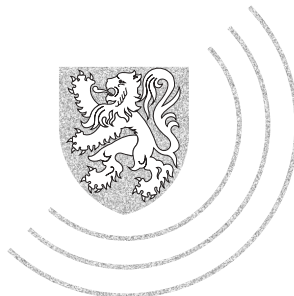


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2001-2002

24 januari 2002

GEDACHTEWISSELING

**over het protocol van 25 juli 2001 gesloten tussen de Federale regering
en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet
met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg**

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door de heer Jan Van Duppen**

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 Frans De Cock, André Moreau, Cis Schepens,
N... ;

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

de heren Patrick Hostekint, Chokri Mahasinne ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

mevrouw Margriet Hermans.

DAMES EN HEREN,

Op 10 januari 2002 vond in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen een gedachtewisseling plaats met mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, naar aanleiding van het protocol van 25 juli 2001 gesloten tussen de Federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het protocolakkoord werd aan de commissieleden overgezonden.

Bij aanvang van de vergadering laat de minister de volgende documenten ronddelen :

- nota aan de ministerraad betreffende het ontwerp van Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, en ontwerp van Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de erkenning van huisartsenkringen
- Ontwerp van Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, door de ministerraad goedgekeurd op 21 december 2001
- Ontwerp van Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de erkenning van huisartsenkringen, door de ministerraad goedgekeurd op 21 december 2001
- Ontwerp van Ministerieel besluit houdende vaststelling van de programmatiecriteria voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, door de ministerraad goedgekeurd op 21 december 2001
- Toespraak 'De toekomstige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen' gehouden op 20 november 2001 op een symposium over de toekomst van de eerstelijnsgezondheidszorg van de SIT 'Diamant' in het provinciehuis te Antwerpen

I. Toelichting door mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen

Mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen stelt dat op 25

juli 2001 een protocol werd gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. De Brusselse ministers Chabert en Gosuin moeten het akkoord nog ondertekenen. Vermoedelijk zal dat in de loop van januari 2002 gebeuren.

Het protocol geeft de intenties weer van de ministers bevoegd voor gezondheidszorg om in opvolging van de verschillende regeerakkoorden de eerstelijnszorg te herwaarderen. Bedoeling is een coherent, kwaliteitsvol, en toegankelijk zorgaanbod op het meest aangewezen niveau te realiseren. Daarbij dient te worden benadrukt dat een protocol geen kracht van wet heeft. De formuleringen zijn enkel richtinggevend. Ze gaan uit van een consensusmodel, en moeten niet door elke gemeenschap op identieke wijze worden ingevuld. Een protocolakkoord is een kader dat een aantal wederzijdse engagementen bevat.

Uit het protocolakkoord vloeien reeds een aantal realisaties voort, zowel op federaal als op Vlaams niveau.

I.a. Federale verwezenlijkingen

- *De geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's)*

De wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging stelt de federale overheid in de mogelijkheid om de GDT's, en via deze weg de eerstelijnsgezondheidszorg, te financieren. Op 21 december 2001 keurde de federale ministerraad het ontwerp van KB tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging goed. In dit KB worden de engagementen van de federale regering die in het protocol worden vermeld, verder gepreciseerd. De federale overheid zal de normen voor de erkenning van de GDT's vaststellen en het aantal diensten programmeren. Het aantal GDT's wordt beperkt tot 1 dienst per 70.000 inwoners. Binnen dit kader moet de Vlaamse overheid de zorgzones afbakenen en de GDT's erkennen. Concreet houdt dit voor Vlaanderen 85 GDT's in. Bovendien mag er slechts 1 GDT per zorgzone werkzaam zijn. Dit is een belangrijk principe, dat aangeeft dat de eerstelijnsgezondheidszorg territoriaal, en niet vanuit de verzuiling, wordt georganiseerd.

Een tweede belangrijke bepaling in het KB is dat de GDT's minstens moeten zijn samengesteld uit huisartsen en verpleegkundigen.

In het KB worden de volgende opdrachten voor de GDT's ingeschreven :

1. onderlinge samenwerking bevorderen (o.a. informatiedoorstroming)
2. waken over het praktisch organiseren en het ondersteunen van zorgverleners bij hun verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging, en meer in het bijzonder bij :
 - de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt ;
 - de uitwerking en de opvolging van een zorgplan ;
 - de taakafspraken tussen zorgverstrekkers ;
 - het multidisciplinair overleg
3. gegevensregistratie
4. samenwerken met andere gezondheidsvoorzieningen

De financiering van de GDT's door de federale overheid is nog niet definitief geregeld. Enerzijds zullen de GDT's door het Riziv worden gefinancierd. Het Riziv zal met drie forfaits werken, een voor de evaluatie van de redzaamheid, één voor het multidisciplinair overleg en één voor de registratie. De GDT's zullen als zorgverstrekker worden aangeduid. Dit is nodig om in aanmerking te komen voor Riziv-middelen. Daarnaast zullen de GDT's ook federale middelen krijgen vanuit Volksgezondheid. Wellicht zal het gaan om een bedrag per inwoner, maar hierover bestaat nog geen zekerheid.

– *Erkenning van de huisartsenkringen*

Op 21 december 2001 heeft de federale minister-raad het ontwerp van KB tot vaststelling van de normen voor de erkenning van de huisartsenkringen goedgekeurd. Er werd zeer lang over het ontwerp gedebatteerd. Voor Vlaanderen was een erkenning van de huisartsenkringen niet noodzakelijk, omdat binnen het Vlaamse model een multidisciplinaire gezondheidszorg kan worden opgestart vanuit de SIT's. Bovendien is Vlaanderen geen voorstander van een erkenning van de huis-

artsenkringen omdat dit leidt tot een extra structuur en bijkomende regelgeving.

Vlaanderen moest evenwel ook met de andere partners rekening houden. Wallonië was wel vragende partij voor een erkenning van de huisartsenkringen. In Wallonië is de realiteit totaal verschillend van die in Vlaanderen. Tot op heden bestaat daar geen regionale samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Van multidisciplinaire samenwerking is men nog verder verwijderd. Daarom wil men in Wallonië een aantal opdrachten inzake samenwerking op de eerste lijn toekennen aan huisartsenkringen.

