Welke visie heeft Vlaanderen op de gezondheidszorg?

Gezamenlijke beleidstekst vanuit de eerste lijn

De aangekondigde afbouw van Impulseo is geen geïsoleerde begrotingsingreep. De maatregel grijpt rechtstreeks in op de organisatie van de huisartsenzorg en legt een fundamentele spanning bloot tussen de ambities die Vlaanderen zelf formuleert en de instrumenten die nodig zijn om die ambities te realiseren.

Vlaanderen benoemt de huisarts als centrale spil van de eerste lijn. Het wil de toegankelijkheid van de huisartsenzorg versterken, multidisciplinaire samenwerking stimuleren, zorgverleners ontlasten van administratie en hen ruimte geven voor hun kerntaken. De afbouw van praktijkondersteuning dreigt in de dagelijkse praktijk precies het tegenovergestelde te veroorzaken.

Praktijkondersteuning maakt zorg bereikbaar en organiseert noodzakelijk werk. Praktijkmedewerkers, zoals administratieve medewerkers, de praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen vangen vragen op, plannen afspraken, verwerken documenten, ondersteunen de opvolging van resultaten en zorgen ervoor dat medische vragen tijdig bij de huisarts terechtkomen. Wanneer die ondersteuning afneemt, verdwijnt het werk niet. Het verschuift opnieuw naar de huisarts of vertaalt zich in langere wachttijden, verminderde bereikbaarheid, minder tijd voor patiëntenzorg en mogelijk hogere kosten voor patiënten.

De maatregel raakt daarom niet alleen huisartsen, maar in de eerste plaats patiënten en praktijkmedewerkers. Hij creëert bovendien onzekerheid over lopende tewerkstelling, investeringen en opleidingen. Tegelijk blijven essentiële vragen onbeantwoord over prestaties in 2026, aanvragen in 2027, overgangsmaatregelen, bestaande engagementen, startersleningen, opleidingspremies en andere aangekondigde besparingen in de eerste lijn.

We vragen dat Vlaanderen onmiddellijk rechtszekerheid biedt voor lopende engagementen en volledige transparantie geeft over de middelen en de verwachte impact. Bovenal is een expliciete beleidskeuze nodig: welke verantwoordelijkheid wil Vlaanderen nog opnemen voor de organisatie van de huisartsenzorg, en welk duurzaam model van praktijkondersteuning hoort daarbij?



1. Dit debat gaat over meer dan een premie.

Impulseo ondersteunt huisartsenpraktijken bij hun organisatie, onder meer via praktijkondersteuning, opleiding en investeringen. De aangekondigde afbouw heeft daardoor een veel bredere betekenis dan het schrappen van een subsidie. Ze beïnvloedt de capaciteit van praktijken om bereikbaar, georganiseerd en multidisciplinair te werken en om huisartsen maximaal in te zetten voor medische zorg.

De maatregel roept drie essentiële beleidsvragen op:

- Hoe verhoudt de afbouw zich tot de Vlaamse ambities voor toegankelijke, geïntegreerde en multidisciplinaire zorg?
- Welke verantwoordelijkheid wil Vlaanderen nog opnemen voor de organisatie en versterking van de huisartsenzorg?
- Welke gevolgen verwacht Vlaanderen voor patiënten, praktijkmedewerkers, huisartsen, opleidingen en de continuïteit van zorg?

Die vragen moeten samen worden beantwoord. Zonder visie op de organisatie van de eerste lijn kan deze discussie niet worden herleid tot de omvang van één begrotingspost.

2. De beslissing staat haaks op de uitgesproken beleidsambities.

Het afschaffen van Impulseo staat bovendien op gespannen voet met bredere beleidskeuzes van zowel de Vlaamse als de federale overheid om de eerste lijn te versterken. De Vlaamse Regering benadrukt dat zorgverleners maximaal tijd moeten kunnen besteden aan zorgverlening, dat administratieve lasten verder moeten worden teruggedrongen en dat samenwerking tussen zorgverleners actief moet worden ondersteund. Daarnaast zet zij expliciet in op multidisciplinaire eerstelijnspraktijken, een sterkere aanwezigheid van huisartsen en een verdere verschuiving van taken naar de meest aangewezen zorgprofessional. Praktijkassistenten, praktijkverpleegkundigen en andere praktijkmedewerkers maken deze doelstellingen net mee mogelijk. Het wegvallen van Impulseo bemoeilijkt daarom de realisatie van deze beleidsambities.



