

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



Zitting 2001-2002

1 juli 2002

VERZOEKSCHRIFT

betreffende de toepassing van het VIPA-decreet

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door de heer Jan Van Duppen, mevrouw Ingrid van Kessel en mevrouw Sonja Becq**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Patricia Ceysens.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van Kessel ;

mevrouw Patricia Ceysens, mevrouw Claudine De Schepper, de heren Jacques Devolder, Koen Helsen ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer Felix Strackx ;

de heren Guy Swennen, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle Heeren, de heren Luc Martens, Paul Van Malderen ;

de heren Jozef Browaeys, Frans De Cock, André Moreau, Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen Van den Eynde ;

de heren Patrick Hostekint, Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Herman Lauwers.

INHOUD

	Blz.
1. Procedure	4
2. Hoorzitting met de verzoeker, de heer Jan De Lepeleire	4
3. Bespreking en conclusie	6
Bijlage : Antwoord van mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, op het verzoekschrift	9

1. Procedure

De commissie bevoegd voor de verzoekschriften (Commissie voor Binnenlandse Aangelegenheden, Huisvesting en Stedelijk Beleid) heeft tijdens haar vergadering van 5 juli 2001 het verzoekschrift van de heer Jan De Lepeleire betreffende de toepassing van het VIPA-decreet (nr. 16 (2000-2001)) ontvankelijk verklaard en voor verdere behandeling doorverwezen naar de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen.

Conform artikel 6, tweede lid, van het decreet van 14 juli 1998 houdende regeling van de bij het Vlaams Parlement ingediende verzoekschriften, werd de verzoeker uitgenodigd gehoord te worden in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen. De verzoeker werd gehoord op 27 september 2001.

Op 2 oktober 2001 heeft de commissie de bevoegde minister, mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, om een reactie gevraagd (antwoord zie bijlage). De commissie besprak het verzoekschrift op 13 december 2001 en 27 juni 2002.

2. Hoorzitting met de verzoeker, de heer Jan De Lepeleire

De voorzitter : Aan de orde is het verzoekschrift van de heer De Lepeleire betreffende de toepassing van het VIPA-decreet (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden).

De heer Jan De Lepeleire : Mevrouw de voorzitter, dames en heren, ik heb gebruik gemaakt van het democratisch recht om een verzoekschrift in te dienen nadat ik bij de administratie vragen had gesteld over de toepassing van het VIPA-decreet. Het decreet regelt de subsidiëring van de bouw van ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, wijkgezondheidscentra voor eerstelijnszorg, enzovoort.

Onder de Vlaamse huisartsen groeit de vraag naar groepsvorming. Die biedt immers heel wat voordelen, al zijn er natuurlijk ook een aantal beperkingen. Groepsvorming past ook in de sociologische evolutie. Onder meer omwille van de feminisering vragen ook de artsen meer tijd voor het gezin, een item waar de Vlaamse regering oog voor heeft.

We proberen uit te zoeken welke materiële mogelijkheden tot groepsvorming bestaan. De economische marges zijn echter heel beperkt. Het grote

aantal huisartsen dat het beroep verlaat, is hiervan het bewijs. In mijn regio heeft 5 percent van de nochtans dynamische en goed draaiende huisartsenkring het beroep vaarwel gezegd. Een aantal ervan zijn naar Nederland getrokken omdat daar een tekort aan huisartsen heerst. Bovendien is er ook een hoge drempel om in het beroep te stappen.

We hebben aan de administratie gevraagd waarom de huisartsengroepspraktijken niet onder dezelfde voorwaarden kunnen vallen als de ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, tuberculosebestrijdingsdiensten, enzovoort. Ik heb vernomen dat ook de jeugdzorg binnenkort op een budget ten belope van 5 miljard frank kan rekenen. De administratie heeft me geantwoord dat dit niet kon, omdat niets is voorzien in de wet. Om hieraan iets te veranderen, ben ik hier terechtgekomen. Ik vraag u om te overwegen of het VIPA-decreet toepasbaar kan worden op de huisartsengroepen. We hebben het over een groep bij samenwerking tussen twee of meer artsen.