Daarnaast was ook een groot deel van de Vlaamse huisartsen vragende partij voor een erkenning van de huisartsenkringen. In Wallonië, en in mindere mate ook in Vlaanderen, ontstaat deze vraag vanuit een verdedigingsreflex van de huisartsen ten aanzien van de specialisten die hun zorgverlening zeer gestructureerd uitbouwen in de regio waar het ziekenhuis waaraan zij verbonden zijn een zorgaanbod aanbiedt.

In Vlaanderen is de eerstelijnsgezondheidszorg niet gebaat met een afzonderlijke erkenning van eerstelijnsdisciplines. Indien huisartsenkringen worden erkend, zouden ook kringen van verpleegkundigen, kinesisten en orthopedagogen moeten worden erkend. Na lang overleg werd ingezien dat de erkenning van de huisartsenkringen evenwel noodzakelijk is om in heel België de eerstelijnsgezondheidszorg te kunnen organiseren. Het KB hoeft voor Vlaanderen geen belemmering te zijn om een eigen visie te kunnen uitwerken.

De hoofdplicht die in het KB aan de huisartsenkringen wordt toegekend, is de organisatie van de huisartsenwachtdiensten. Er wordt ook een aanvaardingsplicht opgelegd, waardoor huisartsenkringen geen artsen kunnen weigeren in hun regio. Indien binnen een huisartsenkring bepaalde artsen tot een deelgroep behoren die systematisch in de minderheid wordt geplaatst met betrekking tot de vertegenwoordiging of de organisatie van de wachtdienst, dan wordt op eenvoudige vraag een vertegenwoordiger van deze deelgroep als volwaardig bestuurslid opgenomen in de raad van bestuur, op voorwaarde dat minstens 5 percent van de leden zijn kandidatuur steunt. Daarnaast worden nog een aantal andere verplichtingen opgelegd zoals registratie van de wachtdiensten en jaarverslagen met resultatenrekeningen.

Er blijven evenwel een aantal knelpunten bestaan, zoals de territoriale indeling. De huidige huisart-

senkringen vallen niet noodzakelijk samen met de Vlaamse zorgregio's. Momenteel wordt aan een KB gewerkt dat de voorwaarden voor de financiering van huisartsenkringen bevat. Vlaanderen heeft erop aangedrongen dat in het KB wordt bepaald dat de huisartsenkringen zich moeten inschakelen in de zorgregio's die door de Vlaamse overheid zullen worden afgebakend. Vlaanderen had ook een aantal opdrachten die in het KB aan de huisartsenkringen worden toegekend, liever multidisciplinair toegewezen, bijvoorbeeld de promotie van de eerstelijnsgezondheidszorg en het optimaliseren van de multidisciplinaire samenwerking. Vlaanderen beschouwt dit als opdrachten voor alle eerstelijnswerkers, en niet enkel voor de huisartsen.

Het ontwerp van KB ter financiering van de huisartsenkringen werd nog niet goedgekeurd door de ministerraad. Bijgevolg bestaat er op dit ogenblik nog geen duidelijkheid over de basissubsidie per inwoner per huisartsenkring.

I.b. Vlaamse verwezenlijkingen : een voorontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg

De Vlaamse Gemeenschap werkt momenteel aan de voorbereiding van een ontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg. Dit decreet is om tal van redenen nodig. Ten eerste dekken de GDT's zoals ze federaal worden gedefinieerd, onvoldoende de noden. Geïntegreerde thuisverzorging is immers onvolledig wanneer men enkel de gezondheidsberoepen betreft. Een goede zorgverlening vraagt ook de betrokkenheid van de thuiszorg, het maatschappelijk werk en andere welzijnswerkers zoals ergotherapeuten. De multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen moet, in het kader van de Vlaamse bevoegdheid, voor de eerstelijnsgezondheidszorg worden verankerd. Het federale niveau is enkel bevoegd voor de medische beroepen (artsen en verpleegkundigen).

Ten tweede is het Vlaamse concept van eerstelijnsgezondheidszorg ruimer dan het 'thuis verzorgen' van een persoon. In het voorontwerp wil men dan ook de GDT's verruimen. Bedoeling is ook de apothekers, de kinesisten en ergotherapeuten te betrekken, en aandacht te hebben voor een naadloze overgang tussen residentiële en ambulante verzorging.

Ten derde wil het voorontwerp de bestaande dynamiek in Vlaanderen versterken. Deze dynamiek is vooral vanuit initiatieven aan de basis ontstaan. Daarom wil men de basis ondersteunen, in plaats van structuren van bovenop op te leggen. Men wil in elk geval overregulering vermijden, te meer daar

dit door gezondheidswerkers als zeer hinderlijk wordt ervaren.

Ten vierde biedt het voorontwerp een decretale onderbouw voor de SIT's (samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging) en de palliatieve netwerken, waarvoor de regelgeving tot op heden enkel op besluiten is gebaseerd.

Ten vijfde ontbreekt in Vlaanderen een regelgeving voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Het voorontwerp vult deze lacune op.

Het is een uitdaging om binnen de soms complexe bevoegdheidsverdeling een regelgeving uit te werken die zo doelmatig mogelijk de middelen afkomstig van de verschillende beleidsniveaus samenbrengt daar waar nodig. De zorgvraag zal daarbij centraal staan. Een holistisch mensbeeld en een multidisciplinaire zorgverlening zullen het uitgangspunt zijn.

Het voorontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg bevat vijf krachtlijnen.

1) Territoriale organisatie van de zorg

In het voorontwerp wordt Vlaanderen op basis van sociaal-demografische gegevens ingedeeld in zorgregio's. Daarbij wordt uitgegaan van de situatie op het terrein. Er wordt nagegaan waarheen de bevolking zich voor zijn 'dagelijkse' behoeften begeeft.