Op federaal niveau en binnen de gezondheidszorgdoelstellingen wordt dezelfde richting aangegeven: een sterke eerste lijn, geïntegreerde zorg en zorg dicht bij de patiënt.

Praktijkondersteuning is een rechtstreeks instrument om die doelstellingen te realiseren. Een goed georganiseerde praktijk kan vragen sneller opvangen, zorg beter plannen, opvolging bewaken en samenwerking met andere zorgverleners ondersteunen. Dat ontlast de huisarts niet van zorg, maar creëert juist ruimte voor diagnose, behandeling, preventie, chronische opvolging en overleg.

De spanning is daarom fundamenteel. Men kan de huisarts niet tot spil van de eerste lijn verklaren en tegelijk de voorwaarden afbouwen die nodig zijn om die rol op te nemen. Men kan multidisciplinaire samenwerking niet stimuleren zonder rekening te houden met de coördinatie en organisatie die samenwerking vergt. En men kan administratieve ontlasting niet als doel formuleren en tegelijk de financiering van administratieve ondersteuning verminderen.

Een beleidsdoelstelling zonder passend instrumentarium blijft een intentie. Wie praktijkondersteuning afbouwt, moet aantonen hoe toegankelijkheid, samenwerking en administratieve ontlasting dan wel worden gerealiseerd.

3. Welke verantwoordelijkheid wil Vlaanderen nog opnemen?

De discussie raakt rechtstreeks aan de rol van Vlaanderen in de organisatie van de huisartsenzorg. Het bestaan van federale ondersteuning volstaat niet als antwoord. De organisatie van zorg is ook een Vlaamse verantwoordelijkheid.

Ook de New Deal vormt geen algemeen alternatief voor de wegvallende ondersteuning. New Deal-praktijken verliezen eveneens deze ondersteuning en worden geconfronteerd met dezelfde organisatorische noden en financiële druk.

Verwijzen naar een ander beleidsniveau is op zichzelf geen beleidsvisie. Als Vlaanderen van oordeel is dat praktijkondersteuning voortaan volledig federaal moet worden gefinancierd, moet het dat expliciet stellen en daarover afstemmen. Als Vlaanderen verwacht dat huisartsenpraktijken de ondersteuning volledig zelf financieren, moet het ook erkennen wat dit betekent voor hun investeringsruimte, conventiestatus, betaalbaarheid en toegankelijkheid.



Impulseo was jarenlang een van de meest tastbare manieren waarop Vlaanderen investeerde in de organisatie van de eerste lijn. Niet in medische prestaties of nomenclatuur, maar in de voorwaarden waaronder zorg wordt verleend: praktijkondersteuning, samenwerking en toegankelijkheid. De afbouw ervan is dus ook een keuze over de rol die Vlaanderen nog voor zichzelf ziet.

4. <u>De oorsprong van de middelen vraagt transparantie.</u>

Impulseo vindt niet zomaar zijn oorsprong in een Vlaamse subsidie. Huisartsen hebben in het verleden bewust een deel van hun honorariamassa ingezet voor praktijkondersteuning, vanuit de overtuiging dat minder administratie voor de huisarts meer tijd voor patiëntenzorg betekent. Bij de staatshervorming werden de bevoegdheid en de bijbehorende middelen overgedragen aan de deelstaten.

Voor huisartsen ontstaat vandaag het beeld dat middelen die expliciet bedoeld waren om de huisartsenzorg te versterken, verdwijnen in een algemene begrotingsbesparing, terwijl praktijken de ondersteuning vervolgens opnieuw uit hun eigen inkomsten moeten betalen.

Dat maakt volledige transparantie noodzakelijk. Welk bedrag wordt weggenomen? Welke bestemming krijgen deze middelen? Welke oorspronkelijke engagementen blijven gelden? En op basis van welke beleidsanalyse werd beslist dat deze investering in de organisatie van de huisartsenzorg niet langer nodig is?

