

# **De workforce artsen in 2041: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2022**

## **Inleiding en methodologie**

**een rapport van de**

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen  
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening  
DG Gezondheidszorg  
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

**uitgevoerd door**

Christelle Durand, Peter Jouck, Jesse Berwouts, Dominiq Nkenné,  
Pascale Steinberg en Veerle Vivet

**begeleid door de**

Wergroep Artsen  
van de Planningscommissie van het medisch aanbod

**Augustus 2023**

## Colofon

### Redactie van het rapport:

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen:

**Celhoofd:** Pascale Steinberg

**Medewerkers:** Christelle Durand, Peter Jouck, Jesse Berwouts, Dominiq Nkenné, Oliver Van Weyenbergh en Veerle Vivet

### Begeleiding:

Werkgroep Artsen van de Planningscommissie van het medisch aanbod

Voorzitter: Brigitte Velkeniers

Leden: Jonas Brouwers, Elie Cogan, Pascale Cornette, Wilfried De Backer, Jan De Maeseneer, Pierre Drielsma, Sofie Goyvaerts, Evelyne Hens, Paul Herijgers, Luc Herry, Piet Hoebeke, Bernard Landtmeters, Edouard Louis, Catherine Lucet, Danny Mathysen, Stella Matterazzo, Pascal Meeus, Jill Meirte, Marc Moens, Véronique Moreau, Milhan Roex, Françoise Smets en Christel Van Geet

### Organisatie:

Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening

**Diensthoofd:** Aurélia Somer

Algemene directie Gezondheidszorg

**Directeur-generaal:** Annick Poncé

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

**Voorzitter van de FOD VVVL:** Dirk Ramaekers

### Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Ramaekers, Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel - België

### Contactgegevens:

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel - België

T. +32 (0)2.524.97.97

F. +32 (0)2.524.97.98

[plan.team@health.fgov.be](mailto:plan.team@health.fgov.be)

[www.health.belgium.be/hwf](http://www.health.belgium.be/hwf)

*Ce document est également disponible en français.*

### Gelieve het te citeren met de volgende referentie :

De workforce artsen in 2041: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2022 – inleiding en methodologie, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, augustus 2023.

© 2023, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Elk gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is eveneens beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: [www.health.belgium.be/hwf](http://www.health.belgium.be/hwf) (=> Publicaties).

Wettelijk depot: D/2023/2196/30



# 1 Inhoudstafel

1	Inhoudstafel .....	3
2	Voorwoord .....	4
3	Samenvatting .....	5
4	Inleiding.....	6
5	Methodologie.....	7
5.1	Geprojecteerde workforce.....	7
5.2	Gehanteerde projectiemodel.....	8
5.3	Schema projectiemodel .....	8
6	Update van de gehanteerde brongegevens en projectie-elementen .....	10
7	Ontwikkeling van scenario's .....	11
7.1	Huisartsgeneeskunde.....	11
7.1.1	Activiteitsgraad .....	11
7.1.2	Zorgbehoeften .....	15
7.2	Overige gecontingenteerde medische specialismen .....	18
7.2.1	Activiteitsgraad .....	18
7.2.2	Zorgbehoeften .....	18



## 2 Voorwoord

We wensen vooreerst een dankwoord te richten tot Timothée Mahieu werkzaam in de DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (VVVL) voor de extractie van de gegevens uit het Federale databank van gezondheidszorgberoepen.

Daarnaast danken we de bevoegde statistische diensten voor onderwijs van de Vlaamse en Franse Gemeenschap voor het leveren van de onderwijsgegevens die de basis vormen voor het gehanteerd projectiemodel.

Wij danken ook Pascale Jonckheer van het KCE, IM Associates en Pascal Meeus van het RIZIV voor de met de werkgroep Artsen gedeelde analyses, die het mogelijk maakten rekening te houden met de gevolgen van de COVID-19-crisis en met de aspiraties van huisartsen voor hun toekomstige loopbaan. We wensen tevens de Werkgroep Artsen van de Planningscommissie Medisch Aanbod en de voorzitter van deze werkgroep Brigitte Velkeniers te vermelden, die er over waakten dat we bij de interpretatie van de gegevens rekening hielden met de specifieke kenmerken en verwachtingen binnen en rond het beroep.

We hopen dat de gegevens die dit rapport ter hand stelt, bijdragen aan de discussie over de toekomstige ontwikkelingen van het beroep en de realisatie van de planning van de gezondheidszorg in België.

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen  
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening  
DG Gezondheidszorg  
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

### 3 Samenvatting

Dit rapport stelt de werkzaamheden van de werkgroep Artsen van de planningscommissie Medisch aanbod voor met betrekking tot de ontwikkeling van alternatieve scenario's voor de workforce artsen met horizon 2041 naar aanleiding van een verzoek van de minister van Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke, om de artsenquota voor de jaren 2029 tot 2033 te herzien.

Voor alle medische specialismen zijn de in het projectiemodel gebruikte gegevens bijgewerkt tot de meest recente beschikbare gegevens en zijn sommige projectiehypothesen gewijzigd ten opzichte van de vorige alternatieve scenario's die in 2022 zijn gepubliceerd (hoofdstuk 6).

De hypothesen voor de huisartsgeneeskunde en voor de overige medische specialismen worden toegelicht in hoofdstuk 7.

De centrale ontwikkelde hypothesen zijn de volgende:

- Een vermindering van de arbeidstijd (VTE) ten gevolge van maatschappelijke evoluties naar een betere balans tussen werk en privéleven, en dit voor alle medische specialismen; Voor de huisartsgeneeskunde werd rekening gehouden met bijkomende factoren om het VTE aan te passen.
- Een aanpassing van het gehanteerde zorgconsumptie-patroon voor de huisartsgeneeskunde en 10 geselecteerde specialismen. Voor deze specialismen werden zorgvraagtoenames geprojecteerd die groter zijn dan in het basisscenario, waar enkel rekening werd gehouden met de evolutie op basis van de groei en de veroudering van de bevolking.

In totaal werden zo voor de 30 verschillende medische specialismen hypothesen ter hoogte van de parameters van het projectiemodel geformuleerd. De gerealiseerde projecties worden in samenvattende tabellen en grafieken per medisch specialisme en per gemeenschap weergegeven.

