

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2008-2009

13 FEBRUARI 2009

Voorstel van resolutie betreffende de schaarste aan huisartsen en de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep

(Ingediend door mevrouw Dominique Tilmans)

TOELICHTING

Tot dusver hebben we dankzij ons gezondheidsstelsel een geneeskunde die beschouwd wordt als een van de beste, die voor allen toegankelijk is en die tegemoet komt aan de vereisten inzake vrije keuze van de patiënt en vrijheid van diagnose en therapie van de zorgverleners. Het specifieke kenmerk van dit systeem blijft dat het steunt op overleg en dialoog tussen de diverse actoren. Het berust op het solidariteitsprincipe, waardoor elke burger verzekerd is van kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg.

Het moet de continuïteit en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg waarborgen voor alle zieken, in de nabijheid van de plaats waar ze leven of werken.

We moeten echter vaststellen dat we in bepaalde streken van het land gealarmeerd worden door een ontoereikend geneeskundig aanbod. We vermelden hier de provincie Luxemburg (Martelange, Gouvy, Saint-Léger, ...), de provincie Namen (Willerzie, Bièvre ...), alsook de rand van verscheidene grote steden (Luik: Ans, Flémalle, Seraing, ..., Charleroi: Courcelles, Châtelet ..., Bergen: la Louvière, Morlanwez, Frameries, ...), zonder de Duitstalige Gemeenschap te vergeten.

De toestand is om meer dan één reden zorgwekkend.

Het beroep vergrijsst. 49% van de huisartsen is ouder dan 50 jaar. In 2016, zullen 2 600 huisartsen ouder zijn dan 60 jaar, terwijl er slechts 360 huisartsen de universiteit zullen verlaten! Het beroep vervrou-

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2008-2009

13 FÉVRIER 2009

Proposition de résolution sur la pénurie et l'attractivité de la médecine générale

(Déposée par Mme Dominique Tilmans)

DÉVELOPPEMENTS

Notre système de santé a, jusqu'à présent, permis l'existence d'une médecine reconnue comme l'une des meilleures, accessible à tous et rencontrant les exigences du libre choix du patient et de liberté diagnostique et thérapeutique des prestataires de soins. Sa spécificité reste basée sur la concertation et le dialogue entre les différents acteurs. Il repose sur le principe de solidarité qui permet de garantir à tout citoyen une assurance en soins de santé, de qualité et accessibles.

Il doit garantir la continuité et l'accessibilité aux soins de premier secours à tous les malades à proximité de leur lieu de vie ou de travail.

Cependant, force est de constater que, dans certaines régions du pays, des situations d'insuffisance de l'offre médicale nous alertent. Nous citerons notamment la province de Luxembourg (Martelange, Gouvy, Saint-Léger, ...), la province de Namur (Willerzie, Bièvre ...) ainsi que la périphérie de plusieurs grandes villes (Liège: Ans, Flémalle, Seraing, ..., Charleroi: Courcelles, Châtelet ..., Mons: la Louvière, Morlanwez, Frameries, ...) sans oublier la communauté germanophone.

La situation est préoccupante pour plusieurs raisons.

La profession vieillit. 49% des médecins généralistes ont plus de 50 ans. En 2016, 2 600 médecins généralistes (MG) auront plus de 60 ans alors que seulement 360 MG quitteront l'université! La profes-

welijkt: vandaag is 27 % van de huisartsen vrouw, eerlang zal dat 65 % zijn. De nieuwe generatie huisartsen ziet het beroep — terecht — anders en wenst een minder eenzame praktijk alsook meer harmonie tussen gezins- en beroepsleven. De administratieve verplichtingen worden steeds groter en leggen een hypotheek op de tijd die de arts aan de patiënt en aan zijn gezinsleven besteedt. De tijd die wordt uitgetrokken om te luisteren naar de patiënt en hem te onderzoeken, wordt onvoldoende in rekening gebracht. De arbeidsomstandigheden worden steeds veeleisender en veroorzaken steeds meer stress. Om al die redenen stapt 30 % van de huisartsen na 5 jaar uit het beroep.

