

# BELGISCHE SENAAT

---

BUITENGEWONE ZITTING 2007

---

19 SEPTEMBER 2007

---

## Wetsvoorstel tot regulering van het medisch aanbod

(Ingediend door mevrouw Isabelle Durant c.s.)

---

### TOELICHTING

---

Dit wetsvoorstel neemt de tekst over van DOC 52-0057/001, dat in de Kamer werd ingediend op 18 juli 2007 (zitting 0/2007-1).

Een diepe malaise treft het huisartsenberoep.

De indienster stelt vast dat heel wat jonge huisartsen na vijf of zes jaar met hun praktijk ophouden ten gevolge van de zware dagtaak en de arbeidslast. Degenen die toch doorzetten, weigeren hun gezinsleven en hun levenskwaliteit op te offeren aan hun werk. Iedereen erkent dat in sommige steden, landelijke gebieden en wijken een tekort aan huisartsen heerst, terwijl ze elders te talrijk zijn. Doorzicht en innovatie zijn dus geboden. Al evenzeer vereist zijn een beter inzicht in de praktijkvoering en de realiteit in het veld, en bovendien moet worden gesleuteld aan de manier waarop het medisch aanbod en de behoeften op elkaar worden afgestemd.

De gezondheidszorg wordt almaar meer specialistisch en technisch, en een gepersonaliseerde verzorging brengt gewettigde eisen mee. Op grond van een en ander komt het de huisarts toe in een alomvattende aanpak de versnipperde visies die de patiënt via verscheidene specialisten aangereikt heeft gekregen, samen te brengen, en duidelijk aan te geven wat werd onderzocht, vastgesteld en voorgeschreven. Hij kan — of zou moeten kunnen — tijd besteden aan de patiënt. Hij is belast met het «globaal medisch dossier», dat onder meer de synthese van de medische voorgeschiedenis van de patiënt bevat. De huisarts moet fungeren als tussenschakel tussen de patiënt en de artsen-specialisten, of het ziekenhuis.

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2007

---

19 SEPTEMBRE 2007

---

## Proposition de loi en matière de régulation de l'offre médicale

(Déposée par Mme Isabelle Durant et consorts)

---

### DÉVELOPPEMENTS

---

La présente proposition de loi reprend le texte du DOC 52-0057/001 déposée à la Chambre le 18 juillet 2007 (session 0/2007-1).

Le malaise est important dans la profession de médecin généraliste (MG).

L'auteur constate que de nombreux jeunes généralistes arrêtent de travailler comme tel après 5 ou 6 ans, vu la lourdeur des horaires et du travail. Ceux qui persistent refusent de sacrifier leur vie familiale et leur qualité de vie pour leur travail. Tous reconnaissent qu'il y a pénurie de MG dans certaines villes, campagnes et quartiers tandis qu'ils sont trop nombreux dans d'autres localités. Il faut donc décodifier et innover. Il faut mieux comprendre la pratique et les réalités du terrain et inventer une autre manière de faire coïncider l'offre médicale et les besoins.

Dans un contexte de soins, souvent de plus en plus pointus et techniques, et de revendications légitimes de personnalisation des soins, le MG est celui qui permet de rassembler, dans une approche globale, les visions éclatées du patient qui a été reçu par plusieurs spécialistes, de traduire ce qui a été examiné, constaté, prescrit. Il est celui qui peut consacrer du temps au patient ou qui devrait pouvoir le faire. Il est chargé du «dossier médical global» (DMG) qui reprend, entre autres, la synthèse de l'histoire médicale du patient. Le médecin généraliste doit servir d'interface entre les patients et les médecins spécialistes ou l'hôpital.

Heel wat artsen-specialisten werken niet langer in een ziekenhuis, maar zetten een privépraktijk op. Zo kunnen zij hun arbeidstijd beter beheren en zijn zij niet onderworpen aan de administratieve en financiële beperkingen van de ziekenhuisinstellingen. Ook daar is sprake van een overvloed aan bepaalde specialisten, terwijl in andere sectoren een tekort ontstaat.

Ten slotte is de preventieve geneeskunde (ongeacht of het nu gaat om de arbeidsgeneeskunde, de milieugeneeskunde, de schoolgeneeskunde of de geneeskunde voor Kind&Gezin en het Franstalige *ONE*) voortdurend vragende partij voor nieuwe artsen.

De Planningscommissie, die er thans mee belast is de huisartsen- en specialistenquota te bepalen, stelt jaarlijks voor het gehele grondgebied een cijfer vast, zonder rekening te houden met enige andere spreiding dan die over beide taalgemeenschappen. De referentiegegevens worden hoofdzakelijk getoetst aan het aantal artsen per inwoner in andere landen, de leeftijd van de artsen en het oogmerk onderlinge concurrentie tussen artsen te voorkomen mochten zij te talrijk zijn.

Het ontbreekt dusdanig aan duidelijke, op de praktijkvoering afgestemde referenties en criteria dat de Planningscommissie in februari 2006 heeft laten weten dat de voor 2012 voorziene criteria zouden moeten worden opgetrokken van 833 naar 1025 artsen ...

In 2001 telde Wallonië 3 864 huisartsen met jaarlijks meer dan 1 000 consultaties<sup>1</sup>, Brussel telde er 1 038. Die cijfers werden door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) verstrekt in antwoord op parlementaire vragen.

Volgens andere bronnen daalt het aantal handelingen van algemene geneeskunde jaarlijks met een miljoen. Die consultaties bij huisartsen worden *de facto* vervangen door raadplegingen van specialisten of door opvang in de spoeddiensten.