De zorgaanbieders tot wie de bevolking zich in eerste instantie richt met zijn zorgvraag, vormen het 'eerstelijnsniveau'. Om de eerstelijnsgezondheidszorg beter te organiseren, wordt Vlaanderen ingedeeld in zorgregio's. De zorgregio's vormen de bouwstenen voor de nieuwe organisatiestructuur van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Om de zorgregio's op basis van sociaal-demografisch gegevens te definiëren, werd een beroep gedaan op professor Van Hecke van de KU Leuven. Hij heeft Vlaanderen ingedeeld in 120 zorgregio's. Het is de bedoeling dat in de toekomst in elke zorgregio een SEL (samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg) actief is. Daarbij dient te worden opgemerkt dat er op dit ogenblik in Vlaanderen reeds 116 SIT's (samenwerkingsinitiatieven thuiszorg) zijn. De werkgebieden van de huidige SIT's vallen wel niet altijd samen met de zorgregio's zoals ze door professor Van Hecke werden omschreven.

Als men uitgaat van sociaal-demografische gegevens, zouden er in Vlaanderen 120 zorgregio's

nodig zijn om op de eerste lijn de zorgvragen van de bevolking te kunnen beantwoorden. Op basis van het protocol kan de federale overheid echter slechts maximaal 85 GDT's programmeren. Om de GDT's en de zorgregio's op elkaar te kunnen afstemmen, zullen SEL's moeten samenwerken om 1 GDT te vormen. Deze samenwerking komt het best spontaan tot stand. Wel moet men erover waken dat de indeling in zorgregio's niet verloren gaat. Indien een GDT meerdere zorgregio's overkoepelt, dan moet het gaan om twee of drie aansluitende zorgregio's die passen in het model.

De territoriale organisatie van de eerstelijnszorg gebeurt in uitvoering van het protocol, dat bepaalt dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de afbakening van de territoriale omschrijvingen.

2) Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's)

De Vlaamse overheid wil binnen elke zorgregio één SEL erkennen en financieren. In het voorontwerp wordt niet meer gesproken over SIT's (samenwerkingsinitiatieven thuisverzorging). Reden is dat de SIT's enkel op thuisverzorging gericht zijn, terwijl de eerstelijnsgezondheidszorg meer is dan dat.

In het voorontwerp wordt ook niet gesproken over eerstelijnsdiensten, maar wel over samenwerkingsinitiatieven, dit om duidelijk te maken dat de overheid zelf geen dienstverlening zal inrichten, en enkel de samenwerking tussen bestaande dienstverlening wil bevorderen.

De taken van de huidige SIT's zullen worden overgenomen door de SEL's. Om deze taken te kunnen uitvoeren, krijgen de SEL's de middelen die nu vanuit Vlaanderen naar de SIT's gaan. Daarnaast zullen de SEL's ook de federale taken van de GDT's op zich nemen. Daartoe krijgen ze de federale middelen die voor de GDT's worden uitgetrokken. De SEL's zullen dus zowel Vlaamse als federale opdrachten moeten uitvoeren, en hiervoor over Vlaamse en federale middelen beschikken. Er zal dus geen extra structuur ontstaan. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de bezorgdheid op het terrein.

Via de erkenning van de SEL's zal de Vlaamse overheid eigen accenten kunnen leggen naast de federale accenten. Een van die accenten is dat naast huisartsen en verpleegkundigen ook diensten voor gezinszorg en het OCMW, rechtstreeks of via het lokaal dienstencentrum, in het SEL moeten vertegenwoordigd zijn. Indien een bepaalde be-

roepsgroep wil deelnemen aan het samenwerkingsinitiatief, moet die kunnen bewijzen dat ze minstens 50 percent van de aangeboden dienstverlening in de regio vertegenwoordigt. In principe kunnen diensten niet worden geweigerd wanneer zij aan deze voorwaarde beantwoorden.

Een ander accent is dat een verplichte en gestructureerde samenwerking van een SEL met bepaalde diensten kan worden opgelegd. Er wordt dan onder meer gedacht aan samenwerking met thuisvervangende milieus, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, ziekenhuizen, ambulante specialistische zorg met inbegrip van centra voor geestelijke gezondheidszorg.

De Vlaamse overheid kan ook een klachtenmeldpunt en klachtenbemiddeling instellen. De ondersteuning van de wachtdiensten en permanenties, en het overlegplatform en aanspreekpunt kunnen nader worden bepaald. De registratie vanuit Vlaamse invalshoek kan worden verfijnd.

De financiering van de SEL's door de Vlaamse overheid is nog niet definitief geregeld. Deze zal worden bepaald in functie van de federale financiering. De Vlaamse overheid wil eerst weten welke prestaties van de GDT's door het Riziv zullen worden gefinancierd, en hoe Volksgezondheid de GDT's zal financieren. Indien Volksgezondheid de GDT's zal financieren op basis van het aantal inwoners bijvoorbeeld, dan zal de Vlaamse regelgeving misschien voor de landelijke gebieden voor een compensatie moeten zorgen. De financiering zal dus niet enkel meer op basis van het aantal zorgplannen gebeuren.

Op termijn is het de bedoeling dat ook de LOGO's worden afgestemd op de indeling in zorgregio's, en dat hun werkgebied samenvalt met dat van enkele SEL's.

3) Samenwerking op het niveau van de praktijk

De minister verwijst naar het verzoekschrift van de heer Jan De Lepeleire, waarin de problematiek van de samenwerking tussen huisartsen enerzijds, en tussen huisartsen en paramedici of zorgverstrekkers anderzijds duidelijk naar voren komt (Verzoekschrift Nr. 16 (2000-2001)). Voor de minister is de centrale vraag hoe het beroep van huisarts in de toekomst verder zal evolueren. In de praktijk ontstaan op tal van plaatsen spontaan allerlei vormen van samenwerking, gaande van een netwerk van afzonderlijk gevestigde huisartsenpraktijken, over monodisciplinaire groepspraktijken tot multidisciplinaire wijkgezondheidscentra. Er zijn daarbij

twee constanten. Ten eerste erkent iedereen dat samenwerking een meerwaarde biedt, maar dat het niet aan de overheid toekomt om een bepaalde soort samenwerking op te leggen. Ten tweede erkent iedereen dat samenwerking spontaan moet groeien, en door de veldwerkers moet worden gedragen, maar dat samenwerkingsinitiatieven wel vaak mislukken door de aanwezigheid van een aantal drempels of lacunes in de bestaande wetgeving. De Vlaamse overheid is er zich van bewust dat er geen samenwerkingsvorm bestaat die in alle situaties de beste kwaliteit garandeert. In een wijk waar veel sociaal zwakkeren wonen, kan de uitbouw van een multidisciplinair wijkgezondheidscentrum de beste manier zijn om een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg te garanderen. In een residentiële wijk kan daarentegen een netwerk van afzonderlijke praktijken een even goede of zelfs betere kwaliteit bieden.