Ik ben me er terdege van bewust dat de concrete uitwerking heel wat werk vergt. In mijn voorstel heb ik een aantal opties uitgewerkt, maar natuurlijk zijn die niet te nemen of te laten. Het toeval wil dat ik gisteren met dokter Dewolf van de administratie Gezondheidszorg heb gesproken over het decreet over de eerstelijnszorg dat er wordt voorbereid. Dokter Dewolf staat niet negatief tegenover het voorstel. Hij vindt het punt het overwegen waard, maar wijst erop dat de juridische structuren en de controlesystemen in het oog moeten worden gehouden. Misschien moeten varianten van het bestaande VIPA-decreet worden uitgewerkt. Het is uiteraard de taak van het parlement en in het bijzonder van deze commissie om hierover na te denken en te beraadslagen.

Uit enquêtes blijkt dat de attitudes in en de aanpak van de gezondheidszorg verschillen in Vlaanderen en Wallonië. Toch is de regelgeving federaal. In Vlaanderen krijgen we vaak de indruk dat ons daardoor beperkingen worden opgelegd. Vlaanderen zou het proces van een structurele ondersteuning kunnen sturen en kan een actieve rol spelen bij de ontwikkeling van een volwaardige eerstelijnszorg. Het goed functioneren van een goede gezondheidszorg in zijn geheel, is immers van groot belang. Daarbij moet geenszins afbreuk worden gedaan aan de federale beslissingen en aan de solidariteit. Om de aanwezige dynamiek een duwtje in de rug te geven, kom ik u hier vragen wat u van de zaak denkt.

Ik heb nog een technische opmerking. Het masterplan dat is gekoppeld aan het VIPA-decreet, biedt heel wat mogelijkheden. Door het toepasbaar maken van het VIPA-decreet voor huisartsenpraktijken kan een algemeen kader worden gecreëerd en door de invulling van het masterplan kan een en ander worden gestuurd in de richting van preventie.

Ik ben bestuurslid van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Op die manier heb ik trouwens het VIPA leren kennen en heb ik meegewerkt aan de uitwerking van het masterplan. Via het masterplan kan men een aantal vereisten opleggen voor bijvoorbeeld contractuelen, voor degelijke afspraken over preventie in de zuigelingen-zorg, voor schoolkinderen, via borstkankerscreening, enzovoort. Preventie is wel degelijk een Vlaamse bevoegdheid. We zien hierin een mogelijkheid om – met inachtneming van de federale regelgeving en solidariteit – eigen accenten te leggen. We willen de Vlaamse dynamiek verder stimuleren, om zo te vermijden dat er nog meer mensen naar het noorden vertrekken.

De voorzitter : Dit verzoekschrift heeft de verdienste dat het een inhoudelijke kwestie aankaart, en geen individuele verzuchtingen.

De heer Jan Van Duppen : Het belang van het verzoekschrift van professor De Lepeleire blijkt niet alleen uit de manier van voorstellen, los van persoonlijke verzuchtingen, maar ook uit de gedegen analyse van de problemen van de eerstelijns-geneeskunde.

Sommige parlementsleden zijn zich niet bewust van de ernst van de situatie. Het aantal huisartsen dat elders gaat werken ligt dramatisch hoog. Ze trekken onder meer naar Nederland, waar onlangs nog prachtige fiscale voordelen zijn gecreëerd. Een dokter kan daar dubbel zoveel verdienen voor half zoveel uren werk. De nood is ginder dermate groot dat de Nederlandse centrales voor zorgverstrekking en de Nederlandse overheidsdiensten actief op jacht gaan op de Belgische markt. Het gaat dan niet alleen om een zoektocht naar ziekenhuisbedden en specialisten, maar vooral naar eerstelijns-zorgverstrekkers : huisartsen en verpleegkundigen. We hebben tijdens onze hoorzitting over de geestelijke gezondheidszorg van de Nederlandse vertegenwoordiger van de sector vernomen dat zij een strategie voeren van actieve jacht op psychiaters en kinderpsychiaters. Als we daaraan iets willen doen, en binnen een aantal jaar niet voor een kwantitatief en kwalitatief tekort willen staan, moeten we snel optreden. Zoals de heer De Lepeleire schetst,

zullen de gevolgen voor de organisatie van de preventie in de eerstelijns-geneeskunde en de multidisciplinaire geneeskunde in Vlaanderen op korte en middellange termijn dramatisch zijn.

