

Fédération des étudiant(e)s francophones

Planification médicale alternative

Note.

Réalisé par l'exécutif de la fef en collaboration avec le comité inter-universitaire des étudiants de médecine (CIUM) et adopté au Conseil Fédéral de la FEF du 29 novembre 2005.

Depuis toujours l'offre de soins de santé efficace est une des préoccupations majeures des sociétés. Autrefois, il s'agissait simplement d'humanisme. Depuis peu la notion de rentabilité s'est insérée dans les motivations qui poussent à organiser un système de soins de santé. Mais, plus grave, cette notion de rentabilité s'est également insérée dans la façon d'organiser les soins. En effet soigner coûte très cher et le budget des états n'est pas extensible à l'infini. On a donc cherché à diminuer les coûts. Une des solutions mise en place fût le numerus clausus en médecine, dentisterie, kinésithérapie. Le principe d'induction, justifiant cette mise en place est débattu dans la première partie de cet exposé. Rappelons que la croyance en ce principe est particulièrement ridicule dans le cadre de la pratique de la Kinésithérapie étant donné que les actes remboursés sont soumis à prescription médicale. La présente proposition de planification médicale n'a que le mérite d'exister et est prête pour rentrer en négociation elle sera donc fortement amendée et discutée lors du processus normal de négociation.

Il n'est pas nécessaire de rappeler plus en détails les modalités de sélection, les raisons qui ont poussé à un système de sélection, ni l'historique de sa mise en place, tout cela étant également largement débattu dans la première partie de l'exposé.

Exposé des motifs.

Le présent travail a pour seul objectif de proposer une alternative cohérente et réaliste à la présente planification médicale qui ne repose que sur la limitation de l'accès au savoir, ce que nous refusons fermement. La solution que nous proposons est directement applicable pour la médecine générale, moyennant quelques travaux pour la médecine spécialisée. De même elle est tout à fait envisageable pour la dentisterie et la kinésithérapie.

Voici 6 mois que nous travaillons à la réalisation de ce projet de planification alternative, il est maintenant prêt à être mis sur la table pour le proposer à nos partenaires afin d'en soutenir l'application en Belgique et en Europe.

Avant de nous lancer dans l'écriture nous nous sommes longuement informés des contraintes dans lesquelles nous devons évoluer :

-Les syndicats médicaux militent pour préserver les acquis de leurs affiliés. Dès lors, il faut, si l'on veut l'assentiment de ces groupes de pression extrêmement puissants, penser un système dans lequel l'emploi est totalement préservé, et où une pléthore n'est pas possible. En effet cette crainte était l'un des arguments les plus souvent utilisés par les syndicats médicaux pour pousser l'instauration d'un numerus clausus. Les médecins ont en général un statut d'indépendant, et sont payés à la consultation. Ils doivent donc se partager les patients. La crainte des syndicats est la sous-occupation, en effet plus de médecins équivaut à moins de patients par médecin donc moins de rentrées financières. Au vu des statistiques de la première partie il est certain que ce problème n'existe pas aujourd'hui. Si on prend en compte le témoignage des professionnels sur le terrain actuellement on devrait plutôt craindre une catastrophe à cause du manque de médecins dû au numerus clausus.

-Les dirigeants politiques ont tout intérêt à avoir une organisation de soins de santé qui fonctionne correctement avec suffisamment de médecins répartis sur tout le territoire. L'actuelle planification, en plus de diminuer d'une façon trop importante le nombre de praticiens, ne donne de garantie que sur le nombre de médecins intégrant le monde du travail. Or certains crient déjà à la pénurie dans certaines régions reculées des Ardennes ou dans les zones sinistrées comme le Hainaut. Le système que nous proposerons devrait répondre aux impératifs de nombre et améliorer la situation en ce qui concerne la répartition géographique des praticiens.