5. <u>De patiënt is de dupe.</u>

De eerste en belangrijkste toetssteen is de patiënt. De impact wordt het duidelijkst wanneer we niet vertrekken van de subsidie, maar van het dagelijkse traject van een patiënt door de huisartsenpraktijk.

Neem een oudere patiënt met diabetes, hartfalen en meerdere chronische aandoeningen. Deze patiënt neemt geregeld contact op met de praktijk: voor een afspraak, een voorschrift, een resultaat, een administratief document of een vraag over de opvolging.



Vandaag organiseert een praktijkmedewerker een belangrijk deel van dat traject. De medewerker neemt de telefoon op, verduidelijkt de vraag, plant een gepast moment in, verwerkt documenten, volgt mee op of resultaten beschikbaar zijn en zorgt ervoor dat een dringende medische vraag tijdig bij de huisarts terechtkomt. De huisarts behoudt daardoor ruimte voor het medische oordeel en voor zorg die niet kan worden gedelegeerd.

Voor patiënten betekent dit concreet: sneller weten waar ze terechtkunnen, tijdig een afspraak of antwoord krijgen, minder verloren contacten, vlottere opvolging van resultaten en meer continuïteit tussen verschillende zorgmomenten. Zeker voor patiënten met complexe of chronische zorgnoden is die organisatorische continuïteit geen comfort, maar een onderdeel van veilige en kwaliteitsvolle zorg.

Wanneer de ondersteuning afneemt, verdwijnt geen enkele van deze taken. De telefoon blijft gaan. Voorschriften, documenten en resultaten blijven binnenkomen. Afspraken moeten nog altijd correct worden gepland en dringende vragen moeten nog altijd worden herkend. Alleen verschuift het werk opnieuw naar de huisarts of blijft het langer liggen.

De gevolgen zijn dus zichtbaar bij elke stap:

- bij het eerste contact: langere wachttijden aan de telefoon of minder bereikbaarheid;
- bij de toegang tot zorg: meer moeite om tijdig een afspraak of antwoord te krijgen;
- tijdens het consult: meer onderbrekingen en minder tijd voor complexe medische vragen;
- na het consult: tragere verwerking van documenten, resultaten en vervolgafspraken;
- in de langdurige opvolging: minder ruimte voor preventie, proactieve chronische zorg en overleg met andere zorgverleners.

Patiënten zullen misschien nooit weten wat Impulseo is. Zij zullen de afbouw wel voelen in de bereikbaarheid van de praktijk, de tijd tot een antwoord, de tijd die de huisarts voor hen heeft en de kwaliteit van de opvolging. De impact staat dus niet alleen op een begrotingslijn, maar wordt zichtbaar in de dagelijkse zorg.



6. De kost en de druk verdwijnen niet, maar verschuiven.

Praktijkondersteuning organiseert noodzakelijk werk. Wanneer de financiering afneemt, zijn er in essentie twee mogelijkheden.

Ofwel behoudt de praktijk de ondersteuning en financiert zij die volledig zelf. Ofwel vermindert de praktijk de ondersteuning en neemt de huisarts opnieuw meer administratieve en organisatorische taken op.

In het eerste scenario stijgt de financiële druk. Praktijken kunnen personeelsuren verminderen, investeringen uitstellen of hun financierings- en conventiekeuzes herbekijken. Voor sommige praktijken kan dit uiteindelijk leiden tot hogere kosten voor de patiënt.

In het tweede scenario stijgt de administratieve belasting van de huisarts en daalt de beschikbare tijd voor acute en complexe zorg, preventie, chronische opvolging en overleg.

In beide scenario's blijft de maatschappelijke behoefte bestaan. Daarom is de centrale effectiviteitsvraag onvermijdelijk: welk probleem wordt hiermee opgelost, behalve een begrotingsprobleem op korte termijn?

Het werk, de kost en de druk verdwijnen niet. Ze verschuiven naar huisartsenpraktijken, medewerkers en patiënten. Wat Vlaanderen vandaag bespaart, dreigt morgen door patiënten te worden betaald, niet alleen in euro's, maar ook in bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit van zorg.