## 4 Inleiding

De Planningscommissie medisch aanbod ontving in de zomer van 2022 een groene nota van de minister van Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke. De opdracht bestond erin om de quota voor artsen te herzien voor de jaren 2029 tot 2033, rekening houdend met de volgende elementen:

- de impact van COVID-19 op het aanbod aan huisartsen;
- internationale vergelijking van het aanbod aan artsen en hun activiteitsgraad, met een bijzondere aandacht voor huisartsen en de territoriale spreiding;
- bevraging bij artsen om te peilen naar hun verwachtingen inzake de toekomstige uitoefening van het beroep.

Om deze opdracht uit te voeren zijn nieuwe toekomstscenario's ontwikkeld voor zowel huisartsen als de andere medische specialismen. Het doel hiervan was om door middel van een projectiemodel na te gaan hoe de balans tussen het toekomstig aanbod aan artsen en de toekomstige zorgnoden van de Belgische bevolking evolueert in de periode 2021-2041, vertrekkende van een reeks onderbouwde hypothesen over zorgaanbod en zorgvraag.

Als uitgangspunt nemen we de historisch geobserveerde trends zoals waargenomen in het PlanKad-rapport "Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021"<sup>1</sup>. Deze gegevens worden aangevuld met de meest recent beschikbare gegevens wat betreft de basisopleiding en de verschillende medische specialisme-opleidingen (dataverzameling afgesloten in januari 2023).

Alle in het rapport beschreven onderzoeken « Monitoring van de workforce artsen - Nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033 »<sup>2</sup> werden gebruikt om nieuwe hypothesen voor de huisartsgeneeskunde te ontwikkelen. Voor de overige medische specialismen waarvoor quota gelden, gebruikte de werkgroep Artsen de trends die in de vorige alternatieve scenario's waren ontwikkeld.

We beschrijven in dit rapport de ontwikkeling van de toekomsthypotesen door de leden van de werkgroep Artsen en presenteren vervolgens de uitkomsten van het projectiemodel die voortvloeien uit de ontwikkelde toekomstvisie.

De aldus uitgewerkte scenario's maken het mogelijk om de instroomniveaus voor de verschillende specialismen aan te passen op basis van de geprojecteerde toekomstige noden. Deze oefening werd uitgevoerd door de werkgroep bij de vastlegging van het quota-advies 2029-2033 en valt buiten de scope van dit rapport.

Voor de meeste specialismen werden voor de berekening van het globale quotum andere instroomniveaus voor de opleiding gekozen dan diegenen die in de toekomstscenario's worden gebruikt. De voorspelde aantallen en dichtheden van werknemers zullen zich dus waarschijnlijk niet voordoen. Deze scenario's zijn dus geen voorspellingen van de toekomst, maar instrumenten die, indien ze correct worden gebruikt, kunnen bijdragen tot het voorkomen of beperken van de situaties van penurie of plethora die in de scenario's worden voorspeld.

---

<sup>1</sup> [Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, augustus 2023.](#)

<sup>2</sup> [Monitoring van de workforce artsen - Nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, mei 2023.](#)



## 5 Methodologie

### 5.1 Geprojecteerde workforce

In het PlanKad-rapport wordt een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende analysegroepen. De eerste analysegroep omvat de “stock” die het aantal individuen weergeeft dat gemachtigd is om het beroep van artsen uit te oefenen (“Licensed To Practice” of LTP). De tweede analysegroep omvat de beroepsactieve artsen (“Professionally Active” of PA) uit de eerste analysegroep. De derde analysegroep ten slotte bestaat uit de actieve artsen van de analysegroep PA die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg (“Practising” of PR).

De **geprojecteerde workforce** in de scenario’s omvat **de artsen actief in de gezondheidszorg (PR)**, opgedeeld op basis van hun professionele status (enkel werknemer, enkel zelfstandig of beide). De gegevens die nodig zijn om deze workforce te bepalen, zijn beschikbaar in het PlanKad-rapport “Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021”<sup>3</sup>.

De toekomstscenario’s houden rekening met alle beschikbare gegevens wat betreft de geobserveerde instroom in de basisopleiding, de geobserveerde instroom in het specialisme van in België of in het buitenland opgeleide gediplomeerden, de stocks, de activiteit van de professionals, de Belgische bevolking en haar zorgconsumptie. Dit maakt het mogelijk de waargenomen en verwachte trends (projecties) te bekomen op het vlak van de evolutie van het aantal actieve beroepsbeoefenaars, hun dichtheid ten opzichte van de bevolking en hun gewogen<sup>4</sup> dichtheid rekening houdend met de zorgvraag van de bevolking.

Niet louter het aantal actieve artsen, maar ook hun activiteitsgraad wordt geprojecteerd in de scenario’s. Deze activiteitsgraad wordt uitgedrukt in een voltijds equivalent (VTE) en drukt de proportie van het arbeidsvolume ten opzichte van één normale voltijdse betrekking uit. Het voordeel van een analyse in functie van VTE bestaat erin dat het gepresteerde arbeidsvolume kan worden gemeten en vergeleken, en niet enkel het aantal personen dat in een gegeven sector aanwezig is. Afhankelijk van het professioneel statuut wordt een verschillende berekeningsmethode voor het VTE gehanteerd. Meer details over de berekeningsmethode kan u vinden in het PlanKad-rapport “Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021”<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> [Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, augustus 2023.](#)

<sup>4</sup> De evolutie van de zorgvraag wordt in het scenario ingebracht door een (her)weging van de bevolking. Elk segment van de bevolking (naar geslacht en leeftijd) krijgt een gewicht op basis van de historische zorgvraag (RIZIV-consumptiegegevens). Verwachte evoluties in de zorgvraag, die verder gaan dan de veranderende omvang en samenstelling van de bevolking, kunnen zo worden ingevoerd door de gehanteerde gewichten te laten evolueren.

## 5.2 Gehanteerde projectiemodel

Om de balans tussen het aantal artsen en de zorgnoden van de Belgische bevolking te bepalen, maken we gebruik van een **projectiemodel**. Dit “stock-en-flow-model” combineert verschillende parameters, rekening houdend met de verwachte in- en uitstroom van artsen, het verwacht aantal actieve artsen en de vermoedelijke zorgconsumptie van de Belgische bevolking. Bij de ontwikkeling van het de **basisscenario's** legde de Artsen voor elke in het projectiemodel opgenomen parameter een **basishypothese** vast die in de lijn ligt van de **historisch geobserveerde trends**. De combinatie van deze gekozen parameterwaarden mondde bijgevolg uit in geprojecteerde resultaten (in individuen, VTE en dichtheden) die de evolutie van de workforce weergeven bij onveranderde omstandigheden en onder ongewijzigd beleid voor de periode 2016-2036.