-Les étudiants militent de droit pour la liberté d'accès au savoir qui ne peut rester uniquement dans les mains d'une élite choisie par l'état. De plus le numerus clausus en place est extrêmement défavorable aux étudiants qui sont les seuls à payer l'incurie du passé. Les étudiants rentrés avant septembre 2005 seront sélectionnés au terme de 7 ans d'études extrêmement difficiles. Et ceux rentrés après cette date, bien que sélectionnés après un an, le seront de nouveau à la fin de leur deuxième cycle. La solution apportée par le décret Simonet de juin 2005 ne répond donc absolument pas à long terme aux préoccupations estudiantines. Le système ici envisagé devra répondre également à ces impératifs.

Alors ! Mission impossible. Certains l'affirment. Nous avons envisagé une solution qui n'a que l'intérêt d'exister. Elle n'est certainement pas parfaite et elle ne demande qu'à être complétée par vos critiques constructives. Elle a en tout cas été envisagée dans le but d'améliorer la condition de tous les acteurs concernés. Il s'agira donc de mettre de l'eau dans son vin de part et d'autre de la table.

Planification médicale alternative.

Base de planification

Planifier l'offre médicale est une affaire compliquée de gros chiffres qui ont, jusqu'ici, été discutés d'une façon globalisée par une autorité centrale. Nous souhaitons que la planification que nous proposons soit plus proche de la réalité du terrain. Donc nous optons pour une solution où c'est le travailleur qui définira lui-même le nombre idéal de médecins qui conviendrait pour que sa pratique sur le terrain, dans sa spécialité, soit la plus efficace possible.

L'ancienne méthode utilisait la limitation de l'accès aux études pour réguler l'offre. Or ses effets ne s'exercent que d'une façon indirecte sur le terrain. Cela est dû notamment au fait que les études de médecine sont extraordinairement longues, jusqu'à 15ans et parfois plus. En si longtemps tant et tant de choses peuvent se passer. La planification globalisée ne peut pas prévoir tous les changements entre le moment où sont prises les décisions et le moment où elles font ressentir leur effet. Il faut donc opérer des choix qui relèvent trop souvent de l'instinct. On ne peut pas se permettre de négliger l'offre médicale, des vies sont en jeu.

Nous proposons que la planification visant seulement la limitation de l'accès aux études soit remplacée par une planification du nombre de praticiens ou de cabinets sur le terrain. Ce nombre serait défini par les acteurs locaux et sera donc tout à fait adapté à la situation locale. Qui mieux que les acteurs de terrains peuvent connaître exactement les besoins locaux.

Cette planification décentralisée combine les avantages de l'ancienne planification en ce qui concerne la garantie sur le nombre de médecins, avec de nouvelles garanties sur la répartition géographique. L'installation sera régulée par le nombre défini par les groupements locaux. Il y aurait également de nouvelles garanties en ce qui concerne la qualité des soins donnés ainsi que des améliorations des conditions de travail.

Nous comprenons que le fait de laisser un pouvoir central se décentraliser peut laisser craindre un grand vide et un système en roue libre. Malheureusement pour les ministères de la santé, le système centralisé nous prouve ses limites chaque jour. Or chaque médecin sur son lieu de travail n'a qu'un seul intérêt : soigner correctement ses malades. Pour pouvoir le faire il n'aura que l'envie de ne pas être surchargé, ni de manquer de patient par pléthore médicale.

D'un point de vue pratique

Pour garder leur agrément I.N.A.M.I. les médecins généralistes doivent constituer des groupes par entité : les « glems » ou groupement locaux d'évaluation médicale (que nous appellerons groupement locaux) afin de discuter de leurs pratiques, de « cas cliniques », le tout dans le cadre

de la formation continue inhérente à la pratique médicale. Ces groupements sont parfois également chargés d'instaurer des tours de gardes. Bien qu'il ne soient pas effectifs partout, nous proposons que ce soit ces « groupements locaux » qui définissent, chacun dans leur région, le nombre idéal de praticiens ou de cabinets afin d'assurer correctement les soins.