Het voorontwerp van decreet legt de basis om een aantal vormen van samenwerkingsinitiatieven op de eerste lijn te definiëren en te ondersteunen, gaande van monodisciplinaire samenwerking tussen huisartsen tot multidisciplinaire samenwerking met andere beroepsgroepen. Het zou aangewezen zijn indien het debat over het voorstel van decreet van mevrouw Ingrid van Kessel c.s. houdende organisatie, erkenning en subsidiëring van wijkgezondheidscentra wordt gevoerd rekening houdend met de krachtlijnen van het voorontwerp van decreet (*Parl. St. VI. Parl. 1999-2000, Nr. 364/1*)

4) *Maatschappelijk werk en gezondheidszorg bij elkaar brengen*

Binnen het decreet algemeen welzijnswerk bestaat er een grote spanning tussen enerzijds de autonome centra voor algemeen welzijnswerk, en anderzijds de ingebouwde centra voor algemeen welzijnswerk. Deze laatste zijn werkzaam binnen de mutualiteiten. Hun doelstellingen, cliëntenbereik en deskundigheid verschillen sterk van die van de autonome centra. De deskundigheid en dagelijkse werking van de ingebouwde centra sluit veel nauwer aan bij de gezondheidszorgproblematiek, dan bij de opdrachten van het algemeen welzijnswerk. Bovendien worden de ingebouwde centra zowel door de Vlaamse als door de federale overheid gefinancierd. Deze dubbele financiering moet worden vermeden.

De eerstelijnswerkers zijn vragende partij voor meer aandacht voor het maatschappelijk werk binnen de eerstelijnszorg. Vandaar dat het de bedoeling is om het takenpakket van de ingebouwde centra ook te oriënteren naar het maatschappelijk

werk dat kadert binnen de gezondheidszorg. In het voorontwerp is dus een verantwoordelijkheid weggelegd voor de mutualiteiten. Binnen de betrokken zorgregio zullen zij nauw dienen samen te werken met het SEL.

5) *Ondersteunend expertisenetwerk decretaal ondersteunen*

Bepaalde deskundigheden zijn voor de eerstelijnszorg zeer belangrijk maar kunnen niet per zorgregio worden georganiseerd, bijvoorbeeld de ondersteuning van de thuiszorg van dementerende personen en de ondersteuning van de palliatieve zorg. Het is de bedoeling dat een ondersteuningsnetwerk heel Vlaanderen en Brussel bestrijkt, al dan niet met regionale ankerpunten. Dit zal decretaal worden geregeld. Daarbij zal erover worden gewaakt dat de netwerken niet zelf de zorgvragen van individuen invullen. Wel moeten zij de lokale zorgverleners de nodige ondersteuning bieden.

II. Bespreking

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt wat het verschil is tussen een samenwerkingsakkoord en een protocol. Voorts vindt de spreker dat een samenwerkingsakkoord in het parlement zou moeten worden besproken vooraleer het door de verschillende regeringen wordt afgesloten. Wanneer het samenwerkingsakkoord voor goedkeuring in het parlement voorligt, mag er immers niets meer aan worden gewijzigd.

De minister antwoordt dat een protocol een engagement tussen ministers is. Juridisch is het niet afdwingbaar. Het was de bedoeling dat voorliggend protocol op termijn wordt omgezet in een samenwerkingsakkoord. Een samenwerkingsakkoord heeft een wettelijke grond en moet door alle betrokken parlementen worden goedgekeurd. Voor een parlement is het inderdaad niet aangenaam dat een samenwerkingsakkoord niet meer zou mogen worden gewijzigd wanneer het in het parlement wordt besproken. Het voordeel van de werkwijze die voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gehanteerd, is dat het parlement wél degelijk wordt betrokken. Indien er later een samenwerkingsakkoord wordt opgesteld, kan immers rekening worden gehouden met de eventuele opmerkingen die de commissieleden vandaag reeds formuleren.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel vraagt wat de vooropgestelde timing is voor het samenwerkingsakkoord. De minister antwoordt dat het belangrijk is

dat het ontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg zo snel mogelijk wordt goedgekeurd, omdat de Vlaamse regering een aantal zaken die deze legislatuur werden opgestart, decretaal wil verankeren. Het ontwerp van decreet kan wel reeds worden goedgekeurd vooraleer er een samenwerkingsakkoord is. De bedoeling van het protocol, en later van het samenwerkingsakkoord, is enkel om het Vlaamse eerstelijnsdecreet te laten aansluiten bij federale initiatieven, en te vermijden dat de volgende federale regering plots andere regionale omschrijvingen erkent of totaal andere functies financiert.

De heer Jan Roegiers vraagt of de minister de teksten van het voorontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg reeds ter beschikking van de commissieleden kan stellen. De minister antwoordt dat dit nog niet kan. De teksten moeten nog worden verfijnd in de interkabinettenwerkgroep. Ook de partners op het terrein moeten nog worden geraadpleegd. De krachtlijnen werden daarnet wel toegelicht. De commissieleden kunnen deze ook terugvinden in de tekst 'De toekomstige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen', die zonet werd rondgedeeld.

Mevrouw Patricia Ceysens stelt dat de VLD-fractie niet erg enthousiast is over het protocol. De spreker heeft de indruk dat op heel sturende wijze één zeer grote dienst per regionaal afgebakend territorium zal worden ingesteld. Ook het begrip GDT is niet gelukkig gekozen, omdat het woord 'dienst' dienstverlening suggereert, terwijl het hier gaat om een soort van platform. Het protocol, waarin staat dat de gemeenschappen de geïntegreerde diensten erkennen, doet verkeerdelijk denken dat de gemeenschappen dienstverlening zullen uitbouwen.

