

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1998-1999

13 april 1999

VOORSTEL VAN DECREET

– van de heer Guy Swennen –

houdende de organisatie en de subsidiëring van Wijkgezondheidscentra

HOORZITTING

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin
uitgebracht door mevrouw Ria Van Den Heuvel**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, de heer Jan Béghin, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

Plaatsvervangers :

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren, mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ;

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten, mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, Jacky Maes ;

de heren Frank Creyelman, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen.

Zie :

579 (1996-1997)

– Nr. 1 : Voorstel van decreet

– Nr. 2 : Amendementen

INHOUD

	Blz.
1.1 Uiteenzetting door de prof. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Gent	4
1.2 Bespreking	7
2.1 Uiteenzetting door dr. Theo Putzeys, voorzitter Vlaams Huisartsenparlement	10
2.2. Bespreking	12
3.1 Uiteenzetting door dr. Marc Buttiëns, Vereniging van Wijkgezondheidscentra	14
3.2 Bespreking	15
4.1 Uiteenzetting door prof. Fred Louckx, Vakgroep Medische Sociologie VUB	16
4.2 Bespreking	18
5. Uiteenzetting door dr. Dirk Van de Velde, huisarts	21
6. Uiteenzetting door de heer Guido Vanbelle, Vlaams Eerstelijns Overleg	23
7. Bespreking	24
8.1 Uiteenzetting door de heer Paul Rabau, voorzitter Overlegforum van de Kinesi- therapie	25
8.2 Bespreking	27
9.1 Uiteenzetting door dr. Koen Waterschoot, Unie van Huisartsenkringen	28
9.2 Bespreking	32

DAMES EN HEREN,

In het kader van de behandeling van het voorstel van decreet van de heer Guy Swennen houdende de organisatie en subsidiëring van wijkgezondheidscentra hield de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin een hoorzitting op 11 maart 1999.

1.1 Uiteenzetting door de prof. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Gent

De heer Jan De Maeseneer : Mijnheer de voorzitter, dames en heren, de Vlaamse Vereniging van Wijkgezondheidscentra is verheugd dat na meer dan 20 jaar praktijk, het Vlaams Parlement een discussie organiseert over de plaats van de wijkgezondheidscentra in het welzijns- en gezondheidslandschap in Vlaanderen en over de eventuele erkenning van deze centra. We wensen erop te wijzen dat ook andere organisatievormen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals de groepspraktijken en de huisartsenkringen, recht hebben op erkenning.

In deze bijdrage zullen we stilstaan bij de ontwikkeling van wijkgezondheidscentra in internationaal perspectief ; bij de rol die wijkgezondheidscentra spelen als vernieuwend initiatief in het Vlaamse landschap ; bij de positie van de wijkgezondheidscentra als expertisecentra ; bij wijkgezondheidscentra als elementen van maatschappelijke vernieuwing en bij de relatie van de wijkgezondheidscentra met het reeds erkende en bestaande werkveld in de welzijns- en gezondheidszorg in Vlaanderen. Ten slotte wensen wij de legistieke consequenties te bespreken : waarom is een decreet noodzakelijk, en hoe kan de erkenning tot stand worden gebracht in een goede decretale context ?

Laten we het eerst hebben over de wijkgezondheidscentra in internationaal perspectief. De Wereldgezondheidsorganisatie formuleerde in 1978 in Alma Ata een verklaring over het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg in het kader van het programma 'Health for all by the year 2000'. In deze tekst was sprake van een proces waar een aantal Vlaamse groepen reeds enkele jaren mee bezig waren. Er waren toen reeds initiatieven genomen vanuit de studentenbeweging. Zo verscheen in 1975 aan de Universiteit Gent een rapport over wijkgezondheidscentra. En op het einde van de jaren zeventig propageerden basisbewegingen rond

Wereldscholen het model van de 'Wijkgezondheidscentra'.

De federale Belgische regering onderschreef in 1978 de verklaring van Alma Ata, maar dit kreeg geen wettelijk gevolg. Het was de start van een lange periode waarin de federale overheid lippen-dienst aan de eerstelijnszorg bewees. In het buitenland daarentegen speelde het beleid in op de verklaring van Alma Ata. De Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Spanje creëerden een wettelijk kader waarbinnen onder meer (wijk-)gezondheidscentra het licht zagen. Het betrof steeds territoriaal ingebedde, multidisciplinaire initiatieven waarin curatief werk, maar ook preventie en gezondheidspromotie bijzonder belangrijk waren.

De initiatieven die zich in Vlaanderen ontwikkelden, kenden enige vorm van erkenning. Dat gebeurde onder meer via een symposium van de Koning Boudewijnstichting in 1982. Op de conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie in Bordeaux in 1983 werd een Vlaams wijkgezondheidscentrum voorgesteld als een voorbeeld van de implementatie van de principes van de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie in Alma Ata waren gedefinieerd.

De toenmalige Vlaamse minister van Volksgezondheid, de heer De Wulf, organiseerde een symposium over de forfaitaire betaling. Verschillende wijkgezondheidscentra werkten daaraan mee.

Na 20 jaar praktijk lijkt het moment gekomen voor een formele erkenning van een voorziening die bestaat, werkt, en in de loop van de voorbije jaren heeft kunnen rekenen op maatschappelijke erkenning en waardering.

Overigens zijn wijkgezondheidscentra niet de enige initiatieven die ondanks jarenlange praktijk nog op erkenning wachten. Ook voor die andere initiatieven vraagt de Vlaamse Vereniging van Wijkgezondheidscentra aandacht.

Laten we even stilstaan bij een korte historische schets. Op welke terreinen hebben wijkgezondheidscentra initiatieven ontwikkeld ? Wijkgezondheidscentra zijn samenwerkingsverbanden op de eerste lijn met een lage drempel die gericht zijn naar een territoriaal omschreven gebied : een wijk of een buurt. Ze hebben onder andere activiteiten ontwikkeld op het vlak van organisatie van zorgverlening. Reeds vroeg in de jaren tachtig, lang voor er een decreet was op thuisgezondheidszorg, zagen experimenten rond intensieve thuiszorg het

licht. Er werd expertise opgedaan die werd doorgegeven. Vaak werd die ook overgenomen door andere organisaties.

Een ander terrein waarop wijkgezondheidscentra geleidelijk aan expertise en praktijk ontwikkelden, was dat van de gemeenschapsgerichte gezondheidspromotie op buurtniveau. De centra hadden daarbij een aantal belangrijke doelstellingen. Ten eerste, de zorg moest goed toegankelijk zijn. Ten tweede, men moest zo veel mogelijk werken met de participatie van de doelgroep. De wijkgezondheidscentra waren zich bewust van de limieten van de curatieve geneeskunde en waren ook duidelijk overtuigd van de nood aan preventie en gezondheidspromotie. Ze probeerden dat in de praktijk te brengen door een geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorgvoorziening te realiseren.

Op basis van deze taakstelling kennen de voorzieningen vaak een zeer uiteenlopende personeelsbezetting, die soms kan oplopen tot 20 à 30 medewerkers. Meestal is er dan ook sprake van veel te kleine gebouwen en veel te kleine centra. In die zin is de opname van wijkgezondheidscentra in het VIPA-besluit een welgekomen stimulans geweest om die infrastructuur beter aan te passen.

Wijkgezondheidscentra richten zich op een duidelijk omschreven populatie. Die populatie wordt gedefinieerd op twee niveaus. Ten eerste zijn er de ingeschreven patiënten. Hoewel het hier om een federale materie gaat, wil ik er toch iets over zeggen. Patiënten schrijven zich in bij een centrum. Voor huisarts, verpleegkundige, en eventueel ook voor kinesitherapie kunnen ze daar verzorging krijgen, waarbij ze geen persoonlijke bijdrage of remgeld moeten betalen. De gemeenschap betaalt jaarlijks een bedrag, gemoduleerd naar het verzekeringsstatuut, aan het centrum. Hierbij bestaat er geen ongelijke bejegening tussen enerzijds de klassieke gevestigde huisartsen-kinesisten-verpleegkundigen en anderzijds de wijkgezondheidscentra. Men baseert zich immers op gemiddelden zoals die worden gegenereerd door de terugbetaling van de betaling per prestatie in de geneeskunde.

Dat dit aanslaat bij de bevolking blijkt uit de cijfers. Voor de bestudeerde centra is er een significante groei tussen de start en de actuele ontwikkeling. De cijfers waarover we beschikken zijn een jaar oud. Ze zijn dus al een beetje achterhaald. Waar dit aanbod wordt gedaan, is er in ieder geval duidelijk respons van de bevolking. Dit wijst op een dynamische ontwikkeling.

Men werkt daarbij in een systeem van abonnementsgeneeskunde, dat duidelijk verschilt van de prestatiegeneeskunde. Het voordeel van dit systeem is een grotere toegankelijkheid, wegens het ontbreken van de persoonlijke bijdrage. Er zijn natuurlijk ook nog wel andere inhoudelijke voordelen verbonden aan deze vorm van betaling.

Uit vergelijkend onderzoek in de internationale literatuur kan men besluiten dat een aantal belangrijke doelstellingen van eerstelijnsgezondheidszorg – eerstelijnscontact, toegankelijkheid, continuïteit van de zorg, integrale zorgverlening en coördinatie – beter kunnen worden gerealiseerd in een systeem met abonnementsgeneeskunde dan in een systeem met betaling per verrichting.

Ook onverdachte bronnen zoals 'The New England Journal of Medicine' besloten twee jaar geleden nog in een toonaangevend artikel dat het – op basis van de beschikbare literatuur – duidelijk is dat het systeem van abonnementsgeneeskunde zeker niet "de duivel" is waarvoor het altijd al is versleten. Er ontstaan ethische problemen met overgebruik van voorzieningen in het systeem van betaling per verrichting, veeleer dan dat er problemen zijn van ondergebruik in een systeem van abonnementsgeneeskunde.

Daar is natuurlijk verder onderzoek naar verricht. Men zou kunnen zeggen dat patiënten die gratis zorg krijgen, de voorzieningen plat lopen met oneigenlijke vragen. Ik geef één voorbeeld. Men vraagt ons altijd om de evidentie aan te geven, en niet onze geloofsovertuiging. Welnu, er is evidentie. Uit metingen van het gebruik van huisbezoeken voor en na de invoering van het systeem van abonnementsgeneeskunde blijkt dat het aandeel van huisbezoeken in het totaalpakket is afgenomen. U weet dat België wereldrecordhouder is wat huisbezoeken betreft. Dat het gratis is betekent dus niet dat patiënten oneigenlijk gebruik maken van zorg.

In een wijkgezondheidscentrum trachten we niet alleen individuele patiënten te benaderen, met aandacht voor sociale aspecten. Dat gebeurt trouwens ook in de huisartsgeneeskunde, in solo- en groepspraktijken. Maar we trachten ook een toegevoegde waarde te bereiken, namelijk een poging tot het stellen van een gemeenschapsdiagnose, niet alleen een individuele diagnose. Op basis van een confrontatie met individuele patiënten peilt men naar het achterliggende probleem achter, bijvoorbeeld, het feit dat zoveel kinderen in een bepaalde straat acute bronchitisklachten hebben. Dat blijkt te maken te hebben met de woningkwaliteit en vochtigheid. De individuele diagnose is dan dat het

kind ziek is, de maatschappelijke dat er een probleem is met de kwaliteit van het woningbestand. De therapie bestaat erin dat men samen met de buurtbewoners tracht in te grijpen.

Dit veronderstelt een klare kijk op de problematiek van de buurt. Die ontstaat reeds bij het bekijken van een stadsplan. Men kan er bijvoorbeeld aflezen dat er waarschijnlijk weinig groenvoorzieningen en speelruimtes voor kinderen zijn. Men krijgt een diagnose op gemeenschapsniveau door individuele contacten met ouders en kinderen, informatie van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers die rapporteren over stress en opvoedingsproblemen. Aan de hand van deze diverse elementen vanuit de diverse disciplines bereikt men de "gemeenschaps"-diagnose : naast de individuele benadering is er actie van een andere aard nodig.

Analyses van voor de hand liggende gegevens leggen de problemen bloot. Een concentratie van langdurig werklozen in een buurt is belangrijke informatie voor een gemeenschapsdiagnose.

Wijkgezondheidscentra zijn geen geïsoleerde initiatieven : ze werken permanent samen met het lokale hulpverleningsnetwerk. In 1986 heeft het centrum waar ik zelf werkzaam ben het initiatief genomen om alle mogelijke organisaties in mijn buurt samen te brengen in een netwerkstructuur, in een overlegplatform. Op die wijze worden initiatieven genomen die beantwoorden aan de problematieken die naar boven kwamen in de gemeenschapsdiagnose.

Heel wat wijkgezondheidscentra in Vlaanderen zijn de motor geweest van dit soort zuiloverstijgende, op lokaal vlak ingebedde netwerken. Een diagnose stellen is natuurlijk één zaak, er iets aan doen een andere. Interventieprogramma's moeten gericht worden ontwikkeld, met betrokkenheid van de doelgroep. Als men bijvoorbeeld vaststelt dat door verkeersonveiligheid een groot aantal verkeersongevallen gebeuren in de buurt, dan is het belangrijk om met alle buurtactoren rond de tafel te zitten om een oplossing te zoeken. Stelt men vast dat er te weinig groenvoorzieningen zijn en kinderen niet kunnen spelen, dan moet men daar samen met scholen, ouders en jeugdbewegingen iets aan doen. Men moet aan de hand van duidelijke doelstellingen een programma maken dat men bewaakt en via feedback voortdurend bijstuurt.

Een klassiek voorbeeld daarvan is een programma inzake speelpleinwerking, opgezet in het midden van de jaren tachtig in een bepaalde Gentse buurt onder impuls van een wijkgezondheidscentrum.

Daar kwam onmiddellijk heel veel respons op van de bevolking. Er kwamen meer dan 70 kinderen op af. Men krijgt contact met die ouders. De helft van de kinderen zijn allochtonen. Voor men het weet is men via de problematiek van groenvoorzieningen betrokken in een programma van intercultureel samenleven. Zo ziet men dat alles voortdurend op elkaar aansluit.

Wijkgezondheidscentra hebben ook een belangrijke rol kunnen spelen in de ontwikkeling van een beleid dat niet alleen steunt op inzichten en opvattingen, maar op wetenschappelijke evidentie. Samen met andere groepen huisartsen hebben we getracht ons handelen steeds meer te onderbouwen met wetenschappelijk bewijsmateriaal. Een voorbeeld is het formularium dat tot stand is gekomen voor de OCMW-rusthuizen in Gent en mede op initiatief van een aantal Gentse wijkgezondheidscentra is opgestart. Zo hebben de wijkgezondheidscentra in veel gevallen bijgedragen tot vernieuwing op het vlak van de eerste lijn. Ze hebben terzake een laboratoriumfunctie vervuld. Voorbeelden zijn het werken met migranten en de positie van de interculturele bemiddelaars daarbij ; samenwerkingsprojecten tussen de eerste en de tweede lijn ; een project in Gent opgestart door een wijkgezondheidscentrum, samen met het Instituut voor Tropische Geneeskunde ; de problematieken rond maatschappelijke achterstelling en kansarmoede ; werken met ervaringsdeskundigen. Recent was er nog de overeenkomst tussen OCMW en huisartsen voor mensen zonder papieren. Samen met andere organisaties hebben wijkgezondheidscentra hieraan meegewerkt.

Ook hebben ze een belangrijke bijdrage geleverd bij de opleiding van toekomstige verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, huisartsen enzovoort. De Vlaamse overheid deed regelmatig een beroep op de expertise van wijkgezondheidscentra, bijvoorbeeld in het kader van de VICA, de VGR of het VIG. Ze hebben eveneens bijgedragen tot het onder de aandacht brengen van de band tussen armoede en gezondheid. Terzake werd onder andere het rapport "Armoede en gezondheid : de missing link" opgesteld. Dit wil niet zeggen dat wijkgezondheidscentra zich profileren als centra waar enkel kansarmen terecht kunnen. Maar mee door de maatschappelijke keuze van de initiatiefnemers functioneren deze centra wel vaak in wijken waar er een grote problematiek van maatschappelijke achterstelling bestaat. Er zijn echter ook andere centra waar buurtgezondheidscentra met andere doelgroepen functioneren.

Gezondheidscentra streven in eerste instantie naar netwerkvorming. Kind en Gezin en preventieve zorgcentra zijn partners waarmee heel vaak wordt samengewerkt.

Wat ons vandaag echter in het bijzonder bezighoudt, is de vraag hoe een decreet kan bijdragen tot dit proces van valorisering van de wijkgezondheidscentra. Ik wil dan ook even stilstaan bij een aantal aspecten die voor de technische discussie van belang kunnen zijn.

Het is in de eerste plaats een teken van goed bestuur wanneer voorzieningen die al twintig jaar bewijzen dat ze een zinvolle plaats innemen in de welzijns- en gezondheidszorg, ook feitelijk worden erkend via een decreet. Dit betekent een verrijking voor het welzijns- en gezondheidslandschap in Vlaanderen. Tevens sluit Vlaanderen zich hierdoor aan bij ontwikkelingen in andere landen waar wijkgezondheidscentra als een werkvorm binnen een gediversifieerd beleid naar voren komen.

Het feit dat de wijkgezondheidscentra sinds december 1998 zijn opgenomen in het VIPA-besluit, maakt de erkenning in het kader van het decreet niet minder zinvol, integendeel. Het is geen bewijs van goed wetgevend beleid om een voorziening in de gezondheidszorg louter te definiëren via een besluit over infrastructuursubsidies.

Bij de erkenning en definiëring van wijkgezondheidscentra moet rekening worden gehouden met het wezen zelf van de voorziening. De basisprincipes van wijkgezondheidscentra zijn : toegankelijkheid, werking op de eerste lijn, een multidisciplinaire en geïntegreerde benadering en een territoriaal en wijkgebonden aanpak. Het decreet moet borg staan voor deze fundamentele uitgangspunten.

Daarom is het vanuit een legistiek standpunt onaanvaardbaar om in de definitie van wijkgezondheidscentra een beperking tot bepaalde gebieden zoals de SIFplus-gemeenten, op te nemen. Daardoor wordt het initiatief immers beperkt tot één van de terreinen waarin de gezondheidscentra gedurende de laatste twintig jaar activiteiten hebben ontplooid, maar wordt geen recht gedaan aan tal van andere functies. Een zinvolle vorm van organisatie moet worden gedefinieerd voor een generalistische doelstelling. Met andere woorden, wijkgezondheidscentra moeten overal in Vlaanderen kunnen bestaan en worden erkend. Wel kan men aangaan dat in het kader van budgettaire prioriteitsstelling, de financiering van wijkgezondheidscentra wordt bepaald door kenmerken van de bereikte doelgroep, naast andere factoren zoals het

aantal disciplines en de grootte van het personeelsbestand.

Dit onderscheid tussen erkenning enerzijds en financiering anderzijds, is bijzonder belangrijk voor de creatie van een helder legistiek kader. Bij de definitieve formulering van de artikels 5 en 12 moet met dit uitgangspunt rekening worden gehouden.

1.2 Bespreking

De heer Guy Swennen : Ik heb een vraag over de laatste bedenking van professor De Maeseneer, meer bepaald over de beperking tot de SIFplus-gemeenten. Is het zo dat er in alle internationale regelgevingen geen enkele beperking bestaat tot een bepaalde aan parameters gebonden territorialiteit ?