Nog andere gegevens tonen aan dat van de 20 000 huisartsen met een RIZIV-nummer (dat recht geeft op terugbetaling door het RIZIV voor de medische handelingen van die huisartsen), er volgens de erkenningsnormen slechts 8 000 op het terrein actief zouden zijn (onder hen zijn er 4 000 Franstaligen).

Hoe zijn dergelijke gissingen mogelijk in een tijd waarin we over informatica beschikken, waarin een tot op één eenheid nauwkeurige numerus clausus- en quotaregeling geldt en waarin de controle op de geneeskundige verzorging en het voorschrijfgedrag uitmun- tendheid voorstaat ?

De indieners kunnen maar moeilijk vatten waarom in België nog steeds geen kadaster van de medische praktijken voorhanden is. Zij vraagt zich dan ook af of de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedsel-

Les médecins spécialistes sont nombreux à désertter les hôpitaux pour s'installer dans un cabinet privé où ils peuvent mieux gérer leur temps de travail et où ils échappent aux contraintes administratives et financières des institutions hospitalières. Ici aussi, il existe une pléthore dans certaines spécialités tandis que la pénurie se développe dans d'autres secteurs.

Enfin, la médecine préventive, qu'elle soit du travail, environnementale, scolaire ou de l'ONE est en demande permanente de candidats médecins.

La Commission de planification, chargée aujourd'hui de fixer les quotas de médecins généralistes et spécialistes, détermine un chiffre par année pour l'ensemble du territoire, sans tenir compte d'aucune autre répartition que celle des deux communautés linguistiques. Les données de référence sont essentiellement des comparaisons avec le nombre de médecins par habitants dans d'autres pays, l'âge des médecins et la préoccupation d'éviter une concurrence entre médecins, s'ils étaient trop nombreux.

Des références et critères clairs adaptés au terrain sont à ce point déficients que la Commission de planification a fait savoir, en février 2006, qu'il faudrait revoir à la hausse les quotas prévus pour 2012, passant de 833 à 1025 médecins ...

En 2001, il y avait en Wallonie 3 864 MG pratiquant plus de 1 000 consultations par an<sup>1</sup>. Ils étaient 1 038 à Bruxelles. Ces chiffres ont été donnés par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) en réponse à des questions parlementaires.

Selon d'autres données, le nombre d'actes de médecine générale diminue d'1 million chaque année. Ces consultations auprès de généralistes sont en fait remplacées par des consultations de spécialistes ou le recours aux services d'urgences.

D'autres encore démontrent que, sur les 20 000 MG qui ont un numéro INAMI (ce qui ouvre le droit au remboursement de l'INAMI pour les actes médicaux posés par ces MG), seuls 8 000, en ordre au niveau des normes de l'agrément, seraient actifs sur le terrain (dont 4 000 francophones).

À l'heure de l'informatique, alors que nous avons un système de numerus clausus et de quotas à une unité près, et que le contrôle des soins et des prescriptions se veut exemplaire, comment de telles approximations sont-elles possibles ?

Les auteurs comprennent difficilement qu'un cadastre des pratiques médicales ne soit toujours pas disponible en Belgique. Elle se demande dès lors si le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimen-

keten en Leefmilieu niet verlamd wordt door politieke of communautaire belemmeringen. Het RIZIV zal naar verluidt het dossier overnemen. Hoewel in 2006 het patiëntenbestand van elke arts bekend is, net zoals geweten is hoeveel artsen een RIZIV-nummer hebben, is niettemin onbekend hoeveel van die artsen voltijds dan wel deeltijds werken. Het is al evenzeer onbekend of zij in hun praktijk voor specifieke werkgebieden hebben gekozen.

In hoeveel artsenfuncties moet worden voorzien in de preventieve geneeskunde, in research en bij expertises wordt al evenmin geregeld geëvalueerd. Derhalve rijst de vraag hoe de voor Volksgezondheid bevoegde minister het Impulsfonds van 20 000 euros op relevante wijze zal aanwenden om jonge huisartsen te helpen zich te vestigen in de regio's waar de nood het hoogst is.

Finaal blijkt dat zowel de federale RIZIV-quota-regeling als de numerus-claususregeling onaangepast zijn aan de realiteit, en zelfs beletten dat passend wordt ingespeeld op de zorgbehoeften van de bevolking over het hele grondgebied.

Derhalve worden in dit wetsvoorstel een aantal ingrepen voorgesteld.

1. Dringend werk maken van een kadaster van de medische praktijken: dat register kan heel snel door het RIZIV worden aangemaakt. Het volstaat daartoe dat het naar alle geregistreerde artsen een vragenlijst stuurt om hen te vragen waar zij hun artspraktijk(en) hebben, of zij voltijds dan wel deeltijds werken en wat hun werkgebieden zijn (huisarts, arbeidsgeneesheer, schoolarts, adviserend arts, ...).