De minister antwoordt dat in het protocol het begrip 'dienst' wordt gebruikt omdat de wet van 27 juni 1978 bepaalt dat de federale regering enkel diensten kan financieren. Er wordt ook gesteld dat de GDT's 'prestaties' moeten leveren, terwijl zij in de praktijk geen prestaties leveren maar vormen van samenwerking ondersteunen. Reden is dat de GDT's mede door het Riziv worden gefinancierd, en dat voor de Riziv-financiering het begrip 'prestaties' wordt gehanteerd. Het gebruik van de begrippen 'dienst' en 'prestaties' moet dan ook worden gezien als een juridische vertaling die de financiering van de GDT's door de federale overheid mogelijk maakt.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen betreurt dat er voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg niet wordt uitgegaan van de Vlaamse gebieds-

omschrijving 'zorgregio', maar wel van de federale gebiedsomschrijving 'zorgzone' die voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging wordt gehanteerd. De spreker vindt het belangrijk dat de eerstelijnsgezondheidszorg wordt uitgebouwd vanuit de Vlaamse visie, omdat die uitgaat van een welzijnsinvalshoek, en niet vanuit de federale visie, die medisch georiënteerd is. De spreker vraagt of er werd overwogen om het federale beleid af te stemmen op het Vlaamse, in plaats van het Vlaamse op het federale? De spreker beseft wel dat het moeilijk is om de zorgregio's als vertrekpunt te nemen zolang deze nog niet duidelijk omschreven zijn. Hoe zien de zorgregio's eruit die door professor Van Hecke werden gedefinieerd?

De minister antwoordt dat het Vlaamse beleid niet gebaseerd is op de federale indeling in zorgzones. Vlaanderen heeft na langdurig overleg verkregen dat in het protocol wordt opgenomen dat het de gemeenschappen zijn die instaan voor de afbakening van de territoriale omschrijvingen. De enige beperking die aan de gemeenschappen wordt opgelegd, is dat er maximaal 85 GDT's mogen worden erkend, dat is 1 GDT per 70.000 inwoners. Vlaanderen zal de zorgregio's evenwel niet op basis van inwonersaantallen, maar wel op basis van veel ruimere sociaal-demografische gegevens omschrijven. Op basis van deze sociaal-demografische gegevens zijn er 120 zorgregio's nodig om de behoeften te dekken. Vervolgens zal Vlaanderen de 120 zorgregio's wel tot 85 GDT's moeten reduceren. Dit kan door in sommige zorgzones twee zorgregio's te laten samenwerken onder de koepel van één GDT.

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt of dit geen problemen stelt voor de financiering, aangezien deze wordt bepaald op basis van het criterium van maximaal 85 GDT's, en 1 GDT per 70.000 inwoners. De heer Pieter Vandenbulcke, kabinetsmedewerker, verduidelijkt namens de minister dat de norm van 70.000 inwoners dient om te bepalen hoeveel GDT's elke gemeenschap mag inrichten. Het is niet zo dat een GDT minstens een gebied met 70.000 inwoners moet bestrijken. Wel is het zo dat er in Vlaanderen op basis van het criterium 1 GDT per 70.000 inwoners maximaal 85 GDT's kunnen worden erkend. Het is mogelijk dat een GDT werkzaam is in een zorgzone met 30.000 inwoners, en een ander GDT in een zorgzone met 250.000 inwoners.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt of een grote stad volgens deze redenering uit twee zorgzones kan bestaan. De heer Pieter Vandenbulcke antwoordt bevestigend. Hij voegt er wel aan toe dat

het werkgebied van de twee GDT's elkaar niet mag overlappen.

De heer Pieter Vandenbulcke verduidelijkt voorts dat er geen problemen zijn voor de financiering wanneer twee SEL's van twee zorgregio's samenwerken om één GDT te vormen. De middelen zullen in dat geval niet gelijk over de twee SEL's worden verdeeld, maar wel proportioneel. Dit is perfect mogelijk, aangezien zowel het aantal zorgplannen als het aantal inwoners per SEL gekend is. Dit lijkt een vrij ingewikkelde constructie, maar deze is noodzakelijk om de federale middelen te kunnen samenbrengen op het laagste niveau, de zorgregio.

De heer Pieter Vandenbulcke stelt voorts dat de financiering van de GDT's nog niet rond is. Oorspronkelijk was het de bedoeling per GDT een forfait van bijvoorbeeld 1 miljoen frank toe te kennen. Vlaanderen was hier echter geen voorstander van. Een kleine GDT zou dan in verhouding meer middelen krijgen dan een grote GDT. Zo dreigt het gevaar dat men gaat samenwerken omwille van het geld in plaats vanuit een plaatselijke dynamiek. Dit wil men ten allen prijze vermijden. Tot nu toe bestaat de afspraak dat er geen forfait per GDT zal worden toegekend.

Mevrouw Sonja Becq vraagt of ze het goed begrijpt dat er enerzijds federale GDT's zijn, en daarnaast ook SEL's. De SEL's zouden enerzijds de taken van de GDT's overnemen, waarvoor ze door het federale niveau worden gefinancierd, en daarnaast ook de Vlaamse taken van de huidige SIT's overnemen.

De heer Pieter Vandenbulcke antwoordt dat men de constructie nog duidelijker kan voorstellen. Een SEL is in principe hetzelfde als een GDT, met dien verstande dat een aantal SEL's moeten samenwerken omdat er maar 85 GDT's mogen worden erkend. Een aantal SEL's zullen autonoom zijn, een aantal andere zullen samenwerken. Het is ook mogelijk dat er geen 120 SEL's, zoals professor Van Hecke aangeeft, maar bijvoorbeeld maar 100 SEL's zullen nodig zijn in Vlaanderen. In dat geval zullen minder SEL's moeten samenwerken. In Vlaanderen zal niet meer worden gesproken over GDT's, maar wel over SEL's. Om administratief in orde te zijn en federale middelen te krijgen, worden in Vlaanderen de SEL's (te vergelijken met de huidige SIT's) als GDT's erkend. Een SEL zal dus moeten beantwoorden aan de criteria die het federale niveau voor de erkenning van de GDT's oplegt.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel vraagt wie de eindverantwoordelijkheid draagt voor de werking van de SEL's. Deze krijgen immers zowel federale als Vlaamse opdrachten en Vlaamse en federale middelen. De heer Jan Van Duppen vindt dat mevrouw Ria Van Den Heuvel een zeer belangrijke vraag stelt. Hij vermoedt dat er terzake in de toekomst heel wat problemen zullen rijzen. De minister antwoordt dat elke overheid die taken zal controleren die zij financiert. Men wil het wel allemaal zo eenvoudig mogelijk houden. Bij de verdere uitwerking van de regelgeving zullen met het federale niveau een aantal afspraken moeten worden gemaakt. Zo is het zeker niet de bedoeling dat de SEL's twee jaarverslagen opstellen, een voor de Vlaamse en een voor de federale overheid.