De heer Jan De Maeseneer : In het Verenigd Koninkrijk worden de community health centres gedefinieerd en erkend in alle gebieden. Voor de financiering wordt gebruik gemaakt van specifieke indicatoren. In Nederland bestaat iets dergelijks : elk postcodenummer staat voor een sociaal-economische indicator op basis van de gegevens van de bevolking. De huisartsengeneeskunde wordt gefinancierd op basis van het abonnement van de patiënt, en dat is afhankelijk van de postcode. Men kan op die manier moduleren en dat is een mooi idee voor een heldere situatie. De erkenning kan overal op dezelfde manier verlopen, maar de financiering hangt af van lokale indicatoren.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Er moet een toekomstgerichte visie op de gezondheidszorg worden ontwikkeld met de versterking van de eerstelijnszorg als topprioriteit. U hebt blijkbaar weinig vertrouwen in de 'klassieke' kwaliteit van de eerstelijns-geneeskunde. Men zou de eerstelijnszorg wel nog kunnen stimuleren door de verlaging van het remgeld en door meer netwerken uit te bouwen.

WGC hebben in bepaalde wijken hun betekenis, maar dit promoten als hét model bij uitstek voor de eerstelijnszorg gaat me te ver. U doet de eerstelijns-huisarts geen eer aan. Huisartsen werken samen, men heeft de LOGO's opgericht, we hebben de SIT's, geef dat toch allemaal een kans. Waarom zouden we de WGC apart erkennen en installeren ? Als ze dan erkend zijn, komt er wellicht ook nog subsidiëring bij. Forfaitaire geneeskunde is een totaal andere soort geneeskunde. Als we daarvoor het licht op groen zetten, geven we een zeer

breed signaal, breder dan we zelf willen. Is dat wat u wilt ?

De heer Jan De Maeseneer : Ik hoop dat de erkenning van de WGC leidt tot een hele trein van erkenningen van alle mogelijke samenwerkingsvormen, zoals groepspraktijken, wachtkringen en lokaal overleg tussen artsen. Ik hoop dat de Vlaamse Gemeenschap deze rijkdom aan samenwerkingsmodellen aan bod laat komen.

Ik heb nooit willen beweren dat alleen de WGC kwalitatieve zorg kunnen verlenen aan bepaalde doelgroepen. Ik hoop dat alle andere samenwerkingsverbanden, zoals LOGO's en SIT's, meedoen aan deze gemeenschapsgeoriënteerde benadering, dat ze niet alleen curatief maar ook preventief werken. WGC hebben zich georganiseerd in één model naast de andere modellen. Ze hebben zich niet afgesloten, maar vaak andere netwerken gestimuleerd. Het model met een samenwerking onder één dak en het ontstaan van een vast team heeft een aantal kwalitatieve voordelen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : We kunnen dit toch niet vergelijken. De spontane samenwerking via bijvoorbeeld groepspraktijken wordt toch op een totaal andere manier gefinancierd. De prestatiegeneeskunde kan men niet vergelijken met de forfaitaire geneeskunde.

Er bestaan studies die aantonen dat de kwaliteit van de zorgen kan worden bedreigd. U zegt dat er geen verschil is. In bepaalde studies staat echter dat men bijvoorbeeld minder – en misschien wel te weinig – radiologische onderzoeken aanvraagt omdat men de enveloppenfinanciering dreigt te overschrijden. Het is niet denkbeeldig dat een aantal gespecialiseerde zorgen niet kunnen worden gegeven aan mensen die zijn ingeschreven in het wijkgezondheidscentrum.

U zegt nogal vlug dat er geen overconsumptie zal zijn. Het systeem van de derdebetaler heeft in bepaalde gevallen net het tegenovergestelde bewezen.

De heer Jan De Maeseneer : U maakt er nu toch wel een potje van. De zaken zijn iets complexer dan de manier waarop u het voorstelt.

Het systeem van betaling in abonnementsgeneeskunde zoals het hier functioneert, is een ander mechanisme dan het systeem waar per prestatie wordt betaald. Op zich heeft dit niets te maken met de manier waarop diensten zich organiseren. Pas in 1993 heeft het eerste wijkgezondheidscentrum in

Vlaanderen de stap gezet om over te gaan op de regelgeving van de forfaitaire betaling. Het betalingsmechanisme is met andere woorden maar één van de elementen in het multidisciplinair, buurtgericht teamwerk.

Ons systeem verschilt van het Britse waar gesproken wordt over "integrated capitation", waarbij zowel de huisartsenzorg als de specialistische zorg in één bedrag gegroepeerd wordt. Wij werken met een eenvoudig systeem van "capitation", waarbij enkel het bedrag van huisartsgeneeskunde en de zorg door kinesisten in het abonnement is opgenomen. Uw twijfel aan de waarde van dit systeem blijkt ongegrond te zijn. Ik verwijs ook naar uitgevoerde evaluaties. De wijkgezondheidscentra blijken inderdaad minder kosten te genereren in de tweedelijnszorg dan de betaling per prestatie.

Uw conclusie dat er een onderconsumptie is, kan ik niet delen. Centra die met een forfaitair stelsel werken, hebben op het vlak van hospitalisatie, klinische biologie en medische beeldvorming blijkbaar minder kosten. Zolang we geen informatie hebben over mogelijke uitkomstverschillen, kan men moeilijk vergelijken en conclusies trekken.

Uw stelling dat er onderconsumptie van huisbezoeken zou zijn, moet worden gerelativeerd. Internationaal wordt gesteld dat er iets schort indien de huisbezoeken meer dan 20 percent bedragen. In België bedraagt dat 46 percent. De ook bij de zorgverstrekkers bestaande vrees dat het wegvallen van de persoonlijke bijdrage zou leiden tot een inadequate consumptie, werd niet bewaarheid. Bij een aantal centra is er een relatieve daling opgetreden in huisbezoeken. Er bestaat geen wetenschappelijke evidentie om verdergaande uitspraken te doen.

Mevrouw Sonja Becq : Ik denk bij wijkgezondheidscentra aan centra in kansarme buurten die met specifieke doelgroepen werken. U houdt een pleidooi om de zaak ruimer te zien. Mijnheer De Maeseneer, werken wijkgezondheidscentra drempeleverlagend ? Stappen mensen makkelijker naar zo'n centrum dan naar een huisarts ?

Er is een grote verscheidenheid : de LOGO's, de SIT's, de huisartsenkringen en het buurtwerk. Uw relaas is boeiend : men vertrekt bij een patiënt en doet uiteindelijk aan belangenverdediging. Wordt het op het terrein niet allemaal heel complex ? Belangenverdediging hoort toch ook niet onmiddellijk thuis in de medische sector, maar veeleer in buurt- of socio-culturele werking. Wat is de meerwaarde van een wijkgezondheidscentrum ten aanzien van een georganiseerde en gestructureerde sa-

menwerking van huisartsen en specialisten met of in een LOGO, of een samenwerking tussen huisartsen en een buurtwerking ?

De heer Jan De Maeseneer : De vraagstelling of het één een meerwaarde heeft ten aanzien van het andere, is zeer relevant, maar dient genuanceerd beantwoord te worden. Het is zeker niet de bedoeling van de wijkgezondheidscentra om een aantal maatschappelijke problemen te medicaliseren. De samenwerking onder één dak van een huisarts, een verpleegkundige en een maatschappelijk werker zorgt echter wel voor een grote kans op een maatschappelijke diagnosestelling. De centra hebben een signaalfunctie, maar spelen nooit buurtwerker. Platform- en netwerkvorming in samenwerking met de andere voorzieningen, is van belang. De facto blijken WGC motoren te zijn in die netwerkvorming.

Er werken meer dan veertig organisaties samen in zo een platform. LOGO's spelen daar zeker een belangrijke rol. Vermeldenswaard is overigens dat nog maar eergisteren vertegenwoordigers van wijkgezondheidscentra in Gent het debat gedeblokkeerd hebben om tot een oplossing te komen voor de uittekening van de LOGO's in Oost-Vlaanderen.

Uit onderzoek blijkt inderdaad dat mensen die het moeilijk hebben, gemakkelijker de weg vinden naar wijkgezondheidscentra. Dit wil zeker niet zeggen dat er geen verdienstelijk werk wordt geleverd door individuele zorgverstrekkers.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : U zegt dat de financiering afhankelijk kan worden gemaakt van een aantal criteria. Zijn daar ideeën rond ontwikkeld ? Kan er een link worden gelegd met de kansarmoedeatlas van professor Kesteloot ?

De heer Jan De Maeseneer : Er is daar zeker al een oefening rond gemaakt. Financiering heeft altijd te maken met budgetten en prioriteiten. Het zou ideaal zijn als iedereen op alle momenten kan worden gefinancierd. Dat is echter niet realistisch.

In functie van bepaalde doelstellingen en na een debat moet worden gekeken in welke mate de gezondheidscentra in zo een doelstelling kunnen worden ingeschakeld. Als criterium van de vraagzijde kan men concreet onderzoeken of de sociaal-economische indicatoren van de bezoekers boven of onder het maatschappelijk gemiddelde liggen. De vraag of de voorziening aan een aantal disciplines voldoet, is een voorbeeld van een criterium van de aanbodzijde. De overheid moet aan de hand van

de doelstellingen de instrumenten onderzoeken. Zo zijn de instrumenten m.b.t. de problematiek van de kansarmoede reeds aanwezig en ontwikkeld.

Mevrouw Patricia Ceysens : Mijnheer De Maeseneer, er heerst heel wat verwarring over de wijkgezondheidscentra. In de eerste zin van het voorstel van decreet is er sprake van een samenwerkingsverband van eerstelijns hulpverleners, maar er is ook sprake van doelstellingen als preventie, voorlichting, opvoeding, promotie en zorg. Mevrouw Demeester kiest als instrument voor het benaastigen van een aantal van die doelstellingen voor een bus, maar u pleit voor bakstenen. Kan samenwerking dan niet immaterieel zijn ? Ik lees dat één voltijds coördinator zal worden gesubsidieerd, maar ik veronderstel dat ook de eerstelijns hulpverleners een aantal goede initiatieven kunnen nemen.

Ten tweede, werkt u met abonnementsgeneeskunde waarbij u een bedrag ontvangt per inschrijving ? Hoe wordt uw personeel vergoed ?

De heer Jan De Maeseneer : De samenwerking hoeft inderdaad niet noodzakelijk via bakstenen of een coördinator te gebeuren. Eerst moet worden bepaald wat de essentie van het model is, waarna het wordt gedefinieerd. Pas daarna wordt naar de nodige stimuli gezocht. De essentie van ons model is werken met vele disciplines onder één dak. Welke die stimuli zijn, is minder belangrijk. Als wordt beslist om aan de welzijnsplatforms – waarin wij actief participeren – een stimulans te bieden, kan dat bijvoorbeeld via immateriële steun. Afhankelijk van de aard van de voorziening en de doelstellingen, moet worden onderzocht welke middelen de overheid best kan hanteren.

U vroeg ook naar het statuut van het personeel. In een aantal centra werken de mensen met een statuut van zelfstandige, in andere met een bedieningsstatuut. Dit vormt niet echt een discussiepunt. Het komt erop aan een team samen te stellen. Het personeelsstatuut heeft geen effect op de kwaliteit van het werk. De medewerkers van de meeste centra zijn in loondienst. Vooral de vrouwelijke medewerkers stellen dit op prijs, omdat zij daardoor een aantal sociale voorzieningen genieten.

Mevrouw Patricia Ceysens : Worden de zelfstandigen per prestatie vergoed ?

De heer Jan De Maeseneer : Uiteraard niet, ook de zelfstandigen krijgen een maandelijks vergoeding. Het geldt dat de centra binnenkomt, is evenmin prestatiegebonden. Het zou irrationeel zijn om de medewerkers wel uit te betalen per prestatie. We

vinden het erg belangrijk om de prestatie los te koppelen van de financiering. Het bevorderen van de gezondheid en van de zelfredzaamheid van patiënten is ons basisprincipe. Dit kan makkelijker worden gerealiseerd via de abonnementsgeneeskunde. Omwille van deze filosofie kiest men in de meeste Vlaamse centra voor het bediendenstatuut.

Mevrouw Patricia Ceysens : Komen de zelfstandigen dan per dag of per maand werken ?

De heer Jan De Maeseneer : De meesten hebben een bedienden- of kaderledencontract. Het werk wordt op een solidaire wijze verdeeld, en de betaling gebeurt in functie van het gepresteerde werk. Iemand die vier vijfde werkt, verdient natuurlijk wat minder dan iemand die voltijds werkt.

Mevrouw Patricia Ceysens : Dit geldt voor de bedienden, maar u zei dat de zelfstandigen niet per prestatie worden betaald. Worden zij forfaitair vergoed ?

De heer Jan De Maeseneer : We hebben daar heel weinig ervaring mee. Slechts één Vlaams centrum werkt met zelfstandigen, maar niet via forfaitaire betalingen. Theoretisch is dat echter goed mogelijk.

De heer Bart Vandendriessche, waarnemend voorzitter : Mijnheer De Maeseneer, wijkgezondheidscentra waren in het begin een bron van frustratie voor heel wat huisartsen. Ook heel wat sociaal ingestelde huisartsen beschouwden de centra als oneerlijke concurrentie. De kijk op de centra is waarschijnlijk geëvolueerd, want u benadrukt het belang van de samenwerking met andere actoren van de gezondheidszorg. Kan u concrete illustraties of evoluties geven van betere samenwerkingen tussen huisartsen, specialisten en ander actoren uit de gezondheidszorg ?

Ten tweede is abonnementsgeneeskunde een systeem dat door heel wat wijkgezondheidscentra wordt toegepast, maar niet door allemaal. Is het juist dat minder dan de helft van de Vlaamse wijkgezondheidscentra dit toepassen ? Is er een evolutie merkbaar ?

De heer Jan De Maeseneer : In antwoord op uw eerste vraag kan ik zeker enkele voorbeelden geven. Begin jaren tachtig was er in Gent een echte polarisatie tussen de huisartsenvereniging, waarvan de artsen in solo-praktijk meestal bekommerd waren om hun praktijk, en de groep van huisartsen die meer groepsgericht werkten. Op vrij korte termijn zullen deze twee groepen in de toekomst waarschijnlijk samensmelten. Ik ben reeds meerde-

re jaren lid van de huisartsenvereniging in Gent. In deze groep zijn ook enkele associaties opgenomen. Overall worden wijkgezondheidscentra opgenomen in wachtkringen. Er zijn vele signalen dat in lokale kwaliteitsgroepen artsen uit wijkgezondheidscentra en artsen uit het gewone circuit samenwerken. Men ziet in dat men moet samenwerken om opnieuw duidelijkheid te creëren over het profiel van de huisartsen.

Er zijn ook een aantal samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en specialisten voor adequate verwijs- en terugverwijssystemen. In Gent is de huisartsenvereniging bij een dergelijk project betrokken en er helemaal in geïncorporeerd. Voor de onderhandelingen met het OCMW over de toepassing van het KB van 12 december 1996 over de betaling m.b.t. de illegalen, werkte de huisartsenvereniging van Gent samen met de wijkgezondheidscentra.

Na de moeilijke start begin jaren tachtig, die vanuit een bepaalde hoek werd overdreven, weten we vandaag dat we samen dezelfde doelstellingen van de kwaliteitszorg nastreven. Deze zijn ook de doelstellingen van de wetenschappelijke vereniging, van het academisch centrum voor huisartseneeskunde in Vlaanderen en van heel veel andere organisaties. De synergie en samenwerking krijgt gestalte op veel niveaus.

Een groeiend aantal wijkgezondheidscentra gaat over naar het systeem van abonnementsgeneeskunde. Er is in Vlaanderen nog één centrum waar die ontwikkeling nog niet bezig is, namelijk in Molkenbeek, waar dit om verschillende redenen een beetje moeilijk ligt.

2.1 Uiteenzetting door dr. Theo Putzeys, voorzitter Vlaams Huisartsenparlement

De heer Theo Putzeys : Mijnheer de voorzitter, geachte toehoorders, de wijkgezondheidscentra hebben ontegensprekelijk de verdienste dat ze voor het eerst de multidisciplinaire samenwerking hebben gecreëerd op de eerste lijn. Dit gebeurde in een tijd waar steeds meer poliklinieken ontstonden met enkel een multidisciplinair specialistisch aanbod, dat al dan niet werkte op verwijzing door de eerste lijn.

Die wijkgezondheidscentra werden door een meerderheid van de artsen niet graag gezien. Daar waren redenen voor. Ze droegen, althans in het begin, een duidelijk ideologisch-politieke stempel.

Ze richtten zich slechts op bepaalde segmenten van de bevolking, werkten onder een gesubsidieerde vorm en vroegen meestal geen remgeld. Dat waren allemaal wrijvingspunten.

Het valt niet te ontkennen dat hierover lange tijd, en ook nu nog, een controverse is blijven bestaan. Die vindt men ook terug binnen het Vlaams Huisartsenparlement, waarin veertig mensen zitten die door een grote meerderheid van huisartsen zijn verkozen.

De tijden zijn ondertussen veranderd, en er deden zich een aantal belangrijke wijzigingen voor. Niet te onderschatten is de evolutie naar het ontstaan van de huisartsenkringen en het beter structureren ervan in heel Vlaanderen. Die kringen hebben bijzonder veel belangrijke initiatieven genomen in eerstelijnsverband. Aangezien andere sprekers dit onderwerp straks uitvoerig zullen behandelen, zal ik hier nu niet verder op ingaan.

De huisartsen zagen in dat territoriale organisatie in de eerste lijn een noodzaak is. Reeds in 1994 schreef de Unie van Huisartsenkringen in verband met de Staten-Generaal van de Vlaamse Huisartsen dienaangaande in haar Witboek : 'Eerstelijnsgezondheidszorg en huisartsengeneeskunde daarbinnen is per definitie iets wat zich afspeelt op het lokale niveau. Vandaar dat een territoriale organisatiestructuur, waarbij de voorzieningen die actief zijn in dezelfde buurt of in dezelfde gemeente, elkaar treffen in een (verplicht) welzijnsoverleg, het meest aangewezen lijkt. Momenteel is een groot deel van de welzijnsvoorzieningen op de eerste lijn georganiseerd op een categoriale basis, niet op een territoriale basis : er zijn voorzieningen voor kinderen, voor bejaarden, voor gehandicapten, enzovoort. Binnen deze voorzieningen per werksoort is er vaak nog een opsplitsing tussen de verschillende zuilen. Zo zijn er voorzieningen van verschillende signaturen : christelijke, socialistische, liberale, enzovoort. Deze verzuiling heeft tot gevolg dat er veel versnippering van energie is – denken we maar aan concurrentiële opstelling van de diensten voor thuisverpleging – en dat het niet mogelijk is om ten aanzien van bepaalde problemen een maatschappelijke diagnose te stellen. De zo belangrijke signaalfunctie van de eerste lijn komt op deze wijze niet tot haar recht'.

De huisartsgeneeskunde is over het algemeen een territoriaal georganiseerde bezigheid : de meeste patiënten zoeken een huisarts binnen een beperkte straal rond hun woonplaats. De afwezigheid van een territoriaal organisatieprincipe bij heel wat andere welzijnsvoorzieningen – maatschappelijk

werk, thuisverpleging, enzovoort – maakt het voor de huisarts moeilijk adequate samenwerkingsverbanden te ontwikkelen.