7. Praktijkmedewerkers, opleidingen en arbeidsmarkt betalen mee de prijs.

Praktijken zijn jarenlang aangemoedigd om te investeren in administratieve medewerkers, praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen, taakverschuiving en professionalisering

Opleidingen en ondersteunende instrumenten werden ontwikkeld om deze beweging mogelijk te maken. De afbouw van de financieringsbasis haalt een deel van de grond onder die ontwikkeling weg.

Voor medewerkers die vandaag in dienst zijn, ontstaat onzekerheid over uren, contracten en werkzekerheid. Voor praktijken wordt het moeilijker om nieuwe medewerkers aan te werven of te investeren in opleiding en begeleiding. Voor opleidingsinstellingen, organisaties en steunpunten ontstaat onzekerheid over trajecten en materialen waarin reeds middelen en expertise zijn geïnvesteerd.



Dit is extra problematisch omdat de sector net nood heeft aan nieuwe ondersteunende profielen. De geplande opleiding tot praktijkassistent, waar huisartsen op wachten, dreigt door o.a. deze besparingen niet te kunnen starten. Ook bestaande opleidingen zoals bijvoorbeeld medisch secretariaat, postgraduaat 'verpleegkundige in de huisartsenpraktijk' en andere trajecten kunnen deelnemers verliezen wanneer praktijken onvoldoende perspectief hebben om medewerkers duurzaam in te zetten.

Zo remt een lineaire besparing een bredere beweging naar beter georganiseerde en multidisciplinaire praktijken af, net op het moment dat de zorgvraag en de organisatorische druk toenemen.

8. <u>De wijze van besluitvorming veroorzaakt een vertrouwensbreuk.</u>

Niet alleen de inhoud van de beslissing, maar ook de wijze waarop zij wordt aangekondigd en ingevoerd schaadt het vertrouwen.

Een week na de aankondiging ontbreken antwoorden op vragen die rechtstreeks bepalen wat praktijken vandaag met personeel, opleidingen en investeringen moeten doen. Organisaties worden tegelijk geacht het werkveld te informeren, terwijl zij zelf onvoldoende informatie krijgen.

Dit zijn geen technische details die later kunnen worden ingevuld. Praktijken moeten nu beslissen of zij contracten verlengen, vacatures openen, medewerkers laten starten met een opleiding of investeringen voortzetten. Duidelijkheid achteraf herstelt de gevolgen van beslissingen die vandaag onder onzekerheid worden genomen niet.

De vertrouwensbreuk gaat bovendien verder dan de communicatie. De overheid vroeg huisartsen jarenlang te investeren in samenwerking, praktijkondersteuning, taakdelegatie en kwaliteit. Praktijken hebben medewerkers aangeworven en hun organisatie aangepast.

Wanneer de financieringsbasis vervolgens zonder overgang, impactanalyse of voorafgaand overleg wordt gewijzigd, raakt dat aan beleidsbetrouwbaarheid. Wie investeringen vraagt, moet verantwoordelijkheid opnemen wanneer de spelregels veranderen. Wie samenwerking vraagt, moet ook zelf als partner handelen.

9. Van informeren naar structureel overleg

Als huisartsenveld zijn we bereid tot overleg. Maar partners achteraf informeren over een genomen beslissing is geen volwaardig overleg.

Als Vlaanderen verwacht dat huisartsen bijdragen aan Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, moet het hen vooraf betrekken bij keuzes die rechtstreeks ingrijpen op hun capaciteit om zorg te verlenen.

Er is daarom een structureel overlegmodel nodig waarin ingrijpende beleidskeuzes vóór de besluitvorming worden besproken. Dat overleg moet ruimte bieden voor een gedeelde probleemanalyse, transparantie over budgettaire keuzes, beoordeling van de impact, bespreking van alternatieven en reële bijsturing.

Vandaag kiest het huisartsenveld bewust voor overleg. Tegelijk is de boosheid op het terrein groot en beraadt het zich over verdere acties. Niet omdat het een conflict zoekt, maar omdat praktijken zich niet gehoord voelen en fundamentele antwoorden uitblijven.

Overleg kan alleen vertrouwen herstellen wanneer het meer oplevert dan een toelichting bij een besluit dat al vaststaat.



