



Vlaams
Parlement

ingediend op **984** (2016-2017) – Nr. 2
13 februari 2017 (2016-2017)

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Elke Van den Brandt en Peter Persyn

over het voorstel van resolutie

van Jan Bertels, Joris Vandenbroucke, Bart Van Malderen,
Freya Van den Bossche en Bert Moyaers

betreffende het federale moratorium
op de opening van bijkomende wijkgezondheidscentra
in Vlaanderen

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Caroline Croo, Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester,
Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Bert Moyaers;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:

984 (2016-2017) – Nr. 1: Voorstel van resolutie

INHOUD

1. Toelichting door Jan Bertels	4
2. Bespreking	5
3. Stemming	8
Gebruikte afkortingen	9

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin besprak het voorstel van resolutie betreffende het federale moratorium op de opening van bijkomende wijkgezondheidscentra in Vlaanderen tijdens haar vergadering van dinsdag 17 januari 2017.

1. Toelichting door Jan Bertels

Jan Bertels duidt inleidend waarom hij in een voorstel van resolutie aan de Vlaamse Regering vraagt een belangenconflict in te roepen. Het belangenconflict gaat in tegen een beslissing van de federale ministerraad om aan de begrotingsdoelstellingen in de gezondheidszorg te voldoen. Aangezien er geen federaal wetgevend initiatief is, kan het Vlaams Parlement niet zelf een belangenconflict inroepen.

Vlaanderen is bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Minister Vandeuren plant zelfs een hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg. In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 (*Parl.St. Vl.Parl. 2014-15, nr. 125/1*) staat terecht dat inzetten op preventie en organisatie van laagdrempelige eerstelijns hulp belangrijk is. Zorgen voor een betaalbaar en kwalitatief aanbod op de eerste lijn is belangrijk. Er wordt voorts gestreefd naar integrale zorg. Wijkgezondheidscentra zijn laagdrempelig, financieel toegankelijk en multidisciplinair. Ze stellen de patiënt centraal, leveren kwaliteitsvolle zorg, en treden proactief en preventief op. Ze beantwoorden met andere woorden aan de strategische doelstellingen uit de beleidsnota.

Vlaanderen telt een dertigtal wijkgezondheidscentra. Verschillende initiatieven staan op stapel. De wijkgezondheidscentra helpen zo'n 350.000 personen, wat aantoonde dat ze beantwoorden aan een maatschappelijke behoefte.

Door haar plotse ingrijpen voert de Federale Regering een ideologische besparingsmaatregel in op de wijkgezondheidscentra. In een KCE-studie wordt aangetoond dat wijkgezondheidscentra door hun preventieve werking kosten besparen. Het federale moratorium bevriest het aantal wijkgezondheidscentra ook al is men op een aantal plaatsen al maandenlang bezig met de voorbereiding van enkele nieuwe.

De Federale Regering wil 7 miljoen euro besparen. Na de besparing laat ze een audit uitvoeren van de organisatie, werking, financiering en kostenstructuur van de wijkgezondheidscentra.

Het wijkgezondheidscentrum is een organisatiemodel voor een praktijk op de eerste lijn. Er is eveneens eensgezindheid over de zinvolheid van dit zorgverleningsmodel voor bepaalde groepen uit de samenleving. De samenwerking op de eerste lijn moet worden uitgebouwd. De versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg is cruciaal gezien de stijgende behoefte aan chronische zorg. Vandaar de aangekondigde hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het federale niveau wil een audit van onder meer de organisatie en de werking van de wijkgezondheidscentra. Aangezien organisatie en werking van de eerstelijnsgezondheidszorg Vlaamse bevoegdheden zijn, grijpt de Federale Regering rechtstreeks in op een Vlaamse bevoegdheid. Een eenzijdig federaal dictaat dat een praktijkvorm op de eerste lijn bevriest, is onaanvaardbaar.

Dit federale dictaat grijpt in op de preventieve gezondheidszorg en vroegdetectie, op de organisatie van de eerste lijn, en op de link tussen zorg en welzijn. Als Vlaanderen zijn bevoegdheden wil verdedigen, moet de Vlaamse Regering een belangenconflict inroepen om te vermijden dat een toegankelijke vorm van gezondheidszorg wordt gekortwiek.