Via de besluiten van minister Weckx en minister Lenssens werden de SIT's gevormd die na enige aanpassingen duidelijk hun plaats hebben verworven als samenwerkingsverband in de eerste lijn. Ook de mutualiteiten begrepen de boodschap en zogenaamde 'dienstencentra' zagen het licht.

Multidisciplinaire zorg kan op vele manieren worden georganiseerd. Grosso modo kan men daarbij twee systemen onderscheiden. Enerzijds is er het systeem van de 'open' teamwerking waarbij de patiënt of cliënt een beroep doet op verzorgers naargelang de ervaren noden. Daarbij proberen deze verzorgers zoveel mogelijk hun zorg op elkaar af te stemmen. De patiënt bepaalt in dit systeem wie – dus met naam en toenaam – waarvoor bij hem aan huis komt of in zijn woon- of slaapkamer binnen mag. Vanuit de SIT's en talrijke gemeentelijke OCMW-zorgoverlegstructuren wordt geprobeerd om dan bij de zorgafstemming het van patiënt tot patiënt wisselende team te ondersteunen en te coördineren. Dit is een vrij uniek systeem, gegroeid vanuit enerzijds de vastgestelde noden en anderzijds de noden en problemen, ontstaan door de jarenlange desorganisatie en ongeplande wildgroei in de thuiszorg. Dit systeem begint nu eindelijk school te maken en zijn efficiëntie en deugdelijkheid te bewijzen.

Daartegenover staat het klassiek concept van de 'gesloten' of onder-één-dak teams met vaste teamleden die instaan voor de totaalzorg van een groep patiënten. Dit kan worden vergeleken met het ook in Nederland gebruikte systeem van wijkverpleging dat bij ons zijn neerslag vindt in de werking van de wijkgezondheidscentra. Een ander voorbeeld van dit concept vinden we terug in de regelgeving rond de regionale dienstencentra waar een verzuild dienstencentrum wil instaan voor de totaalzorg aan zijn leden.

Beide systemen hebben voor- en nadelen. In het open systeem staat de patiënt door het concept zelf centraal. Hij heeft dus inspraak in de keuze van de mensen die in zijn privacy binnendringen. Het concept biedt daardoor garanties inzake het maximaliseren van de zelfredzaamheid en zorg op een maat die door de patiënt zelf wordt bepaald. In gesloten teams bestaat de kans dat de zorg op maat van het team en minder op maat van de patiënt wordt afgeleverd en dat de patiënt zich moet aanpassen aan het concept, de visie en de zorgverlening van het

team. Dit is zeker het geval voor de verzuilde dienstencentra.

De steeds wisselende samenstelling van de teams heeft zowel voor- als nadelen. Het grote voordeel is dat elke verzorger in steeds andere teams participeert waardoor het contact met andere zorgverleners veel ruimer en interessanter kan zijn dan wanneer in vaste teams moet worden gewerkt. Bovendien ontstaat op die manier een netwerk van thuisverzorgers dat een ruimere opvang voor een grotere groep, bijvoorbeeld een gemeente, efficiënt en goedkoper kan garanderen en meer ervaringsuitwisselingen en leermomenten kan garanderen. Anderzijds is een dergelijke teamwerking minder controleerbaar en beheersbaar en hangt alles af van de goodwill en de motivatie van de individuele zorgverleners om hierin volwaardig te participeren. Patiënten die niet tevreden zijn over een zorgverlener van een team, kunnen dan vlot naar een andere zorgverlener van dat team overstappen. Dat garandeert de continuïteit van een zorgverlening op maat van de patiënt.

Vandaag schijnen politici te kiezen voor een fundamentele ommekeer in de organisatie van de thuiszorg, via selectieve financiële stimuli voor de gesloten teamwerking. De patiënt zou daarvan het slachtoffer kunnen worden, ten voordele van de goed georganiseerde zuilen. Die zuilen zijn, zeker in het licht van de zorgverzekering, bovendien tezelfdertijd zorgverzekeraar en zorgverstrekker. Die verzekeraars zouden geneigd kunnen zijn om de armere, financieel niet-interessante groepen door te verwijzen naar een door de gemeenschap gefinancierd wijkgezondheidscentrum. Deze laatste wensen dat echter niet, en als huisartsenorganisatie delen we vanzelfsprekend hun opvatting.

Een belangrijk onderscheid tussen de zuilen en de wijkgezondheidscentra is het feit dat de eerste enkel voor hun leden werken, en de tweede niet. De wijkgezondheidscentra hanteren het territoria-liteitsprincipe. Niet alleen de huisartsen, maar de hele groep van de goedwerkende zelfstandige thuiszorg zal deze evolutie als zeer bedreigend ervaren. Zullen ze nog een rol te vervullen hebben als men de zwaar zorgbehoevende en minderbedeelde patiënt in dergelijke gesloten teams wil verzorgen ? Het is nu in elk geval al zo dat de verhouding te velde tussen wijkgezondheidscentra en de andere huisartsen en thuisverpleegkundigen in de praktijk, zeker in het verleden, niet altijd rimpelloos verlopen is, hoewel professor De Maeseneer zegt dat de toestand ondertussen wel verbetert.

Als de OCMW's van de Vlaamse overheid de opdracht en de middelen krijgen om aansluitend bij de bestaande SIT- en kringwerking op gemeentelijk vlak ook zorgoverleg en andere thuiszorgstimulansen te ontwikkelen, dan zou dit aantrekkelijk open systeem van teamwerking tot een beter alternatief kunnen uitgroeien. Dat zou ook het geval zijn voor de zorgverlening voor minvermogenenden en andere risicogroepen van de bevolking. Als om sociale redenen toch andere betalingssystemen worden ingevoerd, dan moet dat gebeuren in een collegiaal kader en in overleg met de kringen.

De WGC worden beschouwd als instellingen die zich richten op specifieke categorieën van de bevolking, en meer bepaald op het armere deel. Dat mag niet, en de centra zelf zijn met dit etiket ook niet gediend. Het VHP vindt dat het feit of men een beroep kan doen op de gezondheidsorganisatie of delen ervan niet afhankelijk mag zijn van het lidmaatschap van een bepaalde zuil of van het inkomen van de patiënt. Wel kiezen we voor een territoriale organisatie. De erkenning en subsidiëring van de WGC zal slechts aanvaard worden door de huisartsen en de artsen in het algemeen als dat op dezelfde manier gebeurt als dat met andere instellingen zoals SIT's, kringen en groepspraktijken het geval is.

Ten slotte dient men te weten dat de meerderheid van de huisartsen open vormen van teamwerking, zoals hierboven beschreven, steunt. We hebben daarover geen enquête georganiseerd, maar dat is toch wel duidelijk. Een decreet zoals dit heeft dus slechts zin als ook andere samenwerkingsverbanden in de eerste lijn worden erkend. Ik denk dan aan SIT's en kringen. We vragen in dat verband dat gelijkwaardige initiatieven gelijke kansen zouden krijgen.

2.2 Bespreking

Mevrouw Yolande Avontroodt : U stelt dus voor om de randvoorwaarden van groepspraktijken en andere samenwerkingsverbanden te erkennen en te subsidiëren.

De heer Theo Putzeys : Dat is juist. Als men de WGC erkent, dan moet dat ook gebeuren voor andere initiatieven van de eerstelijnszorg.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Als Vlaanderen de eerstelijnsgezondheidszorg wil versterken, dan moeten we een amendement indienen om dat decretaal te regelen.

De heer Theo Putzeys : Ik wil het niet over technische bijzonderheden van amendementen hebben. Maar als men dan toch een decreet maakt, dan moet men een decreet maken dat voorziet in de erkenning van de verschillende organisaties. Er is weinig behoefte aan een decreet voor één initiatief.

De heer Guy Swennen : Ik maak me de bedenking dat de antithese tussen de open en de gesloten teamwerkingen of systemen, nogal sterk in de verf wordt gezet en wordt overdreven. Door zo'n tweedeling gaat men trouwens voorbij aan een aantal elementen.

Bent u zich ervan bewust dat er op diverse vlakken een fundamenteel verschil is tussen een SIT en een wijkgezondheidscentrum ? Bent u zich ervan bewust dat het om een andere schaalgrootte gaat ? Een SIT gaat over 25.000 inwoners. Wijkgezondheidscentra bedienen territoria met tussen de 3.000 en de 5.000 inwoners.

Is men er zich ook van bewust dat de opdracht van beiden verschilt ? Een SIT hoort thuis in de thuisgezondheidszorg. Een wijkgezondheidscentrum betreft globale eerstelijnszorg. Die zaken worden blijkbaar niet in vraag gesteld. Waarom vinden we dit niet terug in de argumentatie ?

Blijkbaar gaat men ervan uit dat open en gesloten systemen niet naast elkaar kunnen staan. Waarom is in Vlaanderen niet mogelijk wat in Nederland wel mogelijk is ? Daar coëxisteren wijkgezondheidscentra en lokale samenwerkingsverbanden, tot en met samenwerking op het vlak van belangenorganisaties. Blijkbaar stoort het sommige Franstalige huisartsen niet dat hun forum wordt voorgezeten door een huisarts van een 'maison médicale'.

Mijn volgende vraag betreft de toegankelijkheid. Er wordt hier een lofzang gehouden op de open systemen en de teamwerking, waarmee een alternatief is gevonden voor de territoriale benadering, zonder dat wijkgezondheidscentra een erkende rol moeten spelen. Wat zegt u er dan van dat de derdebetalersregeling momenteel ook mogelijk is in de ambulante sector, dus in de eerste lijn ? Dit is mogelijk voor 15 percent van de bevolking, maar men past het slechts toe voor 1 percent. Men heeft daar dus een kans om toegankelijkheid te realiseren. Waarom gebeurt dat niet ? Kan men ontkennen dat deze toegankelijkheidsverlaging door wijkgezondheidscentra wel wordt bedreven ?

De heer Theo Putzeys : Ik herhaal dat ik geen polarisatie wens tussen de open en gesloten teams.

Die woorden gebruik ik alleen maar om aan te geven dat de wijkgezondheidscentra als team werken. Uiteindelijk is natuurlijk elke huisartsenpraktijk een open systeem, zowel een solopraktijk als een groepspraktijk. Men werkt met een team dat rond de patiënt wordt opgebouwd. De patiënt gaat dus zelf zijn eigen zorgverstrekker kiezen. Ik wil gewoon de tegenstelling tussen de twee aangeven, zonder expliciet te stellen dat het ene het andere uitsluit.

Wat betreft de schaalgrootte van de SIT's en de wijkgezondheid, houden we daar uiteraard rekening mee. We hadden daar trouwens ook nog de LOGO's bij kunnen betrekken. Die gaan over 300.000 inwoners. Die LOGO's zijn dan weer actief op het gebied van preventie. Voor het thema wijkgezondheidscentra vertonen de SIT's, de kringen en ook kleine en grote groepspraktijken, onderling duidelijkere tekenen van overeenkomst dan met de LOGO's. Er zijn vergelijkbare kenmerken en overlappende werkingen tussen SIT's en wijkgezondheidscentra. Als men het ene erkent, dan moet men het andere op gelijke manier erkennen.

De derdebetalersregeling valt buiten het bestek van deze hoorzitting. Ik wil beklemtonen dat het best is deze regeling zo weinig mogelijk toe te passen. Door deze regeling veel te gebruiken gaat men immers misbruiken scheppen in de prestatiegeeneeskunde. Daar zijn vele voorbeelden van, maar dat is een persoonlijke mening.

Mevrouw Patricia Ceysens : U somde een aantal vormen van samenwerkingsverbanden op, die een soortgelijke doelstelling zouden kunnen hebben. Aan wat heeft dit soort verbanden nood ter ondersteuning in de praktijk ? Aan iemand die alles coördineert, verslagen maakt, de zaak drijvende houdt ? Ik begrijp dat het nu de hulpverleners zijn die dat doen.

De heer Theo Putzeys : Los van de discussie over wijkgezondheidscentra hebben dergelijke initiatieven het meest nood aan iemand die coördineert. Iemand moet de deelnemers aan die teams ervan overtuigen dat een samenwerkingsverband nuttig kan zijn en moet dit ondersteunen. Wat de wijkgezondheidscentra betreft, ken ik de situatie niet, maar bij de SIT's ligt precies daar de kern van de moeilijkheden, de reden waarom de zaken trager op gang komen. Men moet ook niet vergeten dat de SIT's nog niet zo lang bestaan als de wijkgezondheidscentra. Mochten we op dat gebied ook gelijke kansen krijgen, dan zou er heel wat meer kunnen gebeuren.

3.1 Uiteenzetting door dr. Marc Buttiëns, Vereniging van Wijkgezondheidscentra

De heer Marc Buttiëns : Ik zal trachten kort vanuit de praktijk te illustreren wat de heer De Maese-neer in de eerste uiteenzetting naar voren heeft ge-bracht. Ik zal vooral het verhaal brengen van ons wijkgezondheidscentrum. Het is dus één verhaal van de negen, dat uiteraard gekleurd is door de ontstaansgeschiedenis van het centrum en nog meer door de aard van de wijk waarin ons centrum zich bevindt.

Zelf werk ik sinds dertien jaar in het wijkgezondheidscentrum van Sint-Joris, een parochie in Alken. Alken telt 10.000 inwoners, waarvan 2.500 in de deelgemeente Sint-Joris. Aan de hand van mijn concrete verhaal wil ik belichten wat het werk van een wijkgezondheidscentrum betekent voor de wijk. Ons centrum ontstond in 1976 – samen met De Sleep, het oudste wijkgezondheidscentrum in Vlaanderen – door toedoen van een groep mensen uit Alken die zich vragen stelden bij hun positie als patiënt binnen de toenmalige organisatie van de gezondheidszorg. Op een bepaald ogenblik kwamen ze in contact met twee net afgestudeerde huis-artsen die op hun golflengte zaten. Zo ontstond het centrum, met de bedoeling de patiënten mondiger te maken en ze een stem te geven op lokaal vlak in de gezondheidszorg, maar ook in het breder maatschappelijk debat. Men wou de patiënten ook minder afhankelijk maken van hulpverleners. Daarom lag vanaf het begin steeds de nadruk op gezondheidspromotie en -preventie. Men koos voor een geneeskunde met een integrale visie op de patiënt. Daarbij werd ook rekening gehouden met sociale, psychische en milieufactoren. Dit is de sfeer waarin ons centrum is ontstaan.

Wanneer we de huidige situatie bekijken, stellen we vast dat in ons centrum ongeveer 1.250 patiënten zijn ingeschreven. Ik spreek over ingeschreven patiënten omdat we in mei 1997 zijn overgeschakeld op het forfaitair systeem.

Het personeelsbestand bestaat uit drie huisartsen, twee thuisverpleegkundigen, twee voetverzorgsters en één administratieve kracht, die ook instaat voor het onthaal en de coördinatie van de gezondheids-promotiewerking.

Ik zal proberen aan te tonen wat de waarde kan zijn van een wijkgezondheidscentrum en waarin ons centrum verschilt van klassieke samenwer-kingsverbanden tussen zelfstandige zorgverstrekkers.

Het eerste verschil is de patiëntenparticipatie. Ons centrum is immers opgericht door een groep pa-tiënten uit de gemeente. In de loop van de jaren zijn de patiënten steeds actief geweest in het cen-trum. Zo bepaalden ze mee het beleid. Tijdens de pioniersfase werd bijna wekelijks vergaderd door een soort van patiëntenraad, daarna is dit geforma-liseerd en is de werkgroep Praktijk ontstaan. Deze werkgroep bestaat voor de helft uit professionele zorgverstrekkers en voor de helft uit een patiën-tenafvaardiging. Deze werkgroep komt maande-lijks samen om het beleid van het centrum te bepa-len.

Er is ook een belangrijke inbreng van patiënten-vrijwilligers in de gezondheidspromotie en -pre-ventie. Belangrijke beslissingen worden genomen door de volledige patiëntengroep die wordt verte-genwoordigd op de algemene vergadering. Een van de belangrijkste beslissingen die we al hebben ge-nomen, was de overgang van het prestatiesysteem naar het forfaitair systeem.

Het tweede punt betreft de gezondheidseducatie. Naast de curatieve zorg is dit de belangrijkste pijler van ons centrum. Naar aanleiding van de gezondheidseducatie zijn een aantal initiatieven ontstaan die een belangrijke impact hebben gehad voor de gemeente Alken. Eind van de jaren '70 is vanuit het centrum een bejaardengroep ontstaan. Ze or-ganiseerden wandelingen, richtten een praatgroep in, praatten met het gemeentebestuur over een aantal tekortkomingen, enzovoort. Deze mensen zijn later een belangrijke rol gaan spelen in de in-middels officiële gepensioneerdvereniging.

Een tweede groep uit de beginjaren was een zelf-hulpgroep voor diabetici. Ze stelden zich zeer ac-tief en militant op. De toenmalige BVS, Belgische Vereniging voor Suikerzieken, stelde zich zeer pa-ternalistisch op tegenover de diabetici. Onze werk-groep bood echter een totaal verschillende manier aan om met diabetici om te gaan.

Gezondheidspromotie hebben we altijd zeer ruim geïnterpreteerd. Daarom hebben we ook vaak rond milieuproblematiek gewerkt. Een staaltje daarvan is onze werkgroep afvalrecyclage. Milieu is een belangrijk aspect van gezondheidspromotie. Bijzonder aan onze gezondheidspromotie is dat ze door patiënten, gesteund door professionelen, wordt gevoerd. In samenwerking met traditionele organisaties van Alken hebben we al verschillende gezondheidspromotieacties opgezet.

Een derde gegeven betreft het multidisciplinair werken onder één dak. We hebben, sinds de over-

stap naar de forfaitaire geneeskunde, ons team gevoelig uitgebreid met verpleegkundigen. Het dagelijks contact tussen huisartsen en verpleegkundigen geeft iedereen, ook de patiënten, meer voldoening.

Binnen het systeem van abonnementsgeneeskunde gaan we onze zorg ook anders organiseren, van curatief naar meer preventief, van het individu naar specifieke doelgroepen. Een mooi voorbeeld hiervan is het diabetessprekuur. Drie keer per jaar worden onze patiënten met ouderdomsdiabetes in het centrum uitgenodigd, waar ze volgens een specifiek protocol onderzocht worden door de verpleegkundigen en voedingsadvies krijgen van een diëtiste van het Wit-Gele Kruis.

Dit alles zou u het idee kunnen geven dat we op een soort eilandje in de wijk werken. Dat klopt niet. Ik wil niet ontkennen dat er wrijvingen zijn geweest met de huisartsengroep. Desondanks hebben we een belangrijke rol gespeeld in de gemeentelijke preventiegroep en hebben we een goede samenwerking met het OCMW en het lokale opbouwwerk.

Ik heb opzettelijk niets verteld over ons engagement tegenover asielzoekers en kansarmen, vooral alleenstaande moeders met kinderen. We bereiken hen sinds de overstap naar de forfaitaire geneeskunde beter dan vroeger. Dat is een belangrijk kwalitatief aspect, maar tegelijk slechts een deelaspect. Als ik alleen zou vertellen over onze bestrijding van kansarmoede, zou ik onze werking tekortdoen. U zou ook onze werking tekortdoen door de erkenning van WGC te beperken tot de bestrijding van kansarmoede.