2. De evaluatie van de zorgaanbodbehoeften decentraliseren via de oprichting van subregionale gezondheidscommissies, die samenwerken met de Planingscommissie.

a. Het grondgebied wordt momenteel opgesplitst in zorgregio's. Die zullen worden opgedeeld in wacht-dienstzones waarvan de organisatie wordt toevertrouwd aan de artsenkringen; voorwaarde is echter wel dat die opdeling niet alleen het stramien volgt van een ziekenhuislogica, maar haar beslag krijgt in overleg met de huisartsen. Voornoemde artsenkringen zijn goed op de hoogte van een aantal zaken, zoals de artsen die op dat grondgebied actief zijn, hun leeftijd, hun beschikbaarheid, de samenwerking met de ziekenhuizen, het thuiszorgaanbod en het arsenaal aan gezondheidsdiensten in de regio. Aangezien een zorgregio de vertegenwoordigers van de artsenkringen van het eigen grondgebied bundelt, gaat het om een significante territoriale eenheid als het erop aankomt de behoeften inzake zorgaanbod te evalueren.

b. Alle directe of indirecte gezondheidsactoren zouden moeten worden samengebracht in subregionale gezondheidscommissies, waarin ze samen de

taire et Environnement serait paralysé par des blocages politiques ou communautaires. L'INAMI va prendre le relais, dit-on. Mais, en 2006, si nous connaissions le nombre d'actes posés par chaque médecin et le nombre de médecins ayant un numéro INAMI, nous ignorons combien de ces médecins travaillent à temps plein ou à temps partiel. Nous ignorons également s'ils ont opté pour des orientations spécifiques dans leur pratique.

Les besoins de postes de médecins à pourvoir en médecine préventive, en recherche et en expertise ne sont pas non plus régulièrement évalués. On peut dès lors se demander comment le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions va rendre pertinente l'utilisation du Fonds d'impulsion de 20 000 euro afin de soutenir l'installation de jeunes généralistes dans les zones qui en ont le plus besoin.

Il ressort *in fine* que, tant le système fédéral des quotas INAMI que le système de numerus clausus sont inadaptés à la réalité, et se révèlent même des obstacles à une réponse correcte aux besoins de soins de la population sur l'ensemble du territoire.

Cette proposition de loi suggère dès lors de :

1. Réaliser en urgence un cadastre des pratiques médicales: celui-ci peut être fait très rapidement par l'INAMI, en envoyant un questionnaire à chaque médecin enregistré, pour lui demander où est situé son (ses) cabinet(s), s'il travaille à temps plein ou à temps partiel et avec quelles spécificités (médecine générale, médecine du travail, médecine scolaire, médecin conseil, ...).

2. Décentraliser l'évaluation des besoins en offre de soins par la création de commissions sub-régionales de la santé, articulées avec la Commission de planification.

a. Le territoire est, aujourd'hui, en train d'être organisé en bassins de soins. À condition que ceux-ci ne soient pas structurés uniquement dans une logique hospitalière, mais en concertation avec les médecins généralistes, ces bassins seront subdivisés en zones de gardes organisées par les cercles de médecins. Ceux-ci sont bien placés pour connaître les médecins présents sur leur territoire, leur âge et disponibilité, les collaborations avec les hôpitaux, les prestataires de soins à domicile et les services de santé de la région. Le bassin de soins rassemblant les représentants des cercles de médecins de son territoire est donc une entité significative d'évaluation des besoins de l'offre médicale.

b. À l'instar de ce qui se fait dans le secteur de l'aide aux personnes handicapées, en Région wallonne, via les commissions sub-régionales de l'Agence

geïdentificeerde behoeften, de evolutie daarvan en de relevantie van de antwoorden erop evalueren, net zoals dat in het Waals Gewest reeds gebeurt in de sector van de bijstand aan gehandicapten, via de subregionale commissies van het Waals agentschap voor de integratie van gehandicapte personen (AWIPH). Voor- noemde actoren zouden vertegenwoordigers zijn van de artsenkringen van de betrokken zone, van de ziekenhuizen, de thuiszorgdiensten, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW's), de centra voor kinderwelzijn en de centra voor leerlingenbegeleiding in de drie gemeenschappen, de diensten ter bevordering van de gezondheid op school, de diensten voor bijstand aan personen, alsook van de patiënten, de bevoegde ministeries van de gemeenschappen die wensen mee te werken en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (die zouden worden belast met de praktische organisatie van die commissies, alsmede met de contacten tussen die commissies en de Planningscommissie, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu). Één keer per jaar zouden die subregionale gezondheidscommissies verslag moeten uitbrengen en voorstellen formuleren met betrekking tot de behoeften aan artsen.

c. De regering bezorgt die subregionale commissies de nodige gegevens en referenties ter aanvulling van de vaststellingen die op lokaal vlak werden gedaan, waardoor de behoeften inzake zorg en medisch aanbod kunnen worden geëvalueerd.

d. De Planningscommissie moet nauw samenwerken met die subregionale commissies en moet, zo zij van de aanbevelingen van die subregionale commissies afwijkt, het door haar toegestane aantal nieuwe huisartsen verantwoorden.

e. De Planningscommissie centraliseert de gegevens van de verschillende subregionale commissies, alsook de evaluaties in verband met de overeenstemming tussen de zorgbehoeften en het medisch aanbod in de betrokken zones. Als dusdanig vormt de Planningscommissie een reflectieforum en een gegevensbank die transparante informatie ter beschikking stelt van de artsen, de universiteiten en de studenten. Laatstgenoemden kunnen bijgevolg hun keuzes inzake opleiding, specialismen en toekomstige vestigingsplaats afstemmen op grond van volledige gegevens.

f. Die interactieve werkwijze om de gezondheidszorgbehoeften te evalueren en te vergelijken met de geformuleerde antwoorden, maakt het tevens mogelijk om, voor de betrokken geografische zones, de behoeften inzake specialismen in diverse disciplines te identificeren — zowel binnen als buiten de ziekenhuizen.

