

Avis formel 2026/02 de la Commission de planification - Offre médicale

Vu la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, l'article 91, § 2 ;

Vu la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, l'article 92, § 1, 1° ;

Vu l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification offre médicale;

Après en avoir valablement délibéré, la Commission de planification - offre médicale émet **l'avis** suivant :

Avis relatif au contingentement des médecins : quota fédéral pour les années 2032-2033 portant modification de l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.

Nombre de pages (y compris la présente) : 8

Cet avis a été approuvé selon les quorums suivants :

Membres présents ayant droit de vote : 13

Votes pour : 10

Votes contre : 0

Abstentions : 3

Lieu et date de la réunion :
Bruxelles, 30 mars 2026

Brigitte Velkeniers

Brigitte Velkeniers
Président -Voorzitter

Formeel advies 2026/02 van de Planningscommissie - Medisch aanbod

Gelet op de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, artikel 91, § 2;

Gelet op de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, artikel 92, § 1, 1°;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie medisch aanbod;

Na geldige beraadslaging brengt de Planningscommissie - medisch aanbod het volgende **advies** uit:

Advies betreffende de contingentering van de artsen: federaal quota voor de jaren 2032-2033 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

Aantal bladzijden (inclusief dit blad): 8

Dit advies werd aanvaard met de volgende quorums:

Aanwezige stemgerechtigde leden: 13

Stemmen voor: 10

Stemmen tegen: 0

Onthouding: 3

Plaats en datum van de vergadering:
Brussel, 30 maart 2026

Pascale Steinberg
Secrétaire- Secretaris

Avis relatif au contingentement des médecins : quota fédéral pour les années 2032 et 2033 portant modification de l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.

Quota fédéral Médecins 2032-2033

Suite à la demande du ministre de revoir les quotas 2032 et 2033, la Commission de planification recommande les quotas fédéraux suivants en ce qui concerne le nombre maximal de candidats attestés qui ont annuellement accès à une formation menant à l'un des titres professionnels visés (AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale).

	2032-2033
Communauté flamande	1.169
Communauté française	1.030
Belgique	2.199

Ces quotas ont été établis à partir de scénarios alternatifs d'évolution de la force de travail des médecins qui reprennent les hypothèses du précédent avis n°2023-01 et les appliquent aux données disponibles les plus récentes. Le rapport décrivant l'activité des [médecins sur le marché du travail](#) a été mis à jour pour les années 2013 à 2023.

L'ensemble des données a été actualisée tant pour le volet offre que pour le volet demande. Le nombre de candidats qui peuvent entamer annuellement la formation en médecine a été fixé sur base du nombre moyen des 3 dernières années disponibles (2023-2024-2025) par communauté : 1.631 pour la Communauté flamande et 1.336 pour la Communauté française.

Scénario alternatif pour la médecine générale :

Le groupe de travail a repris les hypothèses alternatives précédentes à la fois pour l'offre de médecins généralistes et les besoins en soins. Elles se sont traduites par la modification de deux paramètres :

- Le taux d'activité avec la réduction rapide des ETP de -20% d'ici 2033 à l'exception des générations actuelles âgées de 60 ans et plus ;
- Le taux de consommation en soins avec une augmentation linéaire spécifique à chaque groupe d'âge d'ici 2043 (0-14 ans : faible augmentation, 15-74 ans : autour de 7% d'augmentation et 75 ans et plus : autour de 13% d'augmentation).

Advies betreffende de contingentering van de artsen: de federale quota voor de jaren 2032 en 2033 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

Federaal quota Artsen 2032-2033

Naar aanleiding van het verzoek van de minister om de quota voor 2032 en 2033 te herzien, beveelt de Planningscommissie de volgende federale quota aan met betrekking tot het maximaal aantal geattesteerde kandidaten dat jaarlijks toegang krijgt tot de opleiding die leidt naar één van de beroepstitels in kwestie (KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod).