3.2 Bespreking

Mevrouw Patricia Ceysens : Daarnet zei u dat u de inkomsten haalt uit de curatieve zorgen. Het forfait wordt geïnd en men betaalt daarmee de onkosten. De heer De Maeseneer zei dat het hierbij vooral om lonen gaat. Voor de infrastructuur tracht u VIPA-gelden te bekomen. Volgens de tekst van het voorliggende voorstel van decreet zou de overheid blijkbaar ook alles moeten subsidiëren dat niet in aanmerking komt voor gelijk welke andere subsidie. Wat bedoelt u met 'andere activiteiten' ?

De heer Marc Buttiëns : Vroeger werden we betaald via het Riziv voor de geleverde prestaties van onder andere de artsen. Op dit moment is er een forfaitaire betaling. Met dit bedrag worden niet enkel de lonen maar ook de werking betaald. De

werking heeft onder andere betrekking op de curatieve zorg.

Bij die werking hoort daarnaast ook de gezondheidspromotie. Zo sturen we bijvoorbeeld om de twee maanden een krantje naar de 1.250 ingeschreven patiënten. Doordat we rapporteren wat in de raad van bestuur werd afgesproken, krijgen de patiënten ook inspraak. Deze werkwijze is specifiek voor de werking van een wijkgezondheidscentrum. Dit wordt bekostigd uit de forfaitaire toelage. Men spreekt dus ten onrechte van een subsidie.

Mevrouw Patricia Ceysens : U kunt dus enkel beschikken over een forfait ?

De heer Marc Buttiëns : Dat klopt. Dit leidt er ook toe dat mensen meer moeten werken voor hetzelfde loon. We beschikken maar over een deeltijdse administratieve medewerker. Dat is uiteraard niet voldoende. De idee dat we op alle mogelijke manieren worden gesubsidieerd, klopt niet.

Mevrouw Patricia Ceysens : De heer De Maeseneer zei net dat vrouwen heel gelukkig zijn dat ze deeltijds kunnen werken. U zegt nu dat ze meer moeten werken.

De heer Marc Buttiëns : Het kan zijn dat dit van centrum tot centrum verschilt. De meerderheid van de medewerkers zijn inderdaad vrouwen. Het is niet zo dat ze voltijds werken en deeltijds worden betaald.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Elke huisarts en verpleger voert momenteel een aantal taken uit die niet zijn vervat in de prestatie. Dat is dus geen monopolie van de wijkgezondheidscentra.

Waaruit bestaat de patiëntenparticipatie ?

De heer Marc Buttiëns : Ze participeren in het beleid van het centrum. De overstap naar het forfaitaire systeem werd bijvoorbeeld niet opgelegd door de zorgverstrekkers. De beslissing werd genomen door de raad van bestuur en bekrachtigd door de algemene vergadering waarin de patiënten de meerderheid vormen. De patiënten kunnen zich ook engageren binnen de projecten van gezondheidseducatie, en beslissen mee rond welke items er gewerkt wordt.

De heer Bart Vandendriessche : In uw personeel ontbreekt voor een stuk de sociale component. Er werken wel geneesheren, verpleegkundigen en pedicuren. Is dat een bewuste keuze, of is het louter financieel ?

Stel dat u de keuze had tussen een verhoging van het forfait per patiënt door het Riziv of een subsidiëring van werkingskosten voor een coördinator. Waar zou u voor kiezen ?

De heer Marc Buttiëns : We hebben geen maatschappelijk werker. Onze noden verschillen ook van die van andere centra. Voor sociale problemen hebben we voldoende aan de samenwerking met het OCMW. We hebben die keuze mee gemaakt omwille van financiële redenen.

Uw tweede vraag vind ik moeilijk. Het probleem zou voor een stuk opgelost zijn in de beide systemen. De forfaitbijdrage zou ons toelaten alleen de curatieve equipe te financieren. Door bepaalde interne mechanismen hebben we er in de loop van de jaren altijd voor gezorgd dat er een soort van coördinatiefunctie was. Als daar rekening mee wordt gehouden in de forfaitaire bijdrage, zou dat natuurlijk een oplossing zijn.

Mevrouw Patricia Ceysens : Als dit decreet er komt, zult u een totaal andere boekhouding moeten voeren. Het forfait staat voor de curatieve zorgen. De andere activiteiten zult u uit dit decreet gesubsidieerd willen krijgen. U zal dan een duidelijke splitsing moeten maken. Ziet u dat ook zo ?

De heer Marc Buttiëns : Dat hangt ervan af of er bijkomende financiering via dit decreet zal komen. Dat is helemaal niet duidelijk. Dat zou wel de mogelijkheid geven om de coördinatiefunctie te versterken. Of we de zaken zo duidelijk zullen scheiden, hangt van een boel andere factoren af. Dat is nu nog een open vraag.

4.1 Uiteenzetting door prof. Fred Louckx, Vakgroep Medische Sociologie VUB

De heer Fred Louckx : De wijkgezondheidscentra, die trouwens al meer dan twintig jaar actief zijn, moeten zeer dringend worden erkend. Ik heb een vijftal argumenten vanuit een meer maatschappelijke kijk op de dingen, om dat te staven.

Het eerste fundamentele argument is de kwaliteit in de gezondheidszorg. Met het initiatief van de wijkgezondheidscentra vergroot men de kans op een geïntegreerde benadering van de patiënt. Wat men hier doet, is multidisciplinariteit structureel verankeren. Ten tweede kan de kwaliteit van de eerstelijnszorg worden verbeterd omdat de wijkgezondheidscentra meer aandacht vragen voor preventie en gezondheidspromotie. Deze aspecten zul-

len steeds belangrijker worden. Op grond van wetenschappelijk onderzoek stelt men vast dat de wijkgezondheidscentra meer aandacht besteden aan preventie en gezondheidspromotie dan vergelijkbare initiatieven.

Ten derde verhogen de centra de mogelijkheden van continue zorg. Ik heb het niet over zekerheden, maar over mogelijkheden. In een wijkgezondheidscentrum is het immers duidelijk voor wiens gezondheid men instaat. Bovendien wordt de kans op een humanere workload in de centra groter. De laatste jaren verschijnen steeds meer studies die de gezondheid van de arts onder de loep nemen. Dit is goed. Velen denken dat een arts die de hele dag instaat voor patiënten, zelf nooit ziek kan worden, en dat de grote druk waaronder hij staat, vanzelfsprekend is omdat hij voor het beroep heeft gekozen. Een meer humane werklast komt de kwaliteit van de gezondheidszorg ten goede. Het is dus niet enkel een voordeel voor de arts en de hulpverlener, maar ook voor de patiënt.

Ten vierde bereiken de centra de sociaal-kwetsbare groepen uit de maatschappij beter. Dit blijkt voldoende uit wetenschappelijk onderzoek. Ook dit is een kwaliteitslabel. Gezondheidszorg waarbij een belangrijk deel van de patiënten onvoldoende of niet kan worden bereikt, heeft kwalitatieve mankementen.

Dit zijn de vier belangrijke elementen die aantonen dat de kwaliteit van de eerstelijnszorg kan worden verbeterd via de wijkgezondheidscentra.

Ten tweede wil ik het hebben over de verbetering van de zorgtoegankelijkheid. Die komt in België, ondanks het goed ziekteverzekeringssysteem, steeds meer in gevaar. De patiënten betalen tussen de 120 en 140 miljard frank zelf. Internationaal vergelijkend onderzoek toont aan dat we hier in de gevarenzone voor de toegankelijkheid zijn beland.

Het beleid heeft een aantal maatregelen ingevoerd zoals de sociale en fiscale franchise, de verruiming van de voorkeurregeling, de hervorming van de verzekerbaarheid, en de maatregelen ten gunste van chronische patiënten. Dit zijn erg belangrijke maatregelen, maar toch stellen we vast dat men er niet in slaagt de grote mazen van het sociale vangnet te dichten. Het doembeeld van de duale gezondheidszorg wordt steeds actueler, ook in België, of we dat nu graag horen of niet. Dit is grotendeels toe te schrijven aan de mix van remgeldverhogingen gekoppeld aan selectieve correctiemaatregelen. Dit betekent dat heel wat voorzieningen alsmaar duurder worden. Het beleid doet vooral iets

voor deze categorieën die het moeilijk hebben, en dat op bepaalde domeinen, dus selectief zowel ten aanzien van de personen als ten aanzien van de prestaties. Dit is een typisch voorbeeld van symptomatische politiek.

Ik denk dat het grote voordeel van de wijkgezondheidscentra is dat ze de mogelijkheid creëren van kosteloze zorg – zijnde een causale maatregel, en geen symptomatische maatregel -, gekoppeld aan niet-selectiviteit. Naar mijn mening is dat cruciaal. Het domste wat men vandaag zou kunnen doen is wijkgezondheidscentra alleen erkennen in kansarme wijken en gebieden. Dan gaat men precies de cruciale troef van wijkgezondheidscentra wegwerken, namelijk kwaliteitsvolle toekomstgerichte zorg kosteloos aanbieden aan alle patiënten, ongeacht hun inkomen.

Sociologisch gesproken kan men een beperking van wijkgezondheidscentra tot kansarme wijken een vorm van dualisering in de gezondheidszorg noemen. Wat men op dat moment aanbiedt, is een veredelde vorm van armengeneeskunde, met een systeem voor de armen en een systeem voor de anderen. Als men dit in een ruime historische context bekijkt, lijkt me dit een negentiende-eeuwse oplossing. Het staat jullie, wijze geesten, natuurlijk vrij om daarvoor te kiezen, men moet echter ook weten waarvoor men kiest en dat eerlijk durven zeggen.

De derde reden waarom ik denk dat wijkgezondheidscentra een erkenning verdienen, is dat via die initiatieven patiënteninspraak meer kansen krijgt. Als men vandaag de literatuur leest over gezondheidszorg, ziet men voortdurend de begrippen 'empowerment' en 'consumer based medicine'. Ik herinner u ook aan het bestaan van een 'Aanbevelingennota Lokale Gezondheidsbevordering', waar zeer duidelijk en terecht de nadruk wordt gelegd op 'empowerment' en 'consumer based medicine'. Ik denk dat wijkgezondheidscentra een kader creëren van waaruit patiënteninspraak makkelijker op gang kan worden gebracht. Nogmaals : ik zeg niet dat dit het neusje van de zalm is, en het niet beter kan. Ik zeg alleen dat binnen dit kader inspraak makkelijker kan worden op gang gebracht, precies door de territoriale wijkgebonden werking.

Ik geef twee voorbeelden die aangeven hoe dit de kwaliteit van het zorgaanbod kan verbeteren. Ten eerste : men kan door patiënteninspraak makkelijker prioriteiten vastleggen voor preventie en gezondheidspromotie door de directe band met de buurt.

Een tweede voordeel is dat patiënteninspraak een directe invloed kan hebben op therapietrouw, één van de grote problemen in de gezondheidszorg. Men komt in studies stevast tot de conclusie dat gebrek aan therapietrouw veroorzaakt wordt door een gebrek aan communicatie tussen de arts en de patiënt. Bij patiënteninspraak is er een basis van overleg aanwezig, waarbij de patiënt het advies niet zozeer als iets extern zal beschouwen, maar veeleer als iets wat in samenspraak ontstaat.

De vierde reden waarom ik denk dat wijkgezondheidscentra dienen te worden erkend, heeft te maken met doelmatige gezondheidszorg. Ik bedoel hiermee het weren van onnodige technische en intellectuele prestaties en het aanmoedigen van noodzakelijke prestaties. Via de mogelijkheid van forfaitaire financiering creëert men een situatie waarin een aanbodgeïnduceerde vraag financieel gesproken geen zin heeft. Een van de grote problemen vandaag is dat het aanbod de vraag vaak creëert en stimuleert, omdat er een directe link is naar het inkomen van de arts.

Anderzijds worden via de mogelijkheid van forfaitaire financiering de hulpverleners minder financieel afhankelijk van de vraag van de patiënt. Ik hoor de laatste tijd vrij vaak dat de arts in een moeilijke situatie wordt gewrongen. Als er een vraag komt van de patiënt, onder meer om geneesmiddelen voor te schrijven, kan hij er best positief op antwoorden. Doet hij dat niet, dan gaat de patiënt naar een andere arts, want er zijn er toch genoeg. Op grond van een dergelijk financieringssysteem kan de arts veel beter een op zijn expertise geschraagde beslissing nemen, en autonomer handelen.

Door deze forfaitaire financiering wordt bovendien het accent meer op de instandhouding van de gezondheid gelegd, wat mijns inziens toch het evidente uitgangspunt van de gezondheidszorg is. Is het immers niet aberrant vandaag te moeten vaststellen dat het inkomen van de arts meestal afhangt van de slechte gezondheid of het ziek zijn van de patiënt ? Om het cru te zeggen : hoe slechter een patiënt er aan toe is, hoe meer zijn arts verdient. De arts heeft er dus belang bij dat de mensen zo ziek mogelijk zijn. Ik besef wel dat de artsen zoiets niet graag horen, maar ze kunnen niet ontkennen dat dit nu eenmaal het systeem is. Het wordt dus de hoogste tijd dat de Vlaamse gezondheidszorg in haar verloning de allerhoogste prioriteit gaat besteden aan het instandhouden van de gezondheid.

Tot slot wou ik het nog even hebben over de artsenplethora. De discussie daarover in Vlaanderen

is onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd. Ik durf zelfs te spreken over een nattevingerdiscussie, waarbij financiering en verloning worden verward met een degelijke organisatie van onze gezondheidszorg. Toen wij – en niet de overheid die dergelijke initiatieven zou moeten nemen – twee jaar geleden een congres organiseerden over forfaitaire gezondheidszorg versus prestatiegeneeskunde, vroegen wij aan twee artsen om een analyse te maken van de toekomstige behoefte aan artsen. Aan de ene arts werd gevraagd op grond van de courante solopraktijk een prognose te maken, terwijl de andere arts dit diende te doen vanuit een bredere en wijkgerichte gezondheidswerking. We kwamen toen tot de onthutsende vaststelling dat die twee artsen, elk vanuit hun eigen taakin-vulling, tot diametraal tegenovergestelde resultaten kwamen. De soloarts kwam tot de conclusie dat er duidelijk te veel artsen waren op middellange termijn, terwijl de andere tot de conclusie kwam dat we zeer snel een tekort aan artsen zullen hebben. Tot degelijk onderbouwde conclusies kan men enkel komen als men de toekomstige taakinhoud van het huisartsenberoep kritisch durft te bekijken. Dit is echter iets waarover nauwelijks wordt gepraat.

Wijkgezondheidscentra creëren een kader waarbinnen een globale inhoudelijke hertekening van het huisartsenberoep mogelijk wordt. Geïntegreerde zorg voor een duidelijk afgebakende populatie door een multidisciplinair team, resulteert in een totaal andere werk- en taakin-vulling dan deze die we in de traditionele solopraktijk kennen. Het is dan zeer de vraag of we op middellange termijn nog kunnen spreken van een overaanbod aan artsen.

Mijn conclusie is dan ook dat wijkgezondheidscentra geen wondermiddelen zijn. Ze houden wel een enorm toekomstpotentieel in, laat ons kans om dit te erkennen niet missen.

4.2 Bespreking

Mevrouw Yolande Avontroodt : Uit het recente OESO-rapport blijkt dat de organisatie van onze gezondheidszorg helemaal niet slecht is en dat zij vooral geschraagd is op het vrijheidsprincipe : de vrijheid van keuze, therapie en diagnose. Ook inzake toegankelijkheid scoren we goed.

Ik ben het er volledig mee eens dat we in de toekomst keuzes zullen moeten maken.

De kwaliteit van de zorgen zal daarbij inderdaad de grootste prioriteit krijgen. Ik probeer het te formuleren met een vraag. We werken hier tegen een relatief lage prijs. Het percentage van het Bruto Binnenlands Product ligt op het gemiddelde, terwijl er een relatief lage kostprijs en honorering van de zorgverstrekkers is. Dat staat allemaal met zoveel woorden in het rapport.

Hoe beoordeelt u de resultaten van het OESO-rapport ? U vindt het blijkbaar allemaal erg slecht. De recente enquêtes wijzen nochtans op een grote satisfactie over en een groot vertrouwen in de zorgverzekeraars. Meer dan 90 percent van de patiënten heeft een vaste huisarts. Als men er helemaal niet mee akkoord zou gaan, dan zou al lang de behoefte aan de basis zijn gegroeid.

U creëert blijkbaar een model waarbij de inspraak van de patiënt steeds meer garanties krijgt in een wijkgezondheidscentrum. Mijn stelling is dat de inspraak van de patiënt maximaal is, als er een vrije keuze is. Hoe gaat u daar mee om ? Vindt u niet dat er een maximale inspraak bestaat voor degenen die momenteel vrij kiezen voor een arts ?

De heer Fred Louckx : Ik vrees dat mijn betoog onduidelijk is overgekomen. U zegt dat ik de gezondheidszorg in België als negatief bestempel. Ik heb echter bij het begin gezegd dat we een heel goed systeem hebben. Mocht dat niet goed zijn doorgedrongen, dan wil ik het graag nog eens herhalen.

Ik denk echter ook dat elk systeem voor verbetering vatbaar is. Naargelang van de maatschappelijke situatie of ontwikkelingen duiken nieuwe problemen op, waarop een antwoord moet worden gegeven. Binnen onze gezondheidszorg werden lange tijd een aantal fundamentele beslissingen uitgesteld, als gevolg van een sterk liberale invulling van de gezondheidszorg, in elk geval liberaler dan in sommige buurlanden. Daarmee heb ik zeker niet gezegd dat we een slechte gezondheidszorg hebben, want dat zou manifest onjuist zijn.

U vraagt wat ik van het OESO-rapport vind. Om te beginnen ben ik altijd heel voorzichtig met dat soort rapporten. U weet net zo goed als ik dat dergelijke rapporten worden beïnvloed vanuit allerlei hoeken. Er is ook een duidelijke ideologische invalshoek. Er werd inderdaad in het rapport gesteld dat onze gezondheidszorg goed functioneert. Blijkbaar heeft men echter onvoldoende de moeite genomen om na te gaan in welke mate de toegankelijkheid is gerealiseerd.

Anderzijds stel ik in hetzelfde OESO-rapport vast dat men pleit voor de invoering van marktprincipes. Men vindt dat in de verzekering meer het marktprincipe moet spelen. Misschien hoort u dat niet graag, maar wetenschappelijke literatuur overal in de westerse wereld bevestigt dat het invoeren van marktprincipes in de ziekteverzekering de meest directe en rechte weg is naar dualisering. Dat zijn feiten, of men het nu leuk vindt of niet. Men moet zeggen waarvoor men kiest en dus ook zeggen dat men kiest voor een verdergaande dualisering.

U zegt ook dat uit de bevraging blijkt dat patiënten een groot vertrouwen hebben in de gezondheidszorg. Dat klopt. De onlangs uitgevoerde gezondheidsenquête toont inderdaad heel positieve antwoorden. U zegt er echter niet bij dat daar ook uit blijkt dat steeds meer mensen twijfels hebben over of problemen hebben met de toegankelijkheid. Er is voldoende onderzoekswerk verricht. Ik verwijs naar de analyse van OCMW-toekenningen, budgetten van chronische patiënten, enzovoort. Die tonen aan dat er zich ook op de eerste lijn toegankelijkheidsproblemen voordoen.

