

**Belgische Senaat  
en Kamer van  
volksvertegenwoordigers**

ZITTING 2008-2009

28 APRIL 2009

**Het kadaster van activiteiten  
van geneesheren**

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR  
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN (S)  
EN DE COMMISSIE VOOR DE VOLKS-  
GEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING (K)  
UITGEBRACHT DOOR DE DAMES **ZRIHEN (S)**  
EN **LAMBERT (K)**

**Sénat et Chambre  
des représentants  
de Belgique**

SESSION DE 2008-2009

28 AVRIL 2009

**Le cadastre des activités  
des médecins**

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DES AFFAIRES SOCIALES (S)  
ET DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ (CH)  
PAR MMES **ZRIHEN (S)**  
ET **LAMBERT (CH)**

Samenstelling van de commissie / Composition de la commission :

**Voorzitters / Présidents :** Nahima Lanjri (S) en/et Muriel Gerkens (K/Ch).

**SENAAT / SÉNAT**

**Leden / Membres :**

CD&V	Wouter Beke, Dirk Claes, Nahima Lanjri, Els Schelfhout.
MR	Jacques Brotchi, Richard Fournaux, Dominique Tilmans.
Open VLD	Jean-Jacques De Gucht, Nele Lijnen.
Vlaams Belang	Jurgen Ceder, Nele Jansegers.
PS	Sfia Bouarfa, Christiane Vienne.
SP.A-VI. Pro	Marleen Temmerman, Myriam Vanlerberghe.
CDH	Anne Delvaux.
Écolo	Isabelle Durant.

**Plaatsvervangers / Suppléants :**

Sabine de Bethune, Miet Smet, Elke Tindemans, Hugo Vandenberghe, Pol Van Den Driessche.  
Berni Collas, Christine Defraigne, Alain Destexhe, Philippe Monfils.  
Margriet Hermans, Patrik Vankrunkelsven, Paul Wille.  
Yves Buysse, Hugo Covelliers, Karim Van Overmeire.  
Joëlle Kapompolé, Philippe Mahoux, Olga Zrihen.  
Bart Martens, Guy Swennen, Johan Vande Lanotte.  
Marc Elsen, Jean-Paul Procureur.  
Josy Dubié, Carine Russo.

**KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS / CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS**

**Vice-voorzitters / Vice-présidents :** Luc Goutry en/et Marie-Claire Lambert.

**Vaste leden / Membres :**

CD&V	Luc Goutry, Nathalie Muylle, Inge Vervotte.
MR	Daniel Bacquelaine, Jean-Jacques Flahaux, Jacques Otlet.
PS	Marie-Claire Lambert, Sophie Pécriaux.
Open Vld	Yolande Avontroodt, Katia della Faille de Leverghem.
Vlaams Belang	Koen Bultinck, Rita De Bont.
sp.a	Maya Detiège, Christine Van Broeckhoven.
Écolo-Groen !	Muriel Gerkens.
cdH	Véronique Salvi.
N-VA	Flor Van Noppen.

**Plaatsvervangers / Suppléants :**

Sonja Becq, Mia De Schamphelaere, Lieve Van Daele, Mark Verhaegen.  
Valérie De Bue, Olivier Destrebecq, Denis Ducarme, Florence Reuter.  
Colette Burgeon, Jean Cornil, Linda Musin.  
Maggie De Block, Sofie Staelraeve, Carina Van Cauter.  
Guy D'haeseleer, Barbara Pas, Bruno Valkeniers.  
Dalila Douifi, Meryame Kitir, Ludwig Vandenhove.  
Thérèse Snoy et d'Oppuers, Tinne Van der Straeten.  
Georges Dallemagne, Marie-Martine Schyns.  
Sarah Smeyers.

## I. INLEIDING

De commissie voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat en de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing van de Kamer van volksvertegenwoordigers hebben tijdens een gezamenlijke vergadering op 28 april 2009 de resultaten besproken van het kadaster van activiteiten van geneesheren, dat is voorgesteld door mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

## II. VOORSTELLING VAN DE RESULTATEN VAN HET KADASTER

### A. Inleiding

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, onderstreept dat het kadaster van de huisartsen een waardevol instrument is dat ontbrak om het probleem van de planning op een veel objectievere basis aan te pakken en om de reële behoeften op het gebied van het medisch aanbod in ons land te kunnen evalueren.

Sinds haar aantreden als hoofd van de departementen Sociale Zaken en Volksgezondheid is de minister geregeld geïnterpelleerd over de planning van de gezondheidswerkers en over de planning van de artsen in het bijzonder. Naast vragen over het principe zelf van een regeling, hebben velen ook vragen over de relevantie van de instrumenten waarmee over deze planning wordt nagedacht en over de quota : het was dus belangrijk om achter de officiële cijfers de realiteit naar voor te brengen van de effectief voor de patiënten beschikbare huisartsen.

Zo rees de vraag hoeveel van de huisartsen met een erkenningsnummer van het RIZIV, namelijk 15 118, wel degelijk en geregeld als huisarts in de praktijk werkzaam zijn. Dat is essentieel, als men op een adequate manier aan de behoeften van de patiënten wil beantwoorden en voor een adequate dekking over het hele grondgebied wil zorgen.

De minister onderstreept het belang van dit werk, dat is gebaseerd op recente gegevens (2007) en dat zal worden voortgezet voor andere gezondheidsberoepen, zoals de geneesheerspecialisten, de tandartsen, de kinesitherapeuten enzovoort.

### B. Voorstelling door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

#### a) Werkwijze

De heer Henk Vandenbroele herinnert aan de methodologie op grond waarvan het kadaster van de huisartsen is samengesteld.

## I. INTRODUCTION

La commission des Affaires sociales du Sénat et la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société de la Chambre des représentants ont consacré une réunion commune, le 28 avril 2009, à la discussion des résultats du cadastre des activités des médecins, après sa présentation par Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

## II. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DU CADASTRE

### A. Introduction

La vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique souligne que le cadastre des médecins généralistes est un outil précieux qui manquait pour appréhender sur des bases plus objectives le problème de la planification et pour évaluer les besoins réels en termes d'offre médicale dans notre pays.

Depuis son entrée en fonction à la tête des départements des Affaires sociales et de la Santé publique, la ministre a été régulièrement interpellée au sujet de la planification des professionnels de la santé et de la planification des médecins en particulier. Au-delà des questionnements sur le principe même d'une régulation, beaucoup s'interrogent sur la pertinence des outils pour réfléchir à cette planification et fixer des quotas : il était donc important de faire apparaître la réalité des ressources en médecine générale effectivement disponibles pour les patients, derrière les chiffres officiels.

Ainsi, derrière le nombre de médecins généralistes titulaires d'un numéro d'agrément INAMI, soit 15 118, combien exercent réellement et régulièrement la médecine générale sur le terrain ? C'est essentiel si l'on veut pouvoir répondre de manière adéquate aux besoins des patients et assurer une couverture adéquate sur l'ensemble du territoire.

La ministre souligne l'intérêt de ce travail, basé sur des données récentes (2007) et qui sera poursuivi pour d'autres métiers de la santé, comme les médecins spécialistes, les dentistes, les kinés, etc.

### B. Présentation par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

#### a) Méthode de travail

M. Henk Vandenbroele rappelle la méthodologie qui a présidé à la confection du cadastre des médecins généralistes.

Er is een database samengesteld met behulp van alle over de huisartsen beschikbare gegevens. Die gegevens werden gecombineerd en ingedeeld per huisarts. De gegevens werden vergeleken met die in de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) (adres, domicilie, eventueel overlijden) en die welke bekend zijn bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (erkenning, huisartsenwacht, praktijkadres) of bij het RIZIV (patiëntcontacten, bestaan van een globaal medisch dossier, accreditatie). De database is cumulatief en bevat gegevens over verscheidene jaren.

Spreeker herinnert aan de van toepassing zijnde reglementering, namelijk het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen en het ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen. Bijzondere aandacht verdient artikel 10, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup> en 8<sup>o</sup>, van het ministerieel besluit: die bepaling geeft aan wat nodig is om de erkenning en de bijzondere beroepstitel van huisarts te behouden.

Een reeks criteria werden in aanmerking genomen. Het gaat om:

1. de erkenning van de huisartsen, op grond van de in de FOD beschikbare informatie;

2. het bijhouden van een « globaal medisch dossier » (GMD), op grond van het aantal dossiers volgens de RIZIV-nomenclatuur, per jaar en voor de periode 2003-2007, met dien verstande dat de binnen de forfaitaire regeling werkzame artsen werden meegeteld;

3. de deelname aan de huisartsenwachtdiensten, waarbij rekening werd gehouden met het beschikbaarheidshonorarium volgens de RIZIV-nomenclatuur en de inschrijvingen voor de wacht (situatie op 1 juli 2008, na bijwerking met een bevraging naar de toestand op 13 maart 2009);

4. de activiteitsdrempel, op grond van het aantal patiëntcontacten volgens de RIZIV-nomenclatuur, per jaar en voor de periode 2003-2007, met dien verstande dat de binnen de forfaitaire regeling werkzame artsen werden meegeteld;

5. de bij- en nascholing van de huisarts, op grond van de accreditatiestatus.

Voor bepaalde profielen ging men ervan uit dat ze niet moesten worden meegedeeld of niet moesten worden verantwoord alvorens in het kadaster te worden opgenomen. Een huisarts die op 31 december 2007 erkend is, die beschikt over minstens één GMD in 2007, die heeft deelgenomen aan de regeling met beschikbaarheidshonoraria of die in 2008 op de wachtlijsten heeft gestaan, met minstens 500 patiëntcontacten in 2003-2007 en die op 31 december

Une base de données a été constituée sur la base de toutes les données disponibles des généralistes. Ces données ont été combinées et distribuées par médecin généraliste. Ont été collationnées, les informations contenues dans la Banque-carrefour de la Sécurité sociale (adresse, domicile, éventuel décès), connues du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (agrément, données relatives aux gardes, adresse du cabinet) ou connue de l'INAMI (contacts avec les patients, existence d'un dossier médical global, accréditation). La base de données est cumulative et concerne plusieurs années.

L'orateur rappelle la réglementation applicable, à savoir l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes et l'arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. L'article 10, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup> et 8<sup>o</sup>, de l'arrêté ministériel est ainsi souligné: cette disposition détermine des obligations en vue de conserver l'agrément et le titre professionnel particulier de médecin généraliste.

