

**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

## COMMISSION DE PLANIFICATION

### Texte de résolution validé

La commission de planification a pris note lors de sa réunion du 30 mai 2012 d'un rapport de l'INAMI concernant les effectifs médicaux 2010 dans le cadre de l'assurance maladie. La Commission a chargé le groupe médecins d'analyser ces données et de faire des propositions dans la cadre de la politique de planification.

Le rapport de l'INAMI montre qu'entre 2000 et 2010 la densité globale des médecins spécialistes a augmenté mais que celle des généralistes a diminué. On note en particulier que le nombre de généralistes effectuant plus de 500 contacts par an a diminué et est passé en 10 ans de 10.855 à 10.536 et que la patientèle moyenne est passée de 802 à 1003 patients par généraliste. Le cadastre des généralistes de 2009 comptabilisait 9200 praticiens respectant les critères d'agrément. De plus on constate que près de 40% des généralistes ont plus de 55 ans et risquent de ne pas être tous remplacés au cours des prochaines années.

Le Groupe de Planification a analysé ces données et constate que c'est entre autre le manque de planification dans les années 1985-1995 qui a causé le problème de la "chute abrupte" du nombre des médecins généralistes en dessous de 55 ans. Il faut donc maintenir une planification claire avec des quotas "minimum" pour chaque disciplines et un quota "maximum" pour l'ensemble des disciplines. Une patientèle moyenne de 1003 par généraliste, est une densité inférieure à celle d'autres pays européens (p.ex. en Scandinavie, aux Pays-Bas). Dans ces pays la patientèle moyenne est de 1500 à 2000 patients par généraliste. Compte tenu toutefois de l'organisation actuelle de la médecine générale en Belgique, un millier de patients par médecin correspond en moyenne à une vingtaine de contacts par jour.

En ce qui concerne l'évolution du nombre de généralistes, on constate que si les quotas minimums prévus légalement sont respectés, on devrait pouvoir maintenir la force de travail actuelle. Toutefois, force est de constater que ces quotas n'ont pas été respectés ces dernières années, même si la situation s'améliore depuis peu, et qu'un certain pourcentage de jeunes généralistes abandonnent la profession. De plus, on constate d'une part que la féminisation et le souhait plus large des jeunes généralistes de concilier la vie professionnelle et la vie privée, diminuent la capacité de travail hebdomadaire et d'autre part que les jeunes médecins ne souhaitent plus toujours une carrière linéaire. Néanmoins la graphique ci-jointe indique une amélioration de la situation en Flandre.

Tenant compte des courbes actuelles et afin d'assurer un premier échelon des soins de santé performant, les mesures suivantes doivent être prises à court terme, afin qu'ils aient un effet en 2020:

1. Redéfinir le rôle du généraliste au sein du système de soins: le généraliste est le médecin du premier recours qui résout plus de 90% des nouveaux problèmes lui-même, qui prend en charge la prévention pour la patientèle et qui s'engage dans la prise en charge des problèmes chroniques en coopération avec les autres acteurs du premier échelon (intégration

horizontale) et avec les médecins-spécialistes (intégration verticale). Ceci nécessite la fidélisation d'une personne auprès d'une pratique de médecine générale ou de soins de santé primaire (avec implémentation généralisée du DMG) et des mesures qui stimulent les patients à utiliser de préférence la guidance par le médecin généraliste entre les lignes de soins.

2. Intensifier les mesures d'attractivité de la profession, permettant une meilleure répartition géographique des généralistes (avec attention spécifique pour les zones rurales, les zones avec petite densité de population et les quartiers défavorisés en ville).
3. Prendre des mesures à court terme pour faciliter la "distribution des tâches" au sein des pratiques de médecine générale: la création de la fonction de "assistant dans les soins de santé primaire", des infirmières travaillant dans les pratiques de soins de santé primaire, du personnel administratif,... Ceci requiert une augmentation des ressources du Fonds IMPULSEO.
4. Demander au Groupe de Travail Permanent du Conseil Supérieur des Médecins Généralistes et des Spécialistes de préparer des solutions pour les médecins ayant un numéro d'INAMI "généraliste" qui ne répond pas aux critères de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010. Ces solutions doivent orienter ces médecins, de sorte qu'ils puissent trouver une place appropriée dans le système de santé.
5. En attendant, on pourrait augmenter les "quotas minimums" de la médecine générale et veillez à ce que ces quotas soient réalisés, et qu'un nombre suffisant de lieux de stage de qualité soient disponibles.

La Commission veut attirer l'attention sur le fait qu'il y a d'autres spécialités méritant des mesures qui augmentent leur attractivité. C'est bien sûr le cas des spécialités à quota minimum comme la médecine d'urgence, la médecine aigue, la gériatrie et la pédopsychiatrie, mais aussi d'autres comme la biologie clinique, l'anatomopathologie, la radiologie ou la médecine interne générale. Cette dernière spécialité devrait être enfin reconnue à part entière.

Le groupe médecins rappelle que dans le cadre de la planification, la première mesure à généraliser est l'organisation d'un examen d'entrée en médecine. Celui-ci permet également d'améliorer la pédagogie et la qualité de la formation des études de médecine. Rappelons que pour l'instant cet examen n'existe que du côté néerlandophone mais que du côté francophone une sélection sera mise en place dès cette année académique 2012-2013 à la fin du 1<sup>er</sup> quadrimestre du 1<sup>er</sup> bachelier (Seuls les étudiants réussissant les examens de janvier sur les sciences de base pourront poursuivre au 2eme quadrimestre).

Pour aider la commission de planification dans ce travail, il est utile d'avoir non seulement les chiffres actuels de médecins par spécialité, mais aussi la pyramide des âges pour chacune d'elle.

Enfin, la commission souligne la nécessité d'aborder la planification dans sa dimension européenne.