergeneeskunde.

## 3. Schaarsterisico

Volgens *de heer André Frédéric (PS)* is het in het licht van het kadaster duidelijk dat het aangestipte tekort aan huisartsen allesbehalve denkbeeldig is. De cijfers tonen dat duidelijk aan:

— een derde van de huisartsen is jonger dan 45 jaar en de lichter nieuwkomers volstaat niet om ze te vervangen;

sans jamais en faire usage. Ne serait-il pas utile de pouvoir identifier ces médecins? Pour quelles raisons devraient-ils conserver leur numéro?

*Mme Aurélie Somer (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)* indique que tous les médecins disposant d'un numéro INAMI sont identifiés auprès de l'Institut. Celui-ci peut constater que ces médecins n'ont pas d'activité. Le cadastre en tient compte car la force de travail individuelle de chaque prestataire est prise en considération.

*La ministre* ne voit pas quel est le problème des prestataires inactifs. Ceux-ci ne rentrent pas en ligne de compte dans le cadastre dynamique.

#### d. Données croisées

*M. Damien Thiéry (MR)* revient sur l'aperçu du croisement des données proposé par l'administration, sur la base d'exemples fictifs. S'il est indiqué dans cet aperçu qu'un prestataire exerce une activité pour "0,45 ETP", s'agit-il de sa seule activité ou de l'ensemble de ses prestations prises en considération?

*M. Pieter-Jan Moermans (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)* expose que l'activité pour 0,45 ETP dans ce cas s'effectue auprès d'un employeur, connu comme un hôpital. Le reste n'est pas connu. Ce prestataire peut être chargé par exemple de tâches administratives.

## 2. Dentisterie

*M. Dirk Janssens (Open Vld)* demande pourquoi un cadastre dynamique spécifique serait nécessaire pour la dentisterie.

*La ministre* fait remarquer qu'il existe également une nécessité de quota dans ce domaine, tout comme dans celui de la médecine vétérinaire.

## 3. Risque de pénurie

Pour *M. André Frédéric (PS)*, au vu du cadastre, il est clair que la pénurie de médecins généralistes évoquée est loin d'être une chimère. Les chiffres le montrent clairement:

— Un tiers des généralistes ont moins de 45 ans, et la cohorte de nouveaux venus est insuffisante pour les remplacer;

— er wordt meer gestreefd naar een beter evenwicht tussen beroeps- en privéleven;

— het beroep vervrouwelijkt, en kennelijk zouden vrouwelijke artsen meer voor deeltijdwerk kiezen (zelfs al kan het kadaster dat niet direct bevestigen).

*De heer Damien Thiéry (MR)* ziet niet in waarop de vorige spreker zijn stelling baseert dat er tussen vrouwelijke en mannelijke artsen verschillen kunnen worden geconstateerd.

#### 4. Gevolgen

*De heer André Frédéric (PS)* erkent dat het kadaster een geheel van aanvullende informatie verstrekt. Er ontbreken echter nog gegevens. Het kadaster verschaft gegevens die nog zullen nog zullen moeten worden begrepen, geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Ook *de heer Damien Thiéry (MR)* onderstreept dat het voorgestelde instrument een fase vormt in het gehele proces. Zal de minister voor een jaarlijkse actualisering van de gegevens zorgen?

*De minister* geeft aan dat de bijwerking om de drie jaar zal plaatsvinden, gezien de werklast die een dergelijk kadaster meebrengt. Sommige medische specialisaties zijn nog in ontwikkeling. In de toekomst zou een kadaster ook nodig kunnen blijken voor de vroedkundigen, die meer bevoegdheden zullen hebben in het kader van het moeder-kindtraject.

*Mevrouw Aurélie Somer (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)* licht toe dat het wiskundig prognosemodel voor de werkkraft van de zorgverstrekkers nog moet worden gepresenteerd. Dit wiskundig model wordt bij de tijd gebracht om de flexibiliteit ervan te verbeteren en om voor alle specialisaties resultaten te verstrekken. Het omvat een onderdeel “aanbod” en een onderdeel “vraag”, en bestaat uit meer dan veertig parameters. Het evalueert de cijfermatige gevolgen van de hypothesen op de toekomstige evolutie.

In dat wiskundig model worden de dankzij het kadaster verkregen gekoppelde gegevens ingevoerd. De koppeling maakt het mogelijk om de toekomstige evolutie van de werkkraft in te schatten, de toegangsquota tot het beroep te bepalen en de impact van verschillende beleidsmaatregelen te beoordelen. Op zich bepaalt die koppeling geen quotum. Het verschaft de Planningscommissie beschrijvende gegevens.

— La recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée s'accroît;

— La profession se féminise et il apparaît que les femmes médecins privilégieraient davantage les activités à temps partiel (même si le cadastre ne peut pas le confirmer directement).

*M. Damien Thiéry (MR)* ne voit pas sur quoi le précédent orateur se fonde pour affirmer que des différences seraient notées entre les femmes et les hommes médecins.