Een tweede reden waarom het verzoekschrift van de heer De Lepeleire zo belangrijk is en waarom het in deze commissie de nodige aandacht moet krijgen, is dat de minister al gereageerd heeft voor het verzoekschrift geagendeerd was. Ik feliciteer u daarvoor en ik dank de minister. We moeten de brief, waarin de minister haar bezorgdheid over deze zaak uit, in deze commissie in aanwezigheid van de minister eens grondig bekijken. Het heeft immers vergaande consequenties. Ik vraag dan ook om diepgaande gesprekken en overleg hierover. De taak van het parlement op het vlak van controle en beleidsbegeleiding hangt af van onze initiatieven in de komende jaren.

De voorzitter : Mijnheer De Lepeleire, in het verleden was huisarts een beroep dat thuis werd uitgeoefend. Wat is de evolutie ? Huren of gebruiken dokters vaker een ander pand voor hun beroep ? Als we subsidies geven aan een huisartsenpraktijk die thuis wordt uitgeoefend, geven we overheids-geld aan een privé-woonst. Dat ligt toch moeilijk ?

De heer Jan De Lepeleire : Ik heb het bestaande decreet artikel per artikel bestudeerd en uitgezocht wat ik eraan zou veranderen als het voor huisartsen zou gelden. Ik heb uitdrukkelijk vermeld dat het niet kan gaan om praktijksituaties in een privé-woning. Ik heb daar verschillende redenen voor.

Ten eerste ligt dat inderdaad delicaat. Ik zie niet in hoe een parlement, de overheid zo iets kan goedkeuren. Ik zou dat zelf niet kunnen.

Ten tweede is het niet gezond om het ontstaan van groepen te stimuleren die gevestigd zijn in de privé-woning van een van de participerende dokters. Dat geeft coalities en wrijvingen, dat heb ik genoeg zien gebeuren.

Ten derde is het voor de geestelijke gezondheid van de dokters zelf beter om dat niet te doen. Aan studenten geven we de boodschap mee om een thuispraktijk te vermijden. Men kan moeilijk een scheiding aanbrengeven tussen werken en niet-werken.

Ten vierde biedt deze problematiek een kans voor meer multidisciplinaire samenwerking. Ik zie niet in hoe we die kans kunnen grijpen als we ons binden aan een privé-omgeving. Overigens benadrukte ook minister Vogels in een recente brief over dit

onderwerp dat hier mogelijkheden liggen voor meer multidisciplinaire samenwerking. Naar ik gisteren op het kabinet heb vernomen, zou een regeling voor deze kwestie wonderwel passen in de op stapel staande voorbereidende teksten voor het decreet over de eerstelijnszorg, op voorwaarde dat het niet gaat om privé-woningen.

Steeds meer artsen hebben plannen in deze richting. Ze schrikken echter vaak terug voor de hoge kosten. De heer Van Duppen heeft de situatie duidelijk gemaakt. Volgens cijfers van het RIZIV van april 2001 is de gemiddelde omzet van een huisarts 1,6 miljoen frank. Vanzelfsprekend zit daar een grote variatie op. Niemand kan echter ontkennen dat zo'n budget niet toelaat om zich naast een privé-woning ook nog eens een praktijkruimte te veroorloven.

In het dorp waar ik woon, zitten vijf huisartsen verspreid over vier praktijken. We voeren intensieve gesprekken over samenwerkingsmogelijkheden, teneinde voor de patiënten de continuïteit te verzekeren en voor onszelf meer vrije tijd over te houden, bijvoorbeeld voor bijscholing en onderzoek. Sinds jaren werken we op hetzelfde computersysteem. De volgende stap is een gemeenschappelijk gebouw.

Dat deze vraag bij heel veel artsen leeft, blijkt uit verschillende enquêtes die de artsenbladen de afgelopen jaren hebben gepubliceerd, onder meer uit het onderzoek naar burn-out bij artsen. Een derde van de Vlaamse huisartsen was van mening dat structurele steun hen in staat zou stellen zich beter te organiseren. De vraag is groot, maar omwille van de kosten heeft nog maar een klein deel van de artsen deze stap gezet. Hier ligt een kans voor de Vlaamse overheid om een duwtje in de rug te geven. Dit zou perfect passen in het toekomstige decreet over de eerstelijnszorg.

3. Bespreking en conclusie

Vergadering van 13 december 2001

De minister verwijst voor haar antwoord naar het document als bijlage bij dit verslag.