	2032-2033
Vlaamse Gemeenschap	1.169
Franse Gemeenschap	1.030
België	2.199

Deze quota zijn vastgesteld op basis van alternatieve scenario's voor de evolutie van de workforce artsen, waarbij de hypothesen van het vorige advies nr. 2023-01 worden overgenomen en toegepast op de meest recente beschikbare gegevens. Het rapport dat de activiteit van [artsen op de arbeidsmarkt](#) beschrijft, is bijgewerkt voor de jaren 2013 tot 2023.

Alle gegevens zijn geactualiseerd, zowel wat het aanbod- als het vraagstuk betreft. Het aantal kandidaten dat jaarlijks met de opleiding geneeskunde mag beginnen, is vastgesteld op basis van het gemiddelde aantal van de drie laatste beschikbare jaren (2023-2024-2025) per gemeenschap: 1.631 voor de Vlaamse Gemeenschap en 1.336 voor de Franse Gemeenschap.

Alternatief scenario voor de huisartsgeneeskunde:

De werkgroep heeft de vorige alternatieve hypothesen overgenomen voor zowel het aanbod van huisartsen als de zorgvraag. Zij resulteerden in de aanpassing van twee parameters:

- De activiteitsgraad met de snelle daling van het aantal VTE met -20% tegen 2033, behalve voor de huidige generaties van 60 jaar en ouder;
- De zorgconsumptiegraad met een specifieke lineaire stijging voor elke leeftijdsgroep tegen 2043 (0-14 jaar: lichte stijging, 15-74 jaar: stijging met ongeveer 7% en 75 jaar en ouder: stijging met ongeveer 13%).

La modification du taux d'activité prend en compte plusieurs facteurs qui pourront avoir ou auront un effet sur le niveau d'activité actuel des médecins généralistes : un meilleur équilibre vie professionnelle-vie privée, l'augmentation des pratiques de groupe, la technologie et l'intelligence artificielle, la délégation de tâches à d'autres professionnels de la santé, la délégation de tâches à des professionnels extérieurs aux soins de santé, la coordination des soins, la subsidiarité entre spécialités, le relèvement de l'âge légal de la pension et l'augmentation des téléconsultations.

L'augmentation des besoins en soins généralistes de la population belge est ou sera influencé par : le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital, la prévention et les soins auto-administrés/l'autonomie des patients, les inégalités sociales et l'accès aux soins (légère augmentation des bénéficiaires de l'intervention majorée - BIM), les soins de santé mentale, le maintien du patient à domicile (télémonitoring) et la coordination par un médecin généraliste, une plus longue espérance de vie en bonne santé et l'échelonnement des soins (DMG) - référence à la deuxième ligne de soins.

Scénarios alternatifs pour les autres spécialités :

Sur le volet offre, l'implémentation de la diminution de l'ETP pour refléter un meilleur équilibre vie privé – vie professionnelle a été appliquée de manière à toucher plus largement les médecins dès l'horizon 2028 :

- ETP < 0,7 : pas de diminution,
- ETP entre 0,7 et 1,5 : -13%,
- ETP > 1,5 : -0,2 ETP.

Sur le volet demande, les adaptations spécifiques à la consommation pour 10 des spécialités médicales qui ont fait l'objet d'une analyse spécifique ont été conservées.

Les spécialités suivantes sont concernées :

1. Anatomie pathologique
2. Biologie clinique
3. Radiodiagnostic
4. Radiothérapie-oncologie
5. Rhumatologie
6. Médecine interne
7. Gériatrie
8. Médecine physique et réadaptation
9. Oncologie médicale
10. Psychiatrie (adulte)

Ces spécialités ont fait l'objet d'une augmentation plus importante du taux de consommation.

Bij de aanpassing van de activiteitsgraad wordt rekening gehouden met verschillende factoren die invloed kunnen of zullen hebben op het huidige activiteitsniveau van de huisartsen: een betere werk-privébalans, meer groepspraktijken, technologie en kunstmatige intelligentie, delegatie van taken aan andere gezondheidszorgprofessionals, delegatie van taken aan professionals buiten de gezondheidszorg, coördinatie van de zorg, subsidiariteit tussen specialismen, verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd en meer teleconsultaties.

