

Avis formel de la Commission de planification de l'offre médicale

Formeel advies van de Planningscommissie – Medisch aanbod

Conformément à l'article 35novies, de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de santé et à l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la commission de planification-offre médicale;

Overeenkomstig artikel 35novies van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en het koninklijk besluit van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie - Medisch aanbod;

Après en avoir valablement délibéré, la Commission de planification-offre médicale émet l'avis suivant :

Na geldige beraadslaging brengt de Planningscommissie - Medisch aanbod het volgende advies uit:

Avis relatif au contingentement des médecins : évolution du contingentement médecin

Advies inzake de contingentering van de artsen: evolutie contingentering artsen

Nombre de pages: 3

Aantal bladzijden: 3

Cet avis a été approuvé selon les quorums suivants :

Dit advies werd aanvaard met de volgende quorums:

Membres présents ayant droit de vote : 10

Aanwezige stemgerechtigde leden: 10

Votes pour : 10

Stemmen voor: 10

Votes contre : 0

Stemmen tegen: 0

Abstentions : 0

Onthouding:0

Lieu et date de la réunion :
Bruxelles, 12 novembre 2012

Plaats en datum van de vergadering:
Brussel, 12 november 2012

p.o. Karel Vermeyen
Président –Voorzitter démissionnaire,

Patrick HEIDELWERT.

Aurélie Somer
Secrétaire- Secretaris

PLANNINGSCOMMISSIE

Resolutietekst

De planningscommissie heeft tijdens haar vergadering van 30 mei 2012 nota genomen van een rapport van het RIZIV in verband met het artsenbestand 2010 in het kader van de ziekteverzekering. De Commissie heeft de werkgroep artsen als opdracht gegeven om deze gegevens te analyseren en om voorstellen te formuleren in het kader van het planningsbeleid.

Het rapport van het RIZIV toont aan dat de globale densiteit aan geneesheren-specialisten tussen 2000 en 2010 toegenomen is, maar dat die van de huisartsen gedaald is. Opmerkelijk is vooral dat het aantal huisartsen met meer dan 500 patiëntcontacten per jaar in 10 jaar gedaald is van 10.855 naar 10.536 en dat het gemiddelde patiëntenbestand gestegen is van 802 naar 1003 patiënten per huisarts. Het kadaster van de huisartsen uit 2009 telde 9200 beroepsbeoefenaars die voldoen aan de erkenningscriteria. Daarnaast stelt men vast dat bijna 40% van de huisartsen ouder is dan 55 en de kans bestaat dat ze niet allemaal vervangen zullen worden in de komende jaren.

De werkgroep Planning heeft die gegevens geanalyseerd en stelt vast dat het onder andere het gebrek aan planning in de jaren 1985-1995 is dat heeft geleid tot het probleem van de "plotselinge daling" van het aantal huisartsen jonger dan 55 jaar. Een duidelijke planning blijft dus nodig, met "minimum"-quota voor de verschillende disciplines en een maximum voor het globale aantal. Een gemiddeld patiëntenbestand van 1003 patiënten per huisarts, dat is een lagere dichtheid dan in andere Europese landen (bv. in Scandinavië, in Nederland). In die landen bedraagt het gemiddelde patiëntenbestand 1500 à 2000 patiënten per huisarts. Als we echter rekening houden met de huidige organisatie van de huisartsgeneeskunde in België, komt duizend patiënten per arts gemiddeld overeen met een twintigtal contacten per dag.

Wat betreft de evolutie van het aantal huisartsen, stelt men vast dat wanneer de wettelijk voorziene minimumquota worden nageleefd, de huidige capaciteit behouden zou moeten kunnen blijven. We kunnen echter alleen maar vaststellen dat deze quota de laatste jaren niet gerespecteerd werden, ook al zien we sinds kort een verbetering, en dat een bepaald percentage jonge huisartsen uit het beroep stapt. Bovendien stellen we enerzijds vast dat de vervrouwelijking van het beroep en de toenemende wens van de jonge huisartsen om het beroepsleven met het privéleven te verzoenen de wekelijkse arbeidscapaciteit doen dalen en anderzijds dat de jonge artsen niet langer altijd opteren voor een lineaire loopbaan.