De heer Jan Van Duppen vindt het antwoord positief, en voorzichtig geformuleerd. Volgens spreker is het VIPA een belangrijk instrument in de aanpak van de structurele problemen in de organisatie van de gezondheidszorg. Het lid hoopt dat iedereen in de commissie zich bewust is van de ernst van de si-

tuatie. Het aantal huisartsen neemt zienderogen af. De Nederlandse situatie is een extra belasting voor Vlaanderen, zowel wat huisartsen als (kinder)psychiaters betreft. Het lid hoopt dat in 2002 grondig over de gezondheidszorg doorgesproken wordt. De heer Jan Van Duppen begrijpt het antwoord van de minister : ze wil een fundamentele oplossing bieden, maar binnen de budgettaire mogelijkheden. Spreker is van oordeel dat die onvoldoende zullen zijn en dat een herverdeling noodzakelijk is. Het aanbieden van renteloze of goedkope leningen is een mogelijkheid, maar de kwestie moet aangepakt worden binnen een globale visie. Daar moet dringend werk van gemaakt worden. Over twee jaar studeert het eerste contingent van huisartsen af dat onder de numerus clausus valt. In Wallonië heeft men reeds tweemaal een andere keuze gemaakt : de numerus clausus werd niet ingevoerd voor beginnende studenten geneeskunde. Dit zou na de kandidaturen gebeuren, maar de beslissing over het toetreden tot het RIZIV is ondertussen uitgesteld tot na het afsluiten van de studies. Spreker besluit dat een ernstige organisatie van de gezondheidszorg hoogstnoodzakelijk is.

De heer Jan Roegiers deelt de bezorgdheid van de vorige spreker. Het VIPA-decreet moet in 2002 grondig herbekeken worden. Ook over de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg in Vlaanderen is een gefundeerde gedachteswisseling noodzakelijk. De inbreng van deze commissie is daarbij belangrijk.

Mevrouw Sonja Becq heeft begrip voor de vraag van de verzoeker. In de vorige legislatuur is het VIPA deels opengesteld voor de praktijk van huisartsen via de wijkgezondheidscentra. Spreker vindt dit een niet onbelangrijke impuls, hoewel sommige andere partijen dit niet vonden. Bij de openstelling van het VIPA voor de wijkgezondheidscentra vond de CD&V de link van wijkgezondheidscentra met kansarme gebieden belangrijk. In die zin moet men oog hebben voor huisartsengroepen die dicht bij de mensen staan, en die zowel preventief als curatief een rol opnemen samen met de andere actoren op het terrein van de gezondheidszorg. Het lid wil wel niet overhaast beslissen over de richting die uitgegaan moet worden. Misschien kan het voorstel van decreet van mevrouw Ingrid van Kessel c.s. houdende organisatie, erkenning en subsidiëring van wijkgezondheidscentra (*Parl. St. VI. Parl. 1999-2000, nr. 364/1*) een ankerpunt zijn voor deze discussie. In welke mate wil de overheid de wijkgezondheidscentra erkennen en subsidiëren vanuit het VIPA, goed wetend dat in de nabije toekomst problemen te verwachten zijn met het VIPA in de andere sectoren ? Ook de aangegane engagemen-

ten moeten nagekomen worden. In ieder geval is een ernstig debat noodzakelijk over de vraag aan welke samenwerkingsvormen van huisartsen de Vlaamse overheid impulsen wil geven, hetzij via ondersteuning van de werking, hetzij via financiering van de infrastructuur.

Mevrouw Patricia Ceysens uit haar waardering over het goed gestoffeerde verzoekschrift dat een terechte bekommernis aankaart. De vraag van de verzoekers is terecht. Het VIPA kan volgens de spreker wel niet zomaar opengesteld worden voor de huisartsen. Het verzoek moet in het geheel bekeken worden, met aandacht voor de budgettaire weerslag. Mevrouw Patricia Ceysens oppert hieromtrent hoorzittingen te organiseren. Het verzoek moet ook meegenomen worden bij de bespreking van het ontwerp van decreet over de eerstelijnsgezondheidszorg.

Ingaand op de opmerking van mevrouw Sonja Becq zegt mevrouw Patricia Ceysens dat de VLD-fractie destijds gekant was tegen het feit dat het VIPA enkel voor de wijkgezondheidscentra, en niet tegelijk voor de andere groepspraktijken opgesteld werd.