In een derde punt spreekt u over vrije keuze. Ik heb het altijd een beetje hypocriet gevonden dat met dat begrip wordt geschermd. Alsof iemand die in een systeem van forfaitaire gezondheidszorg stapt, ineens zijn vrijheid weggeeft. Het zich inschrijven bij een gezondheidscentrum, impliceert ook dat men zich ook weer kan uitschrijven. Waarom wordt dat niet gezegd? Het lijkt wel alsof men zijn leven moet verbinden aan een bepaald gezondheidscentrum.

Vrijheid kan ook op een andere manier worden ingevuld. Ik zou dat ook opnieuw willen koppelen aan de toegankelijkheid – daar ben ik in mijn wetenschappelijk onderzoek nu eenmaal het meest mee bezig. Wat is de vrijheid van een patiënt die zijn gezondheidszorgen niet kan betalen omwille van een lager inkomen?

Mevrouw Patricia Ceysens : U hebt een aantal pijnpunten van ons systeem op een rijtje gezet. Ik heb wel de indruk dat we allerlei zaken camoufleren. We lossen de zaken niet op waar ze opgelost moeten worden. We starten gewoon iets anders in de hoop dat de problemen dan vanzelf opgelost raken. Dat is heel gevaarlijk. Zo ontstaan verschillende systemen. Dat kost meer dan een goede oplossing. Ik heb het nu vooral over uw tweede punt, de zorgtoegankelijkheid. U zei dat op federaal vlak fouten worden gemaakt. We mogen dat niet toelaten. We mogen de zaken die daar fout lopen, niet

oplossen door hier nieuwe dingen te starten. Dat is geen goed beleid.

U sprak ook over moeilijk te bereiken groepen en toegankelijkheid. Uit gesprekken met huisartsen vernam ik dat dat in Vlaanderen gelukkig nog meevalt. Hoe worden die kansarme mensen bereikt? Hun grootste probleem is mobiliteit. Is het niet beter om ter plaatse te gaan? Tenzij we dit systeem in elke straat organiseren, en ik vrees dat Vlaanderen daar te groot voor is, blijft er immers een probleem. Ik ben er niet van overtuigd dat dit de meest ideale oplossing is.

Ik vond nog een andere tegenstrijdigheid in uw betoog. U zei dat het systeem niet onvrij is, aangezien men weg kan. Anderzijds vond u het niet-vrijzijn en de therapietrouw juist een grote troef. Even later sabelt u dat neer.

Een andere tegenstrijdigheid is dat het inkomen van de artsen volledig verbonden is aan het zo ziek mogelijk zijn van de patiënt. U suggereert dat ziekten worden toegevoegd om het inkomen te doen stijgen. Voordien zei u dat u juist de gezondheid van de artsen voor ogen heeft. Men zou dan ook kunnen zeggen dat ze niet bang moeten zijn om nee te zeggen tegen de patiënt. Volgens u hebben ze toch zoveel patiënten te veel dat het gevaarlijk wordt voor hun eigen gezondheid. Ik vind dat niet zo coherent.

Ten slotte vraag ik dat u, als u over 'liberaal' spreekt, dat begrip ook juist definieert en dat het correct wordt opgenomen in het verslag.

De heer Fred Louckx : Ik leg in mijn definitie van liberaal de nadruk op de vrije markt en de prestatiegeneeskunde.

Mevrouw Patricia Ceysens : Vrijheid wordt altijd gekoppeld aan verantwoordelijkheid.

De heer Fred Louckx : Zowel van de hulpverlener als de patiënt.

Mevrouw Patricia Ceysens : Inderdaad, van iedereen.

De heer Fred Louckx : Mevrouw Ceysens, u zei dat wat ik zei, niet coherent was. Ik denk dat het vooral in uw hoofd een beetje incoherent overkwam. Ik heb immers getracht mijn betoog te structureren. U vroeg of we op Vlaams niveau moeten rechte trekken wat op federaal niveau verkeerd liep. Ik heb dat niet beweerd. In dit huis wordt vaak beweerd dat datgene wat we zelf doen, we beter doen. Ik

ben daar voorzichtig mee. Mijn vraag is of we dezelfde fouten moeten maken als het federale niveau. Uiteraard is het antwoord nee. U moet dan ook bewijzen dat wat we zelf doen, ook beter is.

U sprak over toegankelijkheid. Ik denk dat uw uitgangspunt verkeerd is. Steeds meer gaat het niet enkel meer om kansarmen. Daarom wees ik op het gevaar van de selectiviteit. De kritieke punten liggen steeds meer bij de categorieën die onvoldoende aanspraak kunnen maken op sociale correctie-maatregelen. Zodra ze gezondheidsproblemen krijgen, komen ze in de gevarenzone terecht. Juist dat is zo gevaarlijk in onze gezondheidszorg. De discussie over de toegankelijkheid mag vandaag dus niet meer uitsluitend worden toegespitst op kansarmen. De grootste gevaren liggen bij de categorieën die sociaal-economisch iets hoger liggen, omdat men daar minder aandacht voor heeft.

U vond dat er een contradictie was tussen therapietrouw en vrijheid. Dat is heel merkwaardig. Wanneer er een communicatie ontstaat tussen arts en patiënt, dient het juist de vrijheid wanneer men op basis daarvan tot een afspraak over de therapie komt. Ik zie niet in hoe dat in tegenspraak kan zijn met de vrijheid, tenzij u spreekt over de vrijheid om niet te genezen. Dat is inderdaad ook een vrijheid.

U sprak over de werkdruk. Via de wijkgezondheidscentra ontstaan mogelijkheden om op een andere manier te werken. Dit creëert ook mogelijkheden naar de werkbelasting van de arts. Deze werkbelasting heeft vooral te maken met de manier waarop men zijn beroep invult. Ik heb de indruk dat de discussie teveel wordt gevoerd vanuit één taakinvulling. Men heeft moeite met alles wat daar van afwijkt. Wijkgezondheidscentra creëren hier nieuwe mogelijkheden. We moeten deze kans grijpen. De manier waarop men vandaag werkt, is hoe langer hoe meer voorbijgestreefd. Dit geldt niet alleen voor de workload, maar voor gans de werksetting.

Wellicht brengt men daardoor bepaalde belangen in gevaar. De virulente reacties die er tien of twintig jaar geleden op dit initiatief kwamen, nemen af. Als men dit soort initiatieven eerlijk bekijkt, moet men toegeven dat er zeer rationele argumenten zijn om ze te erkennen. Men heeft dit in het verleden maar al te graag en al te vaak vanuit een louter ideologisch perspectief bekeken.

Mevrouw Patricia Ceysens : U had gezegd dat men moeilijk de sociaal kwetsbare groepen kan bereiken. Kansarmen horen daar toch wel bij. U vindt

dat deze wijkgezondheidscentra niet enkel voor hen bedoeld zijn, maar voor alle lagen van de bevolking. Professor De Maeseneer zei dat een wijkgezondheidscentrum niet enkel individueel kon remediëren, maar ook gemeenschapsproblemen kon vaststellen : slechte huizen, vochtige woningen enzovoort. Voor bepaalde kansarme buurten biedt een wijkgezondheidscentrum in dergelijke gevallen een duidelijke meerwaarde. Blijkbaar hebt u daar een andere mening over.

De heer Fred Louckx : Er is helemaal geen tegenspraak met wat professor De Maeseneer zei. Dit is een element van een ander concept van gezondheidszorgaanbieding. Binnen een bepaalde structuur bestaat de mogelijkheid om dit op te nemen. Dit is een pluspunt, maar het is niet het enige. Men mag zich daar niet op vastpinnen. Anders komt men weer tot de stelling dat een wijkgezondheidscentrum een initiatief is voor kansarmen. Dit is een fundamenteel verkeerd uitgangspunt. Men pint die centra dan vast op wat ze onder andere in het verleden zeer goed hebben gedaan. Het is unfair om niet te kijken naar de andere elementen. U benadrukt terecht een belangrijk element in een meer algemeen concept. Het is echter niet het enige element.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Dit is inderdaad een mogelijkheid. Ik begrijp niet waarom men vanuit bepaalde hoek nogal krampachtig reageert op dit voorstel. Dit moet een kans krijgen, net als andere mogelijkheden.

In verschillende wijkgezondheidscentra wordt geëxperimenteerd met patiënteninspraak en -rechten. Zijn er vaste concepten voor, of verschilt dit per centrum ?

Wat is uw idee over de schaalgrootte van een wijkgezondheidscentrum ? Waar moet het worden ingeplant ? Voor hoeveel patiënten moet het functioneren ? Is er een verschil voor stedelijke en landelijke gebieden ? Biedt het evenveel mogelijkheden in landelijke gebieden ?

De heer Fred Louckx : Ik kan niet in detail spreken over wat er in de verschillende centra gebeurt. Ik werk zelf niet in een wijkgezondheidscentrum.

Er worden internationaal methodologieën ontwikkeld die kunnen worden gebruikt voor patiëntenparticipatie-empowerment. Sommige WGC experimenteren daarmee. In welke mate dat succes heeft, moet u hen zelf vragen. Dat verschilt van WGC tot WGC.

Ik durf niet te antwoorden op uw vraag over de ideale schaalgrootte – dat wil zeggen : over het maximale aantal patiënten en zorgverstrekkers. Ik weet dat niet. Voor Vlaanderen is het mijns inziens te vroeg om dat te bepalen.

Ik denk inderdaad dat WGC's even goed in stedelijke als in minder stedelijke omgevingen kunnen functioneren. Het gaat immers om een andere invulling van de gezondheidszorg, die op zichzelf zoveel troeven heeft, dat ze waar dan ook toepasbaar is. Naargelang de context zal men zijn activiteiten anders vorm geven ; dat spreekt vanzelf. Dat is juist een gevolg van die uitgesproken territoriale werking. Het basisconcept is echter overal geldig.

5. Uiteenzetting door dr. Dirk Van de Velde, huisarts

De heer Dirk Van de Velde : Ik ben huisarts in Eeklo, een SIFplus-stadje van 19.000 inwoners. Ik ben daar ook schepen van gezondheid en financiën. Als student heb ik aan de RUG de lessen sociale geneeskunde gevolgd bij professor Vuylsteek. Ik heb bij hem een groepswork gemaakt over de organisatie van de gezondheidszorg. Ik bestudeerde toen onder meer het rapport-Petit.

Over de beslissing van de Vlaamse regering om WGC's te subsidiëren, heb ik enkele kritische bedenkingen geformuleerd. Ik heb daarover ook een parlementaire vraag laten stellen. Ik heb er geen problemen mee dat WGC's kansen krijgen. Wat echter niet mag, is dat ze ten opzichte van andere vormen van eerstelijnszorg bevoordeeld worden.

Leveren WGC's een kwalitatief betere geneeskunde af ? Wat hier werd gezegd, bevestigt dat daar goed werk wordt geleverd. Maar ik mis nog altijd het wetenschappelijke bewijs dat men er beter zou werken dan in andere vormen van eerstelijnszorg, zoals de solo-, duo- of groepspraktijken. Er zijn criteria om dat te meten, zoals het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen. Ik hoor dat graag zeggen, want inzake voorschrijfgedrag zit ik persoonlijk in de laagste groep. Mijn gemiddelde is 580 frank per consult, terwijl het Vlaamse of nationale gemiddelde 1.200 frank is. Met statistieken bewijst men natuurlijk alles.

Benaderen WGC's de patiënt op een andere wijze ? Met een multidisciplinaire aanpak gebeurt dat inderdaad. Maar homeopaten en acupuncturisten beweren dat ze dat ook doen. De benadering van de patiënt is vooral een zaak van de zorgver-

strekker. Ik woon aan de grens met Nederland, en ik heb familie wonen in Duitsland. Ik vraag me af of men het bij het rechte eind heeft als men stelt dat er teveel huisbezoeken gebeuren. Uit een recente enquête onder senioren in Eeklo blijkt dat vele hulpbehoevende hoogbejaarden nood hebben aan huisbezoeken. Dat aantal zal in de toekomst nog stijgen, omdat deze categorie van de bevolking alsmaar groter wordt.

Ten derde stelt men dat forfaitair betaalde artsen onafhankelijker staan ten opzichte van hun patiënten. Dat is misschien wel juist, maar dit kan maar naargelang de inschrijvingstermijn langer is. Als men een inschrijvingstermijn of een opzeggingsperiode heeft van drie maanden of zelfs korter, dan komt die onafhankelijkheid wel in het gedrang. De vraag is natuurlijk of andere artsen ermee gediend zouden zijn dat men een toevloed van patiënten zou krijgen. In het buitenland is die inschrijving ook wel strikter.

Ten vierde werken de WGC's samen met kinesisten en verpleegkundigen. Ikzelf ben getrouwd met een kinesiste. Wij werken dus in hetzelfde huis, maar we mogen in feite niet samenwerken. Ik vind het ook een meerwaarde dat patiënten van mij bij andere zorgverstrekkers-paramedici gaan. Naargelang de pathologie gaat het immers vaak om mensen die een zeer grote gespecialiseerde ervaring hebben. Men kan al die knowhow niet in één huis onderbrengen.

Het wetenschappelijke bewijs mis ik enigszins. Ook het omgekeerde mis ik : dat wij beter zouden werken. Ik denk dat we, afhankelijk van ons engagement, even goed werken.

Doet men aan meer preventieve geneeskunde in wijkgezondheidscentra ? Ik stel vast dat preventieve gezondheidszorg ook binnen het Riziv waardering krijgt. Momenteel mogen we in feite geen preventieve geneeskunde aanrekenen. Dat is werkelijk schrijnend. Ik hoop dat de LOGO's iets zullen doen. Ik heb wel mijn twijfels over de bedragen die daarvoor worden vrijgemaakt. Mijns inziens kan men daar te weinig mee doen.

Preventieve gezondheidszorg moet hoe dan ook gebeuren in samenwerking met verschillende mensen, niet enkel met medici. Ik geef enkele voorbeelden uit Eeklo. Er is een mutualiteit die een gezondheidsacademie organiseert. Er is een actie geweest rond de zwaarte van de boekentassen van de schoolgaande kinderen. De woonwinkel organiseert straks een tentoonstelling over CO-vergiftiging. De welzijnsraad heeft een voorlichtingsavond

gehouden over dioxines en verbrandingsovens. De huisartsengroep heeft een enquête verricht over de gezondheid van bejaarden. Dat gebeurde in samenwerking met de wetenschappelijke vereniging voor huisartsen. Het dienstencentrum voor senioren organiseert tal van voordrachten. Drugpreventie werd gedaan via een gezamenlijk initiatief van politie en rijkswacht. Er wordt dus al heel wat aan preventie gedaan. Een wijkgezondheidscentrum zou hieraan weinig meerwaarde kunnen bieden op dit moment.

Werken wijkgezondheidscentra goedkoper voor de patiënt? Als men het remgeld niet aanrekent, aanzien men forfaitair werkt, zullen consulten en zo meer dus wel goedkoper zijn. Ik wil er wel op wijzen dat het remgeld van een WIGW-patiënt ongeveer 50 frank per consult bedraagt. Stel dat men maandelijks op consult gaat bij de huisarts, dan kost dit 600 frank per jaar. Voor de afgeleide onderzoeken daarentegen – zoals radiologie en biologie – bedraagt het remgeld 400 of 500 frank. Consult bij de specialist en vooral ook de medicatie vormen dus de grote kosten. Ik zwijg dan nog over andere kosten zoals het ziekenvervoer.

Wat kan men daaraan doen? In plaats van de remgelden te verhogen om de overconsumptie af te remmen, ziet men nu in dat men een omgekeerde beweging moet doen. Dit moet weliswaar onder bepaalde voorwaarden gebeuren. Voor hulpbehoevenden hebben OCMW's medicatiekaarten, waarbij het bedrag dat 'out of the pocket' van die hulpbehoevende patiënt komt, beperkt is. Anderzijds zijn er soms wel uitwassen als er geen afgelijnd medicatieformularium is.

In de toekomst moet men in de prestatiegeneskunde evolueren naar een systeem waarbij een arts prestaties mag verrichten, maar wel tot een bepaalde limiet. Daarboven moet hij een deel van de Riziv-bijdrage terugstorten. Op die manier wordt de drang om steeds meer te presteren afgeremd. Anderzijds moet daar ook aan worden gekoppeld dat de honorering per consult zou moeten stijgen. De consultprijs hier in ons land is immers relatief laag in vergelijking met een aantal andere landen.

Zijn er extra wijkgezondheidscentra nodig? Ik wil opnieuw mijn woorden nuanceren. Iedereen moet op dezelfde basis kansen krijgen. Als men bij het wielrennen aan de start verschijnt met dezelfde versnelling en ongeveer dezelfde fiets, dan heeft men gelijke kansen, maar niet als men moet starten met een minuut achterstand. Als men de ene subsidieert en de andere niet, dan kan dat leiden tot wanverhoudingen.

Vanuit het oogpunt van armoedebestrijding zijn er in dit land voldoende zorgverleners, of ze nu forfaitair werken of via prestatie. Wel zijn er bijvoorbeeld te weinig in bejaardentehuizen. Vandaag nog zag ik het schrijnend voorbeeld van één verpleegster die twee demente bejaarden tegelijk eten moest geven, omdat er te weinig personeel is. Dat mogen we niet vergeten in dit debat.

Ik meen dat er geen enkel land bestaat waar men het vrije systeem echt laat concurreren met het forfaitaire. Ik weet dat in Nederland de inschrijving ook een bepaalde vorm moet aannemen. Er is sprake van verplicht verzekerden en vrij verzekerden. Dat is een soort gewijzigd systeem van forfaitaire geneeskunde. Op dit ogenblik is er een verzadiging van het zorgaanbod, en weet iedereen dat de plethora kostenstimulerend werkt. We moeten ons dus afvragen of het zinvol is dit op deze manier te doen.

In landen waar forfaitaire geneeskunde overheerst, is het aanbod veel strikter. Men schermt hier met het voorbeeld van Groot-Brittannië. Sommige professoren hamerden er telkens op hoe goed het wel was in dat land. Maar de densiteit van huisartsen bedraagt er minder dan de helft van die in Vlaanderen. Misschien is dat een les voor ons, en zijn we te ver gegaan. Maar ook in Nederland wordt de huisarts benoemd via de gemeente, wordt er aan spreiding gedaan en wordt het aantal beperkt.

De vraag is ook of in landen waar sprake is van forfaitaire geneeskunde, de gezondheidszorg zoveel beter is dan hier. Hier overdrijven we misschien met de toegankelijkheid en de vrijheid van de patiënt, en moet dat toch wel wat worden gestuurd. Anderzijds zijn in grensgebieden van Nederland de wachttijden soms tergend, bijvoorbeeld voor radiologie.