#### 4. Suites

*M. André Frédéric (PS)* reconnaît que le cadastre fournit un ensemble d'informations complémentaires. Cependant, des éléments font encore défaut. Le cadastre fournit des données qu'il faudra encore comprendre, analyser et interpréter.

*M. Damien Thiéry (MR)* souligne lui aussi que l'outil présenté constitue une étape dans l'ensemble du processus. La ministre organisera-t-elle une mise à jour annuelle des données?

*La ministre* indique que la mise à jour sera opérée tous les trois ans, compte tenu de la charge de travail que constitue un tel cadastre. Des spécialisations médicales sont encore en développement. Dans le futur, un cadastre pourrait également se révéler nécessaire pour les sages-femmes, qui auront plus de compétences dans le cadre du trajet mère-enfant.

*Mme Aurélie Somer (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)* expose que le modèle mathématique de prévision de la force de travail des prestataires de santé doit encore être présenté. Ce modèle mathématique est mis à jour afin d'améliorer sa flexibilité et de fournir des résultats pour toutes les spécialités. Il comprend un volet “offre” et un volet “demande” et est composé de plus de quarante paramètres. Il évalue les effets numériques des hypothèses sur l'évolution future.

Dans ce modèle mathématique, les données couplées obtenues grâce au cadastre sont introduites. Le couplage permet d'estimer l'évolution future de la force de travail, de déterminer le niveau des quotas d'accès à la profession et d'apprécier l'effet de différentes politiques. En soi, il ne détermine pas un quota. Il fournit à la Commission de planification des éléments descriptifs.

Het uitgangspunt zal een basisscenario zijn, in het verlengde van de recente ontwikkelingen (slaagpercentages van de studenten, aantrekkelijkheid van de studie, zorgverbruik). Het basisscenario is afgestemd op demografische ontwikkelingen. Aldus kan de vergrijzing in aanmerking worden genomen. Het model wordt ontwikkeld rekening houdend met een gedifferentieerde evolutie naar gelang van de regio's. Er worden waarschijnlijker hypothese gedefinieerd. Aldus kunnen variabelen worden geanalyseerd. Op grond van de effecten van de scenario's zullen de quota kunnen worden vastgelegd.

Hoewel mevrouw *Monica De Coninck (sp.a)* tevreden dat dit instrument wordt ontwikkeld, constateert zij dat het geen doel op zich vormt. Het doel is te weten te komen wie wat, waar en hoe doet. Op grond van die informatie kunnen quota worden bepaald.

Het zou bovendien interessant zijn een beeld te krijgen van het gedrag van de patiënten: waar gaan ze welke zorg zoeken? Andere correctie-instrumenten dan de quota kunnen aldus worden ontwikkeld, zoals het beperken van de vrijheid van vestiging van de zorgverstrekkers. De zorgsector wordt in grote mate gesubsidieerd. De universitaire opleiding, die door de overheid wordt gefinancierd, is bijzonder lang. Er moet een beleid worden ontwikkeld om kwaliteitsvolle, toegankelijke en financieerbare zorg te behouden. Zodra zelfregulering faalt, is een meer dwingende reglementering nodig.

De spreekster pleit voorts voor het uitvoeren van kwalitatieve studies. Het kadaster geeft immers vooral kwantitatieve informatie. Men moet het verband tussen de cijfers en de realiteit analyseren.

Voorzitter *Muriel Gerkens* vraagt of bij de opstelling van de wiskundige modellen rekening zal worden gehouden met de zorgbehoeften op basis van de geografische zones. Tal van inlichtingen moeten de administratieve diensten bereiken door de veldwerkers te ondervragen. Hoe zal het mathematisch model de werkelijkheid weergeven? Er wordt verwezen naar wat gangbaar is in andere Staten, terwijl de verstrekkingen elders anders zijn gespreid over de verschillende beoefenaars van gezondheidszorgberoepen.

Bovendien vindt de spreekster het niet voldoende een gedifferentieerd beleid tussen de Gemeenschappen te bepalen. Er moeten kleinere zorgzones worden afgebakend, op basis van meerdere parameters. De behoeften en de realiteit in het veld zijn uiteenlopend.

Le point de départ sera un scénario de base, dans la continuité des récentes évolutions (taux de réussite des étudiants, attractivité des études, consommation des soins). Le scénario de base est adapté à des évolutions démographiques. Ainsi, le vieillissement de la population peut être pris en compte. Le modèle est développé en tenant compte d'une évolution différenciée seront les régions. Des hypothèses plus probables sont définies. Des variables peuvent ainsi être analysées. C'est sur la base des effets des scénarios que la définition des quotas pourra avoir lieu.

Si *Mme Monica De Coninck (sp.a)* est satisfaite de voir cet instrument développé, elle n'en constate toutefois pas moins qu'il ne constitue pas une finalité en soi. L'objectif est de savoir qui fait quoi, où et comment. Ces informations permettent la définition de quotas.