De organisatie van de wachtdiensten, vooral in landelijke of halflandelijke gebieden, is een groot probleem, omdat er een uitgestrekt gebied met lage bevolkingsdichtheid moet worden bediend. Tevens is de onveiligheid zorgwekkend.

Die organisatorische en sociologische ontwikkelingen hebben een daling van het aantal gegadigden voor de huisartsengeneeskunde met zich gebracht. De jongste cijfers van de stageprogramma's die de laatste jaren werden ingediend, bevestigen overigens dat de huisartsengeneeskunde voor onze geneeskundestudenten minder aantrekkelijk is geworden (1). De huisartsengeneeskunde haalt het quotum van 25 % niet.

De huisartsengeneeskunde is volop aan het veranderen en over minder dan 10 jaar zal ze er helemaal anders uitzien.

De Mouvement Réformateur heeft daarom in juni 2008 een colloquium met de huisartsen georganiseerd, om een stand van zaken op te maken.

De politiek heeft immers de verantwoordelijkheid te anticiperen en oplossingen op zeer korte en middellange termijn voor te stellen.

Op korte termijn moet hij zorgen voor continuïteit en voor de toegankelijkheid van de zorg en voorkomen dat er meer geneeskundige « woestijnen » ontstaan.

Op middellange termijn moet hij de huisartsengeneeskunde weer aantrekkelijk maken.

*
* *

sion se féminise: 27 % des médecins généralistes aujourd'hui sont des femmes, demain, elles seront 65 %. La nouvelle génération de médecins conçoit, à juste titre, son métier de façon différente et souhaite une pratique moins solitaire ainsi qu'une meilleure conciliation entre la vie de famille et la vie professionnelle. Les obligations administratives deviennent de plus en plus exigeantes et hypothèquent le temps consacré au patient comme à la vie familiale du médecin. Le temps consacré à l'écoute et à l'examen du patient n'est pas suffisamment valorisé. Les conditions de travail sont de plus en plus exigeantes et stressantes. Pour toutes ces raisons, 30 % des médecins généralistes quittent la profession après 5 ans.

L'organisation des gardes, en particulier en zone rurale ou semi-rurale, est un problème majeur car le territoire à couvrir est vaste avec une densité de population faible. L'insécurité est également préoccupante.

Ces évolutions organisationnelles et sociologiques ont entraîné une diminution des vocations pour la médecine générale. Les derniers chiffres concernant les plans de stage remis ces dernières années attestent d'ailleurs de la diminution de l'attrait de la médecine générale pour nos étudiants en médecine (1). 25 % du quota n'est pas atteint en médecine générale.

La médecine générale est en pleine mutation et, dans moins de 10 ans, elle aura profondément changé.

C'est la raison pour laquelle le Mouvement Réformateur a organisé, en juin 2008, un colloque avec les médecins généralistes pour faire un état des lieux de la question.

Le politique a, en effet, la responsabilité d'anticiper et de proposer des solutions à très court et moyen termes.

Il doit, à court terme, assurer la continuité et l'accès aux soins et éviter l'inflation de déserts médicaux.

Il doit, à moyen terme, relancer l'attractivité de la médecine générale.

Dominique TILMANS.

*
* *

(1) Advies van de Planningscommissie van september 2007.

(1) Avis de la Commission de planification de septembre 2007.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. Gelet op de stijgende gemiddelde leeftijd van de actieve huisartsen, vooral in landelijke gebieden;

B. Gelet op het hoge aantal pensioneringen dat de komende tien jaar wordt verwacht;

C. Gelet op het feit dat er zich minder huisartsen vestigen dan dat er ophouden met de uitoefening van het beroep;

D. Gelet op de toenemende vervrouwelijking van het beroep (60 tot 70 % van de artsen in opleiding zijn vrouwen) en gelet op het feit dat de nieuwe generatie artsen terecht een beter evenwicht eist tussen gezins- en beroepsleven;