Une série de critères ont été retenus. Sont cités:

1. l'agrément des généralistes, sur la base des informations disponibles au SPF;

2. la tenue d'un dossier médical global, sur la base du nombre de dossiers médicaux globaux selon la nomenclature INAMI par année et pour la période 2003-2007, étant entendu que les médecins actifs dans le cadre du système forfaitaire ont été retenus;

3. la participation aux services de garde des médecins généralistes, en tenant compte des honoraires de disponibilité selon la nomenclature INAMI et les inscriptions aux gardes (situation au 1<sup>er</sup> juillet 2008, après mise à jour suite à un sondage effectué afin de connaître le statut au 13 mars 2009);

4. le seuil d'activité, sur la base du nombre de contacts-patients selon la nomenclature INAMI par année, pour la période 2003-2007, étant entendu que les médecins actifs dans le cadre du système forfaitaire ont été retenus;

5. la formation permanente du médecin généraliste, sur la base du statut d'accréditation.

Certains profils ont été considérés comme ne devant pas être informés ou ne devant pas se justifier afin d'être pris en compte dans le cadastre. Un médecin généraliste agréé au 31 décembre 2007, disposant d'un dossier médical global en 2007, ayant participé au système des honoraires de disponibilité ou figurant sur les listes de garde en 2008, ayant au moins 500 contacts-patients en 2003-2007 et accrédité au 31 décembre 2007, n'est pas informé. Le même médecin

2007 geaccrediteerd is, wordt niet meegedeeld. Dezelfde arts, die met betrekking tot het GMD gedurende ten minste één jaar in de periode 2003-2007 een dergelijk dossier heeft bijgehouden, wordt meegegeeld, maar niet verzocht zich te verantwoorden.

*b) De moeilijkheid om relevante criteria te vinden*

Om rekening te houden met bijzondere situaties werden ook andere huisartsen in aanmerking genomen. De niet in de gegevens van de Kruispuntbank opgenomen huisartsen, van wie de identiteit en het adres niet zeker zijn (vooral degenen die in het buitenland verblijven), de huisartsen met een aanvullende bijzondere beroepstitel, de huisartsen die na 31 december 2007 eventueel van specialisme zijn veranderd en degenen die hun beroepsbezigheid hebben gecombineerd met de hoedanigheid van gerechtelijk deskundige of die in de sector van verzekeringsgeneeskunde hebben gewerkt, moesten aldus in het kadaster worden opgenomen.

Voor de volgende criteria werd het begrip « jaar » geïnterpreteerd als een kalenderjaar.

Ook de drempel voor een globaal medisch dossier moest beter worden omschreven, gelet op de bijzondere statuten. Die drempel geldt niet voor de huisartsen die beschikken over de code voor administratieve verlenging (102771, wanneer het ziekenfonds ambtshalve een niet manueel verlengd dossier verlengt). De artsen die werkzaam waren binnen het forfaitair systeem (meer bepaald in de medische huizen) werden beschouwd als te voldoen aan de criteria voor t=0. De recent erkende huisartsen voldoen aan het criterium voor de jaren vóór de erkenning en het jaar van erkenning zelf. Het totale aantal globale medische dossiers per arts is kennelijk constant in de tijd; wel zijn er enkele extreme verschillen (de zogenaamde « outliers »).

Voor de deelname aan de huisartsenwachtdienst zijn ook de volgende aspecten in aanmerking genomen :

1. onder code 0 de artsen met vrijstelling, hetgeen werd bevestigd door de kring;
2. onder code 1 de artsen die actief waren, hetgeen werd bevestigd door de kring;
3. onder code 2 de artsen met vrijstelling, hetgeen niet werd bevestigd door de kring maar door de arts zelf;
4. onder code 3 de artsen die actief waren zonder dat dit werd bevestigd door de kring, doch op grond van verklaringen van de arts zelf (gevallen van niet-erkende of individuele wachtdienst), dan wel de artsen die op de lijst stonden van artsen voor wie een beschikbaarheidshonorarium betaald is.

qui, au niveau du dossier médical global, a tenu au moins un an un tel dossier en 2003-2007 a été informé mais n'a pas été invité à se justifier.

*b) La difficulté de trouver des critères pertinents*

Afin de tenir compte de situations particulières, d'autres médecins généralistes ont également été pris en considération. Les généralistes non intégrés dans les données de la Banque-carrefour, dont l'adresse et l'identité ne sont pas certaines (spécialement ceux qui résident à l'étranger), les généralistes disposant d'un titre professionnel particulier supplémentaire, ceux qui ont éventuellement changé de spécialisations après le 31 décembre 2007 et ceux qui ont combiné leur activité de médecin avec la qualité d'expert judiciaire ou qui ont travaillé dans le secteur de l'assurance, ont ainsi dû être intégrés au cadastre.

Pour les critères qui suivent, la notion d'année a été interprétée comme visant une année calendrier.

Le seuil d'un dossier médical global par an a également dû être mieux défini, compte tenu de statuts particuliers. Ce seuil ne s'applique pas aux généralistes disposant du code du prolongement administratif (102771, lorsque c'est la mutualité qui prolonge d'office un dossier non prolongé manuellement). Ceux qui étaient actifs dans le cadre du système forfaitaire (spécialement au sein des maisons médicales) ont été considérés comme satisfaisant aux critères au temps 0. Les généralistes récemment agréés satisfont aux critères pour les années antérieures à l'agrément et pour celle de l'agrément. Au total, on constate un nombre de dossiers constant dans le temps, avec quelques écarts extrêmes (les « outliers »).

Pour la participation à la garde des généralistes, ont été également pris en compte :

1. sous le code « 0 », ceux qui en ont été dispensés, ce que le cercle a confirmé;
2. sous le code « 1 », ceux qui étaient actifs, ce que le cercle a confirmé;
3. sous le code « 2 », ceux qui en ont été dispensés, ce que le cercle n'a pas confirmé mais sur la base des affirmations du médecin;
4. sous le code « 3 », ceux qui étaient actifs, ce que le cercle n'a pas confirmé mais sur la base des affirmations du médecin (cas des gardes individuelles ou non agréées) ou ceux qui figuraient sur la liste des médecins pour qui un honoraire de disponibilité est payé.

Op het vlak van de activiteitsdrempel werden de artsen die werkzaam waren binnen het forfaitair systeem (meer bepaald in de medische huizen) beschouwd als te voldoen voor  $t=0$ . De recent erkende huisartsen voldoen aan het criterium voor de jaren vóór de erkenning en het jaar van erkenning zelf. Het totale aantal dossiers per arts is kennelijk constant in de tijd; wel zijn er enkele extreme verschillen (de zogenaamde « outliers »).

Ook het criterium « permanente opleiding » behoeft verduidelijking. De accreditering is een intentie tot opleiding; ten behoeve van het kadaster wordt die intentie evenwel als gerealiseerd beschouwd. Behalve voor startende huisartsen geldt dat men ten minste 1 250 patiëntencontacten per jaar moet hebben. De accreditering verloopt van maand tot maand. Voor de verwerking werd ervan uitgegaan dat men in de beginmaand geaccrediteerd is op dag 1 van de maand en voor de eindmaand tot op de laatste dag. De referentiedatum is 31 december 2007.

### c) Enkele resultaten

Eerst stelt spreker een tabel voor met de totale cijfers in verband met de mate waarin aan de verschillende criteria is voldaan. Als belangrijkste gegeven valt te onthouden dat het aantal actieve artsen, op een totaal van 15 118, tussen 9 152 en 9 259 bedraagt, dus een percentage van 60,54 % à 61,24 %.

Voorts worden grafieken per leeftijdscategorie geschetst in verband met de inachtneming van de criteria of de betrokkenen een globaal medisch dossier bijhouden, of zij wachtdiensten waarnemen, alsmede of zij voldoen aan de activiteitsdrempel en aan de vereiste tot bijscholing. Bovendien toont een grafiek de artsen over wie geen info werd verstrekt. Uit de grafieken blijken enkele constanten, te weten een hoge activiteitsgraad tussen 25 en 30 jaar, een vermindering tussen 30 en 40 jaar, en een nieuwe verhoging tussen 40 en 60 jaar alvorens vanaf dan geleidelijk te verminderen. De activiteitscurves van mannen en vrouwen zijn structureel vergelijkbaar, ook al ligt de activiteit lager bij vrouwen.

Ook het aantal patiëntencontacten werd berekend. Uit de grafiek valt af te leiden dat het aantal stijgt tot in de leeftijdscategorie van 50-55 jaar, alvorens in dalende lijn te gaan.

Voorts stelt spreker nog een zogenaamde « ruwe verkenning van de toekomst » voor, die in uitzicht stelt dat het aantal huisartsen nog zal dalen. In 2022 zou de activiteitsgraad een vrij laag percentage van 55,73 % bereiken.

Ten slotte wordt een geografische spreiding van de activiteitsgraden getoond. Het blijkt dat in Vlaanderen 70,36 % van de huisartsen actief is. In Wallonië daarentegen ligt dat percentage niet hoger dan 58,69 %

Quant au seuil d'activité, ceux qui étaient actifs dans le cadre du système forfaitaire (spécialement au sein des maisons médicales) ont été considérés comme satisfaisant aux critères au temps 0. Les généralistes récemment agréés satisfont aux critères pour les années antérieures à l'agrément et pour celle de l'agrément. Au total, on constate un nombre de dossiers constant dans le temps, avec quelques écarts extrêmes (les « outliers »).

La notion de formation continue a également appelé des éclaircissements. L'accréditation est une intention de formation: elle est toutefois considérée pour les besoins du cadastre comme étant réalisée. Pour les généralistes qui débutent, il a été retenu une obligation de 1250 contacts-patients par an. L'accréditation se déroule de mois en mois. Le premier jour du mois de début et le dernier jour du mois de fin ont été pris en considération. La date-pivot est celle du 31 décembre 2007.

### c) Quelques résultats

L'orateur commence par proposer un tableau reprenant les chiffres globaux de satisfaction aux différents critères. La donnée principale à retenir est que le nombre de médecins actifs, sur un nombre total de 15 118, se situe entre 9 152 et 9 259, soit un taux évoluant entre 60,54 et 61,24 %.

Des graphiques sont également tracés par tranches d'âge en ce qui concerne le respect du critère de la tenue d'un dossier médical global, des gardes, du seuil d'activité et de la formation permanente, de même qu'un graphique reprenant ceux n'ayant pas été informés. Ces graphiques montrent certaines constantes, à savoir un taux d'activité élevé entre 25 et 30 ans, une réduction entre 30 et 40, une augmentation à nouveau jusque 60 ans avant de lentement diminuer à partir de là. La courbe d'activité des hommes et des femmes est comparable dans sa structure, si ce n'est que le taux est plus réduit pour les femmes.

Le nombre de contacts-patients a aussi été calculé. Il se déduit du graphique que le nombre augmente jusqu'à la tranche d'âge des 50-55 ans, avant d'entamer une courbe descendante.

L'orateur propose encore une « première exploration grossière du futur », dont il résulte que le nombre de médecins généralistes se réduira encore. Le taux d'activité atteindrait en 2022 un pourcentage, relativement bas, de 55,73 %.