2. Bespreking

Freya Saeys zegt dat het moratorium slechts voor zes maanden geldt. Het belet niet dat alle dossiers ingediend voor 8 oktober 2016 op 1 januari 2017 van start kunnen gaan. Het gaat om acht wijkgezondheidscentra. Over vier ervan is beslist in de tweede helft van december 2016. Dossiers kunnen op elk ogenblik ingediend worden. Er wordt echter pas over beslist vanaf juli 2017. Ze zullen wel moeten voldoen aan de voorwaarden die op dat ogenblik als gevolg van de audit gelden. Indieners hoeven niet lang te wachten. Uitbreiding van bestaande wijkgezondheidscentra blijft mogelijk. Niets belet een wijkgezondheidscentrum van start te gaan met de verplichte derdebetalersregeling. Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming hoeven slechts 1 euro te betalen voor een consultatie. Artsen kunnen het remgeld laten vallen. Elk wijkgezondheidscentrum kan werken per akte mits een forfaitaire vergoeding wordt betaald.

Het budget stijgt in 2017 met 11 miljoen euro. Er wordt op alle sectoren van de gezondheidszorg bespaard. De voorbije vijf jaar zijn de uitgaven van de medische huizen met gemiddeld 10 percent per jaar gestegen, wat aanzienlijk hoger is dan de groei van het RIZIV-budget. De sector wordt met andere woorden niet benadeeld.

In 2017 worden organisatie, werking en kostenstructuur van de wijkgezondheidscentra geëvalueerd. Het is niet abnormaal dat een overheid die jaarlijks 150 miljoen euro investeert in wijkgezondheidscentra dat wil evalueren. In 2016 zijn de wachtposten geëvalueerd.

De voorbije jaren zijn diverse problemen gesignaleerd over de werking van de wijkgezondheidscentra. In een wijkgezondheidscentrum kost een patiënt gemiddeld 180 euro. Bij een arts die per akte gefinancierd wordt, is dat 125 euro. Er wordt melding gemaakt van continuïteitsproblemen: één verpleegkundige voor een actiegebied met de grootte van een halve provincie, een huisarts die 19 uren per week werkt, en als zorgverlening na 17 uur nodig is worden patiënten doorgestuurd naar een verpleegkundige van een dienst waarna geen vergoeding wordt betaald wegens niet noodzakelijk. Een arts in een wijkgezondheidscentrum behandelt gemiddeld 500 patiënten. Een arts die per akte werkt, behandelt er gemiddeld 1250.

Wijkgezondheidscentra dienen multidisciplinair te werken. In heel wat van die centra werken echter uitsluitend artsen. Er is een gebrek aan transparantie. Naast de RIZIV-subsidies, zijn er subsidies van de Vlaamse overheid voor de infrastructuur en van de lokale besturen. Indien nodig wordt deze regelgeving na de evaluatie aangescherpt.

In 2014 waren 311.193 rechthebbenden ingeschreven in een medisch huis. Dat jaar kreeg per sociale stand 41 percent van de patiënten van de forfaitair betaalde huisartsen een voorkeursregeling. 59 percent genoot de voorkeursregeling niet. Onder het volledige aantal rechthebbenden op de ziekteverzekering bedroeg deze verhouding in 2014 17 op 83. In de medische huizen zijn rechthebbenden met een voorkeursregeling sterker vertegenwoordigd, maar de te behandelen patiënten zijn gemiddeld veel jonger en behoeven bijgevolg minder zorgen. In 2014 was 67 percent van de patiënten van de medische huizen jonger dan 50 jaar. De vijftigplussers vertegenwoordigden dat jaar 24 percent van de populatie. Van de volledige groep rechthebbenden is 61 percent jonger en 39 percent ouder dan 50 jaar.

In de wijkgezondheidscentra is de werklast beduidend lager dan in een gewone huisartsenpraktijk. In 2010 verzorgden 366 vte huisartsen in 110 wijkgezondheidscentra 239.635 ingeschrevenen, wat overeenkomt met 654 rechthebbenden

per huisarts. Een vte huisarts verzorgt met gemiddeld 1250 patiënten tweemaal zoveel mensen.

Artsen in wijkgezondheidscentra kunnen niet worden gecontroleerd op verworven accrediteringen en sociale statuten omdat patiëntencontacten er niet worden geregistreerd. De uitgaven zijn de voorbije tien jaar met 284 percent gestegen van 32,4 miljoen euro in 2005 tot 124,6 miljoen euro in 2014. Een eventueel tekort aan huisartsen neemt toe met de creatie van medische huizen.

Een uitbreiding van de medische huizen leidt tot het risico dat een forfaitair systeem het huidige capitatiesysteem van betaling per prestatie vervangt, wat nadelig is voor arts en patiënt. De patiënt vergoedt zijn arts ongeacht het aantal uitgevoerde zorgverstrekkingsen. Dergelijk systeem verklaart de massale doorverwijzing naar ziekenhuizen en de wachtlijsten in het Verenigd Koninkrijk. De arts verliest zijn onafhankelijkheid ten voordele van overheid en ziekenfondsen, zonder de voordelen van het bediendenstatuut in ruil te krijgen.

