



Monitoring van de workforce artsen

-

Nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033

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

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

18 04 2023



COLOFON

Redactie van het rapport:

Cel Planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen:

Cellhoofd: Pascale Steinberg

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

Organisatie:

Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening

Diensthooft: Aurélia Somer

Directoraat-generaal 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, bus 2, 1210 Brussel

Contactgegevens:

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening

Cel Planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu Eurostation II
Galileelaan 5, bus 2, 1210 Brussel

T. +32 (0)2 524 97 97

plan.team@health.belgium.be

www.health.belgium.be/hwf

Ce document est également disponible en français.

Gelieve het rapport te citeren aan de hand van de volgende referentie:

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, 2023.

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

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits de bron vermeld wordt.

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

Wettelijk depot: D/2023/2196/19



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 de wettelijke termijnen te respecteren, moest deze missie in april 2023 worden voltooid om de studenten die in 2023 aan de medische opleiding willen beginnen en die onder de quota van 2029 vallen, te informeren.

Om deze opdracht binnen de gestelde termijn uit te voeren, vroeg de Planningscommissie medewerking aan een aantal partners, waaronder het RIZIV, het KCE en IM Associates.

Het rapport dat voor u ligt, omvat alle elementen die hebben bijgedragen tot de bepaling van de artsenquota voor de periode 2029-2033.



DANKWOORD

We brengen graag onze dank uit aan iedereen die meegewerkt heeft om deze opdracht tot een goed einde te brengen.

De gegevenskoppelingen werden gerealiseerd door Timothée Mahieu van de FOD VVVL, Antoine Khalil van het RIZIV en Chris Brijs van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid. De processen van gegevenstransfer en anonimisering werden tevens in goede banen geleid door Chris Brijs. We bedanken hen alle drie voor de inspanning die ze leverden om ons tijdig de benodigde brongegevens te bezorgen.

Voor het literatuuronderzoek met betrekking tot de impact van COVID-19 op huisartsen, wensen we Pascale Jonckheer, werkzaam bij het KCE, te bedanken voor het geleverde werk.

Voor de bevraging bij huisartsen bedanken we IM Associates voor het opstellen en aanpassen van de vragenlijst in het kader van het onderzoek naar de werkbelasting bij huisartsen en voor de flexibiliteit die ze hebben getoond om rekening te houden met de verontrusting van de minister.

We bedanken eveneens Pascale Meeus die de COVID-19-crisis op de planning van artsen evalueerde op basis van de analyse van longitudinale RIZIV-gegevens voor alle medische specialismen.

Tenslotte wensen we ook de leden van de werkgroep Artsen van de Planningscommissie Medisch Aanbod en te vermelden: Brigitte Velkeniers, 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, et Christel Van Geet.

Ze kwamen talrijk samen en werkten in een constructieve en positieve sfeer, aan een vlot tempo, zodat het advies met de federale quota 2029-2033 tijdig kon worden afgerond en de vele uitgevoerde analyses konden worden geïntegreerd.

Verder willen we ook de voorzitter van de werkgroep, Brigitte Velkeniers, bedanken voor haar investering en voor het op briljante wijze leiden van de groep zodat de opdracht uitgevoerd kon worden, met respect voor de mening van iedereen.

Tot slot mogen we de leden van de Cel Planning niet vergeten die fors hebben geïnvesteerd om het project succesvol te verwezenlijken. Met dank aan de analisten Christelle Durand, Peter Jouck en Veerle Vivet, evenals de twee nieuwe analisten, Jesse Berwouts en Dominiq Nkenné. Verder mogen we Olivier Van Weyenbergh die de nodige administratieve taken heeft vervuld en Pascale Steinberg die het team heeft gecoördineerd, niet vergeten.

Dit rapport, dat het advies Quota 2029-2032 van de Planningscommissie vergezelt, is het resultaat van veel samenwerking. Ieders investering staat in verhouding tot de uitdaging voor de volksgezondheid om over voldoende gekwalificeerde artsen te beschikken om aan de gezondheidsbehoeften van de Belgische bevolking te voldoen.