De plus en plus apparaissent dans le paysage des soins de santé des maisons médicales spécialisées dans la médecine générale. Nous proposons que ces médecins, si ce n'est déjà fait, soient intégrés dans le groupement local afin de rationaliser et de coordonner l'offre sur le plan local.

La médecine spécialisée s'organise de plus en plus en extra-hospitalier. Dans ce cadre il faudra créer des groupements locaux par spécialité. Bien sûr, pour être significatif, la notion de localité devra être étendue. Dans le cadre de la médecine spécialisée hospitalière, nous proposons de regrouper les praticiens par service. Chaque service définira les besoins (de plusieurs spécialités différentes si nécessaire).

Chiffres de références, définition de ceux-ci et écart type

Nous proposons que toutes les 5 années le groupement local définisse le nombre de praticiens qu'il juge opportun. Dans un premier temps une discussion sur le nombre aura lieu. Ensuite le président du groupement local qui mène les débats sera chargé de trouver un consensus. Si le consensus n'est pas possible le groupement passera au vote. Le vote se fait sur une proposition du président. Une majorité de deux tiers est nécessaire pour qu'un nombre soit adopté. Si cette majorité n'est pas obtenue lors d'un premier tour il faudra en organiser un second dans les plus brefs délais. Si une majorité de deux tiers n'a toujours pas été obtenue au bout de 5 scrutins on passera à la majorité simple. Le nombre choisi est révisé normalement tous les 5 ans, mais peut l'être tous les deux ans sur simple demande au président du groupement local, motivée par un changement important de la population.

Le nombre de praticiens choisi se fera en rapport avec un chiffre idéal rediscuté tous les 5 ans sur base d'études récentes des économistes de la santé (au minimum 6 mois avant la date butoir des votes des glems) en relation avec une notion de population (par ex. X généralistes pour X habitants). Cette notion totalement abstraite servira de référence au groupement local qui choisira le nombre qui lui convient pour la situation effective sur le terrain dans un écart type du chiffre de référence (ex : 15 généralistes + ou - X%). Le chiffre de référence sera donné par la commission de planification fédérale. L'écart type sera donné par les commissions provinciales affinant le choix fédéral par région. Cela permettra, par exemple, d'élargir fortement le nombre de praticiens dans les régions plus sinistrées. Les chiffres de référence et les écarts-type seront adoptés selon le même mode opératoire que les chiffres définitifs des groupements locaux.

Vu l'importance du nombre de praticiens pour assurer un service adéquat à la population dans le cadre de la médecine générale, nous pensons qu'un mécanisme de feed-back du nombre choisi est nécessaire pour que la décision du glem soit la plus proche possible de ce que la particularité locale exige. Nous proposons que le jour du vote soit invité un observateur par commune, élu par le conseil communal de la commune sur laquelle ou lesquelles est implanté le glem (l'idéal étant un conseiller communal). Ces observateurs ne pourront faire partie de l'ordre médical. Ils défendront l'intérêt des habitants qu'ils représentent. Ils participeront au vote bien que leurs voix n'auront qu'un poids consultatif. Néanmoins si il(s) trouve(nt) la décision du groupement local trop éloignée des réels besoins en médecins de la ou des localité(s), ils pourront actionner un mécanisme de sonnette d'alarme. La décision du nombre de médecins sera alors envoyée devant

la commission provinciale qui devra entendre les arguments du glem ainsi que ceux de l'observateur avant de prendre une décision.

Nous pensons qu'il devrait être possible pour le groupement local de choisir un nombre hors de l'écart type vers le haut, si les particularités locales l'imposent. Ce choix doit être motivé et un avis de la commission provinciale devra être rendu sur ce choix. Elle pourra demander que celui-ci soit révisé. En effet l'écart type provincial du Hainaut par exemple sera le même que l'on soit dans les quartiers préservés du Tournais ou dans les taudis de Charleroi où une plus forte présence médicale serait nécessaire.