Il serait en outre intéressant d'avoir une vue des comportements des patients: où vont-ils chercher quels soins? D'autres instruments de correction que les quotas peuvent ainsi être développés, comme la limitation de la liberté d'établissement de prestataires de soins. Le secteur des soins est largement subsidié. Les études universitaires, financées par le secteur public, sont particulièrement longues. Des politiques doivent être développées pour conserver des soins de qualité, accessibles et finançables. Dès que l'autorégulation échoue, une réglementation plus contraignante est nécessaire.

L'intervenante plaide en outre pour que soient menées des études qualitatives. Le cadastre fournit en effet des informations principalement quantitatives. Le rapport des chiffres à la réalité doit être analysé.

*Mme Muriel Gerkens, présidente*, demande s'il sera tenu compte des besoins de soins, sur la base des zones géographiques, dans l'élaboration des modèles mathématiques. De multiples informations doivent remonter vers l'administration en interrogeant les acteurs de terrain. En quoi le modèle mathématique traduira-t-il la réalité? Des références avec d'autres États sont prises, alors que la répartition des actes entre professionnels de la santé y est différente.

En outre, l'intervenante estime qu'il n'est pas suffisant d'établir une politique différenciée entre les Communautés. Des zones de soins plus petites doivent être définies, sur la base de multiples paramètres. Les besoins et les réalités du terrain sont disparates.

*De minister* nuanceert de stelling dat de geneeskunde een gesubsidieerde sector is, ook al berust de terugbetaling van zorgverstrekkingen op de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De regering streeft naar kwaliteitsvolle, toegankelijke en financierbare zorg. In het verleden werd altijd een zorgmodel gevolgd dat gebaseerd was op de vraag en niet op het aanbod. Rekening houden met de vraag naar zorg zal tijd vergen.

*De heer Pieter-Jan Miermans (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)* erkent dat het "PlanCAD"-instrument vooral kwantitatief is. Er zal echter een proefproject komen om te beschikken over een meer kwalitatief beeld. Interviews met experts zijn gepland.

Wat de zorgconsumptie betreft, worden alleen de gegevens van hoog niveau in het dynamisch kadaster opgenomen. Het is niet opnieuw uitgegaan van zorgzones op het vlak van de gemeenten of van groeperingen van gemeenten. Het dynamisch kadaster is gebaseerd op de statistieken van het RIZIV, die historisch per Gemeenschap worden georganiseerd. Zo worden quota per Gemeenschap vastgesteld. In deze fase is het voor de administratieve diensten moeilijk om nog verder geografisch te verfijnen.

*Voorzitter Muriel Gerkens* deelt die mening niet. Zij acht het mogelijk te beschikken over doeltreffender instrumenten waardoor meerjarenprognoses van de zorgbehoeften volgens kleinere geografische zones mogelijk worden gemaakt; dat kan gebeuren door bij de artsen inlichtingen in te winnen over hun praktijkvoering en hun toekomstperspectieven.

*De minister* benadrukt dat het "PlanCAD"-instrument in de buurlanden niet beschikbaar is. Dat instrument is een pionier en het zal evolueren.

## B. Beheer van het aanbod

### 1. Voorafgaande opmerking

*De heer Damien Thiéry (MR)* vindt dat dit deel van de bespreking de grenzen van het debat over het artsenkadaster te buiten gaat.

*Voorzitter Muriel Gerkens* antwoordt dat de minister zelf het artsenkadaster aan de contingentering verbindt. Meer algemeen is de hoofdtaak van een kadaster die van aanbodbeheer.

*La ministre* nuance l'affirmation suivant laquelle la médecine constituerait un secteur subsidié, même si le remboursement de prestations repose sur l'assurance maladie invalidité.

Le gouvernement poursuit l'objectif de soins de santé de qualité, accessibles et finançables. Dans le passé, il a toujours été suivi un modèle des soins fondé sur l'offre et non sur la demande. Tenir compte de la demande de soins prendra du temps.

*M. Pieter-Jan Moermans (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)* reconnaît que l'outil "PlanCad" est principalement d'ordre quantitatif. Un projet pilote sera toutefois lancé afin de disposer d'une vue plus qualitative. Des entrevues avec des experts sont programmées.

En ce qui concerne la consommation de soins, seules les données de haut niveau sont reprises dans le cadastre dynamique. Il n'est pas reparti de zones de soins au niveau des communes ni de groupements de communes. Le cadastre dynamique s'est fondé sur les statistiques de l'INAMI qui, historiquement, sont organisées par Communauté. C'est ainsi que des quotas sont déterminés par Communauté. À ce stade, il est difficile à l'administration d'aller plus loin dans l'affinement géographique.

*Mme Muriel Gerkens, présidente*, n'est pas de cet avis. Elle estime qu'il est possible de disposer d'outils plus performants permettant une projection sur plusieurs années des besoins en soins selon des zones géographiques de tailles plus réduites, en interrogeant les médecins sur leurs pratiques et leurs perspectives d'avenir.

*La ministre* souligne que l'outil "PlanCad" n'est pas disponible dans les États limitrophes. Cet outil est un pionnier. Il évoluera en cours d'application.

## B. Gestion de l'offre

### 1. Remarque préliminaire

*M. Damien Thiéry (MR)* estime que ce volet des discussions échappe aux limites de la discussion du cadastre des médecins.