wallonne pour l'intégration de la personne handicapée (AWIPH), des commissions sub-régionales de la santé devraient rassembler l'ensemble des acteurs directs ou indirects de la santé pour évaluer ensemble les besoins identifiés, leur évolution, l'adéquation des réponses qui y sont apportées. Ces acteurs seraient des représentants des cercles de médecins de la zone, des hôpitaux, des services de soins à domicile, des centres publics d'action sociale (CPAS), de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), des centres Psycho-médico-sociaux (PMS), des services de promotion de la santé à l'école, des services d'aide aux personnes, des représentants des patients, des ministères des communautés souhaitant participer à leur fonctionnement, du SPF fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (qui seraient chargés de l'organisation de ces commissions et du lien entre celles-ci et la Commission de planification, l'INAMI ainsi que le SPF fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement). Une fois par an, ces commissions sub-régionales de la santé devront rendre un rapport avec des propositions quant aux besoins de médecins.

c. Le gouvernement donne à ces commissions sub-régionales les données et les références qui complèteront le constat des réalités locales, afin d'évaluer les besoins en soins et en offre médicale.

d. La Commission de planification doit travailler en lien avec ces commissions sub-régionales et doit justifier le nombre de nouveaux médecins qu'elle estime pouvoir être autorisés, si elle s'écarte de leurs recommandations.

e. La Commission de planification, centralisant les données des différentes commissions sub-régionales et les évaluations de l'adéquation entre les besoins et les offres médicales de ces zones, deviendra dès lors un lieu de réflexion et de mise à disposition des informations, de manière transparente, à destination des médecins, des universités et des étudiants. Ces derniers pourront dès lors orienter leurs choix de formations, de spécialisation et d'installation future sur base de données complètes.

f. Cette manière interactive d'évaluer les besoins en soins de santé et de croiser ceux-ci avec les réponses qui y sont apportées permet également d'identifier les besoins des zones géographiques concernées, concernant les spécialistes des différentes disciplines, tant dans le domaine intra qu'extra hospitalier.

**COMMENTAAR BIJ DE ARTIKELEN**

## Artikel 2

Dit artikel beoogt werk te maken van een gedecentraliseerde evaluatie van de zorgbehoeften. Daartoe moet een aantal mechanismen worden ingesteld.

§ 1. De oprichting van subregionale commissies die tot taak hebben om, voor hun respectieve grondgebieden, de behoeften te evalueren aan huisartsen, specialisten met een eigen kabinet en specialisten binnen ziekenhuisstructuren; voorts moeten zij die evaluatiegegevens verzenden aan de (federale) Planningscommissie.

Die evaluatie moet jaarlijks plaatsvinden, maar moet prospectief zijn, dat wil zeggen de drie volgende jaren behelzen.

Die commissies vallen samen met het grondgebied van de zorgregio's. Ze bundelen de artsenkringen, evenals de andere actoren die op hun grondgebied direct en indirect bij de gezondheidszorg betrokken zijn. Ze stellen objectieve evaluatiecriteria vast, ter aanvulling van de gegevens en referenties die worden verstrekt door de minister die bevoegd is voor Gezondheid. Voorts bezorgen de commissies diezelfde minister een jaarverslag waarin hun werking wordt toegelicht.

De subregionale commissies mogen de bestaande commissies niet overlappen. Ze zullen worden opgenomen in de structuren van de zorgregio's, zodra die structuren operationeel zijn.

§ 2. De (federale) Planningscommissie krijgt een centraliserende rol toebedeeld. Dat wil zeggen dat zij de uit de diverse subregionale commissies toekomende informatie moet coördineren, alsook aan de minister die bevoegd is voor Gezondheid een voorstel moet bezorgen aangaande het aantal huisartsen en artsen-specialisten die zij denkt te moeten toestaan in elk van de zorgregio's.

§ 3. De gedecentraliseerde werking wordt jaarlijks geëvalueerd door alle subregionale commissies samen, onder leiding van de Planningscommissie.

§ 4. Er komt een gecontroleerde toegang tot de persoonlijke gegevens van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector.

## Artikel 3

De Koning bepaalt jaarlijks, op grond van de voorstellen van de Planningscommissie, het aantal artsen dat zich de volgende jaren in elke zorgregio mag vestigen. Het betreft huisartsen en specialisten.

**COMMENTAIRE DES ARTICLES**

## Article 2

Cet article met en place l'organisation décentralisée de l'évaluation des besoins en offre de soins via les mécanismes suivants.

§ 1. L'installation de commissions sub-régionales qui ont pour mission d'évaluer les besoins en médecins généralistes, spécialistes à domicile et spécialistes en structures hospitalières sur leur territoire et de communiquer celles-ci à la Commission (fédérale) de planification.

Cette évaluation doit se faire chaque année mais doit être prospective: elle porte sur les 3 années qui suivent.

Ces commissions correspondent aux territoires des bassins de soins. Elles réunissent les cercles de médecins ainsi que les acteurs directs et indirects de la santé qui sont sur leurs territoires. Elles définissent des critères objectifs d'évaluation qui complètent les données et références fournies par le ministre qui a la Santé dans ses attributions. Elles remettent un rapport annuel sur leur fonctionnement au même ministre.

Ces commissions sub-régionales ne devront pas constituer une structure supplémentaire à celles qui existent déjà. Elles s'intégreront dans les outils des bassins de soins, lorsque ceux-ci seront fonctionnels.

§ 2. La Commission (fédérale) de planification reçoit un rôle centralisateur. Celle-ci est chargée de coordonner les informations issues des différentes commissions sub-régionales et de remettre au ministre qui a la santé dans ses attributions une proposition concernant le nombre de médecins généralistes et spécialistes qu'elle estime devoir être autorisés à s'installer dans chacun des bassins de soins.