Rassemblement et contrôle des données locales

Il est nécessaire de centraliser les données locales afin que les manques et les surplus apparaissent clairement. C'est important autant pour les déménagements de praticiens que pour les étudiants devant s'installer. La centralisation permettra notamment un contrôle du fédéral. Nous proposons donc, qu'une fois voté par le groupement local, le chiffre choisi soit envoyé par le président à l'administration du ministre de la santé qui sera chargée de centraliser les données et de les publier.

Informations et publication des données

Les acteurs de terrain et les étudiants doivent être le mieux informés possible au sujet des manques et excès à tout moment tout au long de leur études. Nous proposons qu'un site Internet avec accès restreint si nécessaire soit dédié à cette fin. L'information est capitale. L'utilisateur devrait pouvoir y trouver les informations globales (ex. Il manque 52 gynécologues en Belgique dont 32 en Wallonie), ainsi que des informations de type local (ex. Il manque 1 généraliste dans la commune de Houfalize, ou il y a 10 généralistes de trop à Waterloo). Etant donné que la planification que nous envisageons laisse la liberté totale d'accès aux études, l'information et la publicité seront les seules façons d'orienter le choix des étudiants vers les filières en manque de praticiens et de déconseiller l'orientation vers les filières où peu de cabinets sont disponibles. Nous pensons également qu'il serait opportun que les départs de praticiens d'un cabinet soient signalés (déménagement ou retraite). Ces informations de changement devraient être introduites dans les informations de type local.

Du point de vue des étudiants

Nous souhaitons rappeler qu'un des objectifs de base de ce projet est de rendre la liberté d'accès totale au savoir dans le cursus médical. Donc le moment clé pour les étudiants sera l'installation au terme de leurs études. Nous proposons la procédure suivante :

Au début de la dernière année de troisième cycle l'étudiant aura la possibilité de réserver un cabinet ou de postuler pour une place dans une maison médicale ou dans un service hospitalier.

Dans le cas de la médecine générale hors maison médicale et de la médecine spécialisée hors hospitalière, il faut prendre des dispositions particulières si plusieurs étudiants souhaitent réserver le même cabinet.

(1) Les étudiants devront se rencontrer sous l'égide de l'autorité centralisant les disponibilités en vue d'une conciliation.

(2) Ensuite il faudra bien sûr répartir les candidats si la conciliation a échoué. Même si les risques de l'échec de cette conciliation est grand, nous croyons, peut-être de façon utopique, qu'elle pourra régler les problèmes pour un certain nombre de litiges, mais avec l'avantage de se faire dans la sérénité. Nous proposons une cotation sur 100 points de différents paramètres :

- 20% points de stage de troisième cycle
- 20% origine géographique
- 20% disponibilité
- 20% année d'entrée dans la liste d'attente
- 20% choix de la maison médicale ou du chef de service hospitalier

Le détail de l'octroi des différents points devra être négocié sachant que certains seront attribués à 0 ou à 20 directement, et que pour d'autres il faudra définir une gradation comme pour l'origine géographique.

Ensuite l'administration informera le groupement local de l'installation future d'un nouveau praticien.

Dans les cas de la médecine spécialisée hospitalière et de la médecine générale dans une maison médicale, la sélection des candidats se fera à l'embauche selon les règles habituelles en vigueur pour tout employé engagé par un employeur. Dans le cas des maisons médicales fonctionnant sur un modèle de coopératives en majorité, les règles pour la médecine générale seront d'application, dans la mesure du possible leurs médecins pourront s'intégrer au glem.