De toename van de behoefte aan zorg geleverd door de huisartsen van de Belgische bevolking, wordt of zal worden beïnvloed door: de inkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis, preventie en zelfzorg/autonomie van de patiënt, sociale ongelijkheid en toegang tot zorg (lichte stijging van het aantal begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming - RVT), geestelijke gezondheidszorg, toename thuiszorg van de patiënt (telemonitoring) en coördinatie door de huisarts, hogere levensverwachting in goede gezondheid en getrapte zorg (GMD) - verwijzing naar tweedelijnszorg.

Alternatieve scenario's voor de overige specialismen:

Aan de aanbodzijde werd de implementatie van de vermindering van de VTE met het oog op een betere werk-privébalans, zodanig toegepast dat zij vanaf 2028 een grotere groep artsen treft:

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

Aan de vraagzijde zijn de specifieke aanpassingen voor de consumptie van 10 van de medische specialismen die het onderwerp vormden van een specifieke analyse behouden gebleven.

Het betreft de volgende specialismen:

1. Pathologische anatomie
2. Klinische biologie
3. Radiodiagnose
4. Radiotherapie-oncologie
5. Reumatologie
6. Inwendige geneeskunde
7. Geriatrie
8. Fysische geneeskunde en revalidatie
9. Medische oncologie
10. (Volwassenen) psychiatrie

De zorgconsumptiegraad van deze specialismen is sterker gestegen.

Les scénarios alternatifs prennent donc en compte les éléments suivants :

- Une réduction du temps de travail en raison des évolutions sociétales vers un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée ;
- Une adaptation du modèle au niveau de la consommation en soins pour les 10 spécialités retenues ;
- La mise à jour des données de l'enseignement, des données du cadastre fédéral, de l'activité et de la consommation selon les données disponibles les plus récentes.

Les scénarios alternatifs tiennent compte de toutes les données disponibles en ce qui concerne les flux entrants observés dans la formation de base, les flux entrants observés de diplômés formés en Belgique et à l'étranger, les stocks, l'activité des professionnels, la population belge et sa consommation en soins. Ceci permet d'obtenir les tendances observées et attendues (projections) en ce qui concerne l'évolution du nombre de praticiens professionnellement actifs, leur densité par rapport à la population et leur densité pondérée tenant compte de la demande en soins de la population. Ces données résultantes du modèle ont de plus été calculées en termes de niveau d'activité (ou ETP).

Pour établir le quota global, la Commission de planification a examiné l'évolution du nombre de médecins actifs par spécialité, qui découle du scénario établi et a contrôlé quelles évolutions étaient problématiques (sur-offre ou sous-offre).

Pour chaque spécialité, l'impact de 4 niveaux différents de flux entrant de candidats commençant une spécialité a été étudié : le flux entrant du scénario alternatif, deux niveaux de flux entrants sélectionnés qui se trouvent dans une fourchette autour de ce dernier flux entrant (valeurs typiques choisies parmi -50%, -25%, +25% et +50%) et le flux entrant tel que choisi pour les précédents quotas 2028-2033.

Dans ce cadre, une attention particulière a été accordée aux évolutions projetées de la **densité pondérée en ETP** (nombre d'ETP pour 10.000 habitants en tenant compte des futurs besoins en soins de la population) résultant de ces niveaux de flux entrants testés. Cet indicateur combine plusieurs impacts, à savoir l'évolution attendue du niveau d'activité et l'évolution attendue de la demande en soins de la population.

De alternatieve scenario's houden bijgevolg rekening met de volgende punten:

- Een vermindering van de arbeidstijd ten gevolge van maatschappelijke evolutie naar een betere werk-privébalans;
- Een aanpassing van het zorgconsumptiemodel voor de 10 geselecteerde specialismen;
- Een update van de onderwijsgegevens en gegevens uit het federaal kadaster, over de activiteit en de consumptie naar de meest recente beschikbare gegevens.