§ 3. Une évaluation annuelle du fonctionnement décentralisé, réunissant l'ensemble des commissions subrégionales, sous la coordination de la Commission de planification est instauré.

§ 4. Un accès contrôlé aux données à caractère personnel relatives aux professionnels de la santé est mis en place.

## Article 3

Sur base des propositions de la Commission de planification, le Roi détermine annuellement le nombre de médecins autorisés, pour les années qui suivent, à s'installer dans chaque bassin de soins. Généralistes

Alleen als een plaats beschikbaar is, mag dus een nieuwe praktijk worden geopend.

Die gegevens worden uiteraard openbaar gemaakt, zodat de artsen maar ook de studenten in de geneeskunde er toegang toe hebben.

Als verschillende artsen zich kandidaat stellen voor eenzelfde beschikbare plaats, wordt een selectie gemaakt.

Die bepalingen gelden voor de Belgische of buitenlandse artsen die zich in België willen vestigen.

Ten slotte verhinderen die bepalingen *de facto* dat een arts die zich in het kader van een vennootschap heeft gevestigd, een patiëntenbestand aan een gekozen overnemer verkoopt.

#### Artikel 4

Om het medisch aanbod in het veld correct te kunnen inschatten, is een kadaster nodig van de praktijken van de huisartsen en specialisten in de ziekenhuizen en in de ambulante zorgverstrekking. Dit artikel organiseert de totstandkoming van dat kadaster.

#### Artikel 5

De Planningscommissie (die van de federale Staat afhangt) moet elk jaar de inlichtingen in verband met de praktijken van de artsen verkrijgen, zodat ze beschikt over een openbaar en toegankelijk referentie-instrument dat de mogelijkheid zal bieden de behoeften inzake medisch aanbod te evalueren. Dit artikel voert voor de artsen derhalve de verplichting in per standplaats het volume van hun prestaties van het voorbije jaar ter kennis te brengen vóór 31 maart van het volgende jaar.

\*  
\* \*

et spécialistes sont concernés. Un nouveau cabinet ne pourra donc être ouvert que si une place est disponible.

Ces données sont évidemment rendues publiques, afin que les médecins, mais aussi les étudiants en médecine y aient accès.

Si plusieurs médecins sont candidats pour une même place disponible, une sélection est alors opérée.

Ces dispositions valent pour les médecins belges ou étrangers désireux de s'installer en Belgique.

Enfin, ces dispositions empêchent, de facto, la pratique de la vente de la clientèle à un repreneur choisi, par un médecin qui se serait installé en société.

#### Article 4

Un cadastre des pratiques des médecins généralistes et spécialistes en milieu hospitalier et en ambulatoire est nécessaire pour pouvoir évaluer correctement l'offre médicale réelle sur le terrain. Cet article organise la réalisation de ce cadastre.

#### Article 5

La Commission de planification (dépendant de l'État fédéral) doit recevoir chaque année les informations relatives aux pratiques des médecins afin de disposer d'un outil public et accessible de référence, qui permettra l'évaluation des besoins en offre médicale. Cet article introduit, dès lors, l'obligation pour les médecins de transmettre le volume de leurs prestations, par lieu d'activité, de l'année écoulée avant le 31 mars de l'année qui suit.

Isabelle DURANT.  
Marcel CHERON.  
Josy DUBIÉ.

\*  
\* \*

**WETSVOORSTEL**

## Hoofdstuk I

**Algemeen**

## Artikel 1

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

## Hoofdstuk II

**Wijzigingen aan het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen**

## Art. 2

Artikel 35*octies* van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, ingevoegd bij de wet van 29 april 1996, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998, 10 augustus 2001 en 29 januari 2003, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 35*octies*. — § 1. In elke zorgregio wordt een subregionale adviescommissie inzake zorgaanbod opgericht. De Koning bepaalt het territorium van een zorgregio dat het hele territorium van een of meer huisartsenkringen integraal moet bestrijken.

De subregionale adviescommissie inzake zorgaanbod is samengesteld uit vertegenwoordigers van de geneeskunst, zowel huisartsen als specialisten, van zorginstellingen, van bij de zorg betrokken lokale overheden, van patiënten en rechthebbenden op verzorging en van erkende gezondheidsdiensten.

Die commissies tellen ten hoogste 20 leden.

De leden worden voor een mandaat van vijf jaar, dat eenmaal kan worden hernieuwd, benoemd door de federale minister tot wiens bevoegdheid de Gezondheid behoort. Elke categorie mag door niet meer dan 20 % van de leden worden vertegenwoordigd.

Het voorzitterschap en het secretariaat worden uitgeoefend door een vertegenwoordiger van de federale minister tot wiens bevoegdheid de Gezondheid behoort en door een vertegenwoordiger die wordt aangewezen door de betrokken Gemeenschap, als die aan de werking van die subregionale adviescommissie wenst deel te nemen.

**PROPOSITION DE LOI**

## Chapitre premier

**Disposition générale**Article 1<sup>er</sup>

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

## Chapitre II

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

## Art. 2

L'article 35*octies* 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, modifié par les lois du 22 février 1998, du 10 août 2001 et du 29 janvier 2003, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 35*octies*. — § 1<sup>er</sup>. Une commission consultative sub-régionale de l'offre de soins est instituée dans chaque bassin de soins. Le territoire d'un bassin de soins est déterminé par le Roi et doit couvrir, en le respectant, le territoire entier d'un ou de plusieurs cercles de médecins généralistes.