*Mme Muriel Gerkens, présidente*, répond que la ministre elle-même relie le cadastre des médecins au contingentement. Plus généralement, la mission première d'un cadastre est celle de la gestion de l'offre.

## 2. Contingentering

*Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA)* stelt vast dat de “foto” van 31 december 2012 zal dienen om de quota voor na 2021 te bepalen. Er wordt dus nog geen rekening gehouden met de ongeveer 2 000 Waalse studenten in overtal op de huidige quota die in de tussentijd hun studie zullen hebben afgerond, bij ongewijzigd beleid. Deze moeten van de nieuwe quota worden afgetrokken.

Op dit moment blijkt uit het kadaster geen algemeen gevaar voor een tekort aan artsen, maar enkel in bepaalde subcategorieën. Men moet met die informatie rekening houden als de filters in het contingentering-beleid worden bepaald. De algemene quota moeten hiervoor op federaal niveau niet worden verhoogd. De bepaling van subquota's behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Wat is de stand van zaken in de bespreking van dat punt tussen de deelstaten en de federale overheid?

Volgens *de heer André Frédéric (PS)* toont het huidige systeem voor de planning van het medisch aanbod zijn beperkingen. Het is tijd om van een verouderde en onrechtvaardige contingentering over te stappen naar een dynamische en intelligente planning, die de medische beroepen toegankelijk maakt en een beter zorgaanbod garandeert. Duizenden studenten geneeskunde en tandheelkunde vrezen nog altijd op het einde van hun studie geen RIZIV-nummer te krijgen.

De minister had zich ertoe verbonden RIZIV-attesten uit te reiken aan alle studenten in opleiding op voorwaarde dat een filtersysteem voor de toegang tot de studie geneeskunde en tandheelkunde wordt ingesteld.

Het “*projet de décret relatif aux études de sciences médicales et dentaires*” van de Franse Gemeenschap is op 23 juni 2015 in commissie aangenomen. Aangezien de verbintenissen werden nagekomen, moeten duizenden studenten worden gerustgesteld. Uit het kadaster blijkt dat verscheidene specialisaties een risico op een tekort lopen.

De federale regering moet er zich snel op toeleggen een dynamisch beheer van het artsenaanbod in te stellen, waarbij rekening wordt gehouden met de huidige en toekomstige behoeften, zodat voor de patiënten continue en adequate toegankelijkheid tot de gezondheidszorg wordt gewaarborgd. Welk gevolg zal de minister aan het kadaster geven? De Planningscommissie voor het medisch aanbod zal een analyse van de cijfers moeten maken. Hoe zal die analyse verlopen? Wanneer

## 2. Contingentement

*Mme Valerie Van Peel (N-VA)* constate que la photographie arrêtée au 31 décembre 2012 servira à déterminer les quotas pour après 2021. Elle ne tient donc pas encore compte d'environ 2000 étudiants wallons surnuméraires par rapport aux quotas actuels qui auront terminé leurs études entre-temps, à politique inchangée. Ces étudiants doivent être soustraits des nouveaux quotas.

À ce stade, il ne résulte pas du cadastre un risque de pénurie de médecins au niveau global, mais uniquement dans certaines sous-catégories. Cette information doit être prise en considération dans le cadre de la détermination des filtres dans la politique de contingentement. Les quotas généraux au niveau fédéral ne doivent dès lors pas être augmentés. La détermination de sous-quota relève des compétences des Communautés. Quel est l'état des lieux des discussions sur ce point entre les entités fédérées et l'autorité fédérale?

Pour *M. André Frédéric (PS)*, le système actuel de planification de l'offre médicale montre ses limites. Il est temps de passer d'un contingentement obsolète et injuste à une planification dynamique et intelligente, qui permette l'accès aux professions médicales et garantisse une meilleure offre de soins au patient. Des milliers d'étudiants en médecine et dentisterie craignent toujours de ne pas recevoir de numéro INAMI à la fin de leurs études.

La ministre s'était engagée à délivrer des attestations INAMI à tous les étudiants en cours de formation pour autant que soit instauré un système de filtre concernant l'accès aux études de médecine et de dentisterie.

Le projet de décret relatif aux études de sciences médicales et dentaires a été adopté en commission le 23 juin 2015. Les engagements ayant été tenus, des milliers d'étudiants doivent être rassurés. Le cadastre montre que plusieurs spécialités courent un risque de pénurie.

Le gouvernement fédéral doit s'atteler rapidement à la mise en place d'une gestion dynamique de l'offre des médecins, en tenant compte des besoins actuels et futurs, en vue de garantir aux patients une accessibilité continue et suffisante aux soins de santé. Quelles suites la ministre donnera-t-elle au cadastre? Une analyse des chiffres devra être effectuée par la Commission de planification de l'offre médicale. Comment cette analyse se déroulera-t-elle? Quand ses résultats seront-ils

zullen de resultaten ervan beschikbaar zijn? Wanneer zal een nieuwe planning kunnen worden uitgewerkt?