Forfaitaire geneeskunde leidt volgens mij ook niet echt tot vermindering van de uitgaven in de gezondheidszorg. We moeten maar eens bekijken welke percentage van ons BNP deze kosten uitmaken. Voor mij is er geen tabula rasa nodig, maar misschien zijn er alternatieven voor wijkgezondheidscentra, zodat het debat wat meer kleur krijgt. Ik meen dat in de SIFplus-gemeenten, en niet alleen daar, nog een actiever beleid moet worden gevoerd. Wij huisartsen beschouwen ons vaak als spil van de maatschappij, samen met de burgemeester en de notaris. Dat moeten we relativiseren. Er wordt enorm veel werk geleverd via artikel 60, door straathoekwerkers, kringloopcentra en woonwinkels. Bij ons is er ook het Steunpunt Opbouwwerk Meetjesland, dat oude huizen renoveert. Dit zijn

fantastische initiatieven, die veel belangrijker zijn om mensen uit hun probleemsituatie te halen. Want eerlijk gezegd : noch ik, noch een wijkgezondheidscentrum kunnen dit. We moeten leren samenwerken met deze mensen. In de praktijk gebeurt dat steeds meer.

Dan is er de vermindering van het remgeld voor de consultaties van de WIGW's, en misschien ook van de anderen. Bij ons zijn op 19.000 inwoners 1.500 gezinshoofden WIGW. Indien we hen 1.000 frank korting geven op het remgeld, komt dit neer op 1,5 miljoen voor onze gemeente. In Vlaanderen zouden ongeveer 400.000 mensen WIGW zijn, wat neerkomt op 400 miljoen frank. Ik weet niet of het Vlaams niveau deze som kan bekostigen. Er zijn nog andere mogelijkheden. De gezondheidscheques voor minderbedeelden zouden beperkt kunnen worden besteed aan consultaties bij de arts, de kinesitherapeut en paramedici als de tandarts. Vergeet immers niet dat de tandheelkunde qua preventie heel belangrijk is en vaak een grote kostprijs met zich meebrengt voor de patiënt.

Het waarborgen van de vrije keuze van de patiënt gebeurt ook in het systeem van de wijkgezondheidscentra, zeker als er voldoende uitstapmogelijkheden bestaan. Als men kiest voor een bepaalde arts, zou men niet automatisch gebonden mogen zijn aan de medewerkers. Het is soms een rijkdom om ook die andere medewerkers te kunnen kiezen. Zo zie ik bijvoorbeeld in de thuisverzorging zeer veel goed werkende mensen. Daar er veel zorgverleners zijn, heeft bijna iedereen iemand in de familie- of kennissenkring waarin hij een groot vertrouwen heeft, en die hij graag uitkiest om samen te werken met de verwijzende arts.

6. Uiteenzetting door de heer Guido Vanbelle, Vlaams Eerstelijns Overleg

De heer Guido Vanbelle : Het VELO, Vlaams Eerstelijns Overleg, vormt enigszins een vreemde eend in de bijt. We bestaan al tien jaar. Het is onze bedoeling de diverse inzichten van de beroepsgroepen aan bod te laten komen en er een zekere coherentie in te brengen. Zelfs de wijkgezondheidscentra zijn een aantal jaren lid geweest van VELO. We hebben er een goede band mee. Wij trachten steeds een synthese te maken. Als voorzitter van het Verbond der Vlaamse Tandartsen breng ik u dus iets waarvan we menen dat het een goede synthese kan zijn van deze problematiek.

In de oorspronkelijke tekst, stel ik bijvoorbeeld in een artikel vast dat binnen het VIG wordt gesubsidieerd als een A-voorziening. Gezien de evoluties van het VIG in de richting van ziektepreventie, is dit artikel volkomen door de feiten achterhaald. Het kan dan ook best worden geschrapt. Bovendien vinden we het eigenaardig dat een A-voorziening die ongeveer een miljoen frank subsidie waard is, wordt toegevoegd aan een structuur van ongeveer 20.000 patiënten. Dit miljoen kan beter worden geplaatst in een A-voorziening binnen het VIG, waar het voor een grotere groep mensen kan worden gebruikt.

Voor wat dan de forfaitaire betaling betreft heeft minister Demeester impliciet een koppeling gemaakt tussen het forfaitaire en de infrastructuurfinanciering. Vroeger was er slechts een minderheid die koos voor forfaitaire betaling, nu bijna iedereen. Wat de koppeling betreft, bepaalt artikel 52, §1, dat men voor curatieve zorgen, via het referentiekader van degenen die prestatiegerichte geneeskunde verstrekken, een bepaald bedrag berekent om forfaitair uit te betalen. De forfaitaire geneeskunde bestaat dus bij de gratie van dat referentiepunt-prestatiegeneeskunde. Op zich hebben we daar geen probleem mee, tenminste voor zover de gaten in de financiering niet worden opgevuld via andere subsidies. Momenteel worden bijvoorbeeld in Brasschaat, waar men gemiddeld miljoenen verdient, forfaitaire geneeskundesystemen gepropageerd. Dat type van abonnementsgeneeskunde moet men daar niet propageren. Tweedens kan de vraag gesteld worden waar de equivalentie in de wetgeving blijft. Daar waar een gewone dokter geen reclame mag maken, mag men dat met betrekking tot het propageren van het systeem van de abonnementsgeneeskunde wél. Dit kan niet.

Wat de infrastructuurfinanciering betreft, sta ik volledig achter professor De Maeseneer, behoudens om financiële redenen, is de beperking tot SIFplus-gemeenten onzinnig. Als men beslist de infrastructuur te subsidiëren moet men het overal of nergens doen. Men moet consequent zijn.

Wat de remgeldproblematiek, de herverzekeraarbaarheid en de verschuiving van de massa's remgelden naar bepaalde doelgroepen betreft, stel ik een enorme versnippering vast van bevoegdheden tussen het federale en Vlaamse niveau. Zelfs binnen het Vlaamse niveau is een coherent beleid zeer moeilijk. Het totale volume aan remgelden is hoog genoeg, verdere remgeldstijgingen zijn niet aangewezen. Een herschikking ervan zou de toegankelijkheid van de geneeskunde en de misbruiken kunnen oplossen. Dit is een oefening die op fede-

raal niveau zou moeten gebeuren. In Nederland bijvoorbeeld zijn milieu, sociale zaken en gezondheid met elkaar verweven. Wanneer het niet mogelijk is om deze bevoegdheden onder één Vlaams minister te plaatsen, dan is misschien toch mogelijk ze onder één administratie te plaatsen.

LOGO's vergelijken met wijkgezondheidscentra is appels vergelijken met peren. De LOGO's krijgen onvoldoende subsidies en de SIT's onvoldoende werkingsmiddelen, terwijl dergelijke netwerken juist veel kansen moeten krijgen. Ik weet dat het niet eenvoudig is om de middelen te verdelen. We hebben twee doelen voor ogen : de multidisciplinaire samenwerking en de patiënteninbreng moeten gestimuleerd worden. Moeten we het doel benadrukken of het middel, namelijk de WGC ? Het moet mogelijk zijn om het doel, de multidisciplinaire samenwerking, in een decreet te gieten, een normatief decreet dat ook ten goede komt aan de WGC, zonder deze formule alsdusdanig te stimuleren.

Ik geef toe dat de WGC's door hun gesloten systeem hebben gefungeerd als katalysator van belangrijke aspecten voor de wijkwerking. We zijn nu echter twintig jaar later en het moet mogelijk zijn om over te gaan naar een open, contractueel samenwerkingsstelsel.

Als goed voorbeeld daarvan noem ik de projecten van de VZW Habbekrats. De projecten zijn gericht op kansarme jongeren en hun emancipatie. Habbekrats werkt in grote delen van Oost-Vlaanderen, een stukje West-Vlaanderen en Mechelen. Als dan blijkt dat in het decreet op de WGC voor 15 à 20.000 patiënten een tiental coördinatoren voorzien worden, dan ware het zinvoller om die coördinatoren te zien functioneren in dergelijke Habbekratsprojecten. En wel omdat zowel de geneesheren als de uitoefenaars van andere vrije medische beroepen het toch als een discriminatie aanvoelen dat een WGC een externe subsidiëeringsbron zou krijgen, waarmee een extra-personeelslid kan worden betaald. Voor de kansarmoedebestrijding is het niet noodzakelijk dat er onder één dak multidisciplinair wordt samengewerkt.

VELO heeft geen problemen met een decreet op de WGC. De beperking tot achtergestelde wijken vinden we echter idioot. De enige reden daarvoor is geldgebrek. We kiezen echter van verre een decreet over de subsidiëring van multidisciplinaire samenwerking. VELO is een breed samenwerkingsverband, met liberaal en collectivistisch denkende verenigingen.

7. Bespreking

De heer Bart Vandendriessche : Hoe komt het dat WGC's reclame kunnen voeren en individuele zorgverstrekkers niet ?

De heer Guido Vanbelle : Reclame voeren voor verzorging is niet toegelaten. Het propageren van abonnementsgeneeskunde kan daarentegen wel. Een WGC kan bijvoorbeeld aankondigen : we hebben er een kinesist bij. Een kinesist kan voor zichzelf geen reclame maken. Dat leidt natuurlijk tot frustratie bij individuele zorgverstrekkers.

De heer Guy Swennen : Meneer Van de Velde, u zegt iets over het geven van gezondheidscheques aan kansarmen voor prestaties door de dokter of kinesist. Hoe ziet u dat ?

Wat is er tegen de erkenning van wijkgezondheidscentra ?

De heer Dirk Van de Velde : Ik heb niet veel over de gezondheidscheques gezegd, omdat ik me aan de tijd wilde houden. Als men prestatiegeneeskunde modificeert, waarbij ze gelimiteerd blijft bestaan maar waarbij overconsumptie wordt tegengegaan, kunnen de minderbedeelde patiënten een zorgpakket krijgen waarbij het remgeld volledig wordt gedekt. Dat kan aan eerstelijnszorg worden besteed, maar ook aan tandheelkunde en kinesitherapie.

Het voorliggende decreet gaat verder dan de louter erkenning van wijkgezondheidscentra. Er komt ook subsidiëring aan te pas. Waarom kunnen zelfstandigen die niet onder hetzelfde dak samenwerken, niet op dezelfde manier worden gesubsidieerd ? Dat zou het debat alleszins openrekken.

In Eeklo geven we het OCMW een gemeentelijke toelage van 81 miljoen frank voor 19.000 inwoners. Dat is een hoog bedrag. We hebben veel bestaansminimumtrekkers, in verhouding zelfs meer dan in Gent. Mocht er voldoende geld zijn, dan kan men heel wat zinnig besteden aan gezondheidszorg, maar de realiteit gebiedt dat er op bespaard wordt. Hoe meer geld er wordt vrijgemaakt, hoe meer de samenwerking kan worden bevorderd. Preventieve aanpak van geneeskunde zou via het Riziv meer moeten worden gewaardeerd.

Mevrouw Patricia Ceysens : Ik wijs even op een advertentie voor een wijkgezondheidscentrum, dat zegt 'Leuven : recht op gezondheid'. Ik vind dat toch een erg suggestieve advertentie.

Met Eeklo zit u in het SIFplus-pakket. Daar is het wijkgezondheidscentrum dus wel erkend ?

De heer Dirk Van de Velde : We hebben geen wijkgezondheidscentrum in Eeklo.

De Vlaamse regering heeft beslist dat de opname in VIPA alleen kon voor wijkgezondheidscentra die opgestart worden in SIFplus-gemeenten. Tussen die SIFplus-gemeenten bestaat echter nogal wat onderscheid. Ik sta achter de visie 'Arm maakt ziek, ziek maakt arm'. Een SIFplus-gemeente als Eeklo kan echter niet worden vergeleken met een grootstad. Ik begrijp dus niet waarom het alleen in SIFplus-gemeenten kan. Ik begrijp anderzijds ook niet dat als er al een aanbod is, men nog een nieuw soort aanbod moet subsidiëren.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Als het decreet er komt, komt er een veralgemening van het systeem. Er bestaan nu spontane samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en verpleegsters, of kinesisten, of maatschappelijke werkers of het OCMW. Pleit u voor die voorwaarde voor de erkenning van praktijken ?

De heer Guido Vanbelle : Men moet consequent zijn. Het principe van het model van multidisciplinaire samenwerking dat moet worden gepromoot, kan twee vormen aannemen. Men kan voorstander zijn van onder één dak werken of van contractuele samenwerking. Beide modellen zijn gelijkwaardig. Het ene model slaat misschien beter aan in kansarme buurten. Het betekent echter niet dat men het elders niet kan invoeren. Het omgekeerde geldt evenzeer.

Ik pleit voor een gelijkwaardige behandeling van het doel-subsidiëren. Indien men de multidisciplinaire samenwerking subsidieert, dan ontmiijnt men een heel deel van de problematiek.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Zou u zover gaan om een praktijk te erkennen indien er een samenwerkingsverband is ?

De heer Guido Vanbelle : In België bestaat de contractuele vrijheid. Indien men zich niet in iets contractueels wil inschrijven, dan kan dat. Ik heb wel de indruk dat deze vorm van eenmansgeneeskunde een uitstervende vorm van geneeskunde is. De vrijheid moet daarentegen gehandhaafd blijven.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Zou u dat als erkenningsvoorwaarde aanhouden ?

De heer Guido Vanbelle : De contractuele samenwerking wel. De multidisciplinaire samenwerking moet decretaal worden gesteund.

De heer Jan De Maeseneer : Er zijn geen wijkgezondheidscentra die actieve reclamecampagnes voeren. Wat u daarnet hebt getoond, gaat niet uit van een centrum.

Ik wil dieper ingaan op de open en gesloten modellen die men veel te diametraal tegenover elkaar plaatst. Huisartsen die vast samenwerken met een aantal verpleegkundigen vindt men in alle gemeenten. Dat is een vorm van halfopen samenwerking. Ook wijkgezondheidscentra werken met tientallen andere organisaties. Ons model is dus niet zo gesloten. Men moet wel samenwerken op basis van gemeenschappelijkheid van inzichten, duidelijke afspraken en complementariteit van deskundigheid.

Men stelt het hier ook voor alsof men zomaar een netwerk van een aantal uit verschillende disciplines komende eerstelijns werkers, qua intensiteit en slagkracht kan laten samenvallen met een wijkgezondheidscentrum onder een dak. Dat klopt niet. Er is een gradatie. Wij werken in een centrum waar meer dan 20 mensen zijn tewerkgesteld. We krijgen opdrachten van de overheid om bepaalde projecten te realiseren. De stad roept onze hulp in. Men kan dit niet vragen aan organisaties die niet over een bepaalde slagkracht en deskundigheid beschikken. Er is een verschil in intensiteit en belasting. Zo wil ik er toch even op wijzen dat wij al twaalf jaar het lokale "platform hulpverlening" trekken, zonder enige vergoeding. Dat is geen opdracht die zelfstandige hulpverleners gaan opnemen, en dat kan men van hen trouwens ook niet verwachten. Losse samenwerkingsverbanden hebben ook zin. De verantwoordelijkheid ligt echter anders. Ik heb er geen enkele moeite mee om de financiering te koppelen aan specifieke prioriteiten.

8.1 Uiteenzetting door de heer Paul Rabau, voorzitter Overlegforum van de Kinesithérapie

De heer Paul Rabau : Mevrouw de voorzitter, dames en heren, het OFK dankt u voor de uitnodiging. Het OFK is een koepelvereniging voor 18 beroepsverenigingen van kinesitherapeuten. We hebben onze Vlaamse leden over dit voorstel van decreet geconsulteerd. Onze groep is rabiaat tegen de wijkgezondheidscentra, en vond het voorstel van decreet een overbodig, onduidelijk en nutteloos initiatief. Ik zal de kwestie in het algemeen benaderen, daarna het decreet op zich, met ten slotte een

meer genuanceerd besluit naar de wijkgezondheidscentra in het bijzonder.

De kinesitherapeuten hebben dertig jaar gewacht op erkenning en een statuut. Erkenning en subsidiëring zijn altijd onlosmakelijk met elkaar verbonden, want erkenning heeft subsidiëring tot gevolg. De vorige sprekers hebben de subsidiëring te veel benadrukt. Minister Demeester was iedereen echter voor. Ze heeft immers al subsidies toegekend voor infrastructuurwerken. Dat is discriminerend tegenover andere initiatiefnemers. Ze heeft al bepaald dat de geneeskundige prestaties vergoed moeten worden via forfaits en dat de verstrekte zorg gratis moet zijn. Dit is een heel duidelijke hint.

De discussie is scherp. Vele artsen en kinesitherapeuten zien in de organisatie, erkenning en subsidiëring van de wijkgezondheidscentra een vorm van deloyale concurrentie. Het in oktober 1997 gehouden symposium over deze materie bracht geen sluitende argumenten aan. Meer en diepgaand onderzoek zal nodig zijn om te beslissen welk systeem de kwaliteit het meest kan verbeteren en kostenbesparend is: de captatiehonorering (forfait per ingeschrevene), de honorering per prestatie, of een gemengd systeem. Ik verwijs naar de toespraak van de heer Evans in het boek 'De eerste lijn in beweging'.

De kinesitherapeuten worden nergens vermeld in het voorstel van decreet. Misschien moeten we ons gelukkig prijzen omdat we mogen voort doen met onze privé-praktijk en zelfstandig prestatiewerk, eventueel in samenwerking met de wijkgezondheidscentra. Nochtans draaien ook wij al heel lang mee in de eerstelijns geneeskunde. We zijn altijd partner van de arts geweest, en stonden dicht bij de thuiszorg en de zwaar zorgbehoevende patiënten. Sinds de wet op de uitoefening van de kinesithérapie zijn we volwaardige medische zorgverstrekkers.

We blijven voorstander van de ondubbelzinnige erkenning van de huisarts als spilfiguur van de eerstelijnszorg. We zullen het afbouwen van deze fundamentele rol niet aanvaarden. Ook in de uitgebouwde en vlot werkende SIT's is de huisarts de spil van alle activiteit. De bestaande georganiseerde thuisgezondheidszorg is multidisciplinair en biedt meer dan het WGC. De SIT's moeten eerlijke kansen blijven krijgen. Het kan niet dat nieuwe concurrentiële en gesubsidieerde entiteiten in een parallel circuit worden gestimuleerd.

In Wallonië bestaat reeds een decreet over de Maisons médicales. Ze zijn vergelijkbaar met een

WGC, maar toch zijn er een aantal belangrijke verschillen zoals de afbakening van het werkterrein, de gevestigde erkenningscommissie en de samenstelling van het team. Tot september 1998 waren 26 Maisons médicales aangesloten bij de Fédération des Maisons médicales, waarvan er 14 op forfaitaire basis werken. Ze stellen in de Waalse regio 251 personen te werk waarvan er veertig kinesitherapeut zijn en er 15 op forfaitaire basis werken. Zelf brengen ze enkele nadelen aan. Opvallend is dat ze zeggen dat er een beperking is van de keuzevrijheid, een neiging tot overconsumptie en een gebrek aan verantwoordelijkheidszin bij de patiënten. Dat verwondert ons niet omwille van het wegvallen van remgelden.

In Vlaanderen zijn er negen wijkgezondheidscentra aangesloten bij de Vereniging van Wijkgezondheidscentra. Vier daarvan, namelijk de Sleep, de Botermarkt, de Restel en de Ridderbuurt, werken op forfaitaire betalingsbasis met een abonnement-systeem en betrekken inkomsten van het Riziv. Het aantal ingeschreven Vlaamse patiënten wordt op 14.000 geschat.