E. Gelet op de bevoorrechte positie van ziekenhuizen in het Belgisch gezondheidsstelsel;

F. Gelet op de afkeer van geneeskundestudenten voor het beoefenen van de huisartsengeneeskunde;

G. Gelet op het advies van de planningscommissie van september 2007, dat aantoonde dat er in de periode van 2004 tot 2006 ten opzichte van het wettelijke quotum 230 kandidaten te weinig waren om aan de huisartsopleiding te beginnen. De toekomstige specialisten waren dan weer met 234 teveel;

H. Gelet op de geringe aantrekkelijkheid van landelijke gebieden, als gevolg van de grote afstand tot geneeskundige structuren (ziekenhuizen, ...) en van het gebrek aan economische, sociale, culturele, ... mogelijkheden;

I. Gelet op de geringe bevolkingsdichtheid in landelijke gebieden;

J. Gelet op de geringe belangstelling voor landelijke gebieden vanwege jonge artsen;

K. Gelet op de toenemende administratieve last en complexiteit;

L. Gelet op de toenemende behoeften als gevolg van de vergrijzing;

M. Gelet op de soms buitensporige eisen van de patiënten, vooral tijdens de wachtdiensten;

N. Gelet op de dreigende marginalisering van de patiënten in bepaalde buurten;

O. Gelet op het onveiligheidsgevoel, vooral bij huisbezoeken aan patiënten, dat vele huisartsen aanklagen;

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

A. Vu l'augmentation de l'âge moyen des médecins généralistes en activité particulièrement en milieu rural;

B. Vu le nombre important de départs à la pension prévus dans les dix années à venir;

C. Vu le nombre d'installations de médecins généralistes qui est inférieur aux départs;

D. Vu la féminisation croissante de la profession (60 à 70% des médecins en formation sont des femmes) et la nouvelle génération de médecins revendiquant à juste titre un meilleur équilibre vie de famille et vie professionnelle;

E. Vu le système de santé belge qui privilégie l'hospitalocentrisme;

F. Vu la désaffection des étudiants en médecine pour la pratique de la médecine générale;

G. Vu l'avis de la commission de planification de septembre 2007 qui démontrait que pour la période allant de 2004 à 2006, par rapport aux quotas légaux, il manquait 230 candidats pour se lancer dans la formation en médecine générale. Les futurs spécialistes étaient, quant à eux 234 de trop.

H. Vu l'attractivité du milieu rural mise à mal par l'éloignement des structures médicales (hôpitaux, ...) et par le manque de facilités économiques, sociales, culturelles, ...;

I. Vu la faible densité de population du milieu rural;

J. Vu le manque d'intérêt des jeunes médecins pour les régions rurales;

K. Vu la charge et la complexité administrative qui ne fait qu'augmenter;

L. Vu l'augmentation des besoins liée notamment au vieillissement de la population;

M. Vu les exigences parfois excessives des patients, particulièrement pendant les gardes;

N. Vu la précarisation des patients dans certains quartiers;

O. Vu le sentiment d'insécurité dénoncé par de nombreux médecins généralistes, particulièrement lors des visites au domicile du patient;

P. Gelet op het tekort aan artsen in de zomer van dit jaar in bepaalde afgelegen streken (1);

Q. Gelet op de problemen die de wachtdienst met zich brengt : dienstrooster, stress, werklast, er zijn niet genoeg huisartsen, het gezinsleven wordt verstoord, men kent de patiënten niet, de aanrijtijd van de MUG is te lang of hij is niet beschikbaar, ...;

R. Gelet op de steeds terugkerende wachtdiensten, het belangrijkste probleem en de doorslaggevende factor bij de beslissing van een jonge huisarts om zich ergens te vestigen;

S. Gelet op de onvoorwaardelijke verplichting om zich te verplaatsen, wat soms belet dat wachtdiensten worden samengevoegd, wegens de zeer grote afstanden die moeten worden afgelegd;