Mevrouw Sonja Becq stelt vast dat de nieuwe regelgeving enkel gericht is op een betere coördinatie van de bestaande dienstverlening, en niet op een uitbouw van de dienstverlening. De minister antwoordt dat dit inderdaad zo is. Aangezien een van de opdrachten van de SEL's is om te registreren, zullen tekorten in de regio's wel duidelijk worden. Op termijn zullen de SEL's bijgevolg een instrument worden voor de invulling van de programmatie.

Mevrouw Sonja Becq stelt vast dat de Vlaamse overheid reeds herhaaldelijk heeft gepleit voor een grotere betrokkenheid van de thuiszorg bij de gezondheidszorg. Hoe denkt de minister de thuiszorg bij de SEL's te betrekken? De minister antwoordt dat indien binnen een zorgregio initiatieven niet-medische thuiszorg aanwezig zijn, deze vanzelfsprekend in het SEL zullen vertegenwoordigd zijn. Geen enkele dienst die minstens 50 percent van de zorg in de regio vertegenwoordigt, kan worden geweigerd. In het kader van de evaluatie van het thuiszorgdecreet worden momenteel ook gesprekken gevoerd tussen Welzijn en Gezondheid om in het ontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg een link te leggen tussen Welzijn en Gezondheid. De heer Pieter Vandenbulcke antwoordt aanvullend dat de multidisciplinaire samenwerking verder reikt dan de medische disciplines. Men wil de SEL's wel niet verplichten om met alle diensten samen te werken om voor erkenning in aanmerking te komen. Wanneer een bepaalde dienst niet wil meewerken, zou het SEL hierdoor immers geblokkeerd worden. Om dit te vermijden opteert men ervoor om een onderscheid te maken tussen enerzijds diensten die verplicht moeten deel uitmaken van het SEL, en anderzijds diensten waarmee structureel kan worden samengewerkt. Dit onderscheid moet een soepele werking mogelijk maken.

Uiteraard is het de bedoeling dat zoveel mogelijk diensten aan de samenwerking deelnemen.

Mevrouw Sonja Becq wil ook weten hoe de Logo's bij de SEL's zullen worden betrokken. De minister antwoordt dat het de bedoeling is dat mettertijd het werkgebied van een Logo samenvalt met dat van enkele SIT's samen. Wie op het laagste niveau van de zorgregio meewerkt, zou dan ook op het hogere niveau binnen de Logo meewerken. Zo ontstaat een betere doorstroming van de eerste lijn naar de Logo's.

Op een vraag van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen of er binnen de eerstelijnsgezondheidszorg aandacht zal zijn voor preventie, en of deze multidisciplinair zal worden benaderd, antwoordt de minister dat de Logo's onder meer als opdracht hebben om preventief te werken.

Mevrouw Ingrid van Kessel stelt vast dat de SEL's onder meer de evaluatie van de zelfredzaamheid en gegevensregistratie als opdracht hebben. Daar zullen zij personeel voor nodig hebben, terwijl deze taken op dit ogenblik reeds worden uitgevoerd door de verschillende partners die aan het SEL zullen deelnemen. De minister antwoordt dat de SIT's momenteel inderdaad al aan gegevensregistratie doen. De heer Pieter Vandenbulcke verduidelijkt dat de SEL's vooral een ondersteunende taak krijgen ten aanzien van de verschillende diensten die nu reeds actief zijn op het vlak van de evaluatie van de zelfredzaamheid. Het is de bedoeling dat een SEL iedereen die in de betrokken regio aan zorgindicatie doet, ondersteunt om volgens hetzelfde stramien te werken. Het SEL zal dus niet zelf aan zorgindicatie doen. De personen die voor een SEL werken, zullen personen zijn die elders worden vrijgesteld, zoals dat nu ook al voor de SIT's het geval is.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vernam dat het de bedoeling is dat het ontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg nog in 2002 zou worden goedgekeurd. In dat geval moet de begroting 2002 reeds middelen bevatten voor de uitvoering van dat decreet. De spreker vermoedt dat bij de omvorming van de SIT's naar SEL's de middelen van de SIT's naar de SEL's worden overgeheveld, maar zijn er ook extra middelen in de begroting ingeschreven, bijvoorbeeld voor de erkenning van de huisartsenkringen en het opvullen van de hiaten in de federale financiering? De minister antwoordt dat het ontwerp van decreet eerstelijnsgezondheidszorg in het beste scenario eind 2002 wordt goedgekeurd. De begroting 2002 bevat reeds de middelen voor de SIT's, de palliatieve netwerken

en de netwerken voor dementerende personen. Daarnaast is voor 2002 nog 620.000 euro (ongeveer 25 miljoen frank) extra ingeschreven voor de uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoe de middelen op termijn zullen evolueren, is afhankelijk van heel wat elementen. Het is nu nog te vroeg om daar reeds een zicht op te hebben.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen pleit ervoor dat voor alle sectoren en vormen van dienstverlening dezelfde territoriale omschrijving wordt gehanteerd, ook voor de territoriale omschrijvingen die vandaag niet werden vermeld, zoals de MUG's (medische urgentie-groepen), en die die voor de zorgplannen van de rustoorden worden gehanteerd. De minister antwoordt dat de overheid een visie op de territoriale indeling in zorgregio's uitwerkt die van toepassing is voor alle sectoren. Mevrouw Sonja Becq vraagt of ook de gehandicaptensector wordt meegenomen. De minister antwoordt dat dit op termijn het geval zal zijn. Voorts pleit mevrouw Riet Van Cleuvenbergen voor een duidelijk taalgebruik. Onder meer het begrip SEL is allesbehalve duidelijk.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen merkt ook nog op dat de registratie van zorgverstrekkers momenteel door de Federale provinciale geneeskundige commissies gebeurt. Kan dit in de toekomst niet op een andere manier gebeuren? Voorts stelt de spreker vast dat de provincies totnogtoe vrij spontaan een coördinerende functie hebben opgenomen. Er moet rekening worden gehouden met hun know-how. Het kan zinvol zijn om eventueel ook de VVP (Vereniging van Vlaamse Provincies) bij de evolutie in de eerstelijnsgezondheidszorg te betrekken.