Tot slot wijst de spreker erop dat het belangrijk is rekening te houden met bepaalde parameters, zoals de vergrijzing en de toename van de chronische ziekten. Die elementen hebben een weerslag op de vraag, de zorgbehoefte in het algemeen en de behoefte aan bepaalde specialisaties. De interpretatie van de cijfers mag niet ten koste van de toegankelijkheid tot kwaliteitszorg voor allen gaan.

*De heer Damien Thiéry (FDF)* wijst op het verschil tussen het instellen van een filter en het instellen van een filter volgens goede nadere regels. Een filter op het einde van de eerste kandidatuur is volgens de spreker niet relevant.

*Voorzitter Muriel Gerkens* ziet niet hoe de federale overheid betrokken kan zijn bij de nadere regels in verband met het filter. Het gaat immers om bevoegdheden van de deelgebieden. Toch heeft de minister kritiek op de door een van de deelgebieden gekozen oplossing en heeft ze twijfels bij de juridische geldigheid ervan. Is er een evolutie in haar beoordeling?

*De minister* deelt mee dat op 29 juni 2015 een vergadering van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft plaatsgehad, in aanwezigheid van de bevoegde gemeenschapsministers. Het dynamisch kadaster is er, zoals afgesproken, vóór de zomer gekomen. De Planningscommissie zal haar werkzaamheden kunnen voortzetten.

Er is nota van genomen dat in het Parlement van de Franse Gemeenschap op 23 juni 2015 in commissie een ontwerp van decreet betreffende de studie geneeskunde en tandheelkundige is aangenomen. Dat ontwerp staat daar nu op de agenda van een komende plenaire vergadering. Er zijn aanpassingen aangebracht op basis van het advies van de Raad van State.

De door de deelstaten gekozen uiteenlopende oplossingen worden niet noodzakelijk gesteund door de andere entiteiten. De effectiviteit van de door die entiteiten ingestelde filters moet nog worden aangetoond. Volgens de minister moet op de resultaten van de filter worden gewacht om de effectiviteit ervan te evalueren. Pas als de filter doeltreffend is, zullen de federale normen worden gewijzigd.

Die effectiviteit kan echter pas na de tweede zitting van het eerste jaar geneeskunde worden geëvalueerd. De Franse Gemeenschap plant immers een filter na afloop van dat eerste jaar in te stellen. Tot dusver is er evenwel geen probleem. In 2015 en 2016 kunnen nog

disponibelen? Quand une nouvelle planification pourra-t-elle être élaborée?

Enfin, le membre souligne l'importance de prendre en compte certains paramètres comme le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques. Ces éléments ont des répercussions sur la demande, le besoin en soins en général et le besoin de certaines spécialités. L'interprétation des chiffres ne peut s'opérer au détriment de l'accessibilité de tous à des soins de qualité.

*M. Damien Thiéry (MR)* souligne la différence entre instaurer un filtre et instaurer un filtre selon de bonnes modalités. Un filtre instauré en fin de première candidature n'est pas pertinent, pour l'intervenant.

*Mme Muriel Gerkens, présidente*, ne voit pas en quoi l'autorité fédérale serait concernée par les modalités du filtre. Il s'agit en effet des compétences des entités fédérées. La ministre critique toutefois la solution retenue par l'une des entités fédérées et met en doute sa validité juridique. Son appréciation a-t-elle évolué?

*La ministre* informe qu'une réunion de la Conférence interministérielle de la Santé publique a eu lieu le 29 juin 2015, en présence des ministres communautaires compétents. Le cadastre dynamique a été réalisé avant l'été, comme convenu. La Commission de planification pourra continuer ses travaux.

Il a été pris acte du fait qu'un projet de décret relatif aux études de sciences médicales et dentaires a été adopté en commission du Parlement de la Communauté française le 23 juin 2015. Ce projet figure à l'ordre du jour d'une prochaine séance plénière de ce Parlement. Des adaptations ont été apportées sur la base de l'avis du Conseil d'État.

Les solutions différentes retenues par les entités fédérées ne reçoivent pas nécessairement le soutien des autres entités. L'effectivité des filtres institués par ces entités doit encore être démontrée. La ministre estime devoir attendre les résultats du filtre pour en évaluer l'effectivité. Ce n'est que si le filtre est efficace que des modifications seront apportées aux normes fédérales.

Or, l'effectivité ne pourra être évaluée qu'après la deuxième session de la première année de médecine. La Communauté française s'apprête en effet à instaurer un filtre après cette première année. À ce stade, il n'existe cependant pas de difficulté. Il existe encore



voldoende RIZIV-attesten worden afgegeven. De *lissage* is momenteel geen dringende kwestie.

Ondertussen zal de Planningscommissie haar werkzaamheden voortzetten om op basis van het dynamisch kadaster quota uit te werken. De Commissie zou haar werkzaamheden moeten afronden in het eerste trimester van 2016, in elk geval voor bepaalde specialisaties en voor de huisartsen. De Commissie moet tevens denkpistes aanreiken.

