

**Analyse van het Federale Regeerakkoord 2025-2029 voor de Eerstelijnszorg en Huisartsgeneeskunde**

**Geert Goderis 5/2/2025**

**Inleiding**

Ik heb de moeite genomen om het regeerakkoord door te nemen vanuit het standpunt van de (academische) huisarts. Deze analyse van het Federale Regeerakkoord 2025-2029 met betrekking tot de Eerstelijnszorg en Huisartsgeneeskunde is geheel op mijn eigen naam te schrijven. Het Federale Regeerakkoord 2025-2029 bevat diverse maatregelen die de toekomst van de eerstelijnszorg en huisartsgeneeskunde moeten vormgeven. De focus ligt op **capaciteitsuitbreiding, digitalisering, administratieve verlichting en integratie van zorg**. Het kader wordt verzorgd door ‘Quintuple Aim’, het ‘vijfvoudige doel’ om met het beschikbare budget voor gezondheidszorg meer gezondheid voor de bevolking, een betere ervaring van de kwaliteit van de zorg, een lagere belasting van het zorgpersoneel en een reële toegankelijkheid van de zorg voor iedereen te bereiken. De globale oriëntatie van het regeerakkoord lijkt dus over het algemeen genomen positief. Er zijn evenwel een aantal bedenkingen te plaatsen. Het 20 pagina’s tellende hoofdstuk ‘ZORG’ telt alleen al om en bij de 180 ‘bullet points’. Een eerste vraag die zich stelt is hoe hier prioriteit zal aangebracht worden. Een tweede vraag is hoe men denkt dit alles te kunnen verwezenlijken. Bovendien is de tekst een mix van vaststellingen, uitleg, vermaningen, intenties, onderzoeksvoorstellen en af en toe een concreter voorstel. De relatieve vaagheid schept bijkomende argumenten voor een zekere vorm van scepticisme. Tenslotte: hoewel sommige hervormingen positieve effecten kunnen hebben, bevatten de plannen ook **tegenstrijdigheden** die de haalbaarheid en effectiviteit in vraag stellen.

**Volgende intenties en actiepunten kunnen uit het Regeerakkoord gedistilleerd worden**

**Capaciteitsuitbreiding en ondersteuning van de huisartsen**

* Toename van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen, samen met financiële stimulansen voor praktijken in onderbezette regio’s.
* Praktijkassistenten en verpleegkundigen krijgen een grotere rol toebedeeld inzake administratieve en medische verantwoordelijkheden.
* Apothekers zullen een grotere rol spelen bij het vroegtijdig opsporen van ziekten en mogelijks ook bij vaccinaties.

**Administratieve vereenvoudiging: Beloften vs. realiteit**

* Er zijn toezeggingen om de administratieve lasten te verminderen door digitalisering en procesverbeteringen om huisartsen te ontlasten.
* Er worden echter tegenstrijdige maatregelen ingevoerd:
	+ Ziekteverlof zonder doktersbriefje wordt teruggebracht van drie naar twee dagen, waardoor het aantal kortdurende attesten toeneemt.
	+ Strengere controle van langdurige patiënten zal ook meer verplichte attesten opleveren en bovendien wordt een controle voorzien op de certificeringspraktijken van huisartsen.

**Hervormingen van financiering en organisatie van zorg**

* De financiering van de gezondheidszorg blijft grotendeels gewaarborgd. De oefening om die beter af te stemmen op Quintuple Aim (doelgerichte zorg inclusief grotere focus op preventie) zal verdergezet worden.
* Het is de bedoeling meer financiering te voorzien op basis van zogenaamde value-based care, wat zou kunnen betekenen dat zorgverleners (ook huisartsen?) meer vergoed zullen worden in functie van geleverde kwaliteit en preventieve zorg.
* Het is de intentie om de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen te verstevigen, via financiering voor geïntegreerde zorgnetwerken.

**Digitalisering en e-gezondheid**

* Het is de intentie om de interoperabiliteit tussen elektronische medische dossiers die door huisartsen en collega-zorgverleners (verpleegkundigen, specialisten) worden gebruikt te verbeteren.