Une répartition géographique des taux d'activité est également proposée. En Flandre, il appert que 70,36 % des médecins généralistes sont actifs. Par contre, en Wallonie, ce pourcentage descend à 58,69 %. À

en in Brussel bedraagt het slechts 48,28 %. Voor de in het buitenland gevestigde artsen noteert men een percentage van amper 2,07 %. Hoewel het percentage huisartsen per inwoner in veel delen van Wallonië hoog ligt, leidt het percentage werkelijk actieve artsen tot meer uiteenlopende resultaten.

#### *d) Conclusies*

De criteria konden worden toegepast op grond van de beschikbare gegevens.

61 % van de huisartsen (of 9 259 onder hen) voldoet aan de criteria welke zijn vervat in artikel 3, § 2, van voormeld koninklijk besluit. 39 % van de huisartsen (hetzij 5 859 onder hen) zou een informatieboodschap moeten krijgen.

Er zijn duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen. Tussen 30 en 65 jaar verloopt de curve vlak, wat dus neerkomt op gelijke in aanmerking te nemen percentages. Ook tussen de gewesten zijn er belangrijke verschillen. Het cruciale criterium (met name de hoogste drempel om aan de vereisten te voldoen) is de accreditatie.

61 % van de huisartsen (of 9 152 onder hen) voldoet aan de criteria welke zijn vervat in artikel 3, § 3, van voormeld koninklijk besluit. 39 % van de huisartsen (hetzij 5 966 onder hen) zou een informatieboodschap moeten krijgen.

Het geraamde aantal betrokkenen dat zich zou moeten verantwoorden, is waarschijnlijk overschat, aangezien slechts voor twee criteria is getoetst of zij er vijf opeenvolgende jaren aan voldeden.

### **III. VRAGEN EN OPMERKINGEN**

De heer Louis Ide (N-VA-Senaat) stelt vast dat vier criteria worden gehanteerd en hij vraagt of het voldoende is één ervan in acht te nemen, dan wel of een combinatie ervan of alle criteria moeten worden nageleefd om als een actieve arts te worden beschouwd.

Wat de activiteitsgraad betreft, is sprake van 500 patiëntencontacten per jaar. Hoe werd dat cijfer bepaald ? Waarom werd voor sommige artsen de voorkeur gegeven aan 1 250 patiëntencontacten ? Uit dat cijfer moet de noodzaak blijken de zorgcontinuïteit te waarborgen.

De heer Koen Bultinck (VB-Kamer) herinnert aan het bezoek dat de Kamercommissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft gebracht

Bruxelles, le pourcentage n'est que de 48,28 %. Pour les médecins domiciliés à l'étranger, ce taux est de 2,07 % seulement. Alors que le pourcentage de médecins généralistes agréés par habitant est élevé dans de nombreuses parties de la Wallonie, le taux de ces médecins réellement actifs amène à des conclusions plus contrastées.

#### *d) Conclusions*

Les critères ont pu être appliqués sur la base des informations disponibles.

Satisfont aux critères de l'article 3, § 2, de l'arrêté royal précité, 61 % des généralistes, soit 9 259 d'entre eux. Un message d'information devrait être envoyé à 39 % des généralistes, soit 5 859 d'entre eux.

Les différences entre hommes et femmes sont nettes. Entre 30 et 65 ans, une courbe plane est notable, ce qui signifie une égalité dans les pourcentages à prendre en considération. Les différences entre régions sont également importantes. Le critère crucial, qui représente le plus haut seuil à satisfaire, est celui de l'accréditation.

Satisfont aux critères de l'article 3, § 3, de l'arrêté royal précité, 61 % des généralistes, soit 9 152 d'entre eux. Un message d'information devrait être envoyé à 39 % des généralistes, soit 5 966 d'entre eux.

L'estimation des personnes devant se justifier est large, puisqu'il n'y a que pour deux critères qu'il a été vérifié s'ils étaient remplis pour cinq années successives.

### **III. QUESTIONS ET OBSERVATIONS**

M. Louis Ide (N-VA-Sénat) voit que quatre critères sont utilisés et se demande s'il suffit de respecter l'un d'entre eux, une combinaison d'entre eux ou la totalité afin d'être considéré comme un médecin actif.

En ce qui concerne le taux d'activité, un nombre de 500 contacts-patients par an est retenu. Comment ce chiffre a-t-il été fixé ? Pourquoi, pour certains praticiens, un nombre de 1 250 contacts-patients a-t-il été préféré ? Ce chiffre doit refléter la nécessité de garantir la continuité des soins.

M. Koen Bultinck (VB-Chambre) rappelle la visite que la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Chambre a réalisée au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement afin d'obtenir les plus

om de meest recente informatie te verkrijgen over de totstandkoming van het kadaster van de medische beroepen.

De spreker is verwonderd over de fragmentarische aard van de verstrekte inlichtingen. Om een samenhangend beleid uit te werken, is het zeker noodzakelijk over gegevens te beschikken die de totstandkoming van het kadaster mogelijk maken. De uiteenzetting is slechts een eerste stap in de goede richting. Zo zullen de gegevens betreffende de artsen-specialisten pas in 2010 beschikbaar zijn.

Het kadaster geeft een heel ander beeld dan de vorige tellingen : tot dusver ging men uit van het approximatieve getal van 15 000 huisartsen, overeenkomstig het aantal accreditaties bij het RIZIV. Dankzij dat cijfer kon men vaststellen dat België in Europa een van de grootste densiteiten aan huisartsen had. Hier zou België veeleer rond het gemiddelde liggen.

Tijdens de vorige regeerperiode heeft de voorganger van de minister het artsenquotum al opgetrokken. Vlaanderen en Wallonië hebben niet dezelfde regeling ingevoerd om aan die quota te voldoen : Vlaanderen organiseert een toelatingsexamen en Wallonië hanteert een *numerus clausus*. Het wekt verwondering dat de minister, ondanks de fragmentarische aard van de gegevens van het kadaster, er toch gebruik van maakt om aan te geven dat de quota zouden moeten worden herzien (of zelfs afgeschaft). Getuigt dat wel van verantwoordelijkheid ? Vlaamse studenten die bij de aanvang van hun studie en voor het verloop van hun loopbaan rekening hebben gehouden met de quota worden aldus gediscrimineerd ten voordele van nieuwkomers.

Het Syndicaat van de Vlaamse Huisartsen is aldus zeer kritisch ten aanzien van het kadaster omdat het ervan uitgaat dat dit kadaster op verkeerde veronderstellingen berust. Het staat daarin niet alleen : ook de Franstalige medische pers geeft afwijzende commentaren. Onder meer het gebruik van het criterium van het algemeen medisch dossier geeft aanleiding tot discussie. Het is veel populairder in Vlaanderen dan in Wallonië.

De minister heeft in de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing een plan voorgesteld om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken. Ook voor de huisartsen zou er een echt plan moeten komen, meer bepaald op geldelijk vlak.

De heer Jacques Brotchi (MR-Senaat) is verheugd over de voorstelling van het kadaster, dat beantwoordt aan een bezorgdheid die vervat was in zijn voorstel van resolutie om te komen tot een nauwkeurig kadaster van de activiteit die daadwerkelijk wordt uitgeoefend door huisartsen en geneesheren-specialis-

récentes informations sur la réalisation du cadastre des professions médicales.

L'orateur se dit frappé du caractère fragmentaire des informations délivrées. Il est certes nécessaire, pour développer une politique cohérente, de disposer des données permettant la constitution du cadastre. L'exposé ne constitue qu'un premier pas dans la bonne direction. Les données relatives aux médecins spécialistes ne seront ainsi disponibles qu'en 2010.

Le cadastre offre une image bien différente de comptages précédents : on se fondait jusqu'ici sur le chiffre approximatif de 15 000 médecins généralistes, conformément au nombre d'accréditation INAMI. Ce chiffre permettait de constater que la Belgique disposait en Europe d'une des densités les plus importantes de médecins généralistes. La Belgique rentrerait ici plutôt dans la moyenne.

Sous la précédente législature, le prédécesseur de la ministre a déjà étendu les quotas de médecins. La Flandre et la Wallonie n'ont pas introduit le même système afin de respecter ces quotas : la première organise un examen d'entrée et la seconde, un *numerus clausus*. Il est étonnant de constater que la ministre, nonobstant le caractère fragmentaire des données du cadastre, s'en empare afin d'affirmer que les quotas devraient être revus (voire supprimés). Est-ce bien responsable ? Des étudiants flamands qui ont pris les quotas en considération au début de leurs études et qui en ont tenu compte pour l'évolution de leur carrière sont ainsi discriminés au profit de nouveaux entrants.

Le Syndicaat van de Vlaamse Huisartsen est ainsi très critique face au cadastre, estimant qu'il repose sur des présupposés erronés. Mais il n'est pas le seul : la presse médicale francophone se fait également l'écho de commentaires désapprobateurs. Notamment, l'utilisation du critère du dossier médical global fait débat. Il est bien plus populaire en Flandre qu'en Wallonie.

La ministre a présenté en commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Chambre un plan visant à augmenter l'attractivité de la profession infirmière. Il conviendrait de réaliser aussi un vrai plan au profit des médecins généralistes, notamment au niveau pécuniaire.

M. Jacques Brotchi (MR-Sénat) se réjouit de la présentation du cadastre, qui répond à une préoccupation qu'il avait intégrée dans sa proposition de résolution visant à procéder à un cadastre précis de l'activité réellement exercée par les médecins généralistes et spécialistes (et à la mise en place d'une gestion

ten (en tot een efficiënt, flexibeler en transparant beheer van de RIZIV-nummers) (stuk Senaat, nr. 4-432/1).

Spreker heeft sinds hij in 2004 senator is geworden tal van aanwijzingen opgemerkt dat een tekort aan huisartsen op handen was. Professor Alain De Wever van de ULB had cijfers gegeven en hij heeft voorspeld wat het kadaster thans aantoont.

In het noorden en het zuiden van land lopen de meningen uiteen. De situatie is verschillend. In Vlaanderen is er geen of nauwelijks een huisartsentekort. De leeftijdspiramiden en de aantrekkelijkheid zouden echter veel kunnen veranderen. We stevenen af op een tekort in het hele land. Daarom is het des te belangrijker te beschikken over een nauwkeurig kadaster, dat een samenhangend beleid mogelijk maakt.

Het is onontbeerlijk maar ook moeilijk om over de cijfers te beschikken. Daarom is de verdienste van de makers van het kadaster des te groter. Men zou echter verder moeten gaan dan een loutere geografische verdeling en die cijfers moeten toetsen aan de vooruitzichten. De spreker geeft het voorbeeld van een huisarts die zijn bezorgdheid heeft geuit over de vergrijzing van de zeldzame confraters in zijn regio. Hij kan niet op zijn eentje een danig groot geografisch gebied bestrijken en zal dus zijn beroep elders gaan uitoefenen.