De minister is te vinden voor de suggestie om het verzoek mee te nemen in de bespreking van het ontwerpdecreet eerstelijnsgezondheidszorg, maar oppert hierover reeds vooraf met de commissie van gedachten te wisselen naar aanleiding van het protocolakkoord met de federale overheid over de eerstelijnsgezondheidszorg. Momenteel is immers de discussie aan de gang over de uitvoeringsbesluiten bij dit akkoord. Een eerste besluit heeft betrekking op de zorgregio's. De federale overheid wil de bepaling van die zorgregio's overlaten aan de gemeenschappen. Vlaanderen beschikt reeds over de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg (SIT's) als structuur; Wallonië moet echter van nul vertrekken. Een tweede besluit gaat over de erkenning van de huisartsenkringen. In tegenstelling tot Wallonië is Vlaanderen geen vragende partij voor de erkenning van de huisartsenkringen als vertegenwoordigers van de huisartsen in het gezondheidslandschap, wel voor de financiering van de wacht-diensten.

De heer Jan Van Duppen steunt het voorstel van de minister. Voorts voegt hij eraan toe dat de overheid strikte voorwaarden moet opleggen inzake het lidmaatschap van de huisartsenkringen, indien men ze wil erkennen als vertegenwoordigers. Nu worden sommige huisartsen van lidmaatschap uitgesloten. Als geen duidelijke criteria opgelegd worden, zal de overheid puur corporatisme steunen.

De minister beaamt dit en zegt geen voorstander te zijn van de erkenning van de huisartsenkringen. Als dit toch gebeurt, moet dit gekaderd worden in een algemene visie op de organisatie van de eerste lijn en van de huisartsen. Voor de huisartsenkringen mag het niet volstaan wacht-diensten of sociale activiteiten te organiseren. Als men structureel het tekort aan huisartsen wil verhelpen, moet structureel gewerkt worden aan samenwerkingsverbanden. Op dit moment wil de federale overheid echter geen RIZIV-middelen vrijmaken voor de ondersteuning van samenwerkingsverbanden. Er blijft dus alleen nog ondersteuning voor de infrastructuur over via het VIPA. Daarom moeten de financiële implicaties bekeken worden.

Vergadering van 27 juni 2002

Volgens de heer Jan Van Duppen heeft de verzoeker terecht aandacht gevraagd voor de situatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het probleem is ondertussen alleen maar toegenomen, maar kan niet opgelost worden op de manier die de verzoeker voorstelt. Een oplossing is alleen mogelijk als de gezondheidszorg gedefederaliseerd wordt, iets waarvoor de minister-president ook pleit in zijn Vlaams Manifest naar aanleiding van de 700ste verjaardag van de Guldensporenslag. Spreker hoopt dat de nieuwe meerderheid na de verkiezingen in 2004 dit als kernthema zal realiseren.

Mevrouw Ingrid van Kessel is verheugd te horen dat de sp-a-fractie voorstander is van een overheveling van de gezondheidszorg naar de gemeenschappen en sluit zich aan bij de vorige spreker.

De commissie meent dat voorlopig geen acties ondernomen kunnen worden. Het thema kan wel terug opgenomen worden bij de bespreking van de evaluatie van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) en bij de bespreking van het ontwerpdecreet eerstelijnsgezondheidszorg.

De verslaggevers,

De wnd. voorzitter,

Jan VAN DUPPEN

Ingrid VAN KESSEL

Sonja BECQ

Riet

VAN CLEUVENBERGEN

BIJLAGE

Antwoord van mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn,
Gezondheid en Gelijke Kansen, op het verzoekschrift

Verzoekschrift nr. 16 (2000-2001) van prof. Jan De
Lepelleire - Toepassing van het VIPA

De VIPA -regelgeving voorziet in investerings-subsidies en -waarborgen voor initiatiefnemers uit de gezondheids- en welzijnssector als die gebouwen oprichten , aankopen, uitbreiden, verbouwen of leasen en als de daarvoor uitrusting of apparatuur aankopen. Op die manier wil de overheid een toegankelijk aanbod van performante zorgvoorzieningen realiseren die op kwalitatief hoogstaande wijze en tegen een verantwoorde kost voorzien in de hedendaagse woon- en zorgbehoeften van de Vlaamse bevolking.