Aurélie Somer

Diensthofd Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening



INHOUDSTAFEL

INLEIDING	2
DEEL 1: MONITORING VAN DE WORKFORCE HUISARTSEN	4
1. HUISARTSEN ACTIEF IN HET KADER VAN HET RIZIV (2011-2021)	4
1.1. Methodologie	4
1.2. Evolutie van de workforce huisartsen actief in het RIZIV (2011-2021)	5
1.3. Verdeling van de huisartsen volgens urbanisatiegraad	11
1.4. Enquête over de voltijdse equivalenten in de huisartsenpraktijk – beschrijving van de workforce	14
2. IMPACT VAN COVID-19 OP DE HUISARTSGENEESKUNDE	17
2.1. Rapid review van de literatuur over de impact van COVID-19 op de huisartsgeneeskunde (Pascale Jonckheer – KCE)	17
2.2. Evolutie van de workforce huisartsen actief in het RIZIV (2011-2021)	19
2.3. Longitudinale analyse van RIZIV-gegevens voor alle medische specialismen - Impact COVID-19 (Pascal Meeus - RIZIV)	24
2.4. Enquête over de voltijdse equivalenten in de huisartsenpraktijk – impact COVID-19	28
DEEL 2: MONITORING VAN DE WORKFORCE ARTSEN	29
1. INLEIDING EN METHODOLOGIE	29
2. RESULTATEN	30
DEEL 3: PROJECTIES VAN DE WORKFORCE ARTSEN 2021-2041	35
1. METHODOLOGIE VAN HET PROJECTIEMODEL	35
2. PARAMETERS VAN HET MODEL	36
3. WEERHOUDEN ALTERNATIEVE HYPOTHESEN	38
3.1. Huisartsgeneeskunde	38
3.2. Overige gecontingenteerde medische specialismen	45
3.3. Resultaten van de geprojecteerde evoluties	46
DEEL 4: INTERNATIONALE VERGELIJKING	53
1. INTERNATIONALE BENCHMARK VAN HET ARTSENAANBOD	53
1.1. Inleiding	53
1.2. Resultaten van de internationale vergelijking van het artsenaanbod	54
2. PLANNING VAN DE WORKFORCE ARTSEN IN FRANKRIJK	58
2.1. Contextelementen voor Frankrijk	58
2.2. Activiteitsniveau of voltijds equivalent	59
2.3. Territoriale verdeling	59
2.4. Identificatie van zones met een tekort aan huisartsen	60
2.5. Stimulansen voor de vestiging van huisartsen in gebieden met een tekort	61
3. PLANNING VAN DE WORKFORCE ARTSEN IN NEDERLAND	62
3.1. Contextelementen voor Nederland	62
3.2. Activiteitsniveau of voltijds equivalent	63
3.3. Territoriale verdeling	64
3.4. Identificatie van zones met een tekort aan huisartsen	65
3.5. Stimulansen voor de vestiging van huisartsen in gebieden met een tekort	66
4. REFERENTIELIJST	68



INLEIDING

De **Planningscommissie Medisch aanbod** werd opgericht in 1996. Eén van haar opdrachten is de behoeften inzake het medisch aanbod na te gaan (conform WUG¹, artikel 91 §2). Bij het bepalen van deze behoeften dient rekening gehouden te worden met de evolutie van de behoeften inzake medische zorgen, de kwaliteit van de zorgverstrekking, en de demografische en de sociologische evolutie van de betrokken beroepen en van de bevolking.

Om haar opdrachten te vervullen, ontwikkelt de Planningscommissie voor verschillende gezondheidszorgberoepen een rapport onder de naam “PlanKad” dat de historische en actuele situatie op de arbeidsmarkt beschrijft en werkt ze toekomstscenario’s uit met behulp van een projectiemodel.

Het **PlanKad**-project omvat gegevenskoppelingen die worden uitgevoerd tussen de FOD VVVL (het federale kadaster van gezondheidszorgberoepen), het Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming (DWH AM & SB) en het RIZIV. De gegevenskoppeling vertrekt van het federale kadaster: een gegevensbank van gezondheidszorgbeoefenaars die het recht hebben een erkend gezondheidszorgberoep uit te oefenen in België (Licensed to Practice). Het kadaster biedt bijgevolg een overzicht van alle personen die een aanvraag deden om een erkende professionele activiteit uit te oefenen. Om echter ten volle de missie van de Planningscommissie Medisch Aanbod te ondersteunen, schiet deze gegevensbank te kort. Zo bevat het kadaster geen informatie met betrekking tot de effectieve beroepsactiviteit van de erkende personen, in welke mate deze activiteit wordt uitgeoefend en in welke activiteitssectoren de beroepspopulatie zich bevindt. Om deze reden worden gegevens vanuit dit kadaster gekoppeld met activiteitsgegevens ter hoogte van het DWH AM & SB en het RIZIV.

In het kader van de opdracht van de minister werd besloten om twee verschillende gegevenskoppelingen uit te voeren. De eerste gegevenskoppeling kan worden gezien als een *light* versie van een PlanKad-project. Het omvat enkel gegevens van het **federale kadaster en het RIZIV** die enkel betrekking heeft op **huisartsen**. Deze gegevenskoppeling had als voordeel dat gegevens snel beschikbaar waren en dat bijkomende informatie ter hoogte van het RIZIV aangevraagd kon worden (plaats van tewerkstelling, verschillende praktijkvormen en impact van COVID-19 op huisartsen). Deze *light* gegevenskoppeling heeft eveneens enkele beperkingen: het is niet mogelijk om de populatie van artsen die actief zijn in België volledig in kaart te brengen, aangezien belangrijke informatie over het werknemersstatuut ontbreekt en enkel huisartsen werden meegenomen in de analyse.

De tweede gegevenskoppeling is een volledige gegevenskoppeling die gegevens omvat van het federale **kadaster, het RIZIV en de Kruispuntbank Sociale Zekerheid, voor huisartsen én artsen-specialisten**. Deze gegevenskoppeling komt tegemoet aan de beperkingen van de eerste gegevenskoppeling. Ze laat ons toe de gegevens van alle artsen te actualiseren en om alternatieve scenario’s op te stellen die leiden tot de bepaling van de quota.

Voor een uitgebreid verslag van de gehanteerde methodologie verwijzen we naar het rapport “[Artsen op de arbeidsmarkt 2004-2016](#)” (gepubliceerd in 2019) en het rapport “Artsen op de arbeidsmarkt 2017-2021” (verwachte publicatie in 2023).