Het kadaster van de artsen-specialisten moet zo snel mogelijk beschikbaar zijn. Meer bepaald één specialisme, met name de anesthesisten, doet een probleem rijzen. Een tekort in één specialisme kan een water-valeffect hebben dat afbreuk doet aan de zorgkwaliteit. Ook de subspecialismen moeten aandacht krijgen.

De spreker vraagt welke huisartsen in het buitenland gedomicilieerd zijn. Gaat het om grensbewoners? Zoniet, hoe kunnen ze de zorgcontinuïteit en de noodzakelijke beschikbaarheid waarborgen?

Volgens de heer Dirk Claes (sp.a-Senaat) zal het kadaster de mogelijkheid bieden in de toekomst een beter gefundeerd beleid uit te werken.

Uit de grafieken blijkt een aanzienlijke daling van de activiteit tussen 30 en 40 jaar. Waarom? Houdt dat verband met een vertrek uit het beroep? Zijn er methodologische redenen?

Slechts 60% van de gediplomeerde artsen oefent het beroep van huisarts uit. Bovendien verlaten tal van die artsen het beroep na vijf à tien jaar. Het beroep vervrouwelijkt en vergrijst. Die twee fenomenen zijn op zich niet negatief, maar ze hebben wel tot gevolg dat de organisatie van het beroep moet worden herzien.

efficiente, plus flexible et transparente des numéros INAMI) (doc. Sénat, n° 4-432/1).

Depuis son entrée au Sénat en 2004, l'orateur a constaté de nombreux indices que la pénurie de médecins généralistes était proche. Le professeur Alain De Wever de l'ULB avait avancé des chiffres et prédisait ce que le cadastre démontre désormais.

Les avis ne sont pas les mêmes au nord et au sud du pays. La situation n'y est pas la même. En Flandre, on ne connaît pas ou peu le manque de médecins généralistes. Toutefois, les pyramides d'âge et l'attractivité pourraient changer beaucoup. On se dirige vers une pénurie dans la totalité du pays. Il est d'autant plus important de disposer d'un cadastre précis, permettant une politique cohérente.

Disposer des chiffres est indispensable; mais c'est aussi difficile. Les auteurs du cadastre en ont d'autant plus de mérite. Cependant, il faudrait aller plus loin qu'une simple répartition géographique et croiser ces données avec les prospectives. L'orateur cite le cas d'un généraliste qui lui a exprimé sa préoccupation face au vieillissement de ses rares confrères dans la région. Il ne saurait être le seul à servir une trop grande aire géographique: il se condamne donc à partir exercer ailleurs.

Le cadastre des médecins spécialistes doit être disponible au plus vite. Une spécialité pose particulièrement problème, à savoir les anesthésistes. La pénurie d'une spécialité peut engendrer une cascade portant atteinte à la qualité des soins. Les sous-spécialités doivent également attirer l'attention.

Le sénateur demande qui sont les médecins généralistes qui sont domiciliés à l'étranger: s'agit-il de frontaliers? Dans le cas contraire, comment ce médecin peut-il garantir la continuité des soins et la disponibilité nécessaire?

M. Dirk Claes (sp.a-Sénat) estime que le cadastre permettra dans le futur de développer des politiques mieux fondées.

Il apparaît des graphiques proposés une baisse notable de l'activité entre 30 et 40 ans. Quelle en est la raison? Est-ce lié à un départ de la profession? Des raisons méthodologiques sont-elles à signaler?

Seulement 60% des médecins diplômés exercent effectivement l'activité de médecin généraliste. D'autre part, toute une série de ces médecins quittent la profession après cinq à dix ans. La profession se féminise et les médecins deviennent de plus en plus âgés. Si ces deux phénomènes ne sont pas négatifs en soi, ils ont toutefois pour conséquence que l'organisation de la profession doit être revue.



De huisartsen hebben alsmaar meer de neiging de patiënten door te verwijzen naar de specialisten, met als gevolg dat de kosten voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering toenemen.

Het beroep van huisarts is te weinig aantrekkelijk. Er zouden uit een financieel en organisatorisch oogpunt maatregelen moeten worden genomen. Het leidt nergens toe de quota op te trekken als die beslissing niet past in een algemener plan om het beroep aantrekkelijker te maken.

De minister heeft initiatieven genomen, onder meer om een praktijkassistent in te voeren of om de administratieve rompslomp te beperken. Dat zijn goede maatregelen. De spreker roept ertoe op de noodzakelijke herwaardering van het statuut van de huisartsen in opleiding voort te zetten. Tot slot zou ervoor moeten worden gezorgd dat de belangen van de huisartsen daadwerkelijk worden verdedigd door een specifieke vakbond.

Mevrouw Katia della Faille de Leverghem (Open Vld-Kamer) vraagt of de door België gehanteerde criteria verschillen van die van de andere lidstaten van de Europese Unie. Zo ja, waarom ?

De spreekster kan moeilijk aanvaarden dat de criteria zo strikt zijn : ze leiden ertoe dat een vrij groot aantal huisartsen die niet noodzakelijk inactief zijn, worden uitgesloten. Niet alle artsen houden een globaal medisch dossier bij. Sommige artsen zijn niet geaccrediteerd, onder andere die met moederschapsverlof of met loopbaanonderbreking.

De quota afschaffen is geenszins een oplossing voor de huisartsen. De cijfers en de gegevens van het kadaster zouden moeten worden verfijnd, meer bepaald wat de reële activiteitsgraad en de loopbaanvooruitzichten op lange termijn betreft.

Het beroep zou aantrekkelijker moeten worden gemaakt. De bezoldigingen zouden hoger moeten liggen en zouden moeten overeenstemmen met die van de specialisten. De administratieve last zou moeten worden verminderd.

Mevrouw Nele Jansegers (VB-Senaat) sluit zich aan bij de vraag om inlichtingen van de vorige spreekster in verband met het verschil inzake criteria tussen België en de andere Staten. Wie heeft ze gekozen ? Hoe komt het dat het RIZIV het aantal huisartsen op 12 000 raamt ? Welke criteria hanteert het RIZIV ?

Voorzitster Muriel Gerkens (Kamer) herinnert eraan dat de totstandkoming van het kadaster niet van een leien dakje is gelopen. De gegevens die het bevat, zijn trouwens nog steeds fragmentarisch. Gelet op die moeilijkheid en op de resultaten vraagt de spreekster of de huisartsen, door een standpunt dat er vooral op

Les médecins généralistes ont de plus en plus tendance à renvoyer aux spécialistes. Il en résulte que les frais pour l'assurance maladie-invalidité en sont plus onéreux.

La profession de médecin généraliste manque d'attractivité. Financièrement et d'un point de vue organisationnel, des mesures devraient être prises. Il ne sert à rien de rehausser les quotas sans inscrire cette décision dans un plan plus global destiné à améliorer l'attractivité de la profession.

Des initiatives ont été prises par la ministre, notamment afin d'instituer un assistant de pratique ou de réduire la charge administrative. Ce sont de bonnes mesures. L'orateur appelle à poursuivre la nécessaire revalorisation du statut des médecins généralistes en formation. Enfin, une vraie représentation des intérêts des médecins généralistes devrait être assurée par un syndicat spécifique.

Mme Katia della Faille de Leverghem (Open Vld-Chambre) se demande si les critères que la Belgique retient sont différents de ceux des autres États de l'Union européenne. Si tel est le cas, quelle en est la raison ?

L'oratrice exprime ses difficultés à admettre que les critères soient aussi stricts : ils aboutissent à exclure une série non négligeable de médecins généralistes qui ne sont pas nécessairement inactifs. Tous les médecins ne tiennent pas un dossier médical global. Certains médecins ne sont pas accrédités, notamment ceux qui prennent un congé de maternité ou une pause dans leur carrière.

Supprimer les quotas n'est aucunement une solution pour les médecins généralistes. Les chiffres et les données du cadastre devraient être affinés, spécialement quant au taux réel d'activité et quant aux perspectives de carrière à plus long terme.

La profession devrait être rendue plus attractive. Les rémunérations devraient être plus élevées et être calquées sur celles des spécialistes. La charge administrative devrait être réduite.

Mme Nele Jansegers (VB-Sénat) s'associe à la demande d'informations de la précédente oratrice sur la différence des critères entre la Belgique et les autres États. Qui les a choisis ? Comment se fait-il que l'INAMI évalue le nombre de médecins généralistes à 12 000 ? Quels sont les critères que l'INAMI retient ?

Mme Muriel Gerkens, présidente (Chambre) rappelle qu'il a été difficile d'aboutir à la constitution du cadastre. Les données qu'il contient sont d'ailleurs encore assez fragmentaires. Face à cette difficulté et compte tenu des résultats, l'oratrice se demande si les médecins généralistes n'ont pas, par une position

gericht was hun eigen praktijk te vrijwaren, niet hebben getracht de toegang voor nieuwe artsen te beperken. Het is rampzalig dat op grond daarvan ter zake regularisatiemaatregelen zijn genomen.

Het zorgaanbod moet aangepast zijn aan de noden van de bevolking door die individualistische gedraging en de communautaire tegenstellingen te overstijgen. De klachten komen van alle huisartsen. Het tekort dreigt overal.

Is er in de regeling voor de totstandbrenging van het kadaster gezorgd voor een follow-up en een permanente bijwerking? Er zou moeten worden vermeden dat men telkens van nul moet herbeginnen omdat de gegevens achterhaald zijn.

Komt uit de gegevens van het kadaster een verband naar voren tussen het percentage huisartsen per inwoner en de geografische nabijheid van een ziekenhuis? In Brussel, waar veel ziekenhuizen zijn, ligt het percentage huisartsen hoog.

De spreekster herinnert eraan dat ze een wetsvoorstel tot regulering van het medisch aanbod heeft ingediend (DOC 52 0057/001). Dat wetsvoorstel houdt er rekening mee dat het nutteloos is een brutocijfer op te leggen in de vorm van quota. Integendeel, een echte regulering vereist dat rekening wordt gehouden met het hele zorgaanbod van het geografisch gebied. Sommige vormen van zorg zijn complementair.

Tijdens het bezoek aan de FOD had de spreekster gevraagd of de gegevens van het kadaster met andere zouden kunnen worden gecorreleerd (onder meer met de kenmerken van de betrokken regio of gemeente).

Het probleem van de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts is reëel. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft die moeilijkheden al voor het voetlicht gebracht in een recent rapport (KCE reports 90A: Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen.). Volgens de spreekster is het gebrek aan aantrekkingskracht ook te wijten aan de beperkingen inzake de toegang tot het beroep.