Bovendien moeten nog andere problemen worden opgelost: de spreidingsregeling ten aanzien van de *numerus fixus*, toepassingsperiode en verdeling van de negatieve *lissage* enzovoort. De voortgang van de werkzaamheden zal worden geëvalueerd op de volgende Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

*Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA)* is zich bewust van de problemen waarmee de minister te kampen heeft, aangezien zij een moeilijk te beheren situatie heeft geërfd. Een compromisoplossing is onvermijdelijk. Het is echter laakbaar dat de Franse Gemeenschap er zo lang heeft over gedaan om haar beloofde oplossing om te zetten in een goedgekeurd ontwerp van decreet. Dat ontwerp van decreet stelt een filter in na het eerste collegejaar, waardoor de regeling in de praktijk nogmaals met een jaar wordt uitgesteld.

De spreekster bevestigt dat de *lissage* nog geen dringende kwestie is. De effectiviteit van de door de Franse Gemeenschap gekozen oplossing kan echter pas volgend jaar worden geëvalueerd. Als mocht blijken dat die oplossing niet werkt, zal dan toch opnieuw over een nieuwe *lissage* worden gedebatteerd, of laten we de verantwoordelijkheid dan eindelijk waar ze hoort, namelijk bij de Franse Gemeenschap?

*De heer André Frédéric (PS)* herhaalt dat alleen werd gevraagd een filter in te bouwen. Momenteel rijzen twijfels over de door een deelstaat ingestelde filter. Het lid geeft aan dat de federale overheid de autonomie van de deelstaten in acht moet nemen. De minister heeft bevestigd dat er voor 2015 en 2016 geen probleem is. *Quid* met de studenten die hun studie dit jaar aanvatten, en met de studenten die vanaf 2017 afstuderen?

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* merkt op dat de minister in het verleden heeft aangegeven dat er in Vlaanderen te veel artsen zijn. Dat er tegen 2020 te veel artsen zouden zijn, werd aan Vlaamse kant betwist, waarna de cijfers neerwaarts werden herzien. Werd dat aspect besproken op de recentste Interministeriële Conferentie Volksgezondheid?

suffisamment d'attestations INAMI pouvant être délivrées en 2015 et en 2016. Le lissage n'est pour l'instant pas une question urgente.

Entre-temps, la Commission de planification continuera ses travaux afin d'aboutir à des quotas sur la base du cadastre dynamique. Les travaux de la Commission devraient aboutir dans le premier trimestre de 2016, en tout cas pour certaines spécialisations et pour les médecins généralistes. La Commission doit également fournir des pistes.

D'autres questions doivent en outre être résolues: système de répartition par rapport au "*numerus fixus*", période d'application et répartition du lissage négatif, etc. L'état d'avancement des travaux sera évalué lors de la prochaine Conférence interministérielle de la Santé publique.

*Mme Valerie Van Peel (N-VA)* est consciente des difficultés auxquelles est confrontée la ministre, qui a hérité du passé une situation délicate à gérer. Une solution de compromis est inévitable. Qu'autant de temps soit passé entre la promesse d'une solution en Communauté française et l'adoption par cette entité d'un projet de décret est toutefois critiquable. Ce projet de décret, en instituant un filtre après la première année, constitue en réalité un nouveau report d'un an.

L'intervenante confirme que le lissage n'est pas encore une question urgente. Toutefois, l'effectivité de la solution retenue en Communauté française ne pourra être analysée que l'année prochaine. Si cette solution devait s'avérer ineffective, il faudra tout de même envisager un nouveau lissage ou bien demander à ceux qui sont à l'origine de cette situation - c'est-à-dire la Communauté française - d'assumer leur responsabilité.

*M. André Frédéric (PS)* réitère que la seule demande formulée consistait à intégrer un filtre. Des doutes sont aujourd'hui évoqués sur le filtre institué par une entité fédérée. Le membre estime que l'autonomie des entités fédérées doit être respectée par l'autorité fédérale. La ministre a confirmé qu'il n'y avait pas de problème pour 2015 et 2016. Qu'en est-il des étudiants qui entament cette année leurs études, et pour les sortants à partir de 2017?

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* fait remarquer que la ministre a évoqué par le passé un excédent en Flandre. Les chiffres de cet excédent à l'horizon 2020 ont été contestés par la Flandre, qui les évalue à la baisse. Cet élément a-t-il été discuté lors de la dernière Conférence interministérielle de la Santé publique?

*De minister* antwoordt dat dat aspect werd onderzocht door een werkgroep. De berekeningsverschillen werden afgevlakt. Het toelatingsexamen in Vlaanderen werd gewijzigd. Ook daar zal de impact van die filter alleen op basis van de concrete resultaten ervan kunnen worden geëvalueerd.

De concrete resultaten van de door Vlaanderen ingestelde filter zullen sneller beschikbaar zijn dan die van de door de Franse Gemeenschap ingestelde filter, omdat de beide deelstaten andere nadere regels hanteren. De minister zou verheugd zijn als de overschotten volledig zouden kunnen worden weggewerkt. De resultaten zullen in oktober kunnen worden geanalyseerd, aangezien almaar vaker beroep wordt ingesteld tegen de examenuitslagen in het algemeen, en tegen die van het toelatingsexamen in het bijzonder.