De heer Jan Van Duppen vindt het positief dat de minister een nieuwe benadering heeft uitgewerkt voor de complexe realiteit van de eerstelijnsgezondheidszorg. Hij is een grote voorstander van een territoriale benadering. Hij hoopt dat de minister hiermee beweging zal krijgen in een situatie die op bepaalde plaatsen al generaties lang vast zit. De spreker vindt wel dat de minister de structuren te zeer van bovenuit wil opleggen. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de zorgregio's, die door professor Van Hecke worden bepaald. Deze werkwijze is niet verkeerd, op voorwaarde dat er met de basis over de nieuwe structuren wordt gecommuniceerd, en dat er rekening wordt gehouden met de bestaande situatie op het terrein, en met de gevoeligheden van de verschillende zorgverstrekkers op de eerste, de tweede en de derde lijn. De spreker stelt vast dat er in de teksten die thans worden besproken, een aantal pijnpunten naar voren komen wanneer

men inderdaad rekening houdt met de situatie op het terrein.

Een eerste pijnpunt zijn volgens de heer Jan Van Duppen de ziekenhuizen. De structuur die de minister uitwerkt op basis van sociaal-demografische gegevens en vertrekkend vanuit de zorgvraag van individuen, zal in vele gevallen haaks staan op de indeling in zorgzones die in Vlaanderen reeds de facto aanwezig is rond ziekenhuizen die in een bepaald gebied zorg aanbieden. De ziekenhuizen zullen hun invloedssfeer in deze zorggebieden willen behouden. Hoe zal de minister hiermee omgaan ?

De heer Jan Van Duppen haalt ook de overeenkomsten aan die universitaire ziekenhuizen (UZ) afsluiten met perifere ziekenhuizen, en waarin wordt bepaald dat perifere ziekenhuizen assistenten van universitaire ziekenhuizen kunnen krijgen op voorwaarde dat ze al hun patiënten exclusief naar het betrokken universitair ziekenhuis doorverwijzen. Dit gegeven zal inwerken op het territorialiteitsbeginsel van de minister. Het is immers mogelijk dat in de praktijk een ziekenhuis niet met het meest nabije UZ samenwerkt, maar wel met een meer afgelegen UZ, terwijl dat ziekenhuis volgens de structuur van de minister wel moet samenwerken met het meest nabije UZ. Dit zal een groot probleem zijn. De spreker vraagt zich af hoe de minister dit gegeven zal kunnen doorbreken, en de territoriale samenwerking tussen ziekenhuizen denkt op te leggen.

De heer Jan Van Duppen wijst erop dat in de praktijk een aantal verzuilde structuren wel zeer goed werken. Hij vindt het belangrijk dat ook zij bij de SEL's worden betrokken.

De heer Jan Van Duppen vreest dat de voorliggende structuren niet erg geschikt zijn om minder goed gestructureerde beroepsgroepen zoals zelfstandige kinesisten en verpleegkundigen bij de samenwerking te betrekken. Deze beroepsgroepen worden net als de meer gestructureerde beroepsgroepen van huisartsen niet gesubsidieerd om leden te kunnen vrijstellen om aan vergaderingen deel te nemen. Aangezien zelfstandige kinesisten en verpleegkundigen per prestatie worden betaald, betekent vergaderen voor hen ook inkomensverlies. Indien er geen financiële tegemoetkoming tegenover de samenwerking staat, zal het moeilijk zijn om deze zelfstandige beroepsgroepen bij de samenwerking te betrekken. Mevrouw Patricia Ceyens onderschrijft de opmerking van de heer Jan Van Duppen. Ook de niet gestructureerde dienstverlening heeft haar waarde. De spreker vreest dat deze vorm van dienstverlening in het concept van

de minister de zwakke schakel zal vormen. De structuur die hier voorligt, is immers niet op hun maat geschreven maar op maat van beroepsgroepen die meer gestructureerd zijn en gesubsidieerd worden om mensen vrij te stellen voor een aantal samenwerkingstaken.

Een ander probleem dat de heer Jan Van Duppen aanhaalt, is dat de belangen van de verschillende groepen zorgverstrekkers niet gelijk lopen. Hoe zal de minister daarmee omgaan ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt of ook kringen van andere eerstelijnszorgverstrekkers, zoals kinesitherapeuten en tandartsen erkend kunnen worden.

Een ander belangrijk pijnpunt is volgens de heer Jan Van Duppen het minderheidsstandpunt binnen een huisartenskring. In de erkenningscriteria voor huisartsenkringen wordt rekening gehouden met mogelijke minderheidsstandpunten die ook aan bod moeten kunnen komen. Dit om te vermijden dat een meerderheid in een bepaalde kring alle huisartsen zou kunnen verplichten af te zien van samenwerking met een overheidsinitiatief. Een belangrijk onderdeel van de oplossing om samenwerking tussen huisartsen te bevorderen is een belangrijke financiële tegemoetkoming voor infrastructuur en gebouwen, mogelijk door een eventuele uitbreiding van de VIPA-subsidiëring voor samenwerkingsinitiatieven van huisartsen.

Mevrouw Ingrid van Kessel heeft vragen bij de financiering van de groepspraktijken. De spreker leest in de beleidsbrief van federaal minister Aelvoet dat zij financiële incentives wil geven om samenwerking te bevorderen, en heeft ook minister Vogels horen spreken over het subsidiëren en erkennen van samenwerkingsverbanden. Betekent dit dat samenwerkingsverbanden dubbel zullen worden gefinancierd, of gaat het hier nog maar om een denkpiste ?