Volgens mevrouw Lieve Van Ermen (LDD-Senaat) is het kadaster tot stand gekomen zonder een ernstig voorafgaand onderzoek. Waarom heeft men niet gewoonweg aan de artsen zelf gevraagd of ze al dan niet actief zijn in hun beroep? Hoe worden bijvoorbeeld in het kadaster degenen opgenomen die in de grensgebieden wonen en die zowel in België als in een ander land actief zijn?

visant surtout à sauvegarder leur pratique personnelle, tenté de limiter l'accès à de nouveaux médecins. Il est désastreux d'avoir pris des mesures de régularisation en l'espèce sur cette base.

L'offre de soins doit être adaptée aux besoins de la population, en dépassant ce comportement individualiste et les clivages communautaires. Les plaintes viennent de tous les généralistes. La pénurie risque d'apparaître partout.

Dans le dispositif mis en place pour élaborer le cadastre, un suivi et une actualisation permanente seront-ils organisés? Il conviendrait d'éviter de repartir à chaque fois d'une feuille blanche en raison d'une péremption des données.

Les données du cadastre permettent-elles de mettre en évidence un lien entre le pourcentage de généralistes par habitant et la proximité géographique d'une structure hospitalière? A Bruxelles, où les structures de ce type sont nombreuses, le taux de médecins généralistes est élevé.

L'oratrice rappelle avoir également déposé une proposition de loi en matière de régulation de l'offre médicale (Ch., 52 57/001). Cette proposition tient compte du fait qu'il est inutile d'imposer un chiffre brut sous forme de quota. Au contraire, une vraie régulation nécessite de tenir compte de l'ensemble de l'offre de soins de la zone géographique. Certains d'entre eux sont complémentaires.

Lors de la visite au SPF, l'intervenante avait déjà posé la question de savoir si les données du cadastre allaient pouvoir être corrélées avec d'autres (notamment les caractéristiques propres à la région ou à la commune concernée).

Le problème de l'attractivité de la profession de médecin généraliste est réel. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a déjà mis en lumière ces difficultés dans un rapport récent (KCE reports 90B: «Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession?»). Selon l'intervenante, les limitations à l'accès à la profession sont également des causes d'un manque d'attractivité.

Mme Lieve Van Ermen (LDD-Sénat) estime que le cadastre a été effectué sans une étude préalable sérieuse. Pourquoi n'a-t-on tout simplement pas demandé aux médecins eux-mêmes s'ils étaient ou non actifs dans leur profession? Par exemple, comment sont repris dans le cadastre ceux qui habitent les régions frontalières et qui répartissent leur activité entre la Belgique et un autre État?

**IV. ANTWOORDEN****A. Antwoorden van de heer Vandenbroele**

De heer Henk Vandenbroele verklaart dat men in een volgende fase daadwerkelijk zal vragen aan de artsen of ze al dan niet actief zijn in hun beroep. Het heeft immers geen zin om deze vraag te stellen aan mensen die niet meer aan de criteria voldoen. Een en ander is geregeld in het koninklijk besluit in verband met het behoud van de erkenning als huisarts. Op basis van de antwoorden kan men meer fijne berekeningen maken.

Hetzelfde koninklijk besluit biedt ook een antwoord op de vraag naar de 4 criteria die werden gehanteerd. Deze criteria dienen voor verificatie te laten doen van gegevens die ter beschikking zijn. Zij werden ook toegepast zoals ze werden gedefinieerd in het koninklijk besluit, met als doel om later eventueel een ministerieel besluit uit te vaardigen op basis van deze ervaring. Men moet immers voldoen aan elk van de 4 criteria om te worden beschouwd als een « actieve » huisarts.

De drempel van 500 contacten — en dus niet van 1 250 — werd voorgesteld door de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen en met de drempel om toegang te krijgen tot de accreditering van huisartsen, die niet geldt voor jonge huisartsen die hoe dan ook toegang krijgen tot de accreditering.

Overigens merkt spreker op dat hij er bij de jonge huisartsen van uit is gegaan dat zij aan de voormelde 4 criteria voldoen. Het heeft immers geen zin om jonge huisartsen hierover te gaan bevragen.

De heer Ide (N-VA-Senaat) suggereert om bij de huisartsenkringen langs te gaan naar aanleiding van de bevraging. Zij weten immers perfect wie al dan niet als huisarts actief is. Hij meent dat het wenselijk is om de drempel hoog genoeg te leggen voor de bevraging en dus ook personen met er dan 500 contacten te bevragen. Dit betekent dat men meer mensen moeten bevraged worden. Dat biedt ook de gelegenheid om hen te vragen waarom zij zo weinig contacten hebben.

De heer Henk Vandenbroele vervolgt dat als basis voor het onderzoek de huisartsen werden genomen die door de FOD Volksgezondheid werden erkend. Men moet immers eerst deze erkenning verkrijgen alvorens men een RIZIV-nummer kan aanvragen. Niet alle huisartsen doen dit laatste. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om personen met de Nederlandse of Franse nationaliteit die eerst in ons land komen studeren en vervolgens terugkeren naar hun eigen land. Zij hebben eerst de erkenning nodig van de Belgische FOD Volksgezondheid alvorens zij de erkenning in hun eigen land kunnen krijgen.

**IV. RÉPONSES****A. Réponses de M. Vandenbroele**

M. Henk Vandenbroele déclare que l'on demandera effectivement aux médecins, lors d'une phase suivante, s'ils exercent leur profession. Il est en effet inutile de poser cette question à des personnes qui ne répondent plus aux critères. Le tout est réglé dans l'arrêté royal relatif au maintien de l'agrément en tant que médecin généraliste. L'on peut affiner les calculs sur la base des réponses.

Le même arrêté royal permet également de clarifier la question des quatre critères qui ont été utilisés. Ces critères servent à faire procéder à une vérification des données disponibles. Ils ont également été appliqués conformément à leur définition dans l'arrêté royal, dans le but de promulguer éventuellement par la suite un arrêté ministériel sur la base de l'expérience acquise. Il faut en effet satisfaire à chacun des quatre critères pour être considéré comme un médecin généraliste « actif ».

Le seuil de 500 contacts-patients par an — et non pas 1 250 — a été proposé par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes; il y a peut-être eu une confusion avec le seuil permettant aux médecins généralistes d'être accrédités, lequel ne s'applique pas aux jeunes médecins généralistes, qui obtiennent de toute façon l'accréditation.

L'intervenant fait d'ailleurs remarquer qu'il a considéré que les jeunes médecins généralistes satisfont aux quatre critères mentionnés. Cela ne rime à rien d'interroger les jeunes médecins généralistes à ce sujet.

M. Ide (N-VA-Sénat) suggère de s'adresser aux cercles de médecins généralistes à l'occasion de l'enquête. Ils savent en effet pertinemment qui exerce en qualité de médecin généraliste et qui pas. Il estime qu'il est souhaitable que le seuil soit suffisamment élevé pour l'enquête, et qu'il faut donc interroger également des personnes ayant plus de 500 contacts-patients par an. En d'autres termes, il faut interroger davantage de personnes. C'est aussi l'occasion de leur demander pourquoi elles totalisent si peu de contacts-patients.

M. Henk Vandenbroele explique ensuite que l'enquête a été menée auprès des médecins qui ont reçu l'agrément du SPF Santé publique. Il faut en effet obtenir cet agrément avant de pouvoir demander un numéro INAMI, ce que ne font pas tous les médecins, par exemple les ressortissants néerlandais ou français qui viennent étudier en Belgique et qui retournent dans leur pays par la suite. Ils ont d'abord besoin de l'agrément du SPF Santé publique belge avant de pouvoir obtenir l'agrément dans leur pays.

Met betrekking tot de vrouwelijke huisartsen die uit het beroep stappen om er later weer in te treden, merkt spreker op dat het koninklijk besluit inzake het behoud van de erkenning als huisarts voorziet in een verantwoording wanneer men gedurende een periode van 5 jaar niet voldoet aan de criteria. Wanneer een vrouwelijke huisarts haar beroep niet uitoefent, wordt zij niet onmiddellijk geschrapt. Er is immers voorzien in een vorm van feed-back van de huisarts alvorens men daartoe overgaat.

Met betrekking tot de vraag inzake de voltijds equivalenten, moet een onderscheid worden gemaakt tussen het kadaster van de huisartsen enerzijds en het model dat wordt gebruikt als ondersteuning voor de Planningscommissie, dat veel meer indicatoren en parameters bevat. Het gaat hier om een zeer technische aangelegenheid. De heer Vandebroele merkt daarbij op dat hij het koninklijk besluit heeft toegepast zoals het thans bestaat. De tellingen die gebeuren worden samen met het RIZIV gecontroleerd.

#### **B. Antwoorden van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid**

Mevrouw Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verklaart dat op basis van de gehanteerde criteria blijkt dat er van de 15 118 huisartsen waarvan werd aangenomen dat ze een praktijk hadden, heel wat niet meer daadwerkelijk actief zijn. Er is dan ook een « quota » van 9 259 ter beschikking, maar daarbij gaat het wel om een maximum aantal overeenkomstig de criteria die aan de basis liggen voor het kadaster. De vier gehanteerde criteria werden immers zeer ruim geïnterpreteerd. Meer in het bijzonder op het vlak van de deelname aan de plaatselijke wachtdiensten werden alle huisartsen in aanmerking genomen die waren ingeschreven in een lokale wachtdienst, met inbegrip van diegenen die werden vrijgesteld en ook van de personen die bevestigden een wachtdienst te verzekeren zonder dat dit werd bevestigd door de huisartsenkringen.

Een ander voorbeeld. De reglementering schrijft voor dat men, over een periode van 5 opeenvolgende jaren, minstens 1 jaar moet hebben gekend met minimum 500 patiëntencontacten, ongeacht of het om een huisbezoek, een consultatie dan wel een medisch advies betreft. Alle huisartsen die zich vestigen worden geacht om aan deze voorwaarden te voldoen, ongeacht het aantal effectieve patiëntencontacten die werden vastgesteld tijdens de eerste gepresteerde jaren. Nog een ander, laatste voorbeeld : de huisartsen die over een bijzondere titel beschikken en nog wel geneesheer zijn maar niet langer een huisartsenpraktijk uitoefenen werden eveneens in aanmerking genomen. Het gaat bijvoorbeeld om artsen met een opleiding in « *critical care medicine* ». Het

Quant aux femmes médecins généralistes qui suspendent temporairement leurs activités professionnelles, l'intervenant fait remarquer que l'arrêté royal relatif au maintien de l'agrément en tant que médecin généraliste prévoit qu'il faut se justifier lorsque l'on ne satisfait pas aux critères pendant une période de cinq ans. Lorsqu'une femme médecin généraliste n'exerce pas, elle n'est pas radiée immédiatement. L'on prévoit, en effet, une forme de feed-back pour le médecin généraliste avant de procéder à la radiation.