Du point de vue des praticiens

Le système de planification que nous proposons ne changera absolument rien pour les praticiens déjà surchargés par les contraintes en tout genre. L'administratif sera limité au maximum, en effet il s'agit juste de signaler à la commission provinciale le nombre choisi, et de le motiver dans certains cas. Nous pensons que la présente planification alternative améliorera le quotidien des travailleurs grâce à une meilleure répartition des forces de travail et donc une diminution de charge pour certains. Afin de minimiser les désagréments dus à la présence au glem lors de la réunion « chiffres », nous proposons d'instaurer pour ce jour-là uniquement un système de jetons de présence tant pour les médecins que pour les observateurs.

Rassurons les praticiens aucun licenciement ne sera engendré par ce plan. Si le groupement local définit un nombre idéal de praticiens inférieur au nombre des médecins actuellement en place il ne devons se déplacer que sur une base volontaire. Bien entendu, personne d'autre ne pourra s'installer dans cette région, tant que le nombre de praticiens ne redescendra pas en dessous du nombre voté par le groupement local. Nous pensons qu'il serait bon qu'un système d'incitant financier, sous forme d'aide matérielle à l'installation ou d'incitants fiscaux par exemple, soit installé pour tout praticien quittant une zone en excès de praticiens vers une zone en manque.

Pour faciliter l'installation des nouveaux arrivants, il est nécessaire que tout déménagement soit signalé au moins 6 mois à l'avance afin que l'administration chargée de publier les disponibilités puisse informer clairement les étudiants et les praticiens à la recherche d'un cabinet. Il faudra donc prévoir un système de réservation similaire à celui mis en place pour les étudiants avec la

possibilité de réserver au maximum un an à l'avance (évidemment la réservation ne pourra se faire que si la place est disponible ou est en préavis de départ à la retraite ou de déménagement). Actuellement les déménagements ne sont pas sans une certaine prospection, cette planification-ci clarifiera les choses. Dans le cas peu probable de litiges entre le déménagement d'un praticien et l'installation d'un ex-étudiant, des modalités devront être négociées avec les professionnels de la santé.

Dans le même ordre d'idée, tout départ à la retraite est actuellement quelque chose de réfléchi, cela ne changera rien de devoir le signaler également entre 6 mois et un an à l'avance.

Textes légaux modifiés coordonnés.

En cours d'étude...

Proposition pour des économies dans les dépenses de santé.

Le numerus clausus avait été instauré notamment en vue de faire des économies pour diminuer le coût des soins de santé en Belgique. Bien que notre pays est réputé pour avoir un des systèmes de soins de santé le plus performant au monde, nous ne consacrons que 9,1% de notre P.I.B au soins de santé. Chez certains de nos voisins européens et aux USA où l'accessibilité est bien moindre et l'assurance maladie privatisée, la part accordée au soins de santé s'élève à 15%. Les dépenses faites en Belgique, quoi qu'en pensent les responsables politiques notamment au nord du pays, ne sont pas totalement démesurées. Néanmoins la volonté des responsables des soins de santé est de diminuer les coûts. Un des axes envisagé fût le numerus clausus ! Nous ne croyons absolument pas que celui-ci est efficace et des économies ne sont pas obligatoires si l'on compare la part du budget consacrée au soins de santé. Mais la volonté du gouvernement en la matière est très claire, le budget des soins de santé ne peut plus déraiser. Nous proposerons donc des moyens que nous pensons plus efficaces qu'un numerus clausus pour diminuer les frais.

Ceux-ci sont nombreux, connus et, pour la plupart, sont déjà en train d'être mis en œuvre. Nous ne pouvons que soutenir ces démarches courageuses et espérer qu'elles ne soient pas freinées par des lobbies privés, syndicaux ou autres.

Promouvoir les médicaments génériques

En encourageant les médecins à prescrire une molécule (DCI ou dénomination commune internationale) plutôt qu'une spécialité particulière, on peut espérer une réduction des dépenses dans le budget de remboursement des médicaments. Prescrire en DCI est enfin possible depuis septembre 2005 mais cette pratique n'est pas réellement encouragée actuellement.