De alternatieve scenario's houden rekening met alle beschikbare gegevens wat betreft de geobserveerde instroom in de basisopleiding, de geobserveerde instroom 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) op het vlak van de evolutie van het aantal actieve beroepsbeoefenaars, hun dichtheid ten opzichte van de bevolking en hun gewogen dichtheid rekening houdend met de zorgvraag van de bevolking. De uit het model resulterende gegevens worden daarnaast ook uitgedrukt in termen van het activiteitsniveau (of VTE).

Om het globaal quota te kunnen bepalen, heeft de Planningscommissie de evolutie van het aantal actieve artsen per specialisme onderzocht die voortvloeit uit het opgestelde scenario en nagegaan welke van deze evoluties problematisch zijn (over- of onderaanbod).

Voor elk specialisme werd het effect van 4 verschillende instroomniveaus wat betreft het aantal kandidaten dat het specialisme aanvangt, bestudeerd: de instroom volgens het alternatief scenario, twee geselecteerde instroomniveaus die binnen een marge rond deze laatste instroom liggen (typische waarden gekozen uit -50%, -25%, +25% en +50%), en de instroom zoals vastgesteld voor de eerdere quota 2028-2033.

Bijzondere aandacht werd in dit kader besteed aan de geprojecteerde evoluties van de **gewogen VTE-dichtheid** (aantal VTE per 10.000 inwoners, rekening houdend met de toekomstige zorgbehoeften van de bevolking) resulterend uit deze geteste instroom-niveaus. Deze indicator combineert verschillende effecten, met name de verwachte evolutie van het activiteitsniveau en de verwachte evolutie van de zorgvraag van de bevolking.

Le groupe de travail Médecins de la Commission de planification a étudié de cette manière l'impact des 4 niveaux de flux entrant et l'a pondéré par rapport aux tendances attendues au sein de chaque spécialité médicale, et ce sur la base de son expertise et de sa connaissance du terrain. Cette discussion a abouti à la détermination d'une densité pondérée souhaitable en ETP par communauté et aux **flux entrants optimaux** qui en découlent auxquels l'influx de médecins avec un diplôme de base obtenu à l'étranger et qui se forment à une spécialité contingentée en Belgique (28 en Communauté flamande et 49 en Communauté française) a été défalqué. Les résultats obtenus pour la période 2032-2033 pour chaque (groupe de) spécialité(s) analysé, et ce par communauté sont les suivants :

	Com. FL	Com. FR
Médecine générale	506	535
Pédiatrie	28	27
Gériatrie	30	20
Ophthalmologie	28	21
Otorhinolaryngologie	17	10
Dermato-vénéréologie	18	13
Médecine d'urgence et aiguë	35	28
Médecine interne	68	66
Cardiologie	20	14
Gastro-entérologie	18	12
Pneumologie	14	7
Rhumatologie	9	9
Médecine physique et réadaptation	22	14
Oncologie médicale	10	8
Radiothérapie-oncologie	7	2
Anesthésie-réanimation	52	43
Chirurgie	32	20
Chirurgie plastique	7	4
Neurochirurgie	7	3
Stomatologie	8	5
Chirurgie orthopédique	26	22
Gynécologie-obstétrique	25	21
Urologie	13	6
Anatomie pathologique	13	9
Biologie clinique	24	15
Radiodiagnostic	28	27
Médecine nucléaire	6	5
Psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile	22	13
Psychiatrie, particulièrement en psychiatrie adulte	54	34
Neurologie	19	15
Génétique clinique	3	2
QUOTA FÉDÉRAL	1.169	1.030

Des niveaux de flux entrants optimaux par communauté et par spécialité ont ainsi été établis, leur somme déterminant le quota global fédéral. Quoique l'Etat fédéral soit compétent uniquement pour le quota global, la Commission de planification intègre dans cet avis, les niveaux de flux entrants distincts par spécialité et par communauté, ceci, dans un souci de transparence et de transmission de l'information, et dans la mesure où le quota global 2032-2033 est calculé comme la somme de ces niveaux de flux entrants.