En ce qui concerne la question relative aux équivalents temps plein, il faut faire une distinction entre le cadastre des médecins généralistes et le modèle qui est utilisé pour assister la commission de planification, et qui contient beaucoup plus d'indicateurs et de paramètres. Il s'agit en l'espèce d'une matière très technique. M. Vandebroele signale à cet égard qu'il a appliqué l'arrête royal sous sa forme actuelle. Les recensements qui sont effectués sont contrôlés conjointement avec l'INAMI.

#### **B. Réponses de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique**

Mme Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, déclare que selon les critères utilisés, il s'avère que bon nombre de médecins ne sont plus effectivement actifs parmi les 15 118 médecins généralistes qui étaient supposés exercer la médecine. On dispose donc d'un « quota » de 9 259 médecins. Ce nombre représente toutefois un maximum si l'on considère les critères employés pour établir le cadastre. En effet, les quatre critères utilisés ont été interprétés d'une manière très large. Plus particulièrement en matière de participation au service de garde local, l'on a pris en compte tous les médecins généralistes qui étaient inscrits dans un service de garde local, y compris ceux qui en étaient dispensés et ceux qui affirmaient assurer un service de garde sans que cela n'ait été confirmé par les cercles de médecins généralistes.

Voici un autre exemple. La réglementation impose, sur une période de cinq années successives, de totaliser au minimum une fois 500 contacts-patients au moins, qu'il s'agisse de visites à domicile, de consultations ou d'avis médicaux. Tous les médecins généralistes qui s'établissent sont censés remplir ces conditions, peu importe le nombre réel de contacts-patients qui a été enregistré durant les premières années de prestation. Voici encore un dernier exemple. Le quota tient compte également des médecins généralistes détenteurs d'un titre particulier qui sont encore médecins mais qui n'exercent plus en tant que médecin généraliste. Il s'agit, par exemple, des médecins ayant suivi une formation en « *critical care medicine* ». Le cadastre ne permet pas non plus de

kadaster laat niet toe om te bepalen wie deeltijds en voltijds werkt. Daarom is het cijfer van 9 259 artsen een maximum.

De gehanteerde methode laat toe om een goede vergelijking te kunnen maken met andere Europese landen. In de meeste Europese landen is er sprake van ongeveer één huisarts per 1 000 inwoners, behalve in ons land waar men uitging van een verhouding van 2,1 huisartsen per 1 000 inwoners. Wanneer men echter de criteria in aanmerking neemt die men bij het recente onderzoek heeft gebruikt, komt men tot het Europese gemiddelde, zij het dat er nog sterke regionale en subregionale verschillen zijn. Dit laatste geldt ook voor andere landen, zoals bijvoorbeeld Frankrijk, waar er in sommige regio's een tekort aan huisartsen is.

Het kadaster levert ook interessante gegevens op met betrekking tot de leeftijdspiramide. 3 000 van de 9 259 huisartsen hebben immers een leeftijd van méér dan 55 jaar en men weet dat er zich een significante daling van de medische activiteiten voordoet vanaf 65 jaar. De regelgeving voorziet een toename van het aantal huisartsen met 360 tegen 2018, als gevolg van een advies van de Planningscommissie. Wanneer men de geciteerde gegevens echter in aanmerking neemt, en men bovendien weet dat 30 % van de huisartsen ermee ophoudt tijdens de eerste 5 jaar van de praktijk, en ook rekening houdt met het feit dat de meeste huisartsen op een andere manier willen werken en meer tijd aan hun gezin willen besteden, valt te vrezen dat er zich een tekort aan huisartsen zal voordoen, niet enkel in sommige regio's zoals dit thans reeds het geval is, maar ook in grote delen van het land. Tijdens de werkzaamheden in verband met het kadaster is de grote mate van vervrouwelijking van het beroep van huisarts opgevallen. De vrouwelijke huisartsen — maar dit geldt ook steeds meer voor hun mannelijke collega's — hebben nood aan een andere benadering van het beroep en wensen gezins- en beroepsleven meer met mekaar te verzoenen. Ook dit element moet in aanmerking worden genomen voor het bepalen van het aantal huisartsen dat nodig is om een kwalitatieve gezondheidszorg te garanderen.

Er werden belangrijke regionale verschillen vastgesteld. In Vlaanderen voldoen 70,36 % van alle huisartsen aan de 4 criteria, tegenover 58,69 % in Wallonië en 48,28 % in Brussel. Daarbij moet men wel opmerken dat er ook binnen de regio's verschillen bestaan. Zo hebben bijvoorbeeld de provincies Limburg en Namen dezelfde dichtheid inzake het aantal huisartsen. Zelfs binnen eenzelfde arrondissement zijn er belangrijke verschillen per gemeente te noteren. Tot slot merkt de minister op dat deze oefening eveneens zal moeten gebeuren op basis van het adres van de medische praktijk, veeleer dan op dat van de woonplaats, waardoor in het bijzonder de beoordeling van de situatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet worden genuanceerd.

déterminer qui travaille à temps plein et qui à temps partiel. Voilà pourquoi le nombre de 9 259 médecins représente un maximum.

La méthode employée permet une bonne comparaison avec d'autres pays européens. La plupart des pays européens comptent environ un médecin pour 1 000 habitants, alors que l'on considèrerait que notre pays en comptait 2,1. Néanmoins, si l'on se base sur les critères utilisés dans la dernière enquête, on arrive à la moyenne européenne, certes avec de grandes disparités régionales et sous-régionales. Ces disparités existent aussi dans d'autres pays, comme la France, où certaines régions manquent de médecins généralistes.

Le cadastre fournit aussi des données intéressantes sur la pyramide des âges. Parmi les 9 259 médecins généralistes, 3 000 ont plus de 55 ans, et l'on sait qu'il y a une baisse significative des activités médicales à partir de 65 ans. Consécutivement à un avis de la Commission de planification, la réglementation prévoit que le nombre de médecins généralistes augmentera de 360 unités d'ici 2018. Toutefois, si l'on se base sur les données citées, en sachant que 30 % des médecins généralistes cessent d'exercer au cours des cinq premières années, et en tenant compte du fait que la plupart des médecins généralistes veulent changer leur manière de travailler et accorder plus de temps à leur famille, on peut craindre un manque de médecins généralistes à l'avenir, pas uniquement dans certaines régions comme c'est déjà le cas actuellement, mais dans de grandes parties du pays. Lors des recherches effectuées pour établir le cadastre, l'on a noté la féminisation accrue de la profession de médecin généraliste. Les femmes médecins généralistes — même si c'est aussi de plus en plus le cas pour leurs collègues masculins — ont besoin d'une autre approche de la profession et veulent mieux concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle. C'est un élément qu'il faut également prendre en compte pour déterminer le nombre de médecins généralistes nécessaire pour garantir des soins de santé de qualité.

De grandes disparités régionales ont été observées. En Flandre, 70,36 % de tous les médecins généralistes remplissent les quatre critères, contre 58,69 % en Wallonie et 48,28 % à Bruxelles. Il faut certes signaler que des disparités existent aussi au sein même des régions. Par exemple, les provinces de Limbourg et de Namur présentent la même densité de médecins généralistes. On constate même des différences considérables entre les communes d'un même arrondissement. Enfin, la ministre indique qu'il faudra aussi effectuer cette analyse en fonction de l'adresse du cabinet médical et non du domicile. C'est ainsi qu'il faut nuancer en particulier l'évaluation de la situation en Région de Bruxelles-Capitale.

Alle gegevens die tot nog toe werden verzameld moeten op een meer verfijnde en gedetailleerde wijze worden beoordeeld. De Planningscommissie zal dit doen en komt daarover voor het eerst samen op 6 mei 2009 voor wat de huisartsen betreft. De 6 000 huisartsen die niet aan één of meer criteria beantwoorden, zullen eerstdaags een vragenlijst ontvangen die tot een beter zicht moet leiden van de verschillende activiteiten. Ook de geneesheren-specialisten zullen nog vóór het zomerreces een vragenlijst ontvangen die een inzicht moet bieden in het aandeel van hun werk in het ziekenhuis en het aandeel van het werk in de private praktijk. De bedoeling is om deze antwoorden te verzamelen voor het jaareinde, met als doel om de Planningscommissie meer informatie te verstrekken maar ook om het politieke debat over de *numerus clausus*, dat eerstdaags hoe dan ook moet worden gevoerd, te objectiveren. De minister is er zich van bewust dat er bij het grote publiek onbegrip bestaat over enerzijds de noodzaak van een medische regeling en planning en anderzijds de problematiek van de quota die worden opgelegd aan de studenten.

Zij meent ook dat er nood is aan een plan om het beroep van huisarts aantrekkelijk te maken. Zo werden de honoraria met ongeveer 35 % opgetrokken in 5 jaar tijd om het verschil met het Europese gemiddelde weg te werken. Maar naast het pecuniaire aspect zijn er ook andere, belangrijke elementen, zoals bijvoorbeeld de wachtdiensten. Op dit vlak is de situatie van sommige artsen onhoudbaar. Er werden reeds initiatieven genomen, zoals onder meer « Impulseo I », die voorziet in een financiering om jonge huisartsen te helpen bij de installatie van hun praktijk en huisartsen te stimuleren om zich te installeren in zones die een tekort aan huisartsen kennen, « Impulseo II » die een financiële ondersteuning voorziet voor een onthaal- en administratief bediende voor huisartsengroeperingen, en dergelijke. De regering denkt ook aan initiatieven op het vlak van de administratieve overlast en andere, die alle passen in een globale aanpak om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken. Wanneer er zich in sommige regio's niet dringend enkele huisartsen vestigen, dreigt dit werkelijk een onoverkomelijk probleem te worden.

De heer Marco Schetgen, kabinetsmedewerker van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, wijst erop dat het criterium voor de erkenning als huisarts op 500 contacten met patiënten werd gelegd, wat zeer laag is. Het komt immers overeen met slechts gemiddeld 2 contacten per dag. Voor de accreditatie als huisarts zijn er bijkomende criteria, zoals bijvoorbeeld het volgen van

Toutes les données qui ont été récoltées jusqu'à présent doivent faire l'objet d'un traitement plus précis et plus détaillé. La Commission de planification s'en chargera et elle se réunira pour la première fois à ce sujet le 6 mai 2009, pour ce qui concerne les médecins généralistes. Les 6 000 médecins généralistes qui ne répondent pas à un ou plusieurs critères recevront prochainement un questionnaire qui devrait permettre de se faire une idée plus précise des diverses activités. Les médecins spécialistes recevront eux aussi, avant les vacances d'été, un questionnaire qui permettra d'établir la part que représente leur travail en hôpital et la part de leur travail en cabinet privé. Le but est de collecter les réponses avant la fin de l'année, afin de fournir davantage d'informations à la Commission de planification mais également pour objectiver le débat politique sur le *numerus clausus*, qui devra de toute façon être mené prochainement. La ministre est consciente qu'il règne, auprès du grand public, une incompréhension concernant, d'une part, la nécessité d'une réglementation et d'une planification médicales et, d'autre part, la problématique des quotas imposés aux étudiants.