De belangrijkste bedoeling van de contingentering is niet het aantal artsen te bepalen, maar wel een kwaliteitsvolle medische opleiding te waarborgen. Een te groot aantal studenten doet afbreuk aan de kwaliteit. In de tandheelkunde bijvoorbeeld is de praktijk nog belangrijker dan de theorie.

### **3. Toegestane verstrekkingen voor de houders van een artsdiploma**

*Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA)* wijst erop dat artikel 1, § 13, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals ingevoegd bij een koninklijk besluit van 23 augustus 2014, bepaalt dat “de houder van het artsdiploma (...) het recht [heeft] voorschriften op te stellen, een raadpleging te attesteren evenals de verstrekkingen waarvoor de nomenclatuur bepaalt dat ze mogen aangerekend worden door elke arts of verstrekkingen waarvoor hij door de minister die de volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft gemachtigd is ze te verrichten.”

Die bepaling maakt het mogelijk sommige basisverstrekkingen te verrichten zonder over een bijzondere beroepstitel te beschikken. De spreker twijfelt niet dat de bedenker van die norm goede bedoelingen had, maar de potentieel kwalijke gevolgen baren haar niettemin zorgen. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België heeft haar bezorgdheid ter zake geuit. De aldus ingestelde regel zou het immers mogelijk maken de contingentering te omzeilen, zonder zekerheid voor de terugbetaling, zonder zichtbaarheid voor de patiënt en zonder kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Ware het niet raadzaam die bepaling te herzien?

*La ministre* répond que cet élément a été analysé par un groupe de travail. Les différences de calcul ont été aplanies. L'examen d'entrée a été modifié en Flandre. Là aussi, les conséquences de ce filtre ne pourront être déterminées que sur la base de ses résultats concrets.

Les résultats concrets du filtre organisé par la Flandre seront plus rapidement disponibles que ceux du filtre organisé par la Communauté française, en raison des modalités différentes. La ministre se réjouirait d'une résorption totale des excédents. C'est en octobre que les résultats pourront être analysés: des recours de plus en plus nombreux sont introduits contre les résultats d'examens en général, et d'examen d'entrée en particulier.

L'objectif principal du contingentement n'est pas de déterminer le nombre de médecin, mais bien d'assurer une formation médicale de qualité. Un trop grand nombre d'étudiants nuit à cette qualité. Par exemple, en dentisterie, la pratique est plus importante encore que la théorie.

### **3. Prestations autorisées aux titulaires d'un diplôme de médecin**

*Mme Valerie Van Peel (N-VA)* rappelle qu'en vertu de l'article 1<sup>er</sup>, § 13, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel qu'inséré par un arrêté royal du 23 août 2014, “Le titulaire d'un diplôme de médecin a le droit de rédiger des prescriptions, d'attester une consultation ainsi que les prestations pour lesquelles la nomenclature stipule qu'elles peuvent être portées en compte par tout médecin ou les prestations que le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions l'a habilité à effectuer”.

Cette disposition permet d'effectuer certaines prestations de base sans disposer d'un titre professionnel particulier. L'intervenante ne doute pas des bonnes intentions de l'auteur de cette norme, mais s'inquiète toutefois de ses conséquences potentiellement néfastes. L'Académie Royale de Médecine de Belgique a transmis ses préoccupations à ce sujet. La règle ainsi instituée permettrait en effet de contourner le contingentement, sans sécurité pour le remboursement, sans visibilité pour le patient et sans maîtrise des coûts des soins de santé. Cette disposition ne devrait-elle pas être revue?

Volgens *de minister* staat die kwestie niet op de agenda. Dit was een noodoplossing die is voortgevloeid uit een in 2010 genomen beslissing om de artsenspecialisten die niet over een bijzondere beroepstitel beschikken omdat zij bijvoorbeeld in het buitenland werken, voor de overheid dan wel voor een niet-gouvernementele organisatie, geen toelating te geven om bepaalde vestrekkingen te verrichten.

Met toepassing van het regeerakkoord heeft de minister de zaak voorgelegd aan de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen. Het blijkt echter moeilijk te beschouwen dat een gediplomeerd arts zonder meer zou kunnen worden gelijkgesteld met een huisarts. De loutere mogelijkheid om een basisconsult te waarborgen en de beperkte bevoegdheid om bepaalde voorschriften af te geven, volstaan niet om ervan te leven. De betrokkenen zijn elders aan de slag.

#### 4. *Aantrekkelijkheid*

*De heer André Frédéric (PS)* geeft aan dat de planning niet de enige oplossing is die in het kader van het beheer van het aanbod moet worden aangereikt.

Wat bijvoorbeeld de aantrekkelijkheid van het beroep betreft, werd de jongste jaren vooruitgang geboekt dankzij de inspanningen van de voorganger van de minister, met name ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg: bepaalde verstrekkingen werden gerevalueerd (wachtdienst- en beschikbaarheidshonoraria, praktijkvergoeding, bedrag van de telematicapremie enzovoort) en het Impulseo-fonds werd opgericht. De eerstelijnszorg moet verder worden gerevalueerd, en tegelijkertijd moeten het imago en de rol van de huisarts worden verbeterd. Welke concrete maatregelen denkt de minister in dat opzicht te nemen?