De werkgroep Artsen van de Planningscommissie bestudeerde op deze manier het effect van de 4 instroomniveaus en woog deze af tegenover de verwachte trends binnen elk medisch specialisme, en dit op basis van haar expertise en terreinkennis. Deze discussie leidde tot de bepaling van een wenselijke gewogen VTE-dichtheid per gemeenschap en de daaruit voortvloeiende **optimale instroom** waarvan vervolgens de instroom van artsen met een buitenlands basisdiploma die in België worden opgeleid in een gecontingenteerde specialiteit (28 in de Vlaamse Gemeenschap en 49 in de Franse Gemeenschap) werd afgetrokken. De verkregen resultaten voor de periode 2029-2033 voor elke geanalyseerde (groep van) specialisme(n), per gemeenschap, zijn als volgt:

	VL Gem.	FR Gem.
Huisartsgeneeskunde	506	535
Pediatrie	28	27
Geriatric	30	20
Oftalmologie	28	21
Otorinolaryngologie	17	10
Dermato-venereologie	18	13
Acute en urgentie-geneeskunde	35	28
Inwendige geneeskunde	68	66
Cardiologie	20	14
Gastro-enterologie	18	12
Pneumologie	14	7
Reumatologie	9	9
Fysische geneeskunde en revalidatie	22	14
Medische oncologie	10	8
Radiotherapie-oncologie	7	2
Anesthesie-reanimatie	52	43
Heelkunde	32	20
Plastische heelkunde	7	4
Neurochirurgie	7	3
Stomatologie	8	5
Orthopedische heelkunde	26	22
Gynaecologie-verloskunde	25	21
Urologie	13	6
Pathologische anatomie	13	9
Klinische biologie	24	15
Radiodiagnose	28	27
Nucleaire geneeskunde	6	5
Psychiatrie, meer bepaalde kinderen jeugdpsychiatrie	22	13
Psychiatrie, meer bepaalde volwassenenpsychiatrie	54	34
Neurologie	19	15
Klinische genetica	3	2
FEDERALE QUOTA	1.169	1.030

De optimale instroomniveaus werden zo bepaald per gemeenschap en per specialisme. Hun som bepaalt het globale federale quota. Hoewel de federale Staat enkel bevoegd is voor het globaal quota, neemt de Planningscommissie in dit advies deze afzonderlijke instroomniveaus per specialisme en per gemeenschap toch op en dit met het oog op de transparantie en doorstroming van informatie, en gezien het globaal quota 2032-2033 wordt berekend als som van de instroomniveaus in kwestie.

La Commission a collecté des données par spécialité et met ces informations pertinentes à la disposition des communautés qui sont responsables de la détermination des sous-quotas. La répartition entre communauté établie par les travaux de la Commission de planification fédérale s'approche au mieux des besoins des populations respectives et tient compte de la réalité différente en matière d'arrivée de non-résidents, sur base des données disponibles.

Comme le prévoyait la demande du ministre (courrier du 2 juillet 2025), outre la détermination du quota, l'impact des médecins formés entièrement à l'étranger a également été étudié via un **scénario de l'autonomie**. Les membres de la Commission de planification indiquent que le scénario de l'autonomie est en contradiction avec la libre circulation des professionnels européens et donc n'est pas réaliste.

En conséquence, l'impact du scénario alternatif de l'autonomie sera calculé et transmis par l'administration au ministre de la santé, mais il ne fait pas partie d'un avis officiel de la Commission de planification.

La Commission de planification souhaite formuler les recommandations suivantes et exprimer ses préoccupations :

Afin de veiller à garantir la plus large accessibilité aux **soins médicaux de première ligne** à la population belge, les membres ont délibérément choisi de renforcer prioritairement le nombre de médecins généralistes. Cette augmentation est complétée de différentes recommandations : optimiser la façon de travailler en première ligne de soins, mesures de soutien et d'encadrement de la médecine générale, extension des fonctions au sein du cabinet de médecine générale (infirmier(ère) en pratique de médecine générale, assistant(e) de pratique,...), une répartition territoriale équilibrée et une attention particulière à la situation bruxelloise (activité morcelée, soins non répertoriés dans les bases de données notamment les migrants et le personnel lié aux institutions européennes,...).