Elle estime également qu'il est indispensable d'établir un plan destiné à rendre la profession de médecin généraliste plus attrayante. Ainsi, les honoraires ont été augmentés d'environ 35 % en cinq ans, afin de combler l'écart par rapport à la moyenne européenne. Mais outre l'aspect pecuniaire, d'autres éléments importants, comme les services de garde, doivent être pris en considération. Sur ce plan, la situation de certains médecins est tout simplement intenable. Des initiatives ont déjà été prises. Citons par exemple « Impulseo I », qui prévoit un financement en vue d'aider les jeunes médecins généralistes à installer leur cabinet et d'encourager les généralistes à s'installer dans des zones qui connaissent une pénurie de médecins généralistes, « Impulseo II », qui vise à accorder une aide financière pour le recrutement d'un employé d'accueil et administratif en faveur des groupements de médecins généralistes, etc. Le gouvernement envisage également de prendre des initiatives destinées à réduire la surcharge administrative, ainsi que d'autres mesures qui s'inscrivent toutes dans le cadre d'une action globale en vue de rendre la profession de médecin généraliste plus attractive. Dans certaines régions, la gravité de la situation est telle que le problème risque de devenir véritablement insurmontable si des médecins généralistes ne viennent pas s'y installer d'urgence.

M. Marco Schetgen, collaborateur au cabinet de la vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, souligne que le critère pour l'agrément en tant que médecin généraliste a été fixé à 500 contacts-patients, ce qui est très peu, dans la mesure où ce chiffre ne correspond qu'à une moyenne de deux contacts par jour. Pour l'accréditation en tant que médecin généraliste, on a prévu des critères

enkele vormingssessies, en het hebben van meer dan 1250 contacten met patiënten. Vandaar het verschil tussen beide cijfers.

De spreker onderstreept eveneens dat, wanneer er in Europees verband vergelijkingen werden gemaakt, voor België niet het cijfer van 9 000 huisartsen in aanmerking werd genomen, al evenmin het cijfer van 15 000 maar wel van 21 000 huisartsen. Dit stemde immers overeen met het aantal RIZIV-nummers dat werd toegekend terwijl men weet dat sommige artsen dit nummer behouden tot aan hun overlijden zonder echter nog enige medische activiteit uit te oefenen en slechts sporadisch voorschriften verstrekken. Vanzelfsprekend gaf dit een vetekend beeld wanneer het gemiddelde inkomen per huisarts werd berekend: in werkelijkheid mag men ervan uitgaan dat dit gemiddelde inkomen vrijwel het dubbele zal bedragen dan wat tot nog toe werd aangenomen.

Ten slotte brengt de spreker in herinnering dat, bij het opstellen van het kadaster, ook het criterium van het beschikken over een praktijk voor consultatie in aanmerking werd genomen. Dit is niet noodzakelijk het geval voor alle erkende of geaccrediteerde huisartsen, vermits er zijn die enkel urgentiegevallen doen en dus niet echt in de eerstelijnszorg actief zijn, geen medische dossiers bijhouden of niet zorgen voor de continuïteit van de gezondheidszorg van bepaalde patiënten.

## V. GEDACHTEWISSELING

De heer Ide (N-VA-Senaat) stelt vast dat er nu slechts een voorlopig kadaster voorligt dat nog moet verfijnd worden. Hij meent dat er nog geen politieke conclusies mogen worden getrokken uit dit voorlopig kadaster. Men moet wachten totdat het definitieve kadaster beschikbaar is, zowel voor de huisartsen als voor de geneesheren-specialisten.

De spreker erkent dat er reeds stappen in de goede richting gezet zijn inzake de financiële opwaardering van het beroep van huisarts, maar deze volstaan zeker niet. Er moeten forse stappen worden gezet die verder gaan dan de huidige Impulseo-projecten. Daarom heeft het geen zin om op blinde manier huisartsen toe te laten. Men heeft immers geen zicht op het feit of ze dit beroep daadwerkelijk zullen uitoefenen en het is evenmin duidelijk of ze zich zullen vestigen in regio's waar een tekort wordt vastgesteld.

Volgens de heer Ide kan een oplossing worden gezocht in het aanbieden van praktijkassistentie, wat overigens vandaag reeds in samenwerking met de VDAB gebeurt voor de tandartsenpraktijken. Dit laat toe om dagelijks twee- tot driemaal meer patiënten te behandelen dan vandaag.

supplémentaires, comme la participation à plusieurs sessions de formation et le fait d'avoir plus de 1250 contacts-patients. D'où la différence entre les deux chiffres.

L'intervenant souligne également que, lorsqu'on a établi des comparaisons au niveau européen, on n'a pas tenu compte, pour la Belgique, du chiffre de 9 000 médecins généralistes, ni même de celui de 15 000, mais bien de celui de 21 000 généralistes. Ce chiffre correspondait en effet au nombre de numéros INAMI attribués, alors qu'on sait que certains médecins conservent ce numéro jusqu'à leur décès sans toutefois encore exercer la moindre activité médicale et en ne délivrant des prescriptions que de manière sporadique. Il en résultait évidemment une image faussée de la réalité lorsqu'il s'agissait de calculer le revenu moyen par médecin généraliste: en réalité, on peut considérer que ce revenu moyen s'élèvera au double du montant généralement admis jusqu'à présent.

Enfin, l'intervenant rappelle que pour établir le cadastre, on a également tenu compte du fait que le médecin dispose d'un cabinet de consultation. Tel n'est pas nécessairement le cas pour tous les médecins généralistes agréés ou accrédités, puisque certains traitent exclusivement les cas d'urgence et ne sont donc pas vraiment actifs dans les soins de première ligne, ne tiennent pas de dossiers médicaux ou n'assurent pas la continuité des soins de santé de certains patients.

## V. ÉCHANGE DE VUES

M. Ide (N-VA-Sénat) constate que le cadastre à l'examen n'est qu'un cadastre provisoire qui doit encore être affiné et dont on ne peut pas encore tirer de conclusions politiques. Il faut attendre que le cadastre définitif soit disponible, et ce tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes.

L'intervenant reconnaît que les mesures déjà prises vont dans la bonne direction en ce qui concerne la revalorisation financière de la profession de médecin généraliste. Toutefois, elles ne sont certainement pas suffisantes. Il faut prendre des mesures énergiques qui vont plus loin que les projets Impulseo actuels. Aussi est-il insensé d'autoriser aveuglément des candidats médecins généralistes à entamer des études. En effet, l'on ne sait absolument pas s'ils exerceront effectivement cette profession ou s'ils s'établiront dans des régions où une pénurie de médecins généralistes est avérée.

D'après M. Ide, une solution peut venir de l'offre d'une assistance à la pratique, ce qui se fait d'ailleurs déjà aujourd'hui en collaboration avec le VDAB pour les cabinets dentaires. Cela permet de traiter deux à trois fois plus de patients par jour qu'à l'heure actuelle.

De spreker vraagt met aandrang dat, zodra de verfijnde kadasters voor huisartsen en geneesheren-specialisten ter beschikking zijn, een fundamenteel debat over het model van gezondheidszorg en over de vereiste middelen daarvoor wordt gevoerd.

De heer Bultinck (VB-Kamer) is verheugd dat de minister vooralsnog zeer voorzichtig is in de interpretatie van de gegevens vermits het om een voorlopig kadaster gaat dat nog verfijning behoeft. De conclusie, dat meteen meer huisartsen moeten worden opgeleid, die de minister heeft getrokken naar aanleiding van de voorstelling van het kadaster aan de pers, is dan ook zeer voorbarig wanneer men rekening houdt met de vervrouwelijking en de vergrijzing van het beroep. De spreker is wel blij met de conclusie van de minister om zeker concreet werk te maken van « Impulseo 3 » zodat ook de solo-praktijken van de huisartsen aan bod komen.

Het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen en Franstalige tegenhanger ervan gaan er zelfs van uit dat bij de studie verkeerde gegevens werden gehanteerd. Hoe reageren de technici op deze kritiek ?

De heer Dallemagne (cdH-Kamer) erkent dat sommige gegevens nog moeten verfijnd worden maar meent dat nu reeds al enkele belangrijke tendenzen duidelijk zijn. Belangrijke problemen, die men reeds vaststelde op het terrein, komen ook in het cijfermateriaal aan de oppervlakte, zeker in het zuidelijke landsgedeelte. Zij moeten dan ook zonder dralen worden aangepakt en volgens spreker had men op het niveau van de Franse Gemeenschap reeds bepaalde politieke beslissingen moeten nemen zonder te wachten op de besluitvorming op federaal niveau. De spreker pleit er dan ook voor om het besluitvormingsproces te versnellen en om niet te wachten totdat alle gegevens zijn verfijnd en aangevuld.

Hij meent dat het probleem van de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts zeker te maken heeft met de pecuniaire aspecten maar er is meer dan dat. Zo is er de rol en de verantwoordelijkheid van de huisarts in de samenleving, de levenskwaliteit en dergelijke. Vele huisartsen klagen over deze moeilijkheden en wijzen op de ondankbaarheid jegens hen, terwijl het beroep van huisarts toch fundamenteel is in de samenleving. Er moeten dus maatregelen worden genomen om het beroep aantrekkelijker te maken, onder meer door maatregelen die de administratieve last verminderen.

De heer Brotchi (MR-Senaat) concludeert uit deze bespreking dat er nood is aan een globaal kadaster, zowel voor de huisartsen als voor de geneesheren-specialisten. Hij meent dat het beter is de globale studie af te wachten alvorens al te voorbarig con-

L'intervenant demande avec instance que l'on mène un débat fondamental sur le modèle des soins de santé et sur les moyens qu'il requiert, dès que les cadastres pour les médecins généralistes et spécialistes auront été précisés.

M. Bultinck (VB-Chambre) se réjouit de constater que la ministre est jusqu'à présent très prudente dans l'interprétation des données vu qu'il s'agit d'un cadastre provisoire qui doit encore être détaillé. En conséquence, la conclusion que la ministre a tirée à l'occasion de la présentation du cadastre à la presse, selon laquelle davantage de médecins généralistes doivent être formés sans attendre, est très prématurée si l'on tient compte de la féminisation et du vieillissement de la profession. Par contre, l'intervenant se félicite de la conclusion de la ministre qui propose de s'atteler concrètement à « Impulseo 3 », de manière à englober également les cabinets individuels de médecine générale.

Le *Syndicaat van Vlaamse Huisartsen* et son pendant francophone considèrent même que des données erronées ont été utilisées dans l'étude. Comment les techniciens réagissent-ils à cette critique ?