La commission consultative sub-régionale de l'offre de soins est composée de représentants de l'art de guérir, généralistes et spécialistes, d'institutions de soins, de pouvoirs publics locaux concernés par la santé, de patients et bénéficiaires de soins et de services de santé agréés.

Le nombre maximal de membres des commissions est de 20 personnes.

Les membres sont nommés par le ministre fédéral qui a la Santé dans ses attributions pour un mandat de cinq ans, renouvelable une fois. Chaque catégorie ne peut compter plus de 20 % de membres.

La présidence et le secrétariat sont assurés par un représentant du ministre fédéral qui a la Santé dans ses attributions et un représentant désigné par la Communauté concernée, si celle-ci a souhaité participer au fonctionnement de cette commission consultative sub-régionale.

De Koning bepaalt de nadere regels voor de benoeming van de leden en voor de werking van die commissies.

Elke subregionale adviescommissie inzake zorgaanbod krijgt van de minister tot wiens bevoegdheid de Gezondheid behoort, de gegevens en de referenties die het mogelijk maken de sociale en economische situatie alsmede de gezondheidstoestand en de zorgbehoeften van de burgers van het betrokken grondgebied te kennen.

Elke subregionale commissie heeft de volgende taken :

1° een indeling voorstellen van haar grondgebied in zones van 5 000 à 15 000 inwoners, die « huisartsenzones » worden genoemd;

2° een evaluatie van de behoeften aan huisartsen voorstellen in elke huisartsenzone, gelet op het bestaand aanbod; de betrokken subregionale adviescommissie legt de objectieve criteria vast op grond waarvan ze de behoeften bepaalt en de gedekte en niet-gedekte behoeften inzake preventieve, curatieve en palliatieve zorg vaststelt;

3° een evaluatie voorstellen van de behoeften aan specialisten binnen en buiten de ziekenhuizen voor het hele grondgebied van de zorgregio, gelet op bestaand aanbod. De betrokken subregionale adviescommissie legt de objectieve criteria vast op grond waarvan ze de behoeften bepaalt en de gedekte en niet-gedekte behoeften inzake preventieve, curatieve en palliatieve zorg vaststelt.

Ze zendt jaarlijks in de loop van het eerste kwartaal van het jaar haar rapport over aan de bevoegde federale en gemeenschapsministers.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, andere taken bepalen.

§ 2. Bij de voor Gezondheid bevoegde minister wordt een Planningscommissie Zorgaanbod opgericht.

Ze heeft de volgende taken :

1. voor elke zorgregio de behoeften inzake zorgaanbod bepalen voor de huisartsen en de specialisten, op grond van de rapporten die de subregionale adviescommissies inzake zorgaanbod aan de minister verzenden;

2. op grond daarvan het aantal beoefenaars van de geneeskunde bepalen die in elke huisartsenzone voor de komende drie jaar een in artikel 35*duodecies* bedoelde ministeriële vergunning kunnen krijgen;

3. het aantal beoefenaars van de geneeskunde bepalen die in het kader van de gespecialiseerde geneeskunde buiten het ziekenhuis voor elke specia-

Le Roi détermine les modalités de nomination des membres et de fonctionnement de ces commissions.

Chaque commission consultative sub-régionale reçoit du ministre qui a la Santé dans ses attributions les données et références permettant de connaître les réalités sociales et économiques, ainsi que l'état de santé et l'évaluation des besoins en soins des citoyens du territoire concerné.

Chaque commission sub-régionale a pour missions :

1° de proposer un sous-découpage territorial de son territoire en zones de 5 000 à 15 000 habitants, appelées « zones de médecine générale »;

2° de proposer une évaluation des besoins en médecins généralistes dans chaque zone de médecine générale, au regard de l'offre existante; la commission consultative sub-régionale concernée définit les critères objectifs sur base desquels elle identifie les besoins et détermine les besoins couverts et non couverts en soins préventifs, curatifs et palliatifs;

3° de proposer une évaluation des besoins en médecins spécialistes intra et extra-hospitaliers sur l'ensemble du territoire du bassin de soins, au regard de l'offre existante. La commission consultative sub-régionale concernée définit les critères objectifs sur base desquels elle identifie les besoins et détermine les besoins couverts et non couverts en soins préventifs, curatifs et palliatifs.

Elle communique son rapport annuellement durant le premier trimestre de l'année aux ministres fédéral et communautaires compétents.

Le Roi peut déterminer, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, d'autres missions.

§ 2. Une Commission de planification de l'offre de soins est instituée auprès du ministre qui a la santé dans ses attributions.

Ses missions sont :

1. d'examiner, pour chaque bassin de soins, les besoins en matière d'offre de soins pour les médecins généralistes et spécialistes, à partir des rapports transmis au ministre par les commissions consultatives sub-régionales de l'offre de soins;

2. de déterminer, à partir de là, le nombre de praticiens de l'art médical pouvant obtenir une autorisation ministérielle visée à l'article 35*duodecies* dans chaque zone de médecine générale, dans les trois années à venir;

3. de déterminer le nombre de praticiens de l'art médical pouvant obtenir une autorisation ministérielle visée à l'article 35*duodecies*, dans le cadre de la



liteit in elke zorgregio voor de komende drie jaar een in artikel 35*duodecies* bedoelde ministeriële vergunning kunnen krijgen;

4. voor de komende drie jaar de behoefte aan specialisten bepalen in de ziekenhuizen van de betrokken zorgregio;

5. de selectie van de kandidaten regelen krachtens de in artikel 35*novies*, § 3, beschreven procedure, wanneer verscheidene kandidaten zich voor eenzelfde beschikbare plaats aanmelden.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, andere taken bepalen.