Het VIPA-actieterrein bestrijkt momenteel instellingen in volgende sectoren:

- verzorgingsinstellingen: algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, rust- en verzorgingstehuizen, en de daghospitalisatie binnen een ziekenhuis;
- voorzieningen voor preventieve en ambulante gezondheidszorg: gezondheidscentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, consultatiebureaus voor respiratoire aandoeningen, wijkgezondheidscentra en aanloopadressen voor beschut wonen;
- voorzieningen voor ouderen: rusthuizen , rust-en verzorgingstehuizen, dienstencentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf;
- algemeen welzijnswerk: autonome centra en centra voor teleonthaal;
- voorzieningen voor kinderopvang;
- voorzieningen voor personen met een handicap.

Daarnaast financiert het VIPA het onderhoud, de bouw, de verbouwing en de eerste uitrusting en apparatuur van sommige overheidsinstellingen.

Tot nu toe komt het VIPA alleen tussen in de financieringskosten van gebouwen. De begunstigen zijn geen natuurlijke personen maar rechtspersonen. De tussenkomsten worden verleend omdat deze rechtspersonen niet op een andere manier financiële middelen kunnen genereren om hun gebouwen en/of uitrusting te financieren.

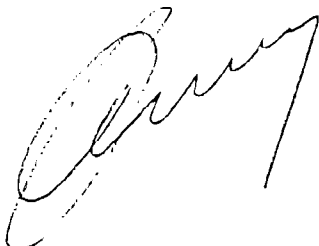
De huisarts wordt inderdaad, net als sommige andere zorgverstrekkers, meer en meer aangesproken om naast de verzorging van eigen patiënten ook opdrachten uit te voeren die in het kader van gezondheidspromotie of ziektepreventie in het algemeen belang.

Om deze complexer wordende opdracht uit te voeren én te combineren met een volwaardig familiaal en sociaal leven, kiezen meer en meer huisartsen om hun taak uit te oefenen in een georganiseerd verband. Dit kan een netwerk van praktijken zijn waar de verschillende huisartsen, ieder vanuit hun eigen kabinet bepaalde afspraken maken rond permanentie, vakanties, enz. Dit kunnen monodisciplinaire associaties of groepspraktijken zijn, maar ook pluridisciplinaire praktijken waar naast huisartsen, andere paramedici of zorgverstrekkers werkzaam zijn.

Op dit ogenblik bestaat in Vlaanderen de tendens tot associëren: enerzijds ontubbelen huisartsen met een grote praktijk zich door te associëren met een collega, anderzijds fusioneren bestaande praktijken. Eén van de factoren die de kansen van het welslagen van dergelijke initiatieven mee bepalen is het beschikken over een afzonderlijk praktijkgebouw. De huidige financiële omkadering van de huisartsen maakt het voor hen echter weinig aantrekkelijk om te investeren in een afzonderlijk praktijkgebouw. Een groot aantal huisartsen, vooral vrouwelijke huisartsen, werken bovendien niet voltijds, waardoor de inkomsten te beperkt zijn om investering in praktijklokalen te verantwoorden.

Om tegemoet te komen aan de huisartsen heeft de wetgever voorzien in fiscaliteitsregels die toelaten dat deze investeringen verhoudingsgewijs kunnen worden gerecupereerd. Niets belet dat deze fiscale regeling ook van toepassing kan zijn voor investeringen in het kader van nieuwe samenwerkingsvormen die kiezen voor een afzonderlijk praktijkgebouw.

Verder wil ik naar aanleiding van de hervorming van het VIPA nagaan of er geen andere mogelijkheden inzake tussenkomst zijn. Ik denk hier bijvoorbeeld aan renteloze of goedkope leningen, of het borgstaan voor leningen. Deze vormen kosten veel minder, men kan een veel groter aantal gegadigden bereiken én de responsabilisering van de sector wordt gehandhaafd. Ik nodig het parlement uit om over deze vormen te brainstormen en tot werkbare voorstellen te komen die én tegemoet komen aan de verzuchtingen van de huisartsen én het voor de gemeenschap budgettair beheersbaar houden.



Mieke Vogels
Vlaams minister van Welzijn,
Gezondheid en Gelijke Kansen