M. Dallemagne (cdH-Chambre) estime que quelques tendances importantes se dégagent d'ores et déjà, bien qu'il reconnaisse que certaines données doivent encore être affinées. Des problèmes majeurs que l'on a déjà constatés sur le terrain sont également mis en lumière dans les données chiffrées, dans le sud du pays en particulier. Il faut dès lors s'y attaquer sans tarder et, selon l'intervenant, l'on aurait déjà dû prendre certaines décisions politiques au niveau de la Communauté française sans attendre l'aboutissement du processus décisionnel au niveau fédéral. Aussi l'intervenant plaide-t-il en faveur d'un processus de décision plus rapide et préconise-t-il de ne pas attendre que toutes les données soient affinées et complétées.

Il estime que le problème de l'attractivité de la profession de médecin généraliste est certainement lié à l'aspect pecuniaire mais qu'il ne se limite pas à cela. Le rôle et la responsabilité du médecin généraliste dans la société, la qualité de vie etc. interviennent également. Nombre de médecins généralistes se plaignent de ces difficultés et mettent en exergue l'ingratitude à leur égard, alors que leur profession est fondamentale dans la société. Il s'impose dès lors de prendre des mesures visant à rendre la profession plus attrayante, notamment des mesures destinées à réduire la charge administrative.

M. Brotchi (MR-Sénat) conclut de la discussion qu'un cadastre global est nécessaire, tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes. Selon lui, il est plus opportun d'attendre l'étude globale avant de tirer des conclusions excessivement prématurées. Il



clusies te willen trekken, maar dringt er wel op aan dat de verfijning van de beschikbare gegevens snel zou kunnen gebeuren.

De spreker verwijst overigens naar het voorstel van resolutie betreffende de schaarste aan huisartsen en de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep dat hij heeft ingediend in de Senaat (stuk Senaat, nr. 4-1181). Mogelijk kunnen daar enkele nuttige ideeën in worden teruggevonden.

De heer Flahaux (MR-Kamer) verwijst naar een voorstel van resolutie betreffende de aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde, in het bijzonder in landelijke gebieden (stuk Kamer, nr. 52-1546/001) dat hetzelfde thema behandelt. Hij pleit voor een globaal debat over deze problematiek met de ministers van Sociale Zaken, Volksgezondheid, Werk en Financiën. Met fiscale of sociale lastenverlaging alleen zal men er niet in slagen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken. Hij verwijst naar voorbeelden uit het buitenland — en in het bijzonder in Frankrijk — waar als gevolg van overheidsmaatregelen huisartsen zich in zeer landelijke gebieden hebben gevestigd, zij het dat ook daar deze maatregelen op zich niet volstaan.

De spreker is getroffen door de vervrouwelijking van het beroep van huisarts. Net zoals dit in het algemeen het geval is, moet er zeker voor deze groep werk worden gemaakt van een meer evenwichtige verdeling van de huishoudelijke taken. Dit vergt een vorm van «anders gaan leven»; anders dreigt er een situatie waarin sommige personen slechts 's nachts en in het weekend prestaties leveren.

Mevrouw Van Ermen (LDD-Senaat) meent dat de dramatische voorstelling van zaken, als zou er door de vergrijzing van het artsenkorps een tekort aan huisartsen zou ontstaan, niet mag overdreven worden. De bevolking is immers enorm verwend geweest gedurende de laatste tientallen jaren. Terwijl er vroeger in een dorp één à twee huisartsen waren die hun huisbezoeken met de fiets aflegden, zijn er nu dikwijls 17 huisartsen voor dezelfde bevolking. Het is wellicht ook zo dat, hoe meer huisartsen er zijn, hoe meer medische prestaties zullen worden geleverd. De bevolking moet gesensibiliseerd worden zodat men begrijpt dat deze situatie niet vanzelfsprekend is en dat er niet zo'n groot aantal huisartsen vereist is als vandaag het geval is.

Mevrouw Zrihen (PS-Senaat) wijst erop dat er ook in het buitenland, zoals bijvoorbeeld in Frankrijk, heel wat problemen zijn om huisartsen ertoe te bewegen zich in sommige regio's te vestigen. Ons land vormt hierop geen uitzondering. Zij meent dat het medisch kadaster de patiënten moet kunnen overtuigen dat zij

insiste toutefois pour que les données disponibles puissent rapidement être précisées.

L'intervenant renvoie d'ailleurs à la proposition de résolution sur la pénurie et l'attractivité de la médecine générale qu'il a déposée au Sénat (doc. Sénat, n° 4-1181). L'on peut probablement y puiser quelques idées utiles.

M. Flahaux (MR-Chambre) renvoie à une proposition de résolution relative à l'attractivité de la médecine générale en particulier en zone rurale (doc. Chambre, n° 52-1546/001) qui traite du même thème. Il plaide pour un débat global sur cette problématique avec les ministres des Affaires sociales, de la Santé publique, de l'Emploi et des Finances. L'on ne parviendra pas à rendre la profession de médecin généraliste plus attrayante en opérant uniquement des réductions sur les charges fiscales ou sociales. Il renvoie à des exemples à l'étranger, en France notamment, où des médecins généralistes se sont établis dans des régions fortement rurales à la suite de mesures gouvernementales, bien qu'en l'espèce également ces dernières ne suffisent pas à elles seules.

L'intervenant se dit frappé par la féminisation de la profession de médecin généraliste. Tout comme c'est le cas d'une manière plus générale, il faut veiller à garantir, en particulier pour les médecins femmes, une répartition équilibrée des tâches ménagères. Cela exige en quelque sorte une nouvelle manière de vivre, sous peine d'en arriver à une situation où certaines personnes ne fourniront des prestations que la nuit et le week-end.

Mme Van Ermen (LDD-Sénat) pense qu'il ne faut pas dramatiser à outrance la situation en donnant l'impression que, du fait du vieillissement du corps médical, on risque d'être confronté à une pénurie de médecins généralistes. En effet, la population a été extrêmement gâtée sur ce plan durant les dernières décennies. Alors qu'il y avait jadis un ou deux médecins généralistes par village, qui effectuaient leurs visites à domicile à vélo, il n'est pas rare qu'on en compte aujourd'hui jusqu'à 17 pour une population équivalente. D'un autre côté, il est un fait que plus il y aura de médecins généralistes, plus les prestations médicales fournies seront nombreuses. Il faut faire prendre conscience à la population que cette situation ne va pas de soi et qu'il n'y a pas nécessairement besoin d'autant de généralistes qu'il n'y en a actuellement.

Mme Zrihen (PS-Sénat) souligne qu'à l'étranger également — et notamment en France — il est très difficile d'inciter les médecins généralistes à s'installer dans certaines régions. Notre pays n'est pas une exception. L'intervenante pense que le cadastre médical doit pouvoir convaincre les patients qu'à l'avenir

ook in de toekomst makkelijk toegang zullen hebben tot gezondheidszorg. Daarbij heeft de huisarts — naast een medische rol — ook een sociale rol te vervullen als vertrouwenspersoon van een gezin. Daarom moet men ervoor zorgen dat er voor de huisartsen aangepaste en menselijke werkomstandigheden zijn. Dit is fundamenteel in een samenleving en daarom moet het werk dat reeds werd verricht worden verdergezet en verfijnd.

Mevrouw Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, is van oordeel dat eerst de Planningscommissie nu verder moet werken aan een verfijning van de gegevens die nu ter beschikking zijn. De werkzaamheden van deze commissie hebben het reeds mogelijk gemaakt om een koninklijk besluit uit te vaardigen in verband met de regularisatie van de overvalligen. Mogelijk kan de minister, op basis van de werkzaamheden van de Planningscommissie, binnenkort een nieuw koninklijk besluit voorstellen. Alleszins moet men erin slagen om te bepalen welk type van geneeskunde gewenst is, bijvoorbeeld over de specifieke rol van de eerste- en tweedelijnszorg. De doelstelling dienaangaande moet gedefinieerd worden. Begin 2010 zullen ook meer gegevens bekend zijn in verband met de geneesherenspecialisten. Deze kunnen gehanteerd worden in de regulering en in de planning.

Mogelijk kunnen intussen reeds beslissingen genomen worden op basis van de werkzaamheden van de Planningscommissie, die op 6 mei 2009 reeds in beperkte samenstelling samen komt over de problematiek van de huisartsen om tegen half juli in plenaire vergadering beslissingen te nemen. Vervolgens zal zij zich buigen over de gegevens van de geneesherenspecialisten.

Mevrouw Gerkens (Ecolo-Kamer) en mevrouw Lanjri (CD&V-Senaat) stellen voor de betrokken commissies van de Kamer van volksvertegenwoordigers en de Senaat begin juli opnieuw bijeen te roepen om de problematiek van het kadaster van medische activiteiten opnieuw te bespreken.

De commissies stemmen hiermee in.

*De rapporteurs,*

Olga ZRIHEN (S),  
Marie-Claire LAMBERT (K).

*De voorzitters,*

Nahima LANJRI (S),  
Muriel GERKENS (K).

également, ils auront aisément accès aux soins de santé. À cet égard, le médecin généraliste est appelé à jouer non seulement un rôle médical mais aussi un rôle social en tant que personne de confiance d'une famille. C'est pourquoi il faut veiller à ce qu'il puisse bénéficier de conditions de travail adéquates et humaines. C'est là une exigence fondamentale pour toute société, d'où la nécessité de poursuivre et d'affiner le travail déjà accompli dans ce domaine.

Mme Onkelinx, vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, est d'avis qu'il appartient d'abord à la Commission de planification de poursuivre l'affinage des données actuellement disponibles. Les travaux de cette commission ont déjà permis d'élaborer un arrêté royal concernant la régularisation des étudiants reçus-collés. La ministre pourra peut-être proposer prochainement un nouvel arrêté royal sur la base des travaux de la Commission de planification. Il faut de toute façon parvenir à déterminer quel type de médecine on souhaite, en ce qui concerne par exemple le rôle spécifique des soins de première et de deuxième ligne. Il convient de définir l'objectif à atteindre en la matière. Au début de 2010, on connaîtra aussi davantage de données concernant les médecins spécialistes, lesquelles pourront être utilisées dans le cadre de la régulation et de la planification.

Des décisions peuvent éventuellement être prises dans l'intervalle sur la base des travaux de la Commission de planification, qui se réunira dans sa composition restreinte dès le 6 mai 2009, en vue d'examiner la problématique des médecins généralistes et de trancher à la mi-juillet, en assemblée plénière. La commission se penchera ensuite sur les données des médecins spécialistes.

Mme Gerkens (Écolo-Chambre) et Mme Lanjri (CD&V-Sénat) proposent de reconvoquer les commissions concernées de la Chambre des représentants et du Sénat au début juillet, afin de réexaminer la question du cadastre des activités médicales.

Les commissions marquent leur accord sur cette proposition.

*Les rapporteurs,*

Olga ZRIHEN (S),  
Marie-Claire LAMBERT (Ch).

*Les présidents,*

Nahima LANJRI (S),  
Muriel GERKENS (Ch).