T. Gelet op het tijds- en efficiëntieverlies als gevolg van de te verre verplaatsingen voor huisbezoeken tijdens de wachtdiensten;

U. Gelet op de specifieke eigenschappen van bepaalde gebieden, zijn het de huisartsenkringen die de aanpassingen aan de organisatie van de wachtdienst moeten voorstellen naar gelang van de plaatselijke omstandigheden, de bevolking die bediend wordt en de beschikbare krachten voor huisartsengeneeskunde;

V. Gelet op de noodzaak jonge artsen aan te trekken in streken waar er te weinig zijn;

W. Gelet op de doelstellingen van het Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde, die strekken om de huisartsen te stimuleren om de huisartsengeneeskunde te beoefenen of te blijven beoefenen in gebieden met een geringe aanwezigheid van huisartsen;

X. Gelet op de noodzaak het beroep van huisarts op te waarderen;

Y. Gelet op de verantwoordelijkheid van de Staat om een kwaliteitsvolle eerstelijnszorg in stand te houden die voor allen toegankelijk is;

AA. Gelet op de noodzaak van een beleid met oplossingen op korte en middellange termijn;

AB. Gelet op het feit dat de politiek op korte termijn moet zorgen voor continuïteit en voor de toegankelijkheid van de zorg en moet voorkomen dat er meer geneeskundige « woestijnen » ontstaan;

AC. Gelet op het feit dat hij op middellange termijn de huisartsengeneeskunde weer aantrekkelijk moet maken

vraagt de regering

P. Vu la pénurie estivale de médecins constatée cette année dans certaines régions excentrées (1);

Q. Vu les problèmes engendrés par la garde : horaire, stress, charge de travail, nombre insuffisant de médecins généralistes, perturbation de la vie familiale, patients inconnus, délai d'attente du SMUR ou son indisponibilité, ...;

R. Vu la répétitivité des gardes, problème majeur et paramètre fondamental dans le choix d'installation d'un jeune médecin généraliste;

S. Vu l'obligation inconditionnelle de se déplacer, empêchant parfois des fusions de rôle de garde étant donné les distances particulièrement grandes à couvrir;

T. Vu la perte de temps et d'efficacité engendrée par des déplacements trop longs lors des visites à domiciles lors des gardes;

U. Vu la spécificité de certaines zones, ce sont les cercles de médecins généralistes qui doivent proposer les adaptations nécessaires à l'organisation de la garde en fonction des conditions locales, de la population couverte et de la force de travail en médecine générale;

V. Vu la nécessité d'attirer des jeunes médecins dans les régions « déficitaires »;

W. Vu les objectifs du Fonds d'impulsion pour la médecine générale qui visent à stimuler les médecins généralistes à exercer ou à continuer d'exercer la médecine générale dans les zones à faible densité de médecins généralistes;

X. Vu la nécessité de revaloriser la fonction de médecin généraliste;

Y. Vu la responsabilité de l'État de maintenir des soins de première ligne de qualité et accessibles à tous;

AA. Vu la nécessité de mener une politique comportant des solutions à court et moyen termes;

AB. Vu que le politique doit, à court terme, assurer la continuité et l'accès aux soins et éviter l'inflation de déserts médicaux;

AC. Vu qu'il doit, à moyen terme, relancer l'attractivité de la médecine générale

demande au gouvernement :

(1) Zie het artikel in *Le Soir* van 30 juli 2008, « Alerte à la pénurie estivale de médecins ».

(1) Voir l'article dans *Le Soir* du 30 juillet 2008, « Alerte à la pénurie estivale de médecins ».

I. OP KORTE TERMIJN:*A. KADASTER*

— snel werk te maken van een kadaster van de gezondheidsberoepen, dat een goed beeld biedt van de activiteit die daadwerkelijk wordt uitgeoefend door huisartsen en geneesheren-specialisten (1); het is aangewezen afzonderlijke RIZIV-nummers toe te kennen, afhankelijk van het aantal verstrekkingen op jaarbasis.