Zowel in de **alternatieve scenario's met horizon 2036** als in deze **toekomstscenario's met horizon 2041** is de hypothese voor een aantal parameters aangepast. Het gaat met name om de volgende twee centrale assen van het model: het activiteitsniveau van de workforce en de zorgbehoeften van de Belgische bevolking. In wat volgt, concentreren we ons dus op de specifieke parameters die afwijken van de basishypothesen of van de hypothesen van de vorige alternatieve scenario's. De basishypothesen kunnen worden geraadpleegd in het rapport over het basisscenario, gepubliceerd eind 2020<sup>5</sup>. De hypothesen van de vorige alternatieve scenario's zijn te vinden in het rapport van de alternatieve scenario's 2036<sup>6</sup>, dat in 2022 is gepubliceerd.

## 5.3 Schema projectiemodel

Het voor alle scenario's gebruikte projectiemodel wordt hieronder schematisch weergegeven. De combinatie van de verschillende geprojecteerde waarden van de parameters aan vraag- en aanbodzijde van het model leidt tot geprojecteerde resultaten (aantal actieven, aantal VTE's en gewogen VTE-dichtheden) die de evolutie van de workforce artsen voor de periode 2021-2041 weergeven in functie van de geformuleerde hypothesen.

---

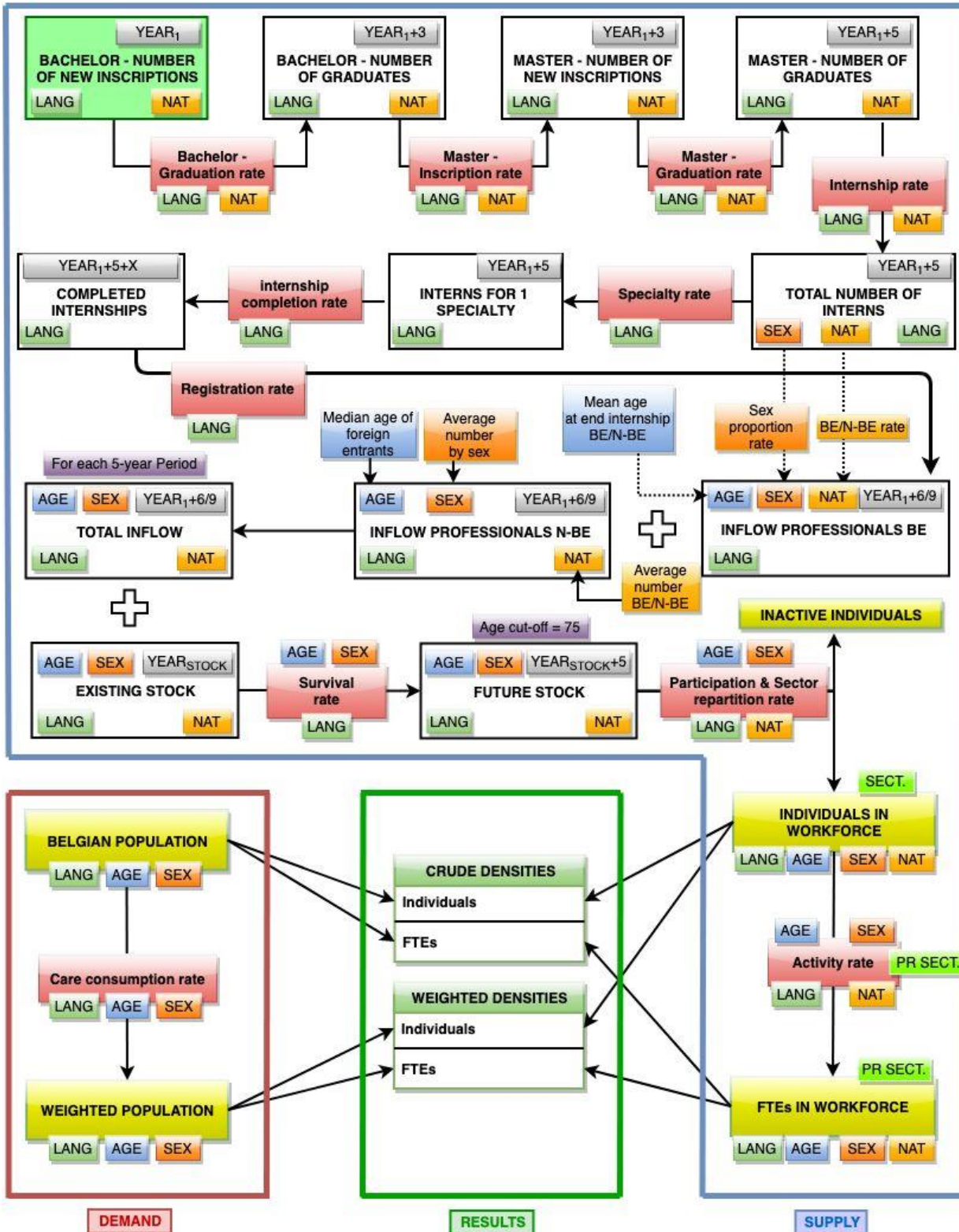
<sup>5</sup> [Artsen - Basisscenario's van de evolutie van de workforce 2016-2036, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, juni 2020.](#)

<sup>6</sup> [De Artsen-workforce in 2036: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2020, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraatgeneraal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, maart 2022.](#)





Figuur 1. Schematische weergave van het gehanteerde projectiemodel



## 6 Update van de gehanteerde brongegevens en projectie-elementen

Bij de uitwerking van die alternatieve scenario's werden de brongegevens geactualiseerd en werden de hypothesen voor een aantal parameters in het projectiemodel door de werkgroep Artsen aangepast.