Het is niet ondenkbaar dat investeerders medische huizen oprichten waardoor de eerste lijn van huisartsen en thuisverplegers in handen komt van private investeerders en zorgverzekeraars. De vrije huisartsengeneeskunde komt zo in het gedrang.

Door het recent verplichte derdebetalersysteem is voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming de financiële drempel tot 1 euro per consultatie teruggebracht. Het argument dat nieuwe medische huizen nodig zijn voor een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is niet langer verdedigbaar.

Peter Persyn sluit zich aan bij de uitvoerige en correcte schets van Freya Saeys. Hij is het eens met Jan Bertels dat Vlaanderen een sterke eerstelijnsgezondheidszorg nodig heeft. Wellicht verschilt de Vlaamse cultuur op dat punt van de cultuur in het zuidelijke landsgedeelte. Het is zaak elkaar daarin te steunen om tot een homogener Vlaams beleid te komen. Het is een publiek geheim dat het moratorium deels het gevolg is van de onduidelijkheid over talrijke maisons médicales. De Vlaamse wijkgezondheidscentra zijn daar het slachtoffer van.

De voorbije twintig jaar zijn tal van initiatieven gegroeid aan verschillende snelheden en op basis van uiteenlopende bedrijfsvormen. Het pleit voor federaal minister De Block dat ze daarin orde wil scheppen. In tijden van krapte is het belangrijk daar lijn in te brengen.

N-VA is niet a priori tegen wijkgezondheidscentra. In steden bieden ze meerwaarde. Landelijk betekenen ze wel oneerlijke concurrentie. Zelfstandige huisartsen staan zelf voor hun infrastructuur in, en organiseren ook multidisciplinaire zorg. De wijkgezondheidscentra zijn betrokken bij de aanloop naar de eerstelijnsconferentie. N-VA maakt voorbehoud bij het voorstel van resolutie.

Cindy Franssen zegt Jan Bertels dat het Vlaams Parlement een belangenconflict kan invoeren op basis van de begrotingsbespreking in de Kamer.

Minister Vandeuren speelt zijn rol in de wijkgezondheidscentra. CD&V gelooft in de meerwaarde ervan. Ondanks de goede kwaliteit van de gezondheidszorg is er een verschil in de toegang tot zorg tussen mensen in armoede en niet-armen. Mensen in armoede hebben doorgaans meer zorg nodig. Het grondrecht op gezondheidszorg garanderen vraagt maatregelen die de toegang tot gezondheids- en welzijnsvoorzieningen voor deze groep verbeteren. Het impliceert ook dat preventiestrategieën en gezondheidscampagnes aandacht schenken aan het bereiken van deze kwetsbare groepen. De wijkgezondheidscentra spelen daarin een belangrijke rol.

In voorbereiding op de eerstelijnsgezondheidsconferentie loopt een traject om tot een integrale benadering van zorg te komen. De wijkgezondheidscentra worden geconsulteerd. Dat de wijkgezondheidscentra een rol moeten spelen op de eerste lijn blijkt ook uit de VIPA-middelen. Samenwerkingsverbanden die aandacht schenken aan de meest kwetsbaren verdienen stimulansen.

CD&V verdedigt het belang van de wijkgezondheidscentra, maar wil geen belangenconflict starten. De fractie wil net zoals minister Vandeuren de resultaten van de eerstelijnsgezondheidsconferentie afwachten.

Elke Van den Brandt gelooft in het model van de wijkgezondheidscentra. Dit gezondheidszorgmodel verdient een plaats in de maatschappij omdat het een verschil kan maken. Dat hierop bespaard wordt, is voor Groen onbegrijpelijk.

Uit de KCE-studie blijkt dat dit model niet duurder is voor de overheid en goedkoper is voor de patiënt. Het model levert kwaliteit. De wijkgezondheidscentra, die interdisciplinair werken, bereiken op een laagdrempelige wijze kansarmen. Bovendien werken ze preventief.

De spreekster steunt dit voorstel van resolutie. Deze kortzichtige federale beslissing staat haaks op het Vlaamse beleid.

Ortwin Depoortere is net als de heer Persyn van oordeel dat de bevoegdheidsverdeling tot moeilijkheden leidt. Homogene bevoegdheidspakketten zijn de enige adequate manier om de eerstelijnszorg goed en efficiënt uit te bouwen.

Jan Bertels zegt dat de federale begrotingswet geen bepaling over de wijkgezondheidscentra bevat. Deze beslissing is genomen door de algemene raad van het RIZIV op voorstel van de Federale Regering. Hij is daarom verplicht om de Vlaamse Regering in een voorstel van resolutie op te roepen een belangenconflict in te roepen.

Hij is tevreden dat Cindy Franssen – als enige lid van de meerderheid – de belangrijke rol van de wijkgezondheidscentra in de Vlaamse eerstelijnszorg erkent.