Het Riziv heeft sinds 1984 een subsidiëringsregeling. Uit een telling in juni 1996 bij 18 erkende centra, waren er 36.478 patiënten ingeschreven. Er werd 221 miljoen frank uitgekeerd aan forfaits voor geneeskunde, verpleegkunde en kinesithérapie. In 1993 werd 2.885 frank per patiënt uitgegeven op jaarbasis. In 1996 stellen we vast dat dit al 6.066 frank is of een stijging van 210 percent. Vanaf 1991 stijgt het budget jaarlijks met sprongen van meer dan 20 miljoen frank, om in 1996 te verruimen met 53 miljoen frank. Tussen 1986 en 1989 verdubbelt het budget. Tussen 1990 en 1996 verdrievoudigen de centra in aantal maar verviervoudigen de uitgaven ervoor, terwijl het aantal ingeschrevenen slechts met 256 percent stijgt, dus zelfs niet verdrievoudigt. Ik dacht dat het nuttig was om deze cijfers te geven die men kan natrekken uit de gegevens die aan de diensten van het Riziv zijn bezorgd.

Wat het decreet betreft, aanvaarden de kinesitherapeuten de niet-prestatiegebonden verloning niet. Er dient hierover nog heel wat onderzoek en overleg te worden gevoerd. Ziekenfondsen, ziekenzorg, thuisgezondheidszorg en OCMW's nemen reeds de nodige stappen om de gestelde problematiek aan te pakken. Dat mag ook blijken uit de uiteenzettingen van de heer Vanbelle en dokter Van de Velde. We mogen aannemen dat nieuwe Vlaamse inspanningen nutteloos zijn als we gewoon de standpunten van de heer Justaert van de CM lezen.

Via een zeer onduidelijke territoriale benadering, wat ook blijkt uit opmerkingen die daarstraks door sprekers zijn gemaakt, wordt geprobeerd een polyvalente, multidisciplinaire en integrale samenwerking in de eerstelijnszorg tot stand te brengen. Dat vinden we niet gewenst en overbodig, gezien het bestaande netwerk van SIT-initiatieven en andere. De bestaande en toekomstige wijkgezondheidscentra kunnen integreren in deze lokale samenwerkingsinitiatieven en niet omgekeerd.

Er wordt gesteld dat om sociale uitsluiting te kunnen opvangen en kansarmoede te bestrijden, de wijkgezondheidscentra een erkende instantie zouden moeten zijn. Dit is overbodig. Er zijn voldoende sociale vangnetten voor de kansarmen. Gratis geneeskunde valt op termijn duur uit voor de gemeenschap. Dit is een premisse die nog onderwerp kan zijn van verder onderzoek. Alleen nog maar in de kinesithérapie zou het veralgemeend toepassen van het forfaitsysteem op de eerstelijnskinesithérapie extra kosten betekenen van 50 percent. Er zouden enkele miljarden frank meer nodig zijn. Alle gunstmaatregelen van de federale regering samen om een betere toegang tot de ziekteverzekering mogelijk te maken, kosten de staat jaarlijks 5,8 miljard frank. Zal de Vlaamse overheid die kosten in evenredigheid op het Vlaamse niveau voor haar rekening willen nemen ?

We hebben bedenkingen bij het voorgenomen pluralisme. Wijkgezondheidscentra hebben een maatschappelijk engagement en model dat zeker niet van aard is de verzuiling of bepaalde politieke boodschappen te counteren. Neutraliteit zal ook in deze centra niet gehandhaafd kunnen blijven.

De verwarring tussen preventieve en curatieve opdrachten wordt in dit decreet nog maar eens duidelijk. Preventie is een Vlaamse materie en curatieve zorg of opdrachten is een federale materie. Het lijkt erop dat de wijkgezondheidscentra – verontschuldigd me de uitdrukking – een beetje van alle walletjes willen eten : subsidies via federale weg van het Riziv, van de Vlaamse overheid voor preventie en dan wellicht nog lokale steun via OCMW's en gemeenten. Dit kan niet. De Vlaamse overheid moet weten wat ze wil.

De concurrentievervalsing door het praktijkterrein van zelfstandige kinesitherapeuten in te palmen met perinatale kinesithérapie, relaxatie enzovoort, wordt door het Overlegforum niet aanvaard. Het verbod op publiciteitsvoering voor gezondheidsberoepen wordt door de wijkgezondheidscentra reeds doorbroken en omzeild.

We hebben ook vragen bij de juridische omkadering door het opleggen van de VZW-vorm aan WGC's. Ik denk daarbij met name aan de wet van 27 juni 1921 op de VZW's die geen stoffelijk voordeel toelaat.

De financiering is dus onduidelijk en we moeten ons de vraag stellen wie over de erkenning zal beslissen. Laten we dat zonder enige parlementaire controle over aan de regering ?

Tot besluit wens ik nog te stellen dat het Overlegforum van de Kinesithérapie dit voorstel van decreet overbodig, onduidelijk en nutteloos vindt. Er zijn immers te veel onzekerheden omtrent de financiële implicaties van een dergelijk avontuur en het maatschappelijk debat omtrent de principiële keuze van dit opzet moet nog worden voortgezet. Zelfs indien er kansen en voordelen in dit initiatief zitten, dan moeten deze worden afgewogen tegenover de nadelen, met name het kostenplaatje, de beperking van vrijheden, de neiging een overconsumptiemechanisme te installeren en de afbouw van de individuele verantwoordelijkheidszin door het wegvallen van remgeld.

Het Overlegforum vraagt om geen parallel circuit in het leven te roepen en pleit voor de integratie van de WGC's in de bestaande structuren van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het Overlegforum kan zich wel vinden in de verbreding van de actuele eerstelijnszorg op voorwaarde dat dit inhoudt dat de bestaande voorzieningen en organisaties voor lokale samenwerkingsinitiatieven worden versterkt ; dat de huidige vertrouwelijke relatie tussen zorgverstrekker en patiënt geëerbiedigd wordt en blijft en dit met respect voor de vrije keuze van de patiënt ; dat onze inzet, medewerking en aanwezigheid erkend worden ; dat de betrokkenheid van de kinesithérapie binnen de eerstelijnszorg in permanent overleg op alle niveaus wordt bevestigd ; en dat de opvolging van deze eerstelijnsinitiatieven in een open dialoog, onder alle betrokkenen en vanaf de basis in samenwerking met de overheden zal gebeuren.

8.2 Bespreking

Mevrouw Patricia Ceysens : Ondertussen heeft minister Demeester op mijn vraag over het Leuvense WGC geantwoord. Het gekke is evenwel dat ook de minister niet blijkt te weten waar deze advertentie vandaan komt. Ze komt niet van haar en ze

verwijst ons door naar haar coalitiepartner. Ik had misschien beter gevraagd wie ze betaald heeft.

De heer Paul Rabau : Hoe het ook zij, publiciteit voeren voor verzorging is strafbaar. Als daar artsen, kinesitherapeuten of verpleegkundigen bij betrokken zijn, dan zal het Riziv die opsporen en sancties opleggen.

Mevrouw Patricia Ceysens : Het Riziv heeft wel degelijk weet van deze advertentie.

Ik had u ook willen vragen of ik uit het begin van uw uiteenzetting wel goed begrepen heb dat de kinesitherapeuten zich in dit decreet niet aangesproken voelden ?

De heer Paul Rabau : Inderdaad, toch niet rechtstreeks. Vandaar dat we aan de heer Swennen vragen een en ander te verduidelijken met betrekking tot het koninklijk besluit 78.

De heer Bart Vandendriessche : Bestaan er cijfers of studies over het al dan niet meer doorverwijzen naar kinesitherapeuten door artsen uit WGC's ?

De heer Paul Rabau : Neen, daar heb ik geen cijfers over. Misschien kan professor De Maeseneer daar iets meer over vertellen.

De heer Jan De Maeseneer : Er werd omtrent de verwijspatronen inzake kinesitherapie nog geen systematisch onderzoek verricht.

Ik wil nog even beklemtonen dat men ten onrechte de term "subsidies" gebruikt wanneer men het over de federale financiering via het Riziv heeft. Wanneer er een toename is op deze betaling gebeurt zulks op basis van vergelijkingspunten met wat in de prestatiebetaling wordt terugbetaald. Dit is nooit het voorwerp van een bijkomende subsidiëring, maar heeft enkel te maken met de evoluties in de terugbetalingen in het kader van de prestatiegeneeskunde die indirect en steeds met een jaar vertraging worden verrekend in de bepalingen van het vast bedrag voor de verschillende disciplines en de verschillende categorieën van patiënten.

De heer Paul Rabau : U hebt gelijk, professor. Ik heb subsidies en uitgaven met elkaar verward.

9.1 Uiteenzetting door dr. Koen Waterschoot, Unie van Huisartsenkringen

De heer Koen Waterschoot : Geachte leden van de commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin, ik woon net zoals de heer Van de Velde in Eeklo. Dat heeft het voordeel dat we kunnen vaststellen wat men allemaal kan bereiken met een goede kringwerking, zonder van een wijkgezondheidscentrum te hoeven spreken.

Ik ben lid van de raad van beheer van UHAK, de Unie van Huisartsenkringen. Er zijn ongeveer 86 kringen aangesloten. Dat betekent dat meer dan de helft van de Vlaamse huisartsen lid is van de UHAK, via een kring.

In dit korte tijdsbestek zal ik proberen duidelijk te maken waarom UHAK gekant is tegen nieuwe wijkgezondheidscentra. Daarvoor maak ik een denkoefening waarbij ik in het decreet-Swennen systematisch de term wijkgezondheidscentrum vervang door het woord kring. Praktisch alle taken die momenteel worden toegewezen aan een wijkgezondheidscentrum, kunnen wij overnemen. Dat is een opvallende vaststelling.

De voornaamste reden daarvoor is dat de wijkgezondheidscentra, hoewel ze een pioniersrol hebben gespeeld in multidisciplinaire samenwerking en overleg in de brede zin, nu voorbijgestreefd zijn. Ze worden zelfs overtroffen door heel wat andere initiatieven. De werkelijkheid is veel complexer geworden dan wat zij kunnen bevatten. Vandaar dat zij graag zeggen dat ze geen gesloten maar een open systeem zijn, omdat ze moeten samenwerken met veel anderen buiten hun centrum. Daarom precies willen we de term wijkgezondheidscentrum vervangen door kring.

In artikel 1 is sprake van gemeenschapsaangelegenheden. Ik wil daarbij opmerken dat we bij UHAK van mening zijn dat een federalisering absoluut noodzakelijk is. Er is een zodanige versnippering van bevoegdheden dat er geen enkel beleid mogelijk is. Dat is een van onze belangrijke punten.

Er staat ook een definitie van eerstelijnsgezondheidszorg : 'Zorgverstrekking die rechtstreeks toegankelijk is voor de hulpvrager, ambulant en extra-muraal verloopt, feitelijke continuïteit biedt, niet

specialistisch is, en zowel integraal als polyvalent is.'. Eerstelijnsgezondheidszorg betekent dat het voor iedereen mogelijk is om verzorging te krijgen. We denken een breed scala te moeten aanbieden en de huisarts is in die optiek de eerste figuur om problemen op te sporen en de poort open te zetten.

In elke straat of uithoek van stad en gemeente woont een huisarts. Momenteel is er in België een huisarts per zevenhonderd inwoners ; voor Vlaanderen is dat 1 op negenhonderd. Dat is nog steeds, in vergelijking met het Europees gemiddelde, een ongelooflijk cijfer. Er hoeft dus niet gezegd te worden dat de huisarts niet bereikbaar is en dat voor een grotere toegankelijkheid moet worden gepleit. Integendeel, huisartsen zijn een van de eerste poorten voor mensen met problemen of voor mensen in het algemeen.

We denken dat de huisarts binnen de continuïteit van een huisartsenkring wel degelijk een eerste lijnsfunctie heeft. Die huisartsenkring kan in rechtstreeks contact staan met organisaties van verpleegkundigen, hulpinstanties, kinesisten, logopedisten, sociaal assistenten, budgetbegeleiding, OCMW's, ziekenfondsen, enzovoort. Ik kan hier eigenlijk meer dan twintig instanties opnoemen. Dat is de realiteit te velde.

In een wijkgezondheidscentrum moeten minimaal drie verschillende zorgverstrekkers aanwezig zijn. Dat is een absoluut minimum, dat eigenlijk tot de geschiedenis behoort. Geen enkele patiënt met een beetje problemen kan volstaan met een verpleegkundige en een kinesist. Het is altijd veel complexer. Dat is de realiteit van elke dag voor iedere huisarts.

Dan kom ik bij gezondheidspromotie of -bevordering. Via de LOGO's wordt een eerste keer geprobeerd in de vloedgolf van preventieve initiatieven of gezondheidspromotie een lijn te trekken door middel van beleidsopties. Ik druk op het woord vloedgolf. In Eeklo lopen op dit moment minstens vijftien aparte initiatieven omtrent onderwerpen die te maken hebben met preventie. De mutualiteiten werken ieder voor zich. Omtrent de bejaarden loopt een gezondheidsproject en de gezondheidsraad heeft een preventieproject. We bestempelen dit als verspillen van kracht en manschappen. Het kan misschien wel leiden tot verschillende ideeën over preventie- en promotiebeleid, maar niet tot een coherent beleid. Het toppunt is dat we, als we vijf of tien verschillende folders naast elkaar leggen, steeds punten vinden die elkaar tegenspreken.

Gezondheidspromotie of -bevordering binnen een WGC is veel te beperkt. Een kring kan een veel grotere coördinerende rol spelen. Buurt en wijk worden hier nogal droog omschreven als een groep gebouwen die door de omgeving als een eenheid wordt ervaren door zijn morfologie, structuur en ligging. Een wijk is een samenvoeging van buurten. We willen dat best vervangen door de term huisartsenkring. Een huisartsenkring groeit bijna altijd in een bepaalde stad, bepaalde wijk of bepaalde buurt. Een huisartsenkring weet dus perfect wat er in de buurt leeft. Als we de koppen bij elkaar steken met 1 op 900 of 1 op 800 inwoners om te zien wat er verkeerd loopt, in overleg met alle andere gezondheidsverantwoordelijken, kunnen we de wijk of buurt heel goed bevatten. Punt 5 tot 12 van artikel 2 blijft onveranderd.

Artikel 3 gaat over gelijke kansen op gezondheidsvlak en gelijke toegangsmogelijkheden tot gezondheidsvoorzieningen en de verwezenlijking daarvan door onder meer fenomenen van sociale uitsluiting tegen te gaan. De mensen van de WGC zeggen steeds dat ze iedereen willen betrekken, maar ze lozen het voorstel vervolgens als 'belangrijkste' fenomeen van sociale uitsluiting. Tot vandaag geloofde ik dat WGC's vooral gesitueerd moesten zijn in buurten met een specifieke problematiek. Ineens moeten ze echter voor iedereen toegankelijk zijn. In de praktijk was dat al zo. Ik woon vlakbij Gent en Eeklo. De mensen die uit een WGC kwamen, waren zeker geen hulpbehoevenden. Het ging onder meer om een restaurantuitbater en een pas afgestudeerde student die oorspronkelijk bij het WGC waren omdat omdat ze het veel beterkoop vonden, maar die het uiteindelijk niet eens waren met de lijn die ze van het WGC moesten volgen. Natuurlijk is dit casuïstiek. In realiteit is er een mengvorm.

De doorsnee patiënt is tevreden met het Belgische systeem en vindt het zeer goed toegankelijk. De problemen moeten worden opgespoord via de huisartsen en eventueel ook via de OCMW's en de andere zorgverleners, die problemen moeten signaleren aan een coördinator. Vervolgens moet met de patiënt overleg worden gepleegd over zijn gezondheid en welzijn. Dat is perfect mogelijk binnen een kring. De gelijke toegang voor iedereen wordt volgens ons perfect gewaarborgd.

Wat moeten we doen met de inwoners van een grootstad die niet in de buurt van een gezondheidscentrum wonen ? In Gent zijn er twee of drie centra voor 240.000 inwoners. Er zijn misschien 5.000 of 6.000 mensen aangesloten bij het WGC. Dat is marginaal. De rest moet maar zien wat ze doen en

een andere vorm van organisatie proberen te vinden. Dat kan niet. Zowel in Gent als in alle andere steden en dorpen denken we dat via de kring een coördinerend beleid moet worden gevoerd. We denken dat er momenteel gelijke kansen zijn en dat er geen WGC's moeten worden opgestart.

Primaire preventie geldt voor de hele bevolking, en niet enkel in de buurt van een WGC, dat bovendien vaak is gelegen in een wijk met zeer specifieke problemen. Een WGC dat aan de rand van Gent ligt, kan niet in Brussel of Antwerpen worden gepositioneerd. Het onderzoek is te beperkt. Volgens ons zijn de huisartsenkringen die overal verspreid zijn, veel beter in staat om gegevens te verzamelen en om aan primaire preventie te doen. Neem maar het voorbeeld van mensen die vlakbij een hoogoven of afvalverbrandingsinstallatie wonen. Dat is een heel specifiek probleem dat enkel lokaal kan worden opgevangen. Moet er een WGC komen naast een verbrandingsoven? Volgens ons kan niet elk probleem in België of Vlaanderen op die manier worden aangepakt. Dat is wel mogelijk via de bestaande structuren of kringen.

Punt drie van artikel 3 gaat over nieuwe vormen van gezondheidscultuur, onder meer door het bevorderen van patiëntenparticipatie en omvattende benaderingen van de gezondheidsnoden, rekening houdend met sociaal-economische en cultureel-antropologische realiteit of leefwereld van de patiënt. De totale benadering van de patiënt in zijn fysieke, psychische en sociale gezondheidswelzijn is bij uitstek het domein van de huisartsen. Suggesteren dat het bij uitstek een gezondheidscentrumproblematiek is, is misleidend.

Dankzij onze plethora – voor één keer positief – zijn we in staat in elke grote straat een huisarts te hebben en iedereen te kunnen benaderen. We zullen zoals in Nederland in achtergestelde buurten geen tekort hebben aan huisartsen. Dat WGC's specifiek voor deze taak geld zouden krijgen, is een onrecht. Huisartsen, verenigd in een lokale kring zijn perfect in staat deze totaalzorg te verlenen in samenspraak met OCMW's, vertrouwenscentra en interculturele bemiddelaars. Geef deze initiatieven financiële ruimte voor heel Vlaanderen.

Punt vier gaat over het leveren van een bijdrage tot het ontwikkelen van een beleid inzake lokale gezondheidsbevordering. Het is een specifieke taak van de huisartsenkring, in samenwerking met andere gezondheids- en welzijnsorganisaties, om zich te engageren in de lokale gezondheidsbeleid. Die taak moet sowieso worden opgenomen in de definitie van huisartsenkring. De pluralistische SIT's

verdienen onze voorkeur. Dat ze vaak niet goed functioneren komt door een gebrek aan geld en coördinatie. Tot wie moeten we ons richten als we iets willen organiseren? Waarvoor hebben we geld? We krijgen niets. Enkel de WGC's zouden geld krijgen. Dat kan niet.

Bij artikel 4 vermeld ik dat territoriale organisatie een essentieel kenmerk van een huisartsenkring is. Een huisartsenkring is meestal spontaan ontstaan in een bepaald werkgebied aan de hand van territoriale en sociaal-economische factoren. Het territorium is meestal goed omschreven en leunt aan bij de bevolking.