De volgende tabel bevat de bronnen en de belangrijkste projectie-elementen voor elke groep parameters:

**Tabel 1: Gegevensbronnen en voornaamste projectie- elementen voor elke groep van parameters van het projectiemodel**

Parametergroep	Gegevensbron	Projectiemethode
Studenten in de bachelor- en masterprogramma's	AHOVOKS CRef en FWB (tot 2022)	Eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding: Aantal kandidaten die op basis van het decreet van elke gemeenschap de opleiding geneeskunde kunnen aanvatten: 1.391 in de Vl. Gem. en 992 in de Fr. Gem. In de Fr. Gem. beperkt het decreet van de niet-verblijfhoudende studenten het aantal niet-verblijfhoudende studenten die zich voor de eerste keer inschrijven in de opleiding geneeskunde niet langer tot 30 %, maar tot 15 %. Het percentage studenten met een niet-Belgische nationaliteit werd vanaf 2023 verlaagd van 25 % naar 20 % om rekening te houden met de niet-Belgische studenten die in België verblijven.
Specialisatie en registratie	Federale gegevensbank van de gezondheidszorgberoepen (kadaster) (tot 2022 voor de Vl. Gem. en 2021 voor de Fr. Gem.)	Het aandeel van de studenten die de opleiding huisartsgeneeskunde aanvatten werd vastgelegd op 40 % in de Vl. Gem. en 43 % in de Fr. Gem. Voor de andere specialismen wordt de historisch waargenomen specialisatiegraad (waargenomen gemiddelde van de laatste 3 beschikbare cohorten) gebruikt en proportioneel verminderd met het aan de huisartsen toegekende aandeel.
Stock en activiteit in België	PlanKad "Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021"	Voorraad professionals in 2021. Participatiegraad, verdelingsgraad naar activiteitssector en activiteitsgraad (VTE): gemiddelde voor de jaren 2019-2020-2021 <sup>7</sup> .
Zorgbehoeften	- Evolutie van de populatie: Statbel & Federaal Planbureau (2021-2041) - Zorgconsumptie: IMA (permanente steekproef) 2018-2019-2020 <sup>8</sup>	

<sup>7</sup> Uit analyses is gebleken dat COVID-19 weinig invloed heeft gehad op de activiteitsgegevens. De gegevens voor 2019-2020-2021 worden dan ook als geldig beschouwd.

<sup>8</sup> Ondanks een daling of stijging van de door het RIZIV terugbetaalde bedragen tijdens de COVID-19-crisis, is de zorgconsumptiegraad voor elk segment van de bevolking voor de jaren 2018-2019-2020 vergelijkbaar met die van de drie vorige jaren opgeteld. De gegevens voor 2020 worden dan ook als geldig beschouwd.



De gebruikte gegevensbronnen en de hypothesen bij de ontwikkeling van de drie toekomstscenario's voor artsen leiden tot een aantal verschillende instromen die zijn opgenomen in onderstaande tabel.

**Tabel 2. Overzicht van het jaarlijkse aantal afgestudeerden van de masteropleiding die vanaf 2026 of 2029 een opleiding in een medisch specialisme starten**

	Basisscenario 2020			Alternatief scenario 2021			Alternatief scenario 2023		
	Belg	Niet-Belg	Totaal	Belg	Niet-Belg	Totaal	Belg	Niet-Belg	Totaal
Vlaamse Gemeenschap	1.004	27	<b>1031</b>	957	25	<b>982</b>	1.128	28	<b>1.156</b>
Franse Gemeenschap	530	103	<b>633</b>	538	120	<b>658</b>	567	132	<b>699</b>

## 7 Ontwikkeling van scenario's

Alle in het rapport "Monitoring van de workforce artsen - Nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033"<sup>9</sup> beschreven onderzoeken werden gebruikt om nieuwe hypothesen te ontwikkelen voor de huisartsgeneeskunde. Voor de andere medische specialismen waarvoor quota gelden, heeft de werkgroep Artsen zich gebaseerd op de tendensen die in de vorige alternatieve scenario's zijn ontwikkeld. De hypothesen werden ontwikkeld ter hoogte van de arbeidstijd (VTE) en zorgbehoeften.

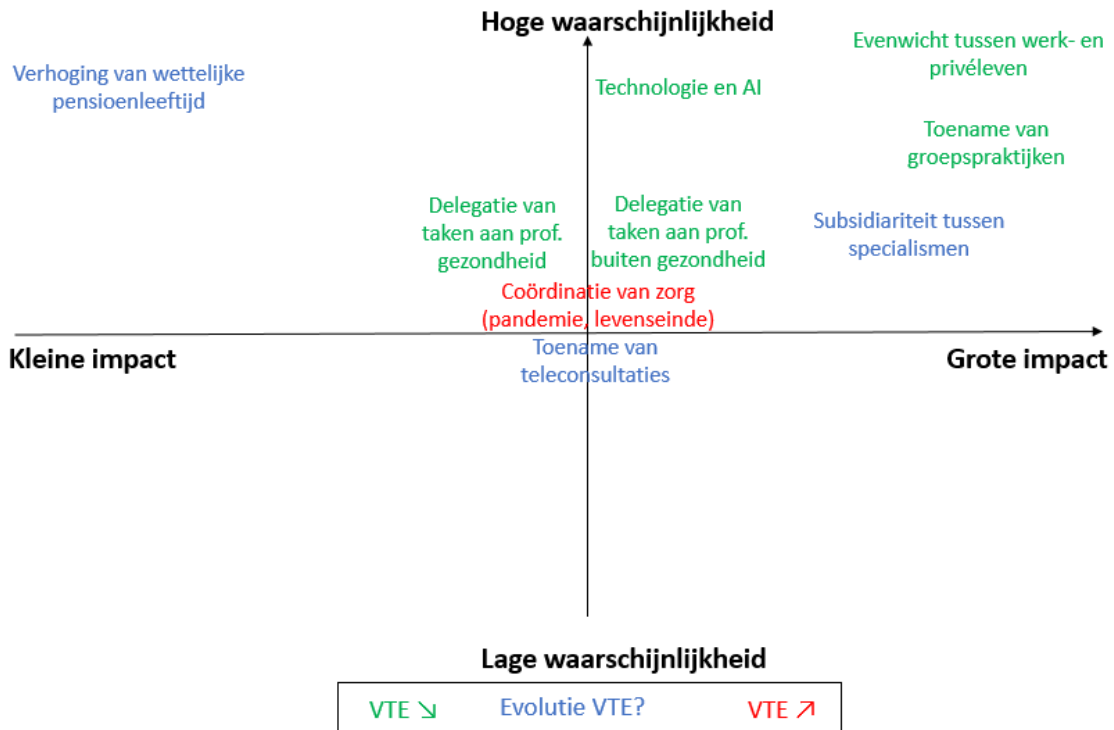
### 7.1 Huisartsgeneeskunde

#### 7.1.1 Activiteitsgraad

Verschillende factoren die het huidige VTE kunnen beïnvloeden, werden ingedeeld volgens de intensiteit van de impact die de factor zal hebben op het VTE en volgens de waarschijnlijkheid dat deze factor zich in de toekomst zal voordoen. Ook werd het soort effect op het VTE (stijging of daling) bepaald. Het resultaat van dit overleg is weergegeven in onderstaande figuur en tabel. Vervolgens wordt elke factor nader toegelicht.