¹ Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen

Deel 1 van dit rapport toont de resultaten van de *light* gegevenskoppeling evenals de studies toegelicht die de impact van de COVID-19-crisis bestuderen.

Deel 2 geeft een beknopte samenvatting weer van de resultaten van de volledige gegevenskoppeling (kadaster-RIZIV-Kruispuntbank Sociale Zekerheid) door middel van een synthesesetabel die de belangrijkste cijfers toont voor alle artsen actief op de Belgische arbeidsmarkt in 2021.

Deel 3 beschrijft de manier waarop toekomstscenario's worden ontwikkeld voor zowel huisartsen als overige specialismen. Zo biedt dit deel informatie over het projectiemodel en de hypothesen die werden weerhouden. Tenslotte wordt een overzicht van de resultaten van de toekomstprojecties getoond.

Deel 4 plaatst het aanbod aan artsen in België in een internationaal perspectief. De planning van de gezondheidszorg bij onze noordelijke en zuidelijke burens wordt onderzocht, evenals de wijze waarop het aantal en de dichtheid van artsen over het land zijn verdeeld.

De verschillende onderdelen van dit rapport leiden tot de bepaling van de artsenquota voor de jaren 2029 tot en met 2033.

DEEL 1: MONITORING VAN DE WORKFORCE HUISARTSEN

1. HUISARTSEN ACTIEF IN HET KADER VAN HET RIZIV (2011-2021)

1.1. Methodologie

Voor deze *light* koppeling van huisartsgegevens zijn enkele specifieke methodologische bepalingen ingevoerd, met de bijbehorende methodologische beperkingen.

Methodologische aspecten van de gegevenskoppeling FOD VVVL - RIZIV

- Een huisarts wordt als actief beschouwd in de gezondheidszorg (Practising = PR) wanneer zijn jaarlijks terugbetaald bedrag groter of gelijk is aan een minimumdrempel of wanneer hij of zij actief is in een medisch huis zoals geregistreerd binnen het RIZIV. De minimumdrempel komt overeen met 5% van het mediaan terugbetaald bedrag bepaald in de referentiegroep huisartsen tussen 45 en 54 jaar met minstens 1 RIZIV-prestatie op jaarbasis.
- Een exacte bepaling van een voltijds equivalent is niet beschikbaar, een proxy wordt bepaald op basis van de terugbetaalde RIZIV-bedragen. Een voltijdse opdracht voor een huisarts komt overeen met een bruto terugbetaald bedrag binnen het RIZIV van € 145.909 in 2021. Dit bedrag verandert jaarlijks.
- Voor huisartsen tewerkgesteld in medische huizen wordt een VTE van 0,83 aan hen toegekend, wat overeenkomt met het gemiddeld VTE van de exclusief loontrekkenden in 2016 (bron: PlanKad 2004-2016). Een aantal artsen in loondienst werken met het forfaitair betalingssysteem. Over deze gegevens beschikken wij niet.
- Een individu behoort tot de Vlaamse of Franse Gemeenschap op basis van de taal van het behaalde diploma (NL of FR) of, indien deze informatie ontbreekt (bijvoorbeeld in het geval van een buitenlands diploma), op basis van de contacttaal (NL, FR, of DE). Wanneer de contacttaal Duits is, wordt de beroepsbeoefenaar toegewezen aan de Franse Gemeenschap.
- Het gewest van tewerkstelling van de huisarts wordt bepaald op basis van de eerste plaats van tewerkstelling zoals geregistreerd binnen het RIZIV.

Belangrijke methodologische beperkingen

- Deze gekoppelde gegevens bieden geen zicht op het geheel aan activiteiten van huisartsen die tewerkgesteld zijn als werknemer. Het VTE dat toegekend werd aan huisartsen actief in medische huizen is een benadering.
- Alle prestaties die worden uitgeoefend buiten het kader van het RIZIV worden niet in rekening genomen bij de berekening van de activiteitsgraad van huisartsen. Om deze reden is de activiteitsgraad geen absolute waarde, maar een relatieve waarde die met de nodige voorzichtigheid dient te worden geïnterpreteerd en vergeleken.

Noot: in het vervolg van het document wordt stevast de term “huisartsen actief in het kader van het RIZIV” gebruikt wanneer gesproken wordt over de huisartsen. Toch omvat de analysepopulatie ook de huisartsen die actief zijn in een medisch huis.

De resultaten uit deel 1 die besproken zullen worden in de volgende paragrafen, geven een synthese weer van de gegevenskoppeling tussen het federale kadaster van de FOD VVVL en het RIZIV, voor de beroepsgroep huisartsen, tussen 2011 en 2021.