### **SWOT-analyse van huisartsgeneeskunde**

**Sterke punten**

* **Capaciteitsuitbreiding:** Meer opleidingsplekken en stimulansen om huisartsentekorten aan te pakken.
* **Sterkere multidisciplinaire samenwerking** door verbeterde netwerken die huisartsen, ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg met elkaar verbinden.
* **Investering in digitalisering met onder andere de intentie om tot**  interoperabele medische dossiers en AI-gestuurde zorgmodellen te komen.

**Zwakke punten**

* **Gebrek aan duidelijke prioriteiten:** het akkoord bevat veel plannen, intenties en initiatieven voor verder onderzoek, maar biedt weinig duidelijkheid over concrete acties.
* **Tegenstrijdige maatregelen.** Zo is de enige concrete maatregel in het regeerakkoord omtrent administratieve overlast het herleiden van 3 naar 2 ziektedagen waarvoor geen attest nodig is. Wat uiteraard de overlast in de huisartsgeneeskunde enkel zal versterken.
* **Onzekerheid over op waarde gebaseerde financiering** zonder duidelijke parameters of begrotingstoewijzing voor op kwaliteit gebaseerde vergoedingen.
* **Geen vast implementatiepad** in de tijd**.** Zo is er geen vast schema voor het uitrollen van digitalisering van de gezondheidszorg.

**Kansen**

* **Nieuwe financieringsmodellen:** De mogelijke verschuiving naar meer financiering op basis van kwaliteit en preventie kan kansen creëren voor de huisartsen om hun praktijken zinvoller te ontwikkelen.
* **De New Deal' financiering die al ingevoerd werd zal geëvalueerd worden.** Hopelijk zal dit leiden tot een verstevigde verankering ervan want deze financiering is een belangrijke nodige (maar niet voldoende) voorwaarde voor het ontwikkelen van multidisciplinaire teams in de eerstelijnszorg.
* **Betere samenwerking en sterkere integratie van de zorg** door versterkte multidisciplinaire netwerken

**Bedreigingen**

* **Trage implementatie en weerstand tegen hervormingen.** Zonder concrete uitvoeringsplannen dreigen de voorstellen van het regeerakkoord theorie te blijven.
* **Hogere werklast:** De beloofde administratieve lastenverlichting blijft misschien uit, waardoor de administratieve lasten voor huisartsen enkel dreigen toe te nemen.
* **Digitale ongelijkheid:** Sommige huisartsenpraktijken kunnen moeite hebben met digitalisering, wat leidt tot ongelijke toegang tot zorg.
* **Eenzijdige focus op méér huisartsen: het** verhogen van het aantal huisartsen zonder de werklastverdeling en delegatie aan te pakken, dreigt het huidige model van kleine, monodisciplinaire praktijken versterken. Het huisartsentekort is op dit moment wellicht reëel, maar is ook **relatief** in het licht van de overbelasting van demotiverend administratief werk dat in de woorden van wijlen David Graeber omschreven zou kunnen worden als ‘bullshit job’ die huisartsen opgelegd krijgen. Anderzijds dreigt een nieuwe toevloed van huisartsen ook de broodnodige taakdelegatie op de helling te zetten. Als er dus niet volop ingezet wordt op deze twee elementen (administratieve overlast en taakdelegatie) dreigt het eenzijdig inzetten op het opleiden van méér huisartsen een negatief en pervers effect sorteren.

**Conclusie**

Het Federale Regeerakkoord 2025-2029 erkent de cruciale rol van huisartsen en investeert in capaciteitsuitbreiding, digitalisering en integratie van zorg. Dit zijn inderdaad de belangrijkste ‘werven’ om verder te ontwikkelen. De administratieve vereenvoudiging daarentegen dreigt een loze belofte te blijven. Het beperken van ziektebriefvrije dagen geeft althans die indruk.

De kernuitdagingen liggen evenwel bij de uitvoering en concretisering van de hervormingen. De verwezenlijking van de plannen zal ondersteund moeten worden door een duidelijke financiering en praktische implementatie.