<sup>9</sup> [Monitoring van de workforce artsen: nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033, Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, mei 2023.](#)

**Figuur 2: Factoren die mogelijk van invloed zijn op de huidige activiteitsgraad van huisartsen**



**Tabel 3. Overzicht van factoren die mogelijk van invloed zijn op de huidige activiteitsgraad van huisartsen**

Lijst van factoren	Waarschijnlijkheid	Grootte impact	Soort impact
Evenwicht tussen werk- en privéleven	Hoog	Groot	Afname activiteitsgraad
Toename van groepspraktijken	Hoog	Groot	
Technologie en artificiële intelligentie	Hoog	Gemiddeld	
Delegatie van taken aan professionals actief in de gezondheidszorg	Eerder hoog	Gemiddeld	
Delegatie van taken aan professionals buiten de gezondheidszorg	Eerder hoog	Gemiddeld	
Coördinatie van zorg	Gemiddeld	Gemiddeld	Toename activiteitsgraad
Subsidiariteit tussen specialismen	Eerder hoog	Groot	Effect onduidelijk
Verhoging van wettelijke pensioenleeftijd	Hoog	Klein	
Toename van teleconsultaties	Gemiddeld	Gemiddeld	

**a. Factoren die bijdragen tot een afname van de activiteitsgraad**

**Evenwicht tussen werk- en privéleven**

Er is een maatschappelijke evolutie merkbaar op de arbeidsmarkt waarbij huisartsen van alle leeftijden streven naar een goed evenwicht tussen werk- en privéleven. De artsen die het beroep instromen verkiezen ook om minder uren per week te presteren om zo meer tijd vrij te kunnen maken voor hun gezin, familie en vrijetijdsactiviteiten. Dit element is cruciaal en zal een grote impact hebben op de toekomstige voltijds equivalenten van huisartsen.



## **Toename van groepspraktijken**

Steeds vaker worden groepspraktijken opgestart die vooral jongere huisartsen aantrekken. In een groepspraktijk worden de administratieve taken gecentraliseerd, wordt de permanentie-opdracht verdeeld, wordt de zorg efficiënter georganiseerd, etc. Dit heeft als gevolg dat er meer zorg verleend kan worden in minder tijd. Naar alle waarschijnlijkheid zal deze toename een grote impact hebben de activiteiten van artsen met een daling van hun voltijds equivalenten.

## **Technologie en artificiële intelligentie**

Gebruiksvriendelijke technologie (zoals een elektronisch patiëntendossier) en artificiële intelligentie zullen met hoge waarschijnlijkheid invloed hebben op de activiteit van huisartsen en kunnen zowel de performantie van de activiteit van huisarts verbeteren als de zorgkwaliteit verhogen. Bovendien kunnen deze elementen bijdragen aan een grotere werksatisfactie. In de praktijk leidt het introduceren van dit soort innovaties in een eerste fase tot een toename van activiteit (inwerktijd en vertrouwen opbouwen; ook voor de patiënten). In een tweede fase zal dit een dalende activiteitsgraad van huisartsen tot gevolg hebben.

## **Delegatie van taken aan professionals actief in de gezondheidszorg**

Taakdelegatie in het kader van geïntegreerde zorg zal zich steeds vaker voordoen en zal een vermindering van werkbelasting tot gevolg hebben. Toch worden er ook vraagtekens geplaatst bij de beschikbaarheid van andere gezondheidszorgberoepsbeoefenaars. Daarnaast is het onduidelijk in welke mate hij of zij in de mogelijkheid en bereid zal zijn extra taken op te nemen en in hoeverre ook een deel van hun eigen taken kunnen worden doorgeschoven naar anderen. Taakdelegatie betekent bovendien niet dat de huisarts geen tijd meer zal investeren in de gedelegeerde taken. Er blijft een nood aan opvolging, overleg, feedback, etc.

## **Delegatie van taken aan professionals buiten de gezondheidszorg**

De creatie van het beroep “praktijkassistent” zal voor de huisartsen een meerwaarde betekenen omdat zij mee vorm zal geven aan de delegatie van administratieve en praktijk-ondersteunende taken in een solo- of groepspraktijk. Ook binnen de evolutie dat er steeds meer Point of Care Testing (POCT) gerealiseerd zal worden in de eerstelijnszorg kunnen zij een deel van het werk opvangen.

### **b. Factoren die bijdragen tot een toename van de activiteitsgraad**

#### **Coördinatie van zorg**

De bijdrage van huisartsen in de coördinatie van zorg zal naar verwachting toenemen, zowel bij het beheren van een eventueel volgende pandemie, als in de palliatieve zorg. Dit zal een hogere werkbelasting voor de huisarts als gevolg hebben en dus leiden tot een toename van hun voltijds equivalenten. In de veronderstelling dat een deel van de coördinatie-opdracht door niet-artsen zal worden overgenomen (zie subsidiariteit), zou de omvang van deze taak voor de huisartsen kunnen worden verminderd.

### **c. Factoren waarbij hun impact op de activiteitsgraad onduidelijk is**

#### **Subsidiariteit tussen specialismen**

In toenemende mate worden delen van de zorg die traditioneel op de tweede lijn en in het ziekenhuis plaatsvonden, getransfereerd naar de eerste lijn: een illustratie is de belangrijke toename van interventies die in daghospitalisatie plaatsvinden. De waarschijnlijkheid dat dit gebeurt is eerder hoog, maar de snelheid en de omvang waarmee dit zal



plaatsvinden eerder gemiddeld. De impact zal groot zijn, want het vraagt nieuwe competenties, nieuwe afspraken en samenwerkingsmodellen tussen de eerste lijn en het ziekenhuis, informatie-uitwisseling, etc.