§ 3. De Planningscommissie vergadert jaarlijks, in de loop van het tweede trimester, met alle subregionale commissies, teneinde de ervaring met de werkwijzen onderling uit te wisselen en die te evalueren, alsook om de voor de behoefte raming gebruikte referentiepunten geleidelijk te harmoniseren

§ 4. Met het oog op de uitvoering van de haar bij wet opgelegde taken, mag de Planningscommissie persoonsgebonden gegevens over de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen verwerken.

De resultaten van die verwerking mogen alleen worden meegedeeld, verspreid of bekendgemaakt als de personen niet kunnen worden geïdentificeerd.

De volgende gegevens mogen worden ingezameld :

a) in de databank bedoeld in artikel 35*quaterdecies*: de daarin opgenomen gegevens;

b) bij het RIZIV: de gegevens over de individuele beroepsactiviteiten.

#### Art. 3

Artikel 35*novies* van hetzelfde koninklijk besluit, ingevoegd bij de wet van 29 april 1996, wordt vervangen als volgt :

«Art. 35*novies*. — § 1. Op advies van de Planningscommissie, uitgebracht op straffe van nietigheid, bepaalt de Koning jaarlijks :

— voor de huisartsen : het aantal artsen, uitgedrukt in voltijds equivalenten, dat de volgende drie jaar, voor elk werkgebied van de huisartsgeneeskunde, in aanmerking komt voor een vergunning als bedoeld in artikel 35*duodecies*;

— voor de artsen-specialisten: het aantal artsen, uitgedrukt in voltijds equivalenten, dat in aanmerking komt voor een vergunning als bedoeld in artikel 35*duodecies*, voor iedere specialiteit, en in elke zorgregio.

médecine spécialisée extra-hospitalière, pour chaque spécialité, dans chaque bassin de soins, dans les trois années à venir;

4. de déterminer les besoins en spécialistes, dans les trois années à venir, dans les hôpitaux du bassin de soins concernés;

5. d'organiser la sélection des candidats, selon la procédure décrite à l'article 35*novies*, § 3, lorsque plusieurs candidats se présentent pour un même poste vacant.

Le Roi peut déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, d'autres missions.

§ 3. La Commission de planification réunit l'ensemble des commissions sub-régionales, chaque année dans le cours du second trimestre, afin d'échanger et d'évaluer les modes de fonctionnement et d'harmoniser progressivement les références utilisées pour évaluer les besoins.

§ 4. En vue d'assurer ses missions légales, la Commission de planification peut traiter des données à caractère personnel relatives aux professionnels des soins de santé.

Les résultats de ce traitement ne peuvent faire l'objet d'une communication, d'une diffusion ou d'une publication que si l'identification des personnes est impossible.

Peuvent être collectées :

a) dans la banque de données visée à l'article 35*quaterdecies*, les données qui y sont enregistrées;

b) auprès de l'INAMI, les données relatives aux activités professionnelles individuelles.

#### Art. 3

L'article 35*novies* du même arrêté, inséré par la loi du 29 avril 1996, est remplacé comme suit :

«Art. 35*novies*. — § 1<sup>er</sup>. Suite à un avis formulé par la Commission de planification, à peine de nullité, le Roi détermine annuellement :

— pour les médecins généralistes, le nombre de médecins équivalents temps plein pouvant bénéficier d'une autorisation visée à l'article 35*duodecies*, dans chaque zone de médecine générale, dans les trois années à venir;

— pour les médecins spécialistes équivalents temps plein, le nombre de médecins pouvant bénéficier d'une autorisation visée à l'article 35*duodecies*, pour chaque spécialité, dans chaque bassin de soins.

Die cijfers worden openbaar gemaakt.

§ 2. Wanneer in een zorgregio een nieuwe vergunning mag worden verleend, in het kader van de huisartsgeneeskunde dan wel van de gespecialiseerde geneeskunde, en indien verscheidene artsen kandidaat zijn voor die vergunning, verleent de minister de vergunning aan de arts die hij aanwijst op advies van de Planningscommissie, uitgebracht op straffe van nietigheid.

Indien verscheidene kandidaten, Belgen of niet-Belgen, die vergunning aanvragen, organiseert de Planningscommissie in een eerste fase een bemiddelingsronde, tijdens welke alle kandidaten worden ingelicht over de nog niet gekozen beschikbare plaatsen, zodat zij een andere keuze kunnen maken.

Indien de bemiddeling faalt of er nog steeds te veel kandidaten zijn, worden zij geselecteerd op grond van door de Koning bepaalde criteria en nadere uitvoeringsregels. Die criteria omvatten meer bepaald het jaar waarin het diploma specialisatiestudie werd uitgereikt en de ervaring die werd verworven aan de hand van stages of vervangingen in het werkgebied van de geneeskunde waarvoor de kandidaat solliciteert. ».

#### Art. 4

Artikel 35*duodecies* van hetzelfde koninklijk besluit, ingevoegd bij de wet van 10 december 1997 en gewijzigd bij de wet van 2 augustus 2002, wordt aangevuld als volgt :

« Een kadaster van de praktijken van de huisartsen en de specialisten, zowel in de ziekenhuizen als daarbuiten, wordt opgesteld en jaarlijks bijgewerkt.