De wijkgezondheidscentra wordt een gebrek aan transparantie verweten. Niemand begrijpt evenwel hoe het federale niveau Vlaamse en provinciale investeringen teniet kan doen met dit moratorium. Wijkgezondheidscentra worden erkend en moeten bijgevolg aan een aantal voorwaarden voldoen. Wanneer niet aan die voorwaarden wordt voldaan, moet de controledienst van het RIZIV ingrijpen. Hoe kan iemand uitleggen dat de geïntegreerde aanpak, waarvoor steeds gepleit wordt, doorbroken wordt?

Er hoeft geen keuze gemaakt te worden tussen wijkgezondheidscentra en klassieke huisartsen. Beide praktijkvormen kunnen naast elkaar bestaan. Beide zetten zich in om goede zorg te verlenen. Voor de groep van de kwetsbare mensen bieden de wijkgezondheidscentra een goed alternatief.

Dat het forfaitaire systeem als een risico wordt beschouwd, is verbazend. Binnen het RIZIV wordt gediscussieerd over het financieringsmodel van de wijkgezondheidscentra. Al de aangehaalde problemen worden er besproken. De discussies gaan over mature, niet-mature en beginnende wijkgezondheidscentra. Ondanks de daling van het budget was er een akkoord over de financiering, waar de Federale Regering eenzijdig op ingrijpt.

De bewering dat het model van de wijkgezondheidscentra enkel werkt in een grote stad maar niet in een kleine gemeente, houdt geen steek.

Het klopt niet dat het moratorium op 1 juli 2017 zeker ophoudt. In de definitieve tekst staat dat het moratorium kan worden opgeheven wanneer de resultaten van de audit zijn bekeken. Aangezien de audit nog niet van start is gegaan, vreest de sector dat 1 juli 2017 niet wordt gehaald. Dat versterkt het pleidooi om een belangenconflict in te roepen. Deze beslissing hangt de wijkgezondheidscentra die betrokken zijn bij de eerstelijnsconferentie en de startende wijkgezondheidscentra als een molensteen om de nek. Jan Bertels begrijpt niet dat Vlaanderen zijn bevoegdheden zo minimaal invult.

Voor *Freya Saeys* vormt de toegankelijkheid geen probleem. Acht wijkgezondheidscentra kunnen van start gaan en de bestaande kunnen uitbreiden. Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming kunnen in niet-erkende wijkgezondheidscentra terecht voor 1 euro per consult. Artsen zijn bovendien niet verplicht dat bedrag te innen. Veel huisartsen verzorgen ook patiënten met een laag inkomen. Er zijn genoeg knelpunten aangehaald die een audit en een bijstelling van de normen rechtvaardigen. Een belangenconflict schiet met een kanon op een mug.

Peter Persyn herhaalt dat wijkgezondheidscentra voornamelijk in stedelijk milieu een meerwaarde kunnen bieden. De wijkgezondheidscentra bereiken de meest kwetsbare groep, namelijk de hoogbejaarden, niet. Huisartsen bereiken deze groep in een landelijke omgeving wel. Deze groep mag samen met zijn mantelzorgers niet uit het oog verloren worden.

Jan Bertels vindt dat maatschappelijk kwetsbare groepen in de stad of op het platteland niet anders benaderd mogen worden. Het gaat bovendien niet alleen maar om bejaarden die nog thuis wonen. Voor hen is een huisbezoek door de dokter belangrijk. Dat moet blijven bestaan. Niemand kan hem ervan overtuigen dat er in kleine centrumsteden geen maatschappelijke behoefte is aan wijkgezondheidscentra. In de Noorderkempen is er een tekort aan klassieke huisartsen. Hij besluit dat de meerderheid deze Vlaamse bevoegdheid niet wil uitoefenen.

Bart Van Malderen ziet veel nuance in het onderscheid tussen stedelijke en niet-stedelijke context. Wijkgezondheidscentra zijn in de stedelijke context ontstaan. Daardoor maken ze er deel uit van een netwerk en is hun bereik van bepaalde doelgroepen performant. Een moratorium zal de performantie in de niet-stedelijke gebieden niet verhelpen.

Freya Saeys minimaliseert eerst de maatregel van federaal minister De Block en houdt vervolgens een aanklacht tegen de wijkgezondheidscentra. CD&V zit niet op dezelfde golflengte. Hoe valt de principiële houding van mevrouw Saeys te rijmen met de beslissing van de Vlaamse Regering om 6,5 miljoen euro VIPA-middelen te verdelen?

3. Stemming

Het voorstel van resolutie wordt met 3 stemmen tegen 9 niet aangenomen.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Elke VAN DEN BRANDT
Peter PERSYN,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
vte	voltijdsequivalent / voltijdequivalent