### **Verhoging van wettelijke pensioenleeftijd**

Hoewel de wettelijke pensioenleeftijd momenteel alleen maar zal toenemen, stelt men zich de vraag of artsen ook daadwerkelijk langer zullen blijven werken. Gezien de wenselijkheid bij de jongere huisartsen om minder (lang) te moeten werken, is het onduidelijk of ze op oudere leeftijd langer zullen blijven werken. Bovendien is het onzeker of ze blijvend actief zullen zijn in de huisartsgeneeskunde tot aan hun pensioen. Het is mogelijk dat artsen aan het eind van hun carrière kiezen voor een verandering van sector of van hun activiteiten. De uitdaging bestaat vooral in het creëren van een context voor een meer duurzame loopbaan met factoren zoals de jobinhoud, balans tussen werk- en privéleven en de mogelijkheid tot het invullen van een verscheidenheid aan rollen. Op die manier kunnen lagere en meer gevarieerde carrières worden gestimuleerd.

### **Toename van teleconsultaties**

Teleconsultaties zijn ondertussen echt ingeburgerd bij de huisarts en de patiënt (telefonisch, e-mail, chatbox, video, etc.). Afhankelijk van de financiering en de technologische evoluties zal een verdere toename van deze consultaties een effect hebben op het activiteitsniveau van de huisarts. Gezien deze onzekerheden wordt gesteld dat er een gemiddelde waarschijnlijkheid is dat er een verdere toename zal plaatsvinden met naar verwachting een gemiddelde impact op de activiteitsgraad. Of dit zal leiden tot een lagere of hogere activiteitsgraad is nog onduidelijk.

#### **d. Aanpassing van de activiteitsgraad**

De meeste factoren zullen het VTE naar verwachting doen afnemen in de toekomst. Deze vermindering is niet enkel het gevolg van een verhoogde aandacht voor de werk-privé balans, maar is ook het gevolg van technologische ontwikkelingen, het aantal groepspraktijken dat gestaag toeneemt en taakdelegatie.

De bevraging bij huisartsen, gerealiseerd in samenwerking met IM Associates, leert ons dat ongeveer de helft van de huisartsen die de vragenlijst invulden momenteel tussen 50 en 64 uur werken. Daarnaast geeft de helft van deze huisartsen ook aan dat ze een werkweek wensen van 38 à 40 uur. Dit is met andere woorden een vermindering van de arbeidstijd van 32%.

Op basis van de bovenstaande factoren en de enquête bij de huisartsen heeft de werkgroep beslist om **het VTE van alle huisartsen tegen 2031 snel met 20% te verminderen**, met uitzondering van de huidige generaties van 60 jaar en ouder, die hun huidige gemiddelden zullen behouden wanneer ze van leeftijdsgroep veranderen (in de veronderstelling dat ze hun manier van werken niet wijzigen).

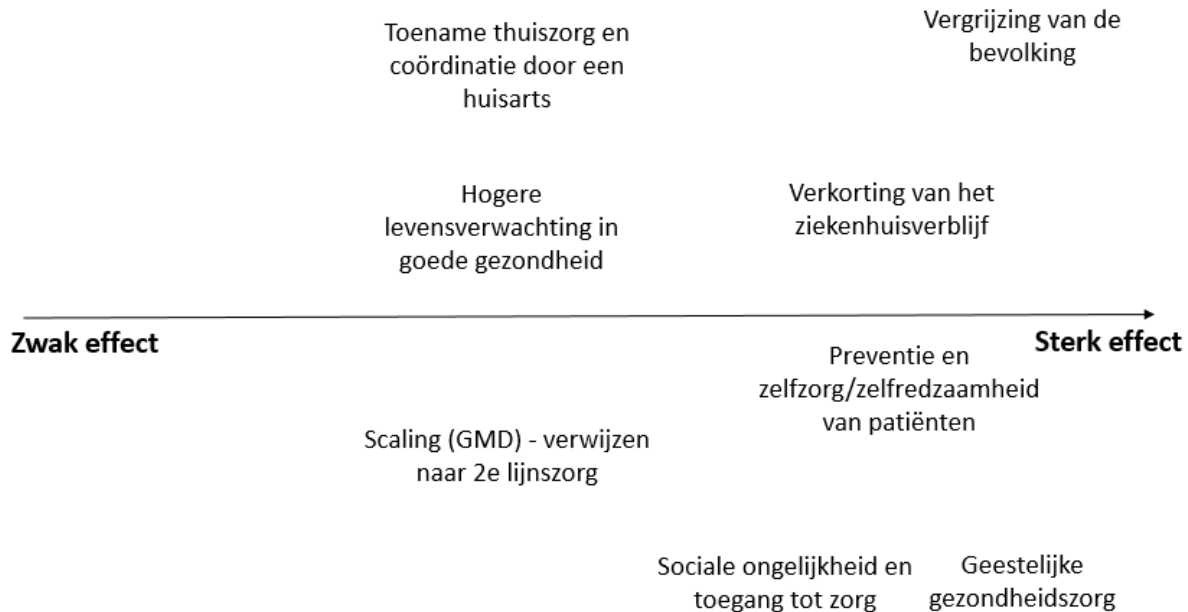
<b>Huisartsen</b>	<b>2021-2026</b>	<b>2021-2031</b>	<b>2021-2041</b>
Daling VTE	-15%	-20%	-20%



### 7.1.2 Zorgbehoeften

Verschillende factoren die de zorgbehoeften van de bevolking kunnen beïnvloeden, werden onderzocht en op een as geplaatst die de intensiteit van de impact op de zorgbehoeften weergeeft.