B. REGELING VAN DE OPROEPEN

1. De regeling van alle noodoproepen via het enig nummer 112 te versnellen.

2. In afwachting van die regeling te voorzien in een centrale dispatching met één oproepnummer in de streken en/of provincies waar weinig artsen aanwezig zijn, met proefprojecten zoals in de provincie Luxemburg.

3. Elk beheersteam te voorzien van een beherende arts:

— die beter kan doorverwijzen naar de MUG/PIT, de ambulance, de huisarts met wachtdienst of nog de raadpleging van de volgende dag.

— die de wachtdiensten van de huisartsen losgischerwijze zal ontlasten, omdat ze enkel nog moeten reageren op de oproep van de beherende arts met wachtdienst om een medisch verantwoorde, spoedeisende toestand op te lossen.

C. SPECIFIEKE MAATREGELEN

1. Een eenpersoonsversie van het Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde in het leven te roepen om de eenpersoonspraktijken te ondersteunen.

2. Een Impulseo met twee snelheden tot stand te brengen, met een gerichte tegemoetkoming al naargelang men zich vestigt op een plaats die zeer afgelegen ligt van de agglomeraties (in dorpen) of op een plaats dicht bij de handelszaken, scholen en ziekenhuizen, om het deel van onze bevolking dat heel « afgelegen » leeft niet zonder geneeskundige verzorging te laten.

3. De verplichting voor de huisarts zich te verplaatsen te versoepelen tot heel specifieke gevallen, om te streven naar uitsluitend nog « wenselijke huisbezoeken ».

(1) Zie het voorstel van resolutie (J. Brotchi) om te komen tot een nauwkeurig kadaster van de activiteit die daadwerkelijk wordt uitgeoefend door huisartsen en geneesheren-specialisten (4-432/1 - 2007/2008).

I. À COURT TERME:*A. CADASTRE*

— d'élaborer rapidement le cadastre des professions de santé qui permettra d'appréhender l'activité réellement exercée en Belgique par les médecins généralistes et spécialistes (1); il conviendrait d'établir des numéros INAMI différenciés en fonction du nombre de prestations réalisées sur une base annuelle.

B. RÉGULATION DES APPELS

1. D'accélérer la régulation des appels par le numéro unique 112 pour tous les appels de secours.

2. Dans l'attente de cette régulation, prévoir un dispatching central par numéro d'appel unique dans les régions et/ou provinces à faible densité médicale avec des expériences pilotes comme la province de Luxembourg.

3. De prévoir un médecin régulateur dans chaque équipe de régulation:

— qui renverrait plus adéquatement vers le SMUR/PIT, l'ambulance, le médecin généraliste de garde ou encore à la consultation du lendemain.

— qui soulagerait conséquemment la garde des MG qui n'auraient plus à répondre qu'à l'appel du MG régulateur pour résoudre une situation d'urgence médicalement justifiée.

C. MESURES SPÉCIFIQUES

1. De créer une version solo du Fonds d'impulsion pour la médecine générale afin de soutenir les pratiques solos.

2. De mettre en place un Impulseo à deux vitesses avec une intervention ciblée selon que l'installation a lieu dans un endroit très excentré des agglomérations (dans des villages) ou dans un endroit plus proche des commerces, écoles et hôpitaux pour ne pas laisser la partie de notre population qui est très « excentrée » sans réponse médicale.

3. De moduler la nécessité de déplacement du médecin généraliste selon des cas bien spécifiques pour tendre exclusivement vers la « visite à domicile opportune ».

(1) Voir la proposition de résolution (J. Brotchi) visant à procéder à un cadastre précis de l'activité réellement exercée par les médecins généralistes et spécialistes (4-432/1 - 2007/2008).

4. Een bewustmakingscampagne te voeren voor de patiënten, die hun duidelijk maakt dat een huisbezoek alleen mogelijk is in ernstige gevallen (echte spoedgevallen, bejaarden of invaliden,).