1.2. Evolutie van de workforce huisartsen actief in het RIZIV (2011-2021)

1.2.1 Aantallen en dichtheden (in individuen en VTE) van 2011 tot 2021

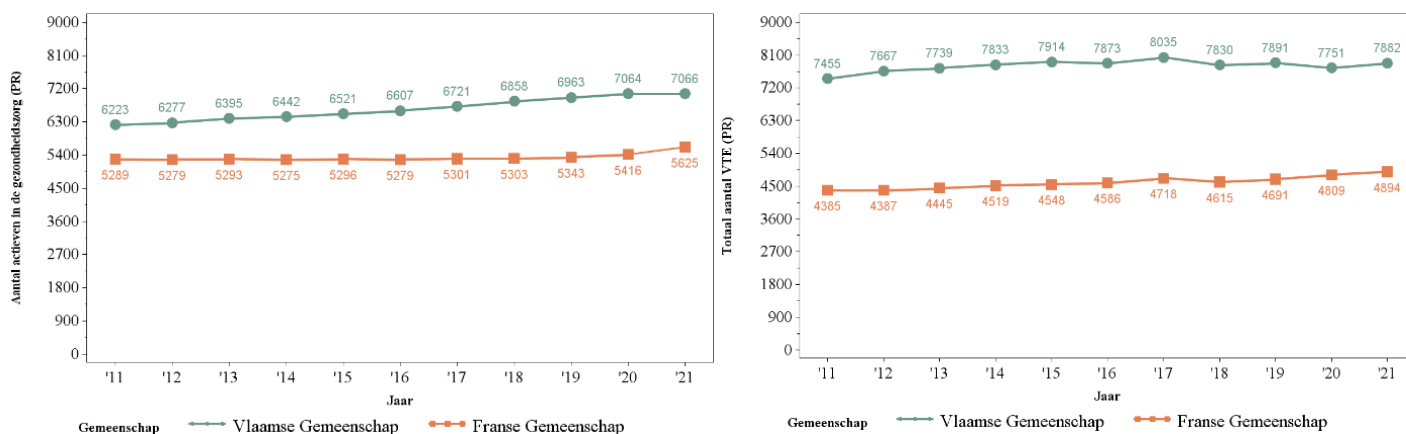
Het aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg in België is met 10% toegenomen tussen 2011 en 2021 (van 11.512 in 2011 tot 12.691 in 2021) terwijl het totaal aantal VTE is gestegen met 8% in dezelfde periode (van 11.840 in 2011 tot 12.775 in 2021). De dichtheden van actieven en hun VTE per 10.000 inwoners zijn nagenoeg gelijk en zijn (licht) toegenomen tussen 2011 en 2021 (zie Tabel 1).

Tabel 1. Evolutie van het aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg en het totaal aantal VTE in België, 2011-2021

BEL	Individueen				VTE			
	Totaal	Index	Dichtheid	Index	Totaal	Index	Dichtheid	Index
'11	11.512	100	10,43	100	11.840	100	10,73	100
'12	11.556	100	10,41	100	12.054	102	10,86	101
'13	11.689	102	10,48	100	12.185	103	10,93	102
'14	11.717	102	10,45	100	12.352	104	11,02	103
'15	11.818	103	10,49	101	12.463	105	11,06	103
'16	11.887	103	10,50	101	12.460	105	11,01	103
'17	12.023	104	10,57	101	12.754	108	11,21	104
'18	12.163	106	10,64	102	12.446	105	10,89	101
'19	12.306	107	10,71	103	12.582	106	10,95	102
'20	12.480	108	10,83	104	12.560	106	10,90	102
'21	12.691	110	10,96	105	12.775	108	11,03	103

Meer genuanceerd wordt het beeld op het niveau van de gemeenschappen en de gewesten. In figuur 1 stellen we naast de stijgende trend van het aantal actieven en hun VTE ook een verschil vast tussen de **gemeenschappen** op basis van hun VTE. Voor alle jaren geldt in de Vlaamse Gemeenschap dat het volume VTE en hoger ligt dan het totaal aantal actieven, terwijl het omgekeerde het geval is in de Franse Gemeenschap. Daarnaast is relatieve stijging van het aantal actieve huisartsen en hun VTE verschillend afhankelijk van de Gemeenschap. Zo stijgt in de Vlaamse Gemeenschap het aantal actieven tussen 2011 en 2021 van 6.223 naar 7.066 individuen (+ 14%) en het totaal volume VTE van 7.455 naar 7.882 (+ 6%). In de Franse Gemeenschap neemt het aantal actieven tussen 2011 en 2021 toe van 5.289 naar 5.625 individuen (+ 6%) en het totaal volume VTE van 4.385 naar 4.894 (+ 12%).

Figuur 1: Evolutie van het aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg (links) en het totaal aantal VTE (rechts) volgens gemeenschap, 2011-2021



Wanneer we ten slotte de **gewesten** in rekening nemen (zie Tabel 2), zien we dat het aantal VTE minder sterk stijgt in het Waals Gewest (+ 8%) in vergelijking met de cijfers voor de Franse Gemeenschap (+ 12%). Dit is het gevolg van de sterke stijging die waar te nemen is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het aantal actieven neemt er toe met 20% en het totaal volume VTE met 35% tussen 2011 en 2021. Ondanks deze sterke stijging van het volume VTE, blijft de dichtheid van het VTE per 10.000 inwoners relatief laag in Brussel (van 7,07 in 2011 naar 8,92 in 2021).

De dichtheden nemen overal toe, met een uitgesproken toename in Brussel, uitgezonderd de dichtheid van volume VTE in het Vlaams Gewest (11,75 in 2011 en 11,68 in 2021) en de dichtheid van actieve huisartsen in het Waals Gewest (11,33 in 2011 en 11,38 in 2021).