**Figuur 3. Factoren die mogelijk van invloed zijn op de behoefte aan huisartsenzorg van de bevolking**



**Tabel 4. Overzicht van de factoren die mogelijk van invloed zijn op de behoefte aan huisartsenzorg van de bevolking**

Lijst van factoren	Grootte impact	Soort impact
Verkorting van het ziekenhuisverblijf	Groot	Toename van zorgbehoeften
Preventie en zelfzorg/zelfredzaamheid van patiënten	Groot	
Sociale ongelijkheid en toegang tot zorg	Groot	
Geestelijke gezondheidszorg	Groot	
Vergrijzing van de bevolking	Groot	
Toename thuiszorg en coördinatie door een huisarts	Gemiddeld	
Hogere levensverwachting in goede gezondheid	Gemiddeld	
Scaling (GMD) - verwijzen naar tweedelijnszorg	Gemiddeld	

#### a. Factoren die bijdragen tot een verhoogde zorgbehoefte

##### Verkorting van het ziekenhuisverblijf

Zoals reeds vermeld worden delen van de zorg op de tweede lijn en in het ziekenhuis in toenemende mate getransfereerd naar de eerste lijn. De trend om ziekenhuisverblijven te verkorten, zal zich in de toekomst verderzetten. Dit element situeert zich zowel op niveau van het zorgaanbod (kosteneffectiviteit van de zorg) als op het niveau van de zorgvraag (patiënten die kortere ziekenhuisopnames wensen). Dit heeft als gevolg dat er meer zorgvragen bij de huisarts terecht komen, alsook dat de huisarts een grotere coördinerende functie zal moeten uitoefenen om de zorg rond te patiënt



te organiseren (zowel met andere artsen-specialisten als met andere gezondheidszorgdisciplines). De impact zal groot zijn, want het vraagt nieuwe competenties, nieuwe afspraken en samenwerkingsmodellen tussen de eerste lijn en het ziekenhuis, informatie-uitwisseling, etc.

### **Preventie en zelfzorg/zelfredzaamheid van patiënten**

Een toegenomen aandacht voor preventie en een verhoging van de patiënt empowerment zorgen ervoor dat patiënten mondiger zijn geworden en meer betrokken willen worden in hun behandeltraject en heeft een grote impact op de zorgbehoeften. Dit vereist van de huisarts voldoende kennis en vaardigheden om hiermee op een adequate manier om te gaan.

### **Sociale ongelijkheid en toegang tot zorg**

De sociale ongelijkheid en de moeilijkheden die sommige groepen patiënten ervaren met betrekking tot de toegang tot de zorg leiden tot meer werkbelasting voor de huisarts. Dit geldt ook voor de toenemende diversiteit in de patiëntenpopulatie. Ook deze elementen zullen naar verwachting een grote impact hebben op de zorgbehoeften aan huisartsenzorg.

### **Geestelijke gezondheidszorg**

Het toegenomen belang van geestelijke gezondheidszorg zal de zorgvraag doen toenemen. De huisarts blijft in de praktijk een belangrijk eerste aanspreekpunt voor patiënten met mentale problemen en werkt steeds meer samen met het aanbod in de psychische hulpverlening.

### **Vergrijzing van de bevolking**

De veroudering van de bevolking zal tot een toename van de totale zorgvraag leiden in België. Deze factor is echter reeds geïntegreerd in het gehanteerd model. Zo maakt het projectiemodel gebruik van demografische gegevens, waaronder de leeftijd en geslacht, om de bevolking te kunnen wegen en rekening te houden met deze vergrijzing bij de bepaling van de zorgbehoeften.

### **Toename thuiszorg patiënten en coördinatie door een huisarts**

De trend om patiënten zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te verzorgen, zal zich verderzetten. Opnieuw heeft dit als gevolg dat er meer zorgvragen bij de huisarts terechtkomen en dat de huisarts een nog grotere coördinerende functie zal moeten uitoefenen.

### **Hogere levensverwachting in goede gezondheid**

Sommige van de bovengenoemde factoren zullen leiden tot een hogere levensverwachting in goede gezondheid, bijvoorbeeld als gevolg van de toenemende preventiemaatregelen, een langere professionele carrière, enz. Er wordt verwacht dat er een gemiddelde impact zal zijn van deze hogere levensverwachting in goede gezondheid op de zorgvraag.

### **Scaling (GMD) - verwijzen naar tweedelijnszorg**

Het uitbreiden van het gebruik van het Globaal Medisch Dossier (GMD) naar de gehele Belgische bevolking zal leiden tot een meer geëcheloniseerd gebruik van de gezondheidszorg: de patiënt zal zich in eerste instantie begeven naar eerste lijn en wanneer nodig door de huisarts naar tweede lijn worden doorverwezen. Dit zal het aantal zorgvragen bij de huisarts doen toenemen en vraagt meer coördinatie.





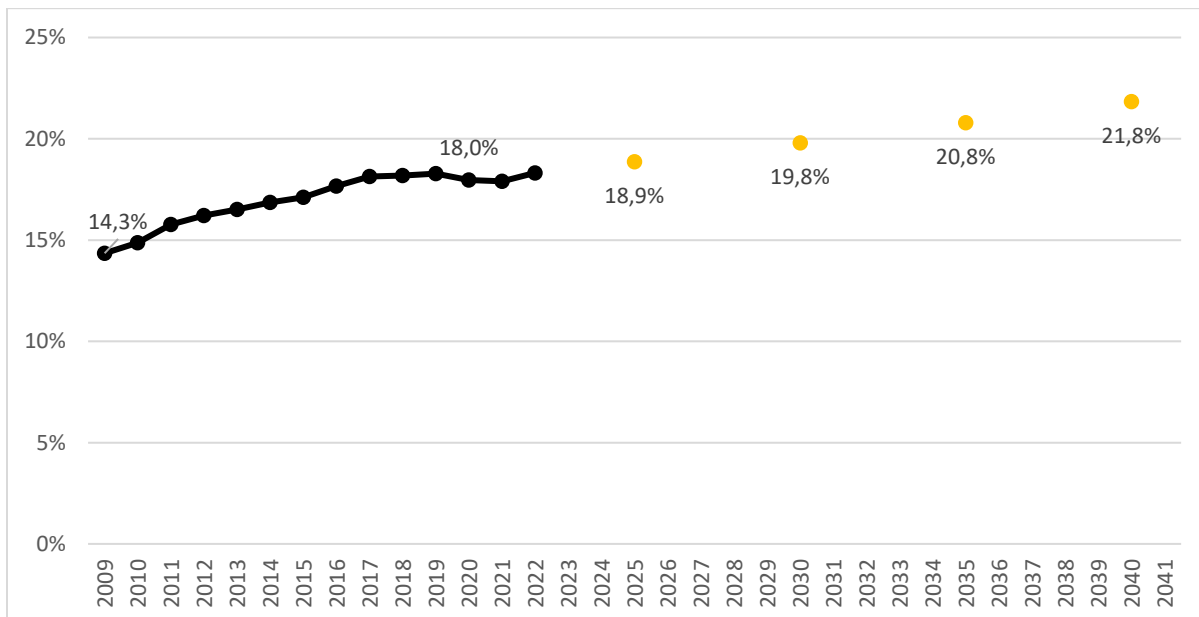
## b. Aanpassing van de zorgconsumptiegraad

Op basis van al deze factoren heeft de werkgroep Artsen beslist een lineaire toename van de zorgconsumptie tegen 2041 toe te passen, en wel als volgt:

- De zorgconsumptie voor de leeftijdsgroep 0-14 jaar blijft stabiel;
- De zorgconsumptie voor de leeftijdsgroep 15-74 jaar wordt verhoogd met 5 %;
- De zorgconsumptie voor de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder wordt verhoogd met 10 %.