5. Het begrip « sociale taxi » te ontwikkelen, waardoor patiënten die geen auto hebben of die kwetsbaar zijn toch bij de arts met wachtdienst kunnen komen.

6. Plaatselijke initiatieven te ondersteunen die huisartsenkringen voorstellen op grond van hun goede terreinkennis, zoals :

— het oprichten van een wachthuis (in gebieden waar het aantal artsen dergelijke organisatie mogelijk maakt);

— het oprichten van uitgeruste huisartsenhuizen, die ter beschikking worden gesteld van startende huisartsen, alsook van plaatselijke huisartsen, om de samenwerking te versterken.

7. De ontwikkeling van financiële prikkels te ondersteunen voor assistent-huisartsen die hun wachtdiensten verrichten in een gebied waar weinig artsen zijn.

8. Voor artsen die in gebieden met weinig artsen gevestigd zijn, te voorzien in een lagere belastingsaanslag alsook in een verlichting van de sociale lasten, in het bijzonder :

— voor stagemeesters, om hen ertoe aan te zetten stagiairs in dienst te nemen;

— voor de jonge huisarts die zich vestigt;

— voor de huisarts die de pensioenleeftijd bereikt en zijn activiteit voortzet;

— voor de premies die in het raam van Impulseo I worden uitbetaald

9. De administratieve last van de huisarts drastisch te verminderen.

10. De veiligheid van de artsen te verbeteren :

— door bijvoorbeeld toe te staan dat de huisarts een oproep weigert en doorverwijst naar de dienst 112 of 101, wanneer het duidelijk gaat om een geval van agressie of waarbij iemand in gevaar wordt gebracht (zolang het ene nummer 112 niet bestaat).

4. De mettre en place une campagne de sensibilisation à l'adresse des patients leur indiquant que la visite à domicile ne devrait être réservée qu'aux situations sérieuses (vraies urgences, personnes âgées ou invalides,).

5. De développer le concept de « taxi social » qui amènerait les patients non motorisés ou précarisés vers le médecin de garde.

6. De soutenir les initiatives locales proposées par les cercles de médecins généralistes en fonction de leur bonne connaissance du terrain tels que :

— le soutien à la création de maison de garde (dans les zones où le nombre de médecins permet une telle organisation);

— le soutien à la création de maisons de médecins généralistes équipées qui seraient mises à la disposition du médecin généraliste qui débute ainsi que des médecins généralistes du cru afin de renforcer la collaboration.

7. De soutenir la mise sur pied d'incitants financiers à l'intention des médecins généralistes assistants qui effectueraient leurs gardes dans une zone présentant une faible densité médicale.

8. De prévoir, pour les médecins installés dans les zones à faible densité médicale, une taxation réduite ainsi qu'un allègement des charges sociales en particulier :

— pour les maîtres de stage afin de les inciter à accepter des stagiaires;

— pour le jeune médecin généraliste qui s'installe;

— pour le médecin généraliste qui a atteint l'âge de la retraite et qui poursuit son activité;

— pour les primes versées dans le cadre d'Impulseo I.

9. De diminuer drastiquement la charge administrative qui incombe au médecin généraliste.

10. D'améliorer la sécurité des praticiens :

— en permettant, par exemple, au médecin généraliste de refuser un appel et de le renvoyer vers le service 112 ou 101 lorsqu'il s'agit manifestement d'un cas d'agressivité ou de mise en danger (en attendant l'appel unique 112).

11. Het met alle bestuursniveaus (Staat, gemeenschappen, gewesten, provincies, gemeenten, ...) eens te worden over het dragen van de kosten voor studenten die stage lopen in gebieden met weinig artsen (huisvestings- en verplaatsingsvergoedingen).

II. OP MIDDELLANGE TERMIJN :

1. Het beroep van huisarts op te waarderen door het opnieuw de centrale plaats in het gezondheidszorgstelsel te geven die het verdient.