10. Dringende vragen

We hebben dringend nood aan duidelijke antwoorden op een aantal concrete vragen.

- De Impulseo-premie is een tegemoetkoming die uitbetaald wordt in jaar x voor tewerkstelling in jaar x-1. Wat betekent deze beslissing voor prestaties en tewerkstelling in 2026 waarvoor de aanvraag pas in 2027 gebeurt?
- Welke overgangsmaatregelen worden voorzien?
- Welke engagementen worden wel nog gerespecteerd?
- Blijven de renteloze leningen voor starters behouden?
- Wat met de opleidingspremie van 800€?
    - Wat met de investeringen van diverse organisaties om opleidingsfiches hiervoor uit te werken? Wat moet er gebeuren met de opleidingsfiches?
    - Wat met investeringen die in 2026 gedaan werden door huisartsenpraktijken om opleidingen te volgen (zowel door huisarts als verpleegkundige), en in 2027 pas aangevraagd kunnen worden?
    - Wat met opleidingsinstellingen die door het verdwijnen van deze premie de komende jaren minder deelnemers gaan hebben aan hun opleidingen?
- Wat met de steunpunten die ook investeringen hebben gedaan?
- Waaruit bestaat de aangekondigde bijkomende besparing in de eerste lijn van 3,8 miljoen euro? Wij begrijpen dat er een besparing is op de eerstelijnszones, de palliatieve zorg en het DRA-project? Hoe zit deze besparing juist ineen?
- Er is nog een bijkomende besparing op preventie. Hoe zit deze besparing juist ineen?

11. Conclusie: welke visie heeft Vlaanderen?

De discussie over Impulseo is uiteindelijk een discussie over de visie op de eerste lijn.

Praktijkondersteuning is geen randvoorziening, maar een noodzakelijke voorwaarde voor bereikbare, kwaliteitsvolle en werkbare huisartsenzorg. De afbouw dreigt de administratieve druk opnieuw naar huisartsen te verschuiven, de toegankelijkheid voor patiënten te verminderen, medewerkers onzeker te maken en investeringen in opleiding, taakdelegatie en multidisciplinaire samenwerking af te remmen.

Daarom volstaat het niet om toe te lichten wat wordt geschrapt. Vlaanderen moet antwoorden welke verantwoordelijkheid het nog wil opnemen voor de organisatie van de huisartsenzorg.

Is praktijkondersteuning voor Vlaanderen nog een noodzakelijke investering in toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg? Zo ja, welk duurzaam model komt ervoor in de plaats? Zo nee, wie draagt dan de financiële en organisatorische gevolgen?

Wie de huisarts centraal stelt in de eerste lijn, moet ook investeren in de voorwaarden die deze rol mogelijk maken. Dat is de beleidskeuze waarop patiënten, huisartsenpraktijken en hun medewerkers vandaag duidelijkheid verwachten.

Namens,

Dr. Maaike Van Overloop, voorzitter Domus Medica

Dr. Dieter Vercammen, voorzitter ViaCaro

Dr. Marieke Geijsels, ondervoorzitter ViaCaro

Dr. Michel Creemers, voorzitter huisartsen ASGB

Dr. Lieselot Brepoels, voorzitter Kartel

Dr. Jos Vanhoof, Voorzitter VAS en lid directiecomité BVAS-ABSYM

Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde, Leuven

Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde, Antwerpen

Centrum Huisartsgeneeskunde – Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg – universiteit Gent



VUB Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg

Koen De Maeseneir, directeur Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Dr. Tim Joye, voorzitter Geneeskunde voor het Volk

Patricia Polanco, Algemeen directeur Geneeskunde voor het Volk

Dr. Lieve Peremans, co-voorzitter Feprafo

Dr. Mustapha Bouhoute, co-voorzitter Feprafo

De werkgroep verpleegkundigen huisartsenpraktijken NETWERK VERPLEEGKUNDE

Vanessa Gauwe, coördinator Postgraduaat Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk, Arteveldehogeschool

Prof. Dr. Eva Goossens, Postgraduaat Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk – Universiteit Antwerpen

Lucky Botteldooren, Postgraduaat Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk – Universiteit Antwerpen