Hoofdstuk drie gaat over de erkenningscriteria voor de WGC's. De Vlaamse regering kan op advies zoals bepaald in artikel 8 van dit decreet huisartsenkringen erkennen. Deze punten zijn vergelijkbaar. 'Hun werking kadert in een algemene beleidsdoelstelling.' Dit is typisch voor een kring. 'Ze zijn opgericht als VZW's.' De meeste kringen zijn VZW's. 'Ze hebben een aantoonbare, multidisciplinaire benadering van zowel gezondheids- als eerstelijnszorg.' Dit is het doel zelf. 'Er is een gestructureerde en geformaliseerde samenwerking tussen de huisartsen en alle paramedische en maatschappelijke disciplines die betrokken zijn bij een specifieke patiënt, met name deze met complexe psychische, fysieke en sociale problematiek.' Complex betekent: een begeleiding met minstens drie disciplines of hulporganisaties, of als de patiënt erom vraagt.

Dit overleg moet plaatsvinden via een huisartsenkring, waarin de SIT als overkoepeling zijn medewerking verleent. Punt b is identiek aan ons concept. Volgens punt c moet de samenwerking binnen eenzelfde gebouw gebeuren. 'De samenwerking zoals bepaald supra a en b, dient minimaal te blijken uit het functioneren binnen een huisartsenkringgebied van minstens huisarts, kinesist, verpleegkundige en sociale diensten.' Dit is al ruim geformuleerd. Bovendien moet de huisarts 24 op 24 uur bereikbaar zijn. Wij stellen dat we dit momenteel kunnen vervullen. De verpleegkundigen moeten minimaal halve dagen bereikbaar zijn in de week. In de praktijk zijn momenteel ook de verpleegkundigen 24 op 24 uur bereikbaar.

'Een coördinator in de SIT's begeleidt en formaliseert de samenwerking.' Als er een complexe patiënt is, dan vragen we dat een coördinator de problemen coördineert tussen de soms wel vijftien hulpinstanties en samen met de patiënt een gezondheidsbeleid uitstippelt. Dit kan momenteel. Waarom zouden we dan aparte structuren oprichten?

Punt vier : 'Ze voeren een maatschappelijke diagnosestelling.' Dit blijft. Punt vijf : 'Ze ontwikkelen methodes om cliënten te laten participeren in de werking van wijkgezondheidscentra.' Ook dit blijft, mutadis mutandis, hetzelfde. In Eeklo zijn er heel wat bestaande structuren : zelfhulpgroepen, mutualiteiten, alle soorten bejaardenhulp, de gezondheidsraad, buurtwerking. We moeten ons daar als huisartsenkring achter scharen, maar dan moeten we wel de werkingsmiddelen en de erkenning krijgen. Ook dit hebben we momenteel niet.

Punt zes blijft. Samen met de andere zorgverstrekkersorganisaties methodes zoeken om op lokaal niveau over heel Vlaanderen de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen te waarborgen. De kringen bestaan momenteel in heel Vlaanderen en zijn goed georganiseerd. Ze zijn bereid samen te werken met het beleid om de toekomstige ontwikkeling te bepalen. Momenteel zijn er al specifieke peilingen, maar die kunnen evengoed worden uitgebreid naar de algemene gezondheidstoestand of naar de kwaliteit van de preventie. We zijn daartoe in staat. Tot nu toe gebeurt dit allemaal gratis. Het geld en de erkenning zijn er niet.

Artikel 6 : 'Gezondheids- en welzijnsbevorderende activiteiten zoals bepaald in 5.3.b. moeten op een planmatige en actiegerichte wijze worden georganiseerd.' Hiermee bedoelt men : structurele preventiecampagnes. Elke huisartsenkring organiseert minstens één preventiecampagne per jaar. Ook dit is momenteel de realiteit, zij het niet in elke huisartsenkring. We hebben daarvoor echter geen toestemming, maar doen het uit vrije wil.

De punten twee en drie zijn gelijk. Punt vier : 'Acties voeren rond de verschillende aspecten van de gezondheidspromotie en -preventie, geïntegreerd op individueel, collectief en maatschappelijk niveau. Het ontwikkelen van sociale acties om gezonde levensvoorwaarden te bevorderen kan daar deel van uitmaken.' Rond drugbeleid zijn huisartsenkringen reeds vaak actief. Milieuzaken staan eveneens, wanneer lokaal noodzakelijk, op de agenda, evenals lokale mobiliteitsproblemen. Artikel 7 is gelijklopend.

In hoofdstuk IV zijn de artikelen 7 tot 11 gelijklopend als men de term "huisartsenkring" hanteert. In artikel 12 komt dan te staan : 'In elk geval komt de noodzakelijke coördinator voor een SIT, wat betreft de multidisciplinaire samenwerking in de complexe situatie van de patiënt, in aanmerking voor een 100 percent-subsidiëring, a rato van één voltijdse coördinator met universitaire opleiding of

HOBU-opleiding, in een SIT werkend waarbij de huisartsenkring is aangesloten.'

Men zei dat de SIT alleen voor de thuisgezondheidszorg was. De SIT's moeten echter niet aan huis gaan, maar moeten coördineren. Thuiszorg wil bovendien niet zeggen dat de patiënt nooit meer bij zijn huisarts moet komen. Als men dit dus ruimer bekijkt, kan men stellen dat de SIT's perfect in staat zijn om die coördinatierol over te nemen.

Ze hebben alleen geen geld, of heel weinig. Momenteel krijgen de verzuiilde centra, die alles omvatten, wel geld, vermits de thuisgezondheidszorg nu ook door de mutualiteiten mag gebeuren. In onze gemeente zijn er drie verantwoordelijken voor de thuisgezondheidszorg – één per mutualiteit. Ze zijn weggetrokken van de familiale zorg. Ineens mag er worden verzuiild. Daarvoor kwamen ze niet naar de vergaderingen. Er werd hoogstens iemand afgevaardigd. Plots wordt de thuiszorg verzuiild en worden de zware kanonnen aangeschoven om de thuisgezondheidszorg binnen de zuil zo snel mogelijk in te richten. Als er geld te pakken is, kunnen ze het zo snel mogelijk meenemen.

In artikel 13 moet het woord 'centra' worden vervangen door 'huisartsenkring en SIT's'.

De bedenkingen zijn de volgende. Ten eerste : Vlaanderen kent momenteel een open systeem van eerstelijnszorg. De patiënt kiest vrij zijn hulpverleners, van de huisarts over de verpleegster en de kinesist tot de bejaardenhelpster. De patiënt met complexe problemen komt eveneens in contact met het OCMW, de huisvestingsmaatschappij, het vertrouwenscentrum, enzovoort. Het grote probleem hierbij is het gebrek aan coördinatie.

Ten tweede : de opsporing van sociale uitsluiting is in Vlaanderen geen probleem, want zowel het OCMW als de huisartsen bestrijken het hele terrein. De samenwerking en coördinatie tussen alle zorgenverstrekkers – zorgverlenende diensten laat te wensen over. Dat is het probleem. De zaken moeten samen met de patiënt worden opgelost. Vorig jaar hebben we bijvoorbeeld twee keer vergaderd rond een zeer complex probleem. We hebben in totaal minstens tien uren vergaderd. De zelfstandig werkenden deden dat gratis, want er was geen coördinator.

Ten derde : de gesloten structuur van een wijkgezondheidscentrum beperkt sterk de eigen keuze van de patiënt : eenmaal ingeschreven, moet hij kiezen voor de daar aangeboden hulp. Patiënten met complexe problemen zullen trouwens slechts

in zeer beperkte mate in deze centra geholpen kunnen worden. Ze moeten een beroep doen op het vrijekeuzesysteem. En hoe zit het met bejaarden, de gezins- en kraamhulp, de budgetbegeleiding en problemen met gerechtelijke instanties? Die centra zijn anachronistische eilandjes. Zodra de mensen een stap buiten de centra zetten, zijn ze aangewezen op een totaal ander systeem, waarbinnen de vrije keuze mogelijk is.

Ten vierde : wijkgezondheidscentra zijn marginaal. Momenteel hebben zij ongeveer 40.000 ingeschreven patiënten, of 0,4 percent van de bevolking. Zij worden nu reeds bevooroordeeld door het Riziv : ze krijgen immers een grotere bijdrage voor hun patiënten en subsidies voor hun gebouwen. Door het voorstel worden een beperkt aantal patiënten bevooroordeeld : niet alleen deze met complexe problemen, maar ook zij die het niet nodig hebben. Zelfs als men de reikwijdte verdubbelt of verdrievoudigt, dan bereikt men nog steeds niet meer dan 1 of 2 percent van de bevolking.

Ten vijfde : de wetgever heeft recent nog een aantal maatregelen uitgewerkt om financiële uitsluiting te verminderen : de uitbreiding van het WIG-statuut, de sociale franchise en de SIS-kaart. Een patiënt die op het OCMW beroep doet, betaalt niet voor de geneeskundige zorgen ; hoogstens moet hij bij een consult 50 frank opleggen. Alle medicatie wordt terugbetaald van zodra men daarvoor meer dan 500 frank per jaar moet uitgeven.

Er is een enorm aanbod van hulpverleners-organisaties : huisartsenkringen, kinekringen, verpleegkundigen, mutualiteiten, sociale centra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, gezins- en bejaardenhulpsters, OCMW's, vertrouwenscentra, JAC's, drugpreventiecentra, culturele bemiddelaars, SIT's, Logo's, sociale bouwmaatschappijen, enzovoort. Daarom vragen wij zeker geen nieuwe wijkgezondheidscentra. De betere financiële ondersteuning van het SIT is een eerste vereiste ; de huidige subsidiëring is niet substantieel maar symbolisch. Alle eerstelijnswerkers – de veldwerkers – die in de praktijk willen samenwerken met de patiënt worden daarvoor financieel niet beloond. Er zijn incentives nodig om de mensen op het terrein te stimuleren om beter samen te werken binnen de bestaande structuren.

Of men de gesloten systemen zoals wijkgezondheidscentra moet promoten, is volgens ons een politieke kwestie. Dit systeem verplicht de patiënt namelijk een bepaald systeem te volgen, terwijl meer dan 99 percent van de bevolking en de zorgverstrekkers nu in een open systeem leven. De UHAK

vraagt dat de huisartsenkringen in het decreet wetelijk worden erkend. Zij nemen nu reeds vele coördinerende gezondheidstaken waar, zonder enige subsidie, zonder enige erkenning. Huisartsen binnen een kring zijn samen met OCMW's perfect in staat de mensen die bedreigd zijn met sociale uitsluiting te detecteren.

Samen met alle andere zorgenverstrekkers-organisaties, en in overleg met de patiënt, kan volgens ons binnen onze bestaande structuren – het SIT – een goed gezondheidsbeleid worden gevoerd. Geef de SIT's een coördinator – vergoed de eerstelijnswerkers voor overleg – maar richt geen nieuwe gezondheidscentra op. Vlaanderen is één groot wijkgezondheidscentrum. U bepaalt daarin het beleid.

9.2 Bespreking

De heer Guy Swennen : U spreekt over de SIT's. U assimileert dat bijna volledig met de WGC's. Begrijp ik dat goed? Een SIT is toch absoluut niet vergelijkbaar met een WGC?

De heer Koen Waterschoot : Neen, ik vraag dan ook niet om bijkomende structuren op te richten. Ik vraag enkel om de bestaande te optimaliseren. Er zijn heel wat goed werkende structuren. Bijna alle huisartsen zijn aangesloten bij een kring. We hebben geen enkel statuut voor die kring en we zijn ook niet beveiligd binnen een kring. We doen dat gewoon uit eigen beweging.

De voordelen van een WGC zouden we momenteel in Vlaanderen ook al kunnen bieden als in heel Vlaanderen binnen de bestaande structuren meer samenwerking mogelijk zou worden. U weet echter net zo goed als ik dat de SIT's financieel bijna niets hebben ontvangen. De SIT's hebben een mooi decreet gekregen, maar geen geld. Dat is het probleem. De bestaande structuren moeten mogelijkheden krijgen om te werken. Dat is nu niet het geval. In plaats van nieuwe gezondheidsstructuren te organiseren, die niet iedereen ten goede komen, zou men dus beter de bestaande structuren meer geld geven om hun werking te optimaliseren. Anders zal men een kleine oorlog creëren. Is dat dan de bedoeling?

Als men de bestaande structuren optimaliseert, kan men de mensen helpen die dat echt nodig hebben. Alle nodige structuren zijn er nu dus al, maar jammer genoeg werken ze weinig of niet samen. Dat is echt schrijnend. Er wordt immers geen enkele financiële impuls gegeven om die samenwerking

te stimuleren. Een WGC kan dat geld blijkbaar wel krijgen. De mogelijkheden zijn er dus wel degelijk. Wij kunnen hoogstaand kwalitatief werk verrichten. Maar we moeten een erkenning krijgen, en die is er niet.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Deze uiteenzetting leek me heel duidelijk, maar ik zoek enigszins naar de meerwaarde van het multidisciplinaire. In uw voorstel wordt het begrip wijkgezondheidscentrum louter vervangen door huisartsenkringen. Dan zijn we er niet helemaal. We zijn er wel wanneer u de samenwerking zoekt met de OCMW's en dergelijke. Dat moet worden verankerd. Volgens mij moet er een tussenoplossing mogelijk zijn. Maar u stelt zeer terecht dat de huisartsenkringen op zichzelf reeds samenwerking tot stand proberen te brengen.

De heer Koen Waterschoot : Dat is ook omdat we geen officiële erkenning als kring hebben. Voor de overheid heeft een kring geen betekenis. In Nederland zijn de kringen erkend. Ze worden aangesproken inzake preventie. Ze zijn verplicht om binnen een gemeente de mensen aan te schrijven. Inenting tegen de griep, diabetescontrole : dit alles kan gebeuren vanuit de kring. Bij ons niet. We worden er ook niet voor vergoed. We willen aan preventie doen, maar waar is het geld voor preventie ? Er is sprake van 250 miljoen frank vanwege de Vlaamse overheid voor heel Vlaanderen, en dat is alles. En van het Riziv krijgen we al evenmin geld.

De kring biedt heel wat mogelijkheden. We zijn op het terrein gegroeid. We zijn veel beter en breder verspreid dan de wijkgezondheidscentra.

Dan nog iets over de werklast. Bij ons in de kring is er zaterdagmiddag verplichte wachtdienst. Een of twee dokters zijn van wacht voor een heel weekend. Vanaf zaterdagmiddag zet iedereen zijn antwoordapparaat op : we hebben immers ook nog een familieleven. Er is een avonddienst. We hebben een heel goede kring, maar de meeste kringen verklaren ons voor gek. We hebben daar immers geen wettelijke erkenning voor. Iemand die in het weekend aan terugbetaling werkt, is populair bij de patiënten, want hij is ook altijd bereikbaar. Mocht die verplicht worden om in de kring deel te nemen aan dergelijke initiatieven, dan kan dat niet. Maar nu kan dat wel, want we zijn niet erkend. Huisartsen hoeven immers niet tot kringen te behoren en daarom doet iedereen zijn zin. Iemand die preventie of zo niet belangrijk vindt, doet dat niet. Daar aan kunnen we niets doen.

Mevrouw Patricia Ceysens : Als huisarts bent u verplicht om mee te draaien in een wachtsysteem. Bent u ook verplicht om huisbezoeken af te leggen ?

De heer Koen Waterschoot : Ja.

Mevrouw Patricia Ceysens : Het is me niet duidelijk hoe dat verloopt in wijkgezondheidscentra. Ik heb de indruk dat men daar enkel naar bedienden gaat. Men maakt daar loontrekkenden van.

De heer Koen Waterschoot : In onze deontologie staat dat we zieke mensen moeten helpen. Kunnen ze zich niet verplaatsen, dan moeten we naar hen thuis gaan. In die centra is men evengoed aan die regel gebonden. Er is ter zake geen enkel verschil.

Als zij aan terugbetaling werken en zich inschakelen in een systeem dat voor 99 percent van alle andere zorgenverstrekkers geldt, die dan wel een supplement rekenen, dan is dat vaak heel moeilijk. Er moeten dan goede afspraken zijn. Meestal hebben ze trouwens een eigen wachtsysteem : twee wijkgezondheidscentra werken dan samen om een hele buurt te omschrijven met dit systeem. Voor hen zijn er natuurlijk geen problemen.

Mevrouw Patricia Ceysens : Dat kan toch bijna niet anders.

De heer Koen Waterschoot : Als men niet ingeschreven is, dan mogen zij ook wel het normale tarief rekenen. Dat is een overeenkomst. Alleen voor ingeschreven patiënten is er terugbetaling, maar voor alle anderen wordt het normale tarief aangerekend tijdens de wachtdienst.

De heer Jan De Maeseneer : De reglementering van het Riziv voorziet erin dat patiënten tijdens wachtdiensten, alleen in het kader van weekend- en nachtwachtdiensten, een beroep kunnen doen op de huisarts van wacht. Ter correctie : wijkgezondheidscentra doen gewoon mee met de wachtdienst, zoals alle andere collega's in de buurt. We nemen onze beurt op en doen dat aan de gewone tarieven. Wanneer de bij ons ingeschreven patiënten 's nachts of in het weekend door andere collega's worden onderzocht, dan betalen ze die collega gewoon het volledige bedrag. Vervolgens komen ze met het prestatiebriefje bij ons en het wijkgezondheidscentrum betaalt hen terug. Via de Riziv-bijdrage, die het gemiddelde is, hebben we immers reeds de financiering daarvoor gekregen. Nu kan ik u zeggen : als men drie nachtvisites voor een patiënt moet terugbetalen, dan is men het hele abonnement van een jaar kwijt. Dat is de realiteit. Dat is

de consequentie van het systeem. Voor de individuele vrij gevestigde zorgverstrekkers is er geen enkel verschil. Ze worden evenveel betaald wanneer ze 's nachts bij de ene patiënt, ingeschreven in ons centrum, worden geroepen als bij een andere patiënt, die ergens bij een andere collega of niet is ingeschreven.

De heer Paul Rabau : Een kleine aanvulling. De heer Waterschoot spreekt namens de Unie van Huisartsenkringen. Binnen de kinesithérapie is er ook een unie van zelfstandige kinesitherapeuten, verenigd in kringen. Ze hebben ook al ongeveer 40 kringen, die gewoonlijk samenvallen met wachtkringen van huisartsen. De ervaring leert dat intensieve samenwerking er mogelijk is. We ontmoeten elkaar vrijwel telkens in samenwerkingsinitiatieven per regio. We zien daar ook de zelfstandige verpleegkundigen, de diensten enzovoort. De heer Waterschoot roept op om dat alles te integreren. Wij werken zonder decreet. Het voorstel van decreet van de heer Swennen is overbodig, want het bestaat allemaal al en het heeft geen zin dat allemaal naast elkaar te laten gebeuren.

De heer Koen Waterschoot : Wijkgezondheidscentra zijn geschiedenis. Ze zijn voorbijgestreefd door de realiteit.

De heer Jan De Maeseneer : Ik wil daar nog even op reageren. Ik vind dit een nogal eenzijdige lezing van de geschiedenis. We hebben inderdaad een aantal ontwikkelingen mee gestimuleerd. In de toekomst moet de positie van de huisartsgeneeskunde echter nog worden versterkt. De voorzitter van onze SIT is trouwens één van de huisartsen van de wijkgezondheidscentra. Als u een decreet maakt om de kringen van de huisartsen te erkennen, zal ik dit steunen.

De verslaggever,

De voorzitter,

Ria
VAN DEN HEUVEL

Trees
MERCKX-VAN GOEY