Les membres de la Commission rappellent que les spécialités qui s'exercent **hors cadre de l'assurance maladie** (la médecine du travail, la médecine d'assurance et d'expertise médicale, la médecine légale et la médecine en gestion de données de santé) et les fonctions de l'administration qui nécessitent une expérience clinique (médecins inspecteurs, ...) répondent également à des besoins de santé publique. Ceux-ci sont principalement recrutés parmi les médecins ayant une pratique clinique en

De Commissie heeft gegevens per specialisme verzameld en biedt deze relevante informatie aan de gemeenschappen aan die bevoegd zijn voor de bepaling van de sub-quota. De verdeling over de gemeenschappen, die is vastgesteld in het kader van de werkzaamheden van de federale Planningscommissie, sluit zo nauw mogelijk aan bij de behoeften van de respectievelijke bevolkingsgroepen en houdt rekening met de verschillende realiteit wat betreft de instroom van niet-inwoners op basis van de beschikbare gegevens.

Zoals voorzien in het verzoek van de minister (brief van 2 juli 2025) werd naast de vaststelling van de quota ook de impact van volledig in het buitenland opgeleide artsen onderzocht aan de hand van een **scenario van autonomie**. De leden van de Planningscommissie wijzen erop dat het scenario van autonomie in strijd is met het vrije verkeer van Europese beroepsbeoefenaars en dus niet realistisch is.

Bijgevolg zal de impact van het alternatief scenario van autonomie worden berekend en door de administratie aan de minister van Volksgezondheid worden meegedeeld maar maakt het geen deel uit van een officieel advies van de Planningscommissie.

De Planningscommissie wenst de volgende aanbevelingen te maken en bezorgdheden te uiten:

Met het oog op het waarborgen van een zo groot mogelijke toegankelijkheid tot de **eerstelijnsgezondheidszorg** voor de Belgische bevolking, hebben de leden er bewust voor gekozen in de eerste plaats het aantal huisartsen te verhogen. Deze verhoging wordt aangevuld met verschillende aanbevelingen: optimalisering van de werkwijze in de eerstelijnszorg, maatregelen ter ondersteuning en begeleiding van de huisartsgeneeskunde, uitbreiding functies binnen de huisartspraktijk (verpleegkundige in de huisartspraktijk, praktijkassistent,...) een evenwichtige territoriale spreiding en bijzondere aandacht voor de situatie in Brussel (versnipperde activiteit, zorg die niet in de databanken is opgenomen zoals o.m. migranten en personeel van Europese instellingen, enz.).

De leden van de Commissie wijzen erop dat de specialisten die **buiten het kader van de ziekteverzekering** worden uitgeoefend (arbeidsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, gerechtelijke geneeskunde en geneeskunde in het beheer van gezondheidsgegevens) en de administratieve functies waarvoor klinische ervaring vereist is (medisch inspecteurs, enz.) ook beantwoorden aan de behoeften van de volksgezondheid. Deze functies worden hoofdzakelijk ingevuld door

médecine générale. Aujourd'hui ces professionnels peinent à être recrutés et les besoins augmentent. Ils sont déjà pris en compte dans les scénarios (actifs hors santé) selon les tendances historiques observées.

La Commission constate que la spécialité de pharmacologie clinique et de médecine pharmaceutique ne dispose pas d'une nomenclature INAMI distincte et recommande d'inscrire cette spécialité dans l'article 5 de l'arrêté royal relatif à la planification de l'offre médicale (12 juin 2008) en tant que spécialité hors quota.

Au vu de l'évolution des spécialités en dehors du cadre de l'assurance maladie, la Commission plaide en faveur d'une planification et d'un suivi plus intégrés.