Rekening houdend met de huidige curves, en teneinde een performante eerstelijnsgezondheidszorg te garanderen, moeten de volgende maatregelen op korte termijn worden genomen, zodat ze hun vruchten afwerpen in 2020:

1. Herdefiniëren van de rol van de huisarts binnen het zorgsysteem: de huisarts is het eerste aanspreekpunt en lost meer dan 90% van de nieuwe problemen zelf op, hij staat in voor de preventie bij zijn patiëntenbestand en speelt een rol in de behandeling van chronische problemen, in samenwerking met de andere eerstelijns hulpverleners (horizontale integratie) en de geneesheren-specialisten (verticale integratie). Daarvoor dient een persoon "gefidelizeerd" te zijn bij een huisartsenpraktijk of een praktijk voor

eerstelijnsgezondheidszorg (waar het GMD algemeen wordt toegepast) en zijn er maatregelen nodig die de patiënten stimuleren om bij voorkeur een beroep te doen op een huisarts om hen te begeleiden in hun zorgvraag.

2. Intensiveren van de maatregelen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken, om een betere geografische spreiding van de huisartsen mogelijk te maken (met bijzondere aandacht voor de landelijke gebieden, de zones met een lage bevolkingsdichtheid en de achtergestelde wijken in de steden).
3. Op korte termijn maatregelen nemen om de "taakverdeling" te vergemakkelijken binnen de huisartsenpraktijken: het creëren van de functie "praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg", verpleegkundigen die werken in de praktijken voor eerstelijnsgezondheidszorg, administratief personeel,... Daarvoor moeten de middelen van het IMPULSEO-fonds worden opgetrokken.
4. Vragen aan de permanente werkgroep van de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en Huisartsen om oplossingen uit te werken voor de artsen met een RIZIV-nummer als "huisarts", dat niet beantwoordt aan de criteria van het ministerieel besluit van 1 maart 2010. Die oplossingen moeten die artsen oriënteren, zodat ze een geschikte plaats kunnen vinden in het gezondheidssysteem.
5. In afwachting zou men de "minimumquota" van de huisartsgeneeskunde kunnen verhogen en erop toezien dat die quota worden gehaald en dat er eveneens voldoende kwaliteitsvolle opleidingsplaatsen zijn.

De Commissie wil erop wijzen dat er nog andere specialiteiten zijn waarvoor er maatregelen zouden moeten worden genomen om de aantrekkelijkheid te verhogen. Dat is uiteraard het geval voor de specialiteiten met minimumquota zoals de urgentiegeneskunde, de acute geneeskunde, de geriatrie en de kinderpsychiatrie, maar ook voor andere specialiteiten, zoals de klinische biologie, de anatomopathologie, de radiologie of de algemene inwendige geneeskunde. Die laatste specialiteit zou eindelijk volwaardig erkend moeten worden.

De werkgroep artsen wijst erop dat in het kader van de planning, de eerste maatregel die veralgemeend moet worden, het organiseren van een toelatingsexamen geneeskunde is. Dat maakt het ook mogelijk om de manier van lesgeven en de kwaliteit van de opleiding geneeskunde te verbeteren. We wijzen erop dat zo'n examen momenteel enkel bestaat aan Nederlandstalige kant, maar dat er aan Franstalige kant vanaf dit academiejaar 2012-2013 een selectie zal worden ingevoerd op het einde van het eerste quadrimester van het eerste jaar bachelor (enkel de studenten die slagen voor de examens basiswetenschappen in januari zullen hun studie mogen verderzetten in het tweede quadrimester).

Om de planningscommissie daarbij te helpen, is het nuttig om niet enkel te beschikken over de huidige cijfers van de artsen per specialiteit, maar ook over de leeftijds piramide voor elk van die specialiteiten.

Tot slot benadrukt de commissie dat het noodzakelijk is om de planning te bekijken in haar Europese dimensie.