Veel artsen willen hun beroeps- en hun privéleven beter op elkaar afstemmen. De wachtdiensten vormen een belasting voor de huisartsen, *a fortiori* als ze die vaak moeten doen omdat ze met te weinig zijn. De prestaties van een huisarts in het kader van een wachtdienst zijn niet altijd even dringend. Daar staat tegenover dat de spoeddiensten van de ziekenhuizen worden ingeschakeld voor interventies die de taak van de huisarts zijn. De selectie en de coördinatie moeten beter.

Ook tijdens de vorige regeerperiode werden maatregelen getroffen; zo werd in het bijzonder het creëren van wachtposten voor huisartsen opgetrokken. Zijn in dat verband nieuwe initiatieven gepland? Hoe staat het met de tenuitvoerlegging van het project-1733? Wie is belast met de uitbouw van dat project? Is het in bepaalde provincies al ten volle operationeel? Welke problemen

*La ministre* considère que cette question n'est pas à l'ordre du jour. Il s'agissait d'une solution d'urgence en réponse à une décision de 2010 de ne pas permettre aux médecins spécialistes, ne disposant pas d'un titre professionnel particulier parce qu'ils travaillaient par exemple à l'étranger, pour l'autorité ou pour une organisation non gouvernementale, d'assurer certaines prestations.

En exécution de l'accord de gouvernement, la ministre a saisi de la question le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes. Il apparaît toutefois difficile de considérer qu'un diplômé en médecine pourrait être assimilé purement et simplement à un médecin généraliste. La seule possibilité d'assurer une consultation de base et la compétence limitée de délivrer certaines prescriptions ne suffisent pas pour en vivre. Les personnes concernées travaillent ailleurs.

#### 4. *Attractivité*

*M. André Frédéric (PS)* estime que la planification n'est pas la seule réponse à apporter dans le cadre de la gestion de l'offre.

En matière d'attractivité par exemple, des avancées ont été menées ces dernières années grâce au prédécesseur de la ministre, notamment en faveur des soins de santé de première ligne: revalorisation de certaines prestations (honoraires de permanence et de disponibilité, allocation de pratique, montant de la prime télématique, etc.) et création des fonds Impulseo. Il est nécessaire de continuer à revaloriser la première ligne de soins, tout en renforçant l'image et le rôle du médecin généraliste. Quelles mesures concrètes en ce sens la ministre envisage-t-elle?

De nombreux médecins cherchent à mieux concilier vie professionnelle et vie privée. Les gardes constituent une charge pour les médecins généralistes, *a fortiori* quand ils doivent en effectuer souvent parce qu'ils sont trop peu nombreux. Les interventions que les médecins généralistes prestent dans ce cadre ne relèvent pas toujours de l'urgence. Les services d'urgence à l'hôpital sont par contre sollicités pour des interventions qui relèvent de la médecine générale. Un meilleur tri et une meilleure coordination sont nécessaires.

Des mesures ont aussi été prises sous la précédente législature, et spécialement l'augmentation de la création de postes de garde de médecine générale. De nouvelles initiatives sont-elles envisagées dans ce cadre? Concernant le projet 1733, où en est sa mise en œuvre? Qui est en charge de son développement? Et est-il déjà pleinement opérationnel dans certaines

moeten nog worden weggewerkt vooraleer dat project kan worden veralgemeend?

*Voorzitter Muriel Gerkens* vindt dat de Impulsefondsen de verwachtingen niet hebben ingelost. Er zijn andere maatregelen nodig, rekening houdend met de tekorten in bepaalde geografische zones en met de specifieke kenmerken van die zones.

*De minister* wijst erop dat de Impulsefondsen naar de deelstaten zijn overgeheveld. Zij moeten dus zorgen voor de *follow-up* ervan. Die fondsen hebben niet voor alle problemen een oplossing aangereikt. Op federaal niveau kunnen nog creatieve oplossingen worden bedacht. De minister zal dergelijke oplossingen trachten te vinden.

*De rapporteur,*

Valerie VAN PEEL

*De voorzitter,*

Muriel GERKENS

provinces? Quelles sont les difficultés qui demeurent pour généraliser ce projet?

*Mme Muriel Gerkens, présidente,* estime que les fonds Impulseo n'ont pas eu les conséquences attendues. D'autres mesures sont nécessaires, en tenant compte des manques dans certaines zones géographiques et des caractéristiques de ces zones.

*La ministre* rappelle que les fonds Impulseo ont été transférés aux entités fédérées. C'est donc à elles d'assurer le suivi de cette matière. Ces fonds n'ont pas répondu à tous les problèmes. Au niveau fédéral, des solutions imaginatives peuvent encore être conçues. La ministre s'attachera à rechercher de telles solutions.

*Le rapporteur,*

Valerie VAN PEEL

*La présidente,*

Muriel GERKENS