

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2007-2008

4 MAART 2008

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

(Ingediend door mevrouw Anne Delvaux c.s.)

TOELICHTING

Wordingsgeschiedenis van de « numerus clausus »

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

Volgens de statistieken van de federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is het aantal Belgische artsen in de loop van de jongste 40 jaar toegenomen met factor 4.

Op het einde van de 19e eeuw was er in België één arts per 2 287 inwoners. Toen reeds eisten de artsen een numerus clausus voor de toegang tot de artsenstudie. Op het einde van de 20e eeuw was het probleem nog steeds aan de orde, hoewel België behoorde tot de Europese landen met de meeste artsen.

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

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2007-2008

4 MARS 2008

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

(Déposée par Mme Anne Delvaux et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

Historique du « numerus clausus »

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

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

À la fin du XIX^e siècle, on comptait en Belgique un médecin pour 2 287 habitants et déjà le corps médical de l'époque réclamait un numerus clausus à l'entrée des études médicales. À la fin du XX^e siècle, la question était toujours là alors que la Belgique était dans le peloton de tête des pays européens les mieux pourvus en médecins.

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

De argumenten ten gunste van de numerus clausus

— waren van corporatistische aard : ervoor zorgen dat iedere arts voldoende inkomsten heeft;

— hadden betrekking op de kwaliteit van de zorg : een arts die te weinig werk heeft, zou daarbij wel eens zijn bekwaamheid kunnen inboeten;

— waren van economische aard : te veel artsen kan leiden tot een overconsumptie inzake gezondheidszorg.

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

— de vrije toegang tot de kennis;

— de democratisering van de studie;

— de onmogelijkheid om te voorzien wat de medische vraag zal zijn ten aanzien van de evolutie van de samenleving (vergrijzing van de bevolking, diversifiëring van de zorg, vooruitgang van de wetenschap).

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

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

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

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

In het koninklijk besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod werd vastgelegd dat van dat aantal slechts 288 studenten, van wie 8 kinderspsychiaters, de derde cyclus in de verzorgende geneeskunde (huisarts of geneesheerspecialist) mogen aanvragen.

In het Franstalige landsgedeelte zullen er bijgevolg 42 studenten verplicht zijn hun toevlucht te nemen tot

En faveur du numerus clausus on trouvait des arguments :

— d'ordre corporatiste : assurer des revenus suffisants à chaque médecin;

— relatifs à la qualité des soins : un médecin sous-occupé risque d'être moins compétent;

— d'ordre économique : la pléthore peut générer une surconsommation des soins de santé.

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

— la liberté d'accès au savoir;

— la démocratisation des études;

— l'impossibilité de prévoir la demande médicale correspondant à l'évolution de la société (vieillesse de la population, diversification des soins, progrès de la science).

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

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

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

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

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

Il y aura donc pour la partie francophone du pays, 42 étudiants qui devront obligatoirement s'orienter

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

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

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

Dit wetsvoorstel strekt ertoe om, tot 31 december 2011 de mogelijkheid op te schorten die aan de Koning werd verleend om in te grijpen in verband met het over de gemeenschappen opgesplitste totale aantal kandidaten — en bijgevolg ook kandidaten per specialisme — die, nadat ze het bedoelde artsdiploma hebben behaald, jaarlijks in aanmerking komen voor de toekenning van de bijzondere beroepstitels.

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

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

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

Die aspecten moeten de beleidsinstanties ertoe aanzetten de noden van morgen inzake volksgezondheid te herdefiniëren, waarbij ze niet alleen rekening moeten houden met de vergrijzing van de bevolking, een performanter zorgaanbod en de levenskwaliteit, maar ook met het toekomstige medisch aanbod. Een en ander vereist met name een objectivering van de schema's en studies waarin het medisch aanbod wordt

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

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

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

La présente proposition de loi vise à suspendre jusqu'au 31 décembre 2011 la possibilité pour le Roi de limiter le nombre global de candidats, et par voie de conséquence le nombre de candidats par spécialité, répartis par Communauté qui, après avoir obtenu le diplôme visé de médecin, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers.

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

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

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

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

bepaald, aandacht voor de vervrouwelijking van het beroep en voor de dalende activiteitsgraad bij de pratici, alsook een bijwerking van de RIZIV-cijfers.

Die herdefiniëringen zijn noodzakelijk om te kunnen evalueren of de beperking van de toegang tot het beroep al dan niet moet worden gehandhaafd, dan wel of aangepaste quota nodig zijn en of, bijgevolg, op gemeenschapsniveau niet moet worden voorzien in een billijke en stabiele selectieprocedure die plaatsvindt in een vroeg stadium en die er garant voor staat dat onze federale en gemeenschapswetgeving onderling coherent zijn en stroken met het Europees beleid inzake medisch aanbod.

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

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

Het wetsvoorstel voorziet erin dat de opschorting van artikel 35*novies* van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, dat de beperking van het medisch aanbod regelt, tot 31 december 2011 zal gelden. Zo wordt gewaarborgd dat de huidige studenten van de tweede cyclus toegang hebben tot de derde cyclus. Ook krijgen de beleidsinstanties aldus de tijd om te evalueren of een beperking van het medisch aanbod in ons land al dan niet pertinent is, en of er niet beter een selectieprocedure zou komen die billijker en stabiel is.

*
* *

de la diminution du taux d'activité des praticiens, ainsi que l'actualisation des chiffres INAMI.

Ce n'est qu'à partir de ces redéfinitions qu'il sera possible d'évaluer l'utilité de maintenir ou non une limitation d'accès à la profession, de fixer, s'il y a lieu, des quotas appropriés et par voie de conséquence de mettre en place, au niveau des communautés, un processus de sélection précoce, équitable et durable, qui assure la cohérence de nos législations fédérales et communautaires et respecte la politique européenne en matière d'offre médicale.

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

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

La proposition de loi prévoit que la suspension de l'article 35*novies* de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé qui organise la limitation de l'offre médicale cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2011. Ce qui garantit à tous les étudiants actuels du deuxième cycle un accès au troisième cycle et laisse le temps aux autorités politiques d'évaluer la pertinence d'une limitation de l'offre médicale dans notre pays et de mettre en place, s'il y a lieu, un processus de sélection équitable et durable.

Anne DELVAUX.
Marc ELSSEN.
Georges DALLEMAGNE.

*
* *

WETSVOORSTEL

 Artikel 1

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

Art. 2

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

« § 7. Tussen 1 oktober 2007 en 31 december 2011 hebben de §§ 1 tot 6 geen uitwerking. ».

Art. 3

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

28 februari 2008.

PROPOSITION DE LOI

 Article 1^{er}

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

Art. 2

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

« § 7. Les §§ 1^{er} à 6 ne produisent pas leurs effets entre le 1^{er} octobre 2007 et le 31 décembre 2011. ».

Art. 3

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

28 février 2008.

Anne DELVAUX.
 Marc ELSEN.
 Georges DALLEMAGNE.