2. Door aan de hand van het kadaster geregeld en in samenwerking met de huisartsenkringen te bepalen in welke gebieden weinig artsen zijn, zodat daarvoor gerichte en prioritaire maatregelen kunnen worden getroffen. Er zullen berekeningen moeten worden gemaakt inzake het aantal te verwachten pensioneringen en inzake het vereiste minimumaantal huisartsen om de toegang tot de zorg te verzekeren, samen met de huisartsenkringen, per gebied met weinig artsen.

3. De oproepcentrales te ondersteunen door in hun teams één of meer (huis)artsen op te nemen, teneinde te beantwoorden aan situaties die medisch advies vereisen. Dit biedt het voordeel dat de oproepen efficiënter en goedkoper worden afgehandeld.

4. Volledige continuïteit van de eerstelijnszorg te garanderen, met name door de invoering van een vervangingssysteem tijdens het weekend of in geval van afwezigheid of ziekte van een huisarts.

5. In samenwerking met alle bestuursniveaus (Staat, gemeenschappen, gewesten, provincies, gemeenten, ...), voor één enkel loket te zorgen waar jonge artsen terecht kunnen voor alle informatie (overheidshulp, vestigingsplaats, ...) inzake hun vestiging.

III. STUDIE

In overleg met de gemeenschappen en de universiteiten het imago van de huisartsengeneeskunde te verbeteren, zodat er weer belangstelling en gegadigden komen voor dat beroep :

— door middel van stages in huisartsengeneeskunde voor alle geneeskundestudenten, zo vroeg mogelijk tijdens de studie;

— door de lessen over spoedeisende hulp, alsook over conflictpreventie en -beheersing, intensiever aan te pakken;

11. De s'accorder en collaboration avec les différents niveaux de pouvoirs (État, communautés, régions, provinces, communes, ...) sur une prise en charge des frais pour les étudiants qui effectuent leurs stages dans les zones à faible densité médicale (indemnités de logement et indemnités de déplacements).

II. À MOYEN TERME :

1. De revaloriser la fonction du médecin généraliste en lui redonnant la place qu'il mérite au centre du système de soins de santé.

2. D'identifier, à partir du cadastre, de manière régulière et en collaboration avec les cercles de médecine générale, les zones présentant une faible densité médicale qui devront faire l'objet de mesures ciblées et prioritaires. Des projections portant sur les départs à la retraite ainsi que sur le nombre minimum de médecins généralistes nécessaires pour assurer l'accès aux soins devront être réalisées, avec les cercles de médecine générale, par zone présentant une faible densité médicale.

3. De soutenir les centres de dispatching en intégrant à leurs équipes un ou plusieurs médecins (généralistes) afin de répondre aux situations qui réclament des conseils et des avis médicaux. Cela offrirait l'avantage d'une régulation des appels plus performante et moins onéreuse.

4. D'assurer une pleine continuité des soins de première ligne notamment en mettant en place un système de remplacement durant les week-ends ou en cas d'absence ou de maladie d'un médecin généraliste.

5. D'organiser, en collaboration avec les différents niveaux de pouvoirs (État, communautés, régions, provinces, communes, ...), un guichet unique à l'installation qui centraliserait l'information (aides publiques, lieu d'installation, ...) à l'adresse des jeunes médecins.

III. ÉTUDES

En concertation avec les communautés et les universités, de valoriser l'image de la médecine générale pour recréer l'enthousiasme et les vocations pour cette profession :

— par le biais de stages en MG pour tous les étudiants en médecine intervenant le plus tôt possible dans le cursus;

— par une intensification des cours portant sur l'urgence ainsi que sur la prévention et la gestion des conflits;

— door na te denken over een identieke vergoeding voor een stage in een ziekenhuis en bij een huisarts.

8 december 2008.

— par une réflexion visant à prévoir une indemnité identique, que l'on fasse son stage dans un hôpital ou chez un médecin généraliste.

8 décembre 2008.

Dominique TILMANS.
Jacques BROTCHE.
Christine DEFRAIGNE.
Richard FOURNAUX.