Les membres de la Commission de planification insistent sur l'importance que les niveaux de flux entrants proposés soient en phase avec le **nombre de places de stage disponibles** dans chaque spécialité. Les mesures adéquates doivent être prises sans tarder. La disponibilité de ces places ainsi qu'un financement de celles-ci à la juste hauteur pour en assurer l'attractivité sont des éléments indispensables pour permettre que l'offre en médecins corresponde aux besoins de la population. Les membres recommandent d'ailleurs qu'un financement différencié puisse se faire : les spécialités qui peinent à recruter des médecins ou pour lesquelles l'organisation de places de stage est plus complexe, pourraient bénéficier d'un financement plus important de leur formation, en vue du renforcement de la qualité et de l'organisation de la formation, ce qui participerait à l'attractivité de ces disciplines.

La Commission constate qu'il n'existe pas de visibilité suffisante sur la rétention et la sortie de la profession dans différentes disciplines. Elle demande donc également de disposer des moyens nécessaires pour assurer ce suivi longitudinal, essentiel à une planification tournée vers l'avenir.

Les quotas ont été fixés en tenant compte des besoins futurs de la population. Les membres recommandent dès lors aux ministres fédéraux et des entités fédérées de faire en sorte que la capacité de formation et le financement des places de stage à l'horizon 2032 correspondent aux quotas fédéraux et aux sous quotas fixés par les communautés.

Proportionnalité

Conformément à la directive 2018/958 du 28 juin 2018, le principe de proportionnalité a été pris en compte dans la définition du quota fédéral sur

artsen met een klinische praktijk in de huisartsgeneeskunde. Vandaag de dag is het moeilijk om deze professionals aan te werven en neemt de behoefte toe. In de scenario's wordt reeds rekening met hen gehouden (actieven buiten de gezondheidszorg) volgens de waargenomen historische trends.

De Commissie stelt vast dat het specialisme klinische farmacologie en farmaceutische geneeskunde niet beschikt over een aparte RIZIV-nomenclatuur en beveelt aan om dit specialisme op te nemen in het artikel 5 van het koninklijk besluit betreffende de planning van het medisch aanbod (12 juni 2008) als specialisme buiten quota.

Gezien de evolutie van de specialismen buiten het kader van de ziekteverzekering pleit de Commissie ervoor om over te gaan tot een meer geïntegreerde planning én opvolging.

De leden van de Planningscommissie benadrukken het belang dat de voorgestelde instroomniveaus in overeenstemming zijn met het **aantal beschikbare opleidingsplaatsen** in elk specialisme. Er moeten zonder dralen passende maatregelen worden genomen. De beschikbaarheid van deze plaatsen en hun financiering op het juiste niveau om hun aantrekkelijkheid te waarborgen, zijn essentiële elementen om ervoor te zorgen dat het aanbod van artsen overeenstemt met de behoeften van de bevolking. De leden bevelen ook een gedifferentieerde financiering aan: specialismen die moeite hebben om artsen te werven of waarvoor de organisatie van opleidingsplaatsen complexer is, zouden meer financiering voor hun opleiding kunnen krijgen, met het oog op de versterking van de kwaliteit en de organisatie van de opleiding, hetgeen de aantrekkelijkheid van deze disciplines ten goede zou komen.

De Commissie stelt vast dat men geen goed zicht heeft op de retentie en de uitstroom in verschillende disciplines. Zij vraagt daarom ook om de noodzakelijke middelen te krijgen om deze longitudinale opvolging, essentieel voor een toekomstgerichte planning te kunnen realiseren.

De quota werden vastgesteld rekening houdend met de toekomstige behoeften van de bevolking. De leden bevelen de federale en deelstaatministers dan ook aan ervoor te zorgen dat de opleidingscapaciteit en de financiering van de opleidingsplaatsen tegen 2032 overeenstemmen met de federale quota en de door de gemeenschappen vastgestelde sub-quota.

Evenredigheid

Overeenkomstig richtlijn 2018/958 van 28 juni 2018 werd bij de vaststelling van het federale quota rekening gehouden met het

base des éléments repris dans l'avis, tels que entre autres, les besoins en soins de la population, la situation de l'activité observée en Belgique et la force de travail formée en et hors Belgique.

evenredigheidsbeginsel op basis van de elementen die in het advies zijn opgenomen, zoals onder meer de zorgbehoeften van de bevolking, de situatie van de in België waargenomen activiteit en de in en buiten België opgeleide workforce.