Er werd een bijkomende aanpassing toegepast om de stijging met 1% per jaar te simuleren van het percentage verzekerden dat de verhoogde tegemoetkoming (RVT) geniet, een indicator van economische en sociale kwetsbaarheid (gele punten in Figuur 4).

**Figuur 4. Evolutie en projectie van het percentage verzekerden die genieten van een verhoogde tegemoetkoming (2009-2041)**



De uiteindelijke aanpassing van de zorgconsumptiegraad om de zorgbehoeften van de bevolking te benaderen, wordt beschreven in Tabel 5.

**Tabel 5. Aanpassing aangebracht aan de zorgconsumptiegraad per leeftijdscategorie, geslacht en gemeenschap**

Gem.	Geslacht	<5	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
FR	V	+1,6%	+2,8%	+2,5%	+8,1%	+8,6%	+7,0%	+7,0%	+7,4%	+8,0%	+8,6%	+8,3%	+7,7%	+8,7%	+9,1%	+8,3%	+14,1%	+13,5%	+13,4%	+13,0%	+14,0%
	M	+1,7%	+2,9%	+3,0%	+7,9%	+8,3%	+7,4%	+7,0%	+7,6%	+7,4%	+8,2%	+8,4%	+7,9%	+8,8%	+8,5%	+7,5%	+13,0%	+13,3%	+13,3%	+11,3%	+11,6%
VL	V	+0,3%	+0,9%	+1,5%	+7,0%	+6,3%	+5,8%	+6,2%	+6,6%	+7,0%	+7,4%	+7,1%	+7,4%	+7,6%	+7,8%	+7,9%	+14,1%	+14,5%	+15,4%	+14,8%	+13,9%
	M	+0,5%	+1,1%	+1,4%	+7,0%	+6,8%	+6,3%	+6,1%	+6,4%	+6,7%	+7,0%	+6,9%	+6,9%	+7,0%	+7,0%	+7,4%	+12,8%	+13,1%	+13,9%	+14,2%	+13,2%

## 7.2 Overige gecontingenteerde medische specialismen

### 7.2.1 Activiteitsgraad

De maatschappelijke evolutie naar een beter evenwicht tussen werk- en privéleven werd vanaf 2026 toegepast voor zowel mannen als vrouwen, voor alle leeftijden met uitzondering van de 50-plussers van vandaag, volgens het volgende algoritme:

- gemiddeld VTE < 0,7: geen daling;
- gemiddeld VTE tussen 0,7 en 1,5: -13%;
- gemiddeld VTE > 1,5 : - 0,2 VTE.

Dit komt overeen met een vermindering van een halve werkdag per week voor diegenen die 1 VTE werken. De cohorten van artsen die momenteel 50 jaar en ouder zijn, behouden de huidige waargenomen gemiddelden wanneer ze van leeftijdsgroep veranderen. Deze methode houdt rekening met de reeds bestaande verschillen in VTE tussen geslachten, leeftijdscategorieën, nationaliteiten en gemeenschappen.

### 7.2.2 Zorgbehoeften

De aanpassing van de zorgconsumptiegraad is identiek aan de keuzes die in de vorige alternatieve scenario's werden gemaakt voor 10 van de 12 medische specialismen die vanwege de bestaande onevenwichtigheden als "gevoelig" worden beschouwd. Tabel 6 toont deze aanpassingen.

**Tabel 6. Aanpassingen aangebracht aan de zorgconsumptiegraad per leeftijdscategorie, geslacht en gemeenschap voor alle medische specialismen met uitzondering van de huisartsgeneeskunde**

	Zorgconsumptiegraad	
	Aanpassing zorgvraag	Geen aanpassing van historische gegevens
Pediatrie		X
Geriatricie	+30% - FR/NL – leeftijdsgroepen 75+ – snel '21-'41	
Oftalmologie		X
Otorinolaryngologie		X
Dermato-venereologie		X
Acute en urgentie-geneeskunde		X
Inwendige geneeskunde	20% - FR/NL – leeftijdsgroepen 15+ – snel '21-'41	
Cardiologie		X
Gastro-enterologie		X
Pneumologie		X
Reumatologie	+20% - FR/NL – alle leeftijdsgroepen – snel '21-'41	
Fysische geneeskunde en revalidatie	+10% - FR/NL – alle leeftijdsgroepen – geleidelijk '21-'41	
Medische oncologie	20% - FR/NL – leeftijdsgroepen 45+ – gradueel '21-'41	
Radiotherapie-oncologie	+10% - FR/NL – leeftijdsgroepen 50+ – snel '21-'41	
Anesthesie-reanimatie		X
Heelkunde		X
Plastische heelkunde		X
Neurochirurgie		X
Stomatologie		X
Orthopedische heelkunde	Geen verhoging	
Gynaecologie-verloskunde	Geen verhoging	
Urologie		X
Pathologische anatomie	+20% - FR/NL – Alle leeftijdsgroepen – geleidelijk '21-'41	
Klinische biologie	+20% - FR/NL – Alle leeftijdsgroepen – geleidelijk '21-'41	
Radiodiagnose	+5% - FR/NL – leeftijdsgroepen 50+ – geleidelijk '21-'41	
Nucleaire geneeskunde		X
Kinder- en jeugdpsychiatrie		X
Volwassenenpsychiatrie	FR/NL – leeftijdsgroepen 18-25 : 50% / andere :20% – snel '21-'41	
Neurologie		X