On peut opposer des arguments aux écueils énoncés par les firmes pharmaceutiques ou par certains médecins. Premièrement, durant la durée du brevet, une molécule a largement eu le temps d'assurer sa rentabilité économique. Deuxièmement, les médecins sont assurés d'une bio-équivalence par des études pharmacologiques indépendantes du *Comité des médicaments à usage humain* de la communauté européenne et de la *Food and Drug Administration*.

Le gouvernement fédéral organise un remboursement préférentiel basé sur le prix des molécules génériques qui sont au moins 26% moins chers que les spécialités d'origine. Afin d'entériner et d'accentuer ces réductions de dépenses, favorables tant à l'Etat qu'aux patients, il faudrait envisager de généraliser la prescription de molécules (le pharmacien ayant le choix de la spécialité la moins chère en accord avec le patient). Bien évidemment dans le cas de médicaments au dosage difficile, le médecin devrait pouvoir faire valoir son opinion auprès du pharmacien.

Guideline antibiotique

La réduction de la consommation d'antibiotiques n'est pas seulement une priorité en terme de réduction des coûts des soins de santé, mais elle est indispensable en terme de santé publique. Sans rentrer dans les détails des explications des mécanismes de promulgation de résistances, nous dirons simplement ici que plus nous consommons d'antibiotique plus on « crée » de souches résistantes. Si nous continuons à en consommer autant, le nombre de souches totalement résistantes à tous les antibiotiques connus augmentera. Donc nous risquons de rencontrer des patients qu'il est impossible de soigner vu l'inefficacité des antibiotiques. Il est donc urgent d'arrêter cette surconsommation pour la survie des patients et pour diminuer drastiquement les coûts engendrés.

En cela nous saluons les mesures de sensibilisation entamées par le spf-santé. Il va de soi qu'il faut les pérenniser et les intensifier. Nous recommandons d'étudier la possibilité de créer des guide-lines pour des pathologies de médecine générale bien précises comme les infections respiratoires supérieures, les infections urinaires banales, la grippe...

Développer le dossier médical global (DMG)

Les avancées dans le domaine des moyens de communication sont rapides. Pourtant le système médical semble être à la traîne quant à leur utilisation. Il est possible aujourd'hui de trouver un moyen pour que les examens d'imagerie médicale, les interventions à visée diagnostique, les examens de biologie (sanguine, urinaire, ...), ne soient pas faits à de multiples reprises sans besoin démontré. Le DMG permet en outre une fidélisation accrue au médecin généraliste, évitant de ce fait un *shopping médical* excessivement coûteux en termes économiques et humains, et assurant en outre un suivi plus rigoureux, aspect important pour la Santé Publique. L'avancement actuel des choses est lent, trop lent, alors que les dépenses inutiles vont en augmentant.

Outre cela, il est urgent de développer l'informatisation des dossiers médicaux au sein des institutions hospitalières, entre celles-ci et entre les généralistes et les hôpitaux afin d'éviter une répétition des examens diagnostiques. Néanmoins nous nous opposons à l'envie d'utiliser l'informatisation à des fins de contrôle du travail des praticiens.

Restructurer le système des urgences

La possibilité pour les patients les plus pauvres de notre société de trouver une consultation médicale sans devoir payer les honoraires directement explique l'engorgement des services d'urgences, provoquant ainsi une dépense accrue pour la Sécurité Sociale. Rappelons qu'il est beaucoup plus onéreux de mettre en activité un service lourd (médecins urgentistes, généralistes spécialisés en médecine aiguë, laboratoire traitant les analyses en urgence, radiologue de garde, infirmières (dont une infirmière administrative) et ce 24 heures sur 24).

La plupart des plaintes pourrait être traitées par les médecins généralistes qui renverraient les plus aiguës vers les urgences (nous ne parlons pas ici du SMUR).