Tabel 2. Evolutie van het aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg en het aantal VTE volgens gewest, 2011-2021

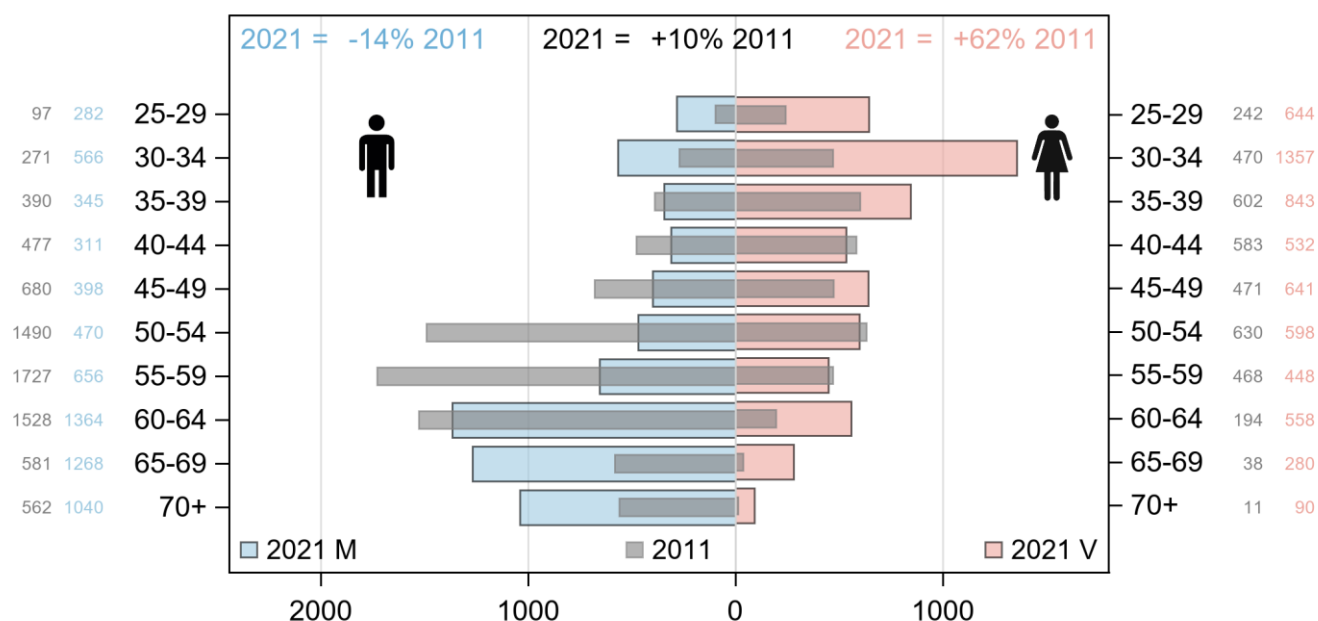
VG	Individuen				VTE			
	Totaal	Index	Dichtheid	Index	Totaal	Index	Dichtheid	Index
'11	6.229	100	9,81	100	7.460	100	11,75	100
'...
'21	7.020	113	10,48	107	7.824	105	11,68	99
WG	Individuen				VTE			
	Totaal	Index	Dichtheid	Index	Totaal	Index	Dichtheid	Index
'11	4.019	100	11,33	100	3.568	100	10,06	100
'...
'21	4.168	104	11,38	100	3.860	108	10,54	105
BHG	Individuen				VTE			
	Totaal	Index	Dichtheid	Index	Totaal	Index	Dichtheid	Index
'11	1.251	100	10,98	100	805	100	7,07	100
'...
'21	1.498	120	12,25	112	1.091	135	8,92	126

Conclusie

- Tussen 2011 en 2021 neemt in het Vlaams Gewest het aantal actieve huisartsen sterker toe (+ 13%) dan het gepresteerd volume VTE (+ 5%). In het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest neemt het gepresteerd volume VTE sterker toe (WG: + 8% ; BHG: + 35%) dan het aantal actieve huisartsen (WG: + 4% ; BHG: + 20%).
- De dichtheid van actieve huisartsen en hun VTE kent over het algemeen een stijgende trend die het meest uitgesproken is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest door de sterke toename van het aantal actieven en het volume VTE. De dichtheid van het VTE-volume in het Vlaams Gewest (11,75 in 2011 en 11,68 in 2021) en van actieve huisartsen in het Waals Gewest (11,33 in 2011 en 11,38 in 2021) blijft echter relatief stabiel.

1.2.2 Demografische kenmerken

Figuur 2. Evolutive leeftijdspiramides van de huisartsen actief in de gezondheidszorg, voor België, 2011-2021



Om een beeld te geven van de evolutie van de workforce tussen 2011 en 2021 geven de bovenstaande leeftijdspiramides de verdeling weer van de huisartsen met een activiteit in de ziekteverzekering.

De gekleurde leeftijdspiramide geeft de verdeling weer voor het jaar 2021, terwijl de leeftijdspiramide voor 2011 in grijsinten wordt weergegeven. Links en rechts worden de absolute aantallen voor respectievelijk de mannen en de vrouwen weergegeven voor elke leeftijdscategorie. Opnieuw geldt hier dat de gekleurde aantallen behoren tot het jaar 2021, terwijl de grijze cijfers de aantallen uit 2011 weergeven.