Mevrouw Ingrid van Kessel wil ook weten of er binnen een zorgregio een verplichte samenwerking komt tussen artsen en specialisten verbonden aan ziekenhuizen. Er is jaren voor gevochten om hier een eind aan te stellen, omdat dit tot tal van misbruiken leidde, zoals de dichotomie. Wil men deze weg opnieuw bewandelen ?

Voorts vraagt mevrouw Ingrid van Kessel of het zo is dat de huisartsenkringen krachtens het KB door de federale overheid worden gefinancierd op voorwaarde dat ze zich inschrijven binnen een zorgregio. De minister antwoordt dat dit inderdaad de be-

doeling is, maar dat het KB nog niet is goedgekeurd. De overheid zal in elk geval een aantal voorwaarden verbinden aan de financiering van de huisartsenkringen. Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt hoeveel huisartsenkringen er zijn. De heer Pieter Vandenbulcke antwoordt dat niemand daar een juist zicht op heeft, maar er zijn wel een 240-tal huisartsenwachtdiensten.

De minister antwoordt dat ze uit de opmerkingen van de heer Jan Van Duppen vaststelt dat de spreker enerzijds vindt dat de minister te sturend optreedt, maar anderzijds vraagt dat de minister nog meer zou regelen. De minister verduidelijkt dat de voorbije jaren alle betrokkenen op het terrein vragende partij waren voor een sterkere coördinatie van de eerste lijn. Ze vroegen dat er een einde zou worden gesteld aan de wildgroei van de verschillende regio-omschrijvingen op de eerste lijn. Iedereen was vragende partij voor meer coördinatie. Daarbij vroegen wel alle betrokkenen dat hun eigen indeling als vertrekpunt zou worden genomen. Aanvankelijk wilde de federale overheid de zorgzones zelf afbakenen rond de bestaande ziekenhuizen. De Vlaamse overheid heeft zich echter zeer hard verzet tegen dit hospitalocentrisme. Uiteindelijk werd in het protocol opgenomen dat de gemeenschappen de zorgregio's bepalen vanuit een multidisciplinaire visie. Daarbij werd uitdrukkelijk gekozen voor een afbakening op basis van sociaal-demografische kenmerken. De minister beseft dat dit geen gemakkelijke oefening is.

De minister ontkent dat de concrete zorgindeling van bovenuit wordt opgelegd. Op dit ogenblik wordt naar een werkwijze gezocht om de communicatie over de territoriale omschrijvingen met het parlement en de verschillende betrokkenen op het terrein te organiseren. Er wordt bekeken onder welke voorwaarden eventueel kan worden afgeweken van de op sociaal-demografische gegevens gebaseerde zorgregio's. Het is wel nog te vroeg om nu reeds het academisch werk van professor Van Hecke aan het terrein kenbaar te maken.

De minister antwoordt dat de Vlaamse overheid er ook geen voorstander van is om van bovenuit te bepalen welke groepen moeten deelnemen aan de samenwerking. Bedoeling is veeleer dat er een zekere dynamiek tot stand komt vanuit een decretale onderbouw en vanuit een duidelijke visie van waarheen men wil evolueren. Eventueel zal dan op termijn de noodzaak blijken voor andere beroepsgroepen zoals de zelfstandige verpleegkundigen om zich lokaal te verenigen.

De minister antwoordt dat er terecht werd gesteld dat de huidige organisatie van de zorg rond zieken-

huizen niet overeenkomt met een sociaal-demografisch gestuurde zorg. Omwille van de verzuiling worden patiënten soms inderdaad naar een bepaald ziekenhuis gestuurd, terwijl ze veel dichter bij huis ook in een ziekenhuis terecht kunnen. Dit is inderdaad geen voorbeeld van vraaggestuurde zorg. In een volgende fase zal de overheid haar verantwoordelijkheid terzake moeten opnemen. Wanneer met name de zorgregio's decretaal zijn verankerd, kan de toekenning van bijkomende functies of de erkenning van associaties gebeuren volgens het regiocriterium. Dit zal inderdaad een zeer moeilijk gevecht zijn tussen de overheid en de ziekenhuizen. De heer Pieter Vandenbulcke antwoordt dat de studie van professor Van Hecke in deze context veel meer is dan een territoriale indeling van Vlaanderen in zorgregio's. Het legt de basis voor een systeem om op basis van de zorgregio's op verschillende niveaus aan zorgplanning te kunnen doen. Het is de bedoeling gegevens te verzamelen over onder meer het aantal patiënten en pathologieën per zorgregio, zodat de noden kunnen worden gemeten, en de erkenningen daarop kunnen worden geënt. Ten aanzien van de tweede en de derde lijn kan dit instrument de gemeenschappen op termijn meer slagkracht geven.

De minister benadrukt dat ze niet heeft gesteld dat de VIPA-subsidiëring in de nabije toekomst zal worden opengesteld voor samenwerkingsverbanden van huisartsen. Op dit ogenblik is een uitbreiding van de VIPA-subsidiëring geen goed idee. Het aantal vragen naar VIPA-subsidiëring zal dan immers uit verschillende hoeken toenemen. Bovendien kunnen huisartsen als beoefenaars van een vrij beroep reeds een groot deel van de kosten van hun huisvesting fiscaal aftrekken. De heer Jan Van Duppen antwoordt dat deze regeling er juist de oorzaak van is dat huisartsen liever een grote villa bouwen dan gemeenschappelijke lokalen voor samenwerking met andere artsen of zorgverstrekkers. De minister stelt voorts dat ze wel de grote nood onderschrijft om een aantal obstakels, waaronder eventueel ook financiële, weg te werken. Naar aanleiding van het verzoekschrift van dokter Jan De Lepeilere werd de mogelijkheid gesuggereerd om een fonds op te richten voor renteloze leningen of rentetoeelagen voor jonge huisartsen die zich samen met andere huisartsen willen vestigen of die multidisciplinair willen werken.

De verslaggever,

Jan VAN DUPPEN

De voorzitter,

Patricia CEYSENS