Récemment (début juillet 2005) les urgences sont devenues payantes : un forfait sera directement demandé pour toutes les admissions aux urgences qui ne nécessitent pas une hospitalisation ou un plâtre ou pour les patients amenés par le 100.

Nous nous opposons aux contraintes financières parce que nous ne pensons pas qu'elle soit réellement efficace pour réduire la consommation des urgences de plus elle touche toujours beaucoup plus la population la plus pauvres qui, jusqu'ici, trouvait refuge aux urgences et n'aura désormais plus d'endroit pour être soigné.

Il serait nettement plus efficace d'organiser localement des numéros de téléphone uniques pour gardes des généralistes, de favoriser l'implantation de médecins en suffisance partout même dans les endroits les plus reculés, ce que ce plan permet.

Revaloriser la médecine générale

Faut-il encore rappeler l'importance du **médecin généraliste** comme pierre angulaire dans l'organigramme des soins de santé ? Il nous semble important de revaloriser cette profession, sensibiliser la population sur ses rôles et ses compétences afin d'éviter une sur-consommation injustifiable de la médecine spécialisée et des urgences pour la petite chirurgie par exemple.

Oui le médecin généraliste peut faire de la petite chirurgie. Oui un généraliste peut pour la plus part faire un ECG et un diagnostic précis.

Si les glems sont bien organisés, il y aurait un médecin de garde le soir et la nuit, même en semaine. On peut les réveiller c'est leur boulot et cela coûte moins cher que de mobiliser un service d'urgence. Il faut que cela se sache !

Malheureusement dans bon nombre d'endroits on ne trouve plus que des généralistes ou bien des professionnels fatigués, usés qui n'hésite pas a vous renvoyer vers un service d'urgence. Il faut d'urgence revaloriser la profession de généraliste. C'est la base de notre système de soins de santé, sans eux nous ne pouvons rien ! La revalorisation de la profession passe notamment par une sensibilisation de la population, par une révision de la nomenclature et une revalorisation de l'acte intellectuel sans augmentation du coût pour le patient qui est parfois déjà difficile à supporter pour certains lorsque le forfait ou le tiers payant n'est pas appliqué.

Refinancement de la sécurité sociale

Il est de notoriété publique que les soins de santé coûtent chers, or la Belgique n'y consacre que 9,1% de son PIB alors que les USA et certains de nos voisins y consacrent non moins de 15%.

En plus de cela on peut se féliciter d'une accessibilité nettement meilleure que dans bon nombre de nos voisins et à fortiori des USA. Mais chaque année le budget dérape. De plus globalement les coûts augmentent chaque année. En effet le vieillissement et les progrès de la médecine ne vont pas s'arrêter demain. Il faut donc trouver solution structurelle à un sous financement chronique de la sécurité sociale.

Les avancées actuelles dans le dossier du refinancement sont bien en-deça des nécessités du pays. Encore augmenter la chasse au chômeur et à la fraude sociale ne font que culpabiliser les populations précarisées sans permettre des économies. De même, s'engager a trouver des solutions aux dépassements lorsque les problèmes seront manifestes ne suffit pas.

Nous saluons la volonté de confirmer la part du précompte mobilier allant directement à la sécurité sociale, de même que la taxation du tabac. Mais on ne voit pas là la refonte du système de financement de la sécurité sociale qui est nécessaire si l'on veut conserver la qualité de la protection sociale belge.

Conclusions.

Nous rappelons que la volonté qui émane de ce texte est de rappeler que le système de planification médicale actuel ne solutionne rien en matière d'économie et prépare une pénurie de médecins à court terme.

Cette proposition de planification alternative est créée en attente de mieux ! Elle est faite pour évoluer et être adaptée aux réalités du terrain. La théorie est une chose mais la pratique demandera de composer et de recomposer ce texte. L'important est que l'idée globale qu'un autre système est possible domine les négociations à venir sur le numerus clausus.