**Nabespreking**

 Dit regeerakkoord is tot stand gekomen op een moment waarop de huisartsgeneeskunde in België zich in een moeilijke situatie bevindt. Die situatie kan nog het best omschreven worden door het citaat van Antonio Gramsci: *“The old world is dying, and the new world struggles to be born; now is the time of monsters”*. Die ‘oude wereld’, of beter gezegd die oude praktijk kennen alle huisartsen van mijn leeftijd. Het is de traditionele medische praktijk en wordt gekenmerkt door kleine, monodisciplinaire (solo) praktijken die in gefragmenteerde silo's opereren. De zorg is voornamelijk reactief: de huisarts reageert op klachten en vragen van de patiënt. Alles werd genoteerd op papier en gaandeweg vervangen door de informatica binnen een ontoereikende ICT-infrastructuur die vaak onderbroken werd door pannes. Ons honorarium werd bijna exclusief verkregen door een fee-for-service betalingsmodel. Dit praktijkmodel is stervende, niet meer opgewassen tegen de snelle en diepgaande maatschappelijke veranderingen die zich onder onze neus voltrekken. De nieuwe praktijk van de toekomst zou multidisciplinair, digitaal en geïntegreerd moeten zijn, waarbij reactieve zorg harmonisch gecombineerd wordt met proactieve zorg en waarbij zorg en sociaal welzijn in elkaar overlopen, gedreven door een nieuw, gemengd betalingsmodel dat garant staat voor duurzaamheid. Dit model werd in 1999 geconcipieerd met het Chronic Care Model. In België wordt er sinds 2009 mee geëxperimenteerd. Maar na verschillende plannen voor Geïntegreerde Zorg in 2013, 2016, en 2023 worstelt het nog altijd om geboren te worden. En de ‘monsters’ waar we mee te maken krijgen? Die zijn metaforisch. Een aantal worden benoemd in het regeerakkoord, zoals de problemen inzake financiering, de moeilijke digitale transformatie en het tekort aan zorgverleners. Als huisartsen kampen we evenwel met specifieke ‘monsters’ die onvoldoende belicht worden. Huisartsen werken gemiddeld een 50-tal uur per week (inclusief bijscholing en wachtdiensten). Maar ondanks dat slagen we er niet meer in om patiënten voldoende op te vangen voor hun acute noden. Dat was nochtans één van de allersterkste punten van de ‘oude praktijk’: dienstverlening. Die dienstverlening is op korte tijd bijzonder sterk achteruitgegaan. Niet alleen door een tekort aan werkkrachten, maar ook door een groter volume chronische pathologie. En natuurlijk door ... administratie. Die administratieve overlast is bovendien zéér demotiverend en bijzonder devaloriserend. Het meest frustrerende is dat nuttig werk niet uitgevoerd kan worden omdat we overstelpt worden door vragen over ziektebriefjes, voorschriften, het invullen van dossiers.... Allemaal opgelegd door instanties zoals de overheid, verzekeraars, enzoverder. Het is een belangrijke bron van professionele burn-out. De boodschap die daarmee gegeven wordt is bovendien bijzonder pervers: “voor een papiertje moet je bij de huisarts zijn”. Maar ook de opvolging van chronische aandoeningen en de uitrol van preventie is ondermaats in de huisartsgeneeskunde, zoals meerdere cijfers en studies steevast aantonen. Dat is niet omdat we slechte artsen zijn, maar omdat we onvoldoende ondersteuning hebben in onze praktijk. Goede chronische zorg vraagt om een multidisciplinair team van tenminste huisartsen, praktijkverpleegkundigen en een performant praktijksecretariaat. Het regeerakkoord volgt alleszins die logica. Dat is een goede zaak, en misschien moeten we er niet meer van verwachten. Wellicht is de tijd aangebroken dat huisartsen die het anders *willen* doen, zich samen gaan organiseren om het anders te *gaan* doen. En om van elkaar te leren. De meeste praktijken werken al met een secretariaat. Zeer veel praktijken werken samen met verpleegkundigen in de praktijk. We weten alleen nog niet goed hoe we dit allemaal op een optimale wijze kunnen invullen. De tijd is aangebroken om volop te experimenteren om dit nieuwe model in de praktijk te brengen. En om de geslaagde experimenten te verduurzamen en aan elkaar door te geven. Dan zullen we misschien eindelijk kunnen zeggen dat *“The old world has passed away. The new world has been born, still taking shape. Now is the time of upheaval.”*