Vanaf een door de Koning bepaalde datum moet iedere beoefenaar van de geneeskunde die houder is van een erkenning, om zijn handelingen te laten terugbetalen door het RIZIV, van de minister tot wiens bevoegdheid de Gezondheid behoort, toestemming krijgen om die handelingen te stellen in een zorgregio die door de Koning wordt afgebakend en die het hele territorium van één of meer huisartsenkringen bestrijkt, met inachtneming van dat territorium. Van de aldus verleende vergunningen wordt melding gemaakt in het in het vorige lid bedoelde kadaster.

Aan de beoefenaars van de geneeskunde die houder zijn van een erkenning en hun activiteiten uitoefenen vóór de in het vorige lid bedoelde datum, verleent de minister een vergunning voor de zorgregio(s) waarin ze hun door het RIZIV terugbetaalde activiteiten reeds uitoefenen.

Geen enkele beoefenaar van de geneeskunde mag zijn patiëntenbestand aan een andere beoefenaar overdragen. Ieder beoefenaar mag evenwel zijn

Ces chiffres sont rendus publics.

§ 2. Lorsqu'une nouvelle autorisation peut être accordée dans un bassin de soins, dans le cadre de la médecine générale ou spécialisée et que plusieurs candidats souhaitent l'obtenir pour ce poste, le ministre accorde l'autorisation au médecin qu'il désigne, sur avis de la Commission de planification, à peine de nullité.

Si plusieurs candidats, belges ou étrangers, sollicitent cette autorisation, la Commission de planification exerce dans un premier temps une médiation au cours de laquelle les places disponibles non encore choisies sont communiquées à l'ensemble des candidats, leur permettant ainsi d'opérer un autre choix.

En cas d'échec de la médiation ou de candidats toujours en surnombre, ceux-ci sont sélectionnés sur base de critères, et suivant des modalités déterminées par le Roi. Ces critères comprennent notamment : l'année de fin d'études du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) et l'expérience acquise via les stages ou remplacements dans le domaine de l'art médical où le candidat postule. ».

#### Art. 4

L'article 35*duodecies* du même arrêté, inséré par la loi du 10 décembre 1997 et modifié par la loi du 2 août 2002, est complété par les alinéas suivants :

« Un cadastre des pratiques de médecine générale et de médecine spécialisée, tant en intra qu'en extra hospitalier, est dressé et réactualisé chaque année.

À partir d'une date déterminée par le Roi, chaque praticien de l'art médical, titulaire d'un agrément, doit, pour que ses actes puissent donner lieu à remboursement de la part de l'INAMI, être autorisé par le ministre qui a la Santé dans ses attributions à poser lesdits actes dans un bassin de soins, dont le contour est déterminé par le Roi et couvrant, tout en le respectant, le territoire entier d'un ou de plusieurs cercles de médecins généralistes. Les autorisations ainsi accordées font l'objet d'une mention dans le cadastre visé à l'alinéa précédent.

Les praticiens de l'art médical, titulaires d'un agrément et exerçant leurs activités avant la date visée à l'alinéa précédent se voient accorder une autorisation par le ministre, pour le ou les bassin(s) de soins dans lequel (lesquels) ils exercent déjà leurs activités donnant lieu au remboursement de la part de l'INAMI.

Tout praticien de l'art médical ne peut céder sa patientèle à un autre praticien. Il est cependant permis, pour tout praticien, de déplacer le lieu de ses activités

medische praktijk verplaatsen, op voorwaarde dat die gelegen is in dezelfde zorgregio.

Indien de verplaatsing van de activiteiten de vestiging in een andere zorgregio inhoudt, is een nieuwe, in dit artikel bedoelde vergunning vereist. ».

Art. 5

Artikel 35 *quaterdecies*, § 4, 8<sup>o</sup>, van hetzelfde koninklijk besluit, ingevoegd bij de wet van 29 januari 2003, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« 8<sup>o</sup> de beoefenaar van één van de medische beroepen bedoeld in artikel 35 *duodecies* deelt jaarlijks in het eerste trimester zelf het adres van zijn medische praktijk(en) mee, alsook het aantal prestaties dat hij in elke praktijk in het voorbije jaar heeft geleverd, en het aantal (of de arbeidstijd) die hij wenst voor het lopende jaar. De Planningscommissie kan bepalen dat nog andere gegevens moeten worden meegedeeld. Bij weigering kan de minister tot wiens bevoegdheid de Gezondheid behoort, de in artikel 35 *duodecies* bedoelde vergunning opschorten voor een periode van één tot drie maanden. ».

30 augustus 2007.

médicales, pour autant que celles-ci restent exercées dans le même bassin de soins.

Si le déménagement prévoit l'installation dans un autre bassin de soins, une nouvelle autorisation, visée par le présent article, est alors requise. ».

Art. 5

L'article 35 *quaterdecies* § 4, 8<sup>o</sup> du même arrêté, inséré par la loi du 29 janvier 2003, est remplacé par la disposition suivante :

« 8<sup>o</sup> le praticien d'une des professions médicales visées à l'article 35 *duodecies*, lui-même, communique le premier trimestre de chaque année, la ou les adresses de sa ou ses pratiques médicales, le volume de prestations réalisées dans chaque lieu durant l'année écoulée, ainsi que le volume (ou temps de travail) souhaité pour l'année en cours. La Commission de planification peut déterminer d'autres données à communiquer. En cas de refus, le ministre qui a la santé dans ses attributions peut suspendre l'autorisation visée à l'article 35 *duodecies* pour une période de un à trois mois. ».

30 août 2007.

Isabelle DURANT.  
Marcel CHERON.  
Josy DUBIÉ.