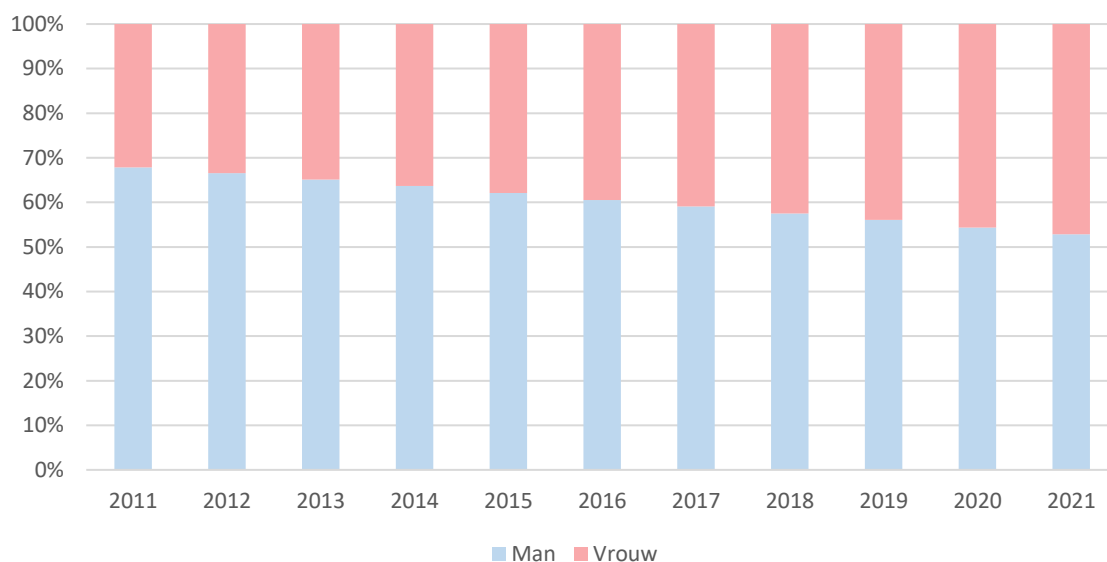
Boven de piramide vinden we de globale evolutie van het aantal beroepsbeoefenaars tussen 2011 en 2021 terug, uitgedrukt als percentage, en dit voor de mannen (in het blauw), de vrouwen (in het rood) en voor de twee geslachten samen (in het zwart, centraal).

Deze evolutieve leeftijdspiramide toont ons drie belangrijke ontwikkelingen:

- 1) Het aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg is tussen 2011 en 2021 met 10% toegenomen.
- 2) Het aantal mannen is afgenomen met 14%. We observeren dat het aantal mannen in de leeftijdscategorieën 55-59 jaar en 60-64 jaar sterk is afgenomen. Toch is een aanzienlijk deel van deze groep nog actief in 2021.
- 3) Het aantal vrouwen is toegenomen met 62%. Deze toename is vooral waarneembaar voor de leeftijdscategorie 30-34 jaar. Ook bij vrouwen merken we op dat zij langer aan de slag blijven. De meerderheid van de vrouwen die zich in 2011 in de leeftijdscategorieën 50-54 jaar en 55-59 jaar bevonden, zijn nog actief in 2021.

De evoluties zijn gelijkaardig tussen de gemeenschappen.

Figuur 3. Het totaal aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg volgens geslacht, voor België, 2011-2021



De man-vrouwverdeling van de huisartsen actief in de gezondheidszorg is de voorbije 10 jaar sterk geëvolueerd. De bovenstaande figuur toont het aandeel huisartsen volgens geslacht. Het aandeel mannen neemt jaar na jaar af terwijl het aandeel vrouwen steeds toeneemt. Waar het aandeel vrouwen in 2011 nog 32% bedroeg, is dat toegenomen tot 47% in 2021. Deze evolutie is gelijkaardig voor beide gemeenschappen.

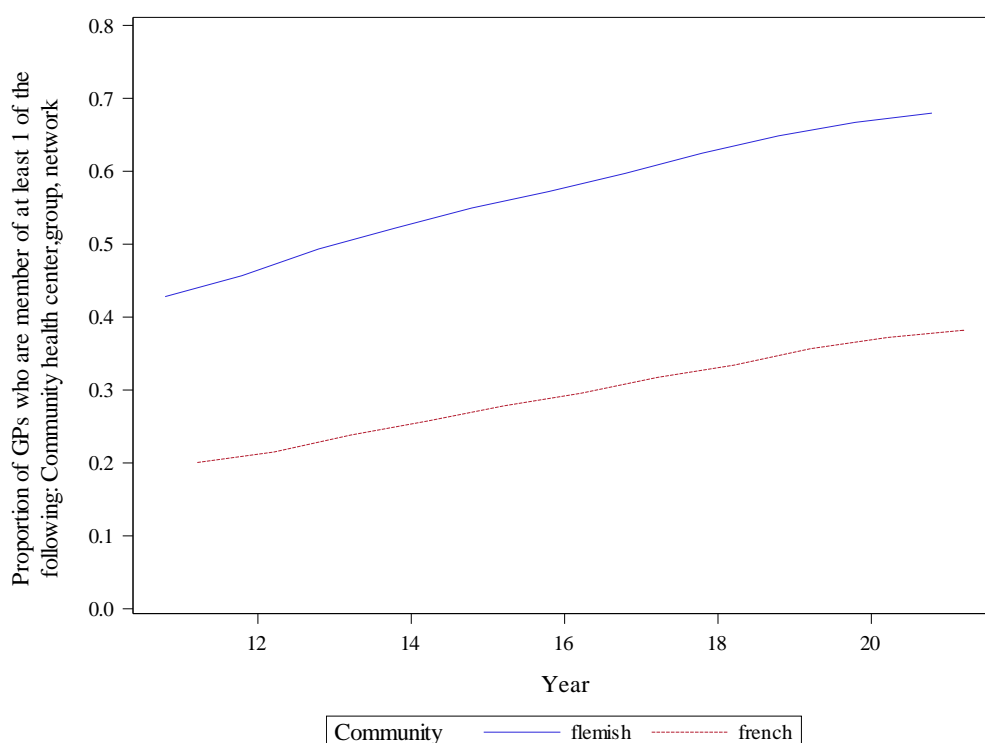
Conclusie

- De leeftijdspiramides geven duidelijk weer dat het aantal mannelijke huisartsen in de leeftijdscategorie 50-54 jaar en 55-59 sterk is afgenomen ten opzichte van 2011. Toch is de globale evolutie positief, enerzijds doordat men langer aan de slag blijft en anderzijds door een sterke instroom van jonge vrouwen in het beroep.
- Het beroep van huisarts vervrouwelijkt. In 2011 bedraagt het aandeel vrouwelijke huisartsen die actief zijn in de gezondheidszorg 32%. Dit percentage neemt toe tot 47% in 2021.

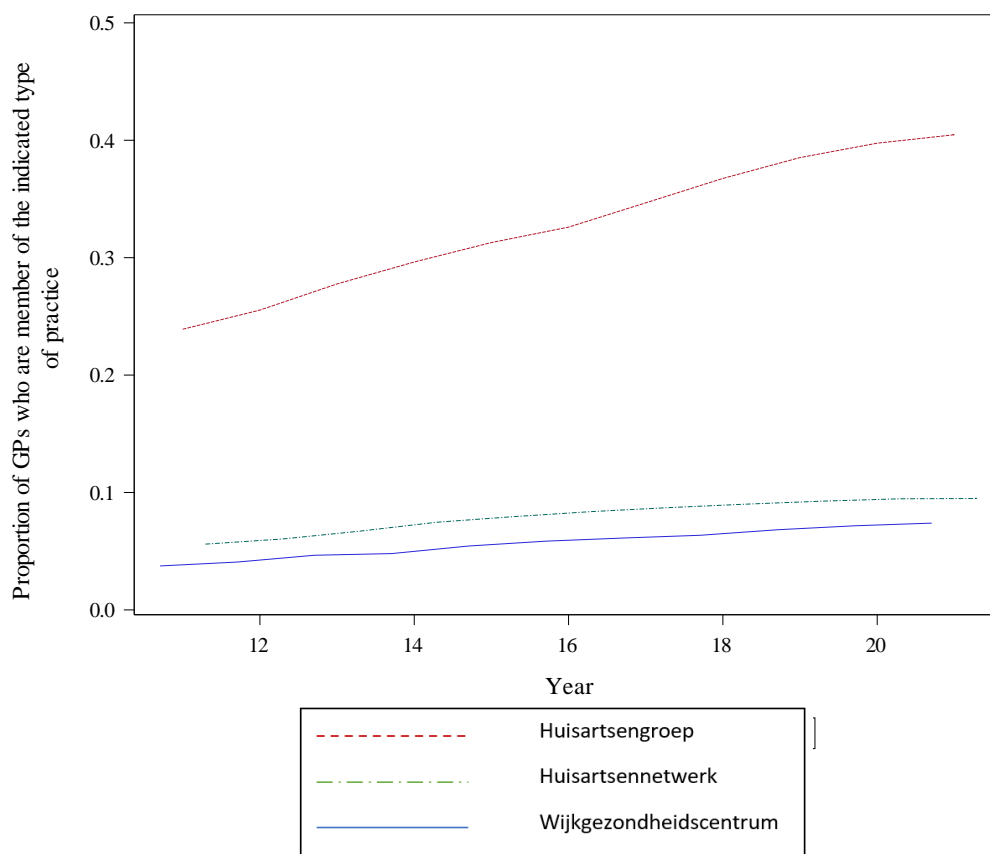
1.2.3 Soorten praktijken

Huisartsen kunnen in verschillende samenwerkingsverbanden hun activiteiten uitoefenen: huisartsennetwerk, huisartsengroep en in een wijkgezondheidscentrum (medisch huis). Een globale verkenning van het aandeel huisartsen die lid zijn van een samenwerkingsverband suggereert een **stijgende trend doorheen de tijd** voor beide gemeenschappen en voor elk type lidmaatschap. Wel zijn er **verschillen merkbaar tussen de gemeenschappen en praktijkvormen**: het percentage huisartsen dat lid is van een netwerk, groep of centrum ligt ongeveer tweemaal zo hoog in de Vlaamse als in de Franse Gemeenschap. Hierbij zijn huisartsengroepen duidelijk sterker vertegenwoordigd dan wijkgezondheidscentra en huisartsennetwerken met ongeveer 25% leden in 2011 tot ongeveer 40% in 2021.

Figuur 4. Evolutie van de proportie huisartsen die lid zijn van minstens één van volgende praktijkvormen: wijkgezondheidscentrum, huisartsengroep, huisartsennetwerk. Dit volgens gemeenschap, voor de periode 2011-2021



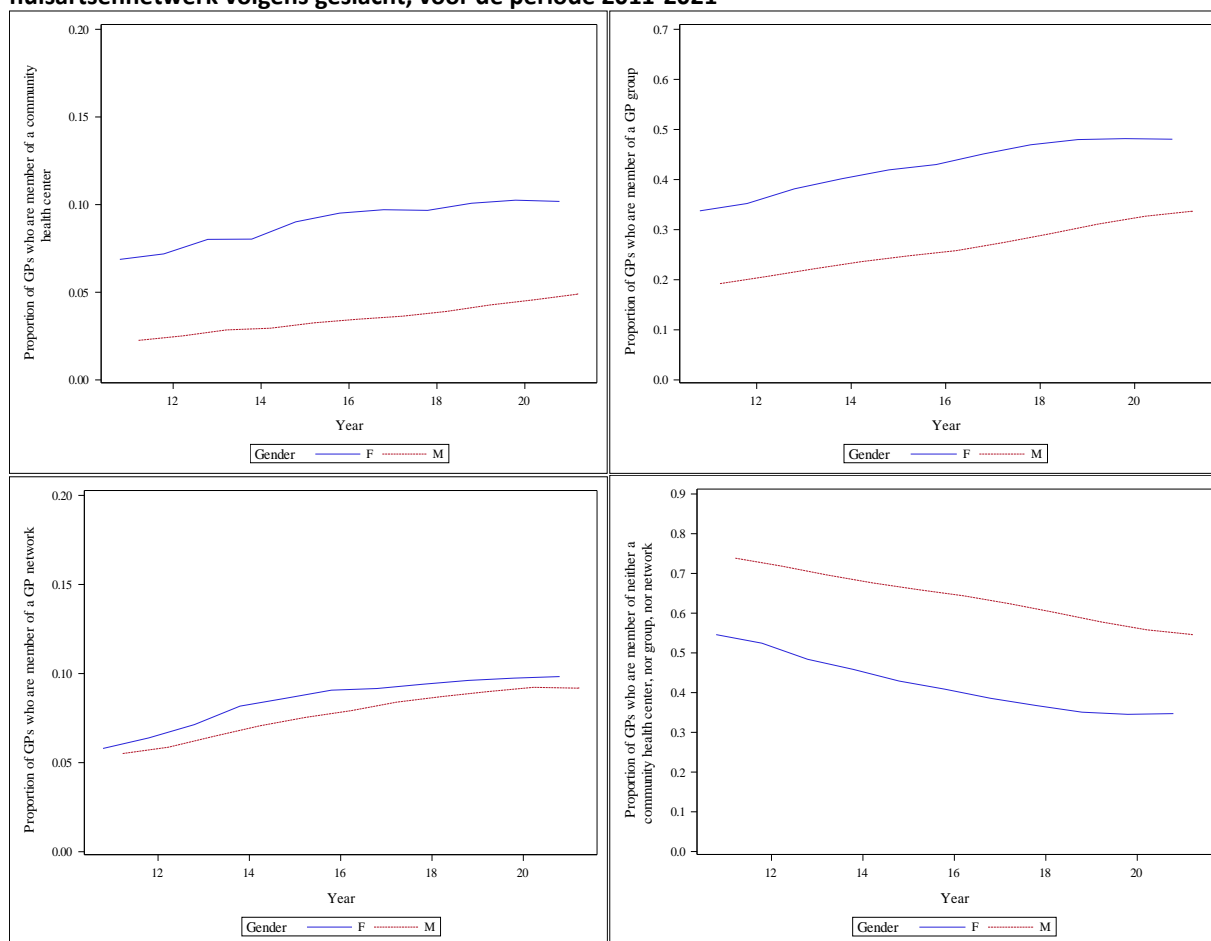
Figuur 5. Evolutie van de proportie huisartsen die lid zijn van een wijkgezondheidscentrum, huisartsengroep of huisartsennetwerk, voor de periode 2011-2021



Wanneer we het lidmaatschap meer in detail per leeftijdscategorie beschouwen, merken we doorgaans **voor de oudere leeftijdsgroepen een stijging met de tijd op, terwijl bij de jongere generaties ook stagnaties en zelfs dalingen merkbaar zijn**. Deze schijnbaar contradictorische trends hoeven niet te verbazen aangezien het **percentage leden systematisch hoger ligt bij de jongere huisartsen** (en er bij hen dus minder ruimte voor toenames overblijft). Uiteraard vertoont de proportie huisartsen die van geen enkel type praktijk lid zijn (en dus in een solopraktijk actief zijn) een omgekeerde tendens.

De stijgende trend doorheen de tijd is voor de verschillende types praktijken merkbaar bij zowel mannen als vrouwen. Wel valt op dat **vrouwelijke huisartsen systematisch vaker lid zijn**, al is het verschil bij huisartsen die actief zijn in een netwerk eerder klein. Ook moeten we bij deze interpretatie rekening houden met de verwevenheid van geslacht en leeftijd bij huisartsen: vrouwelijke huisartsen behoren vaker tot de jongere generaties, die vaker lid zijn van een netwerk, groep of centrum.

Figuur 6. Evolutie van de proportie huisartsen die lid zijn van een wijkgezondheidscentrum, huisartsengroep of huisartsennetwerk volgens geslacht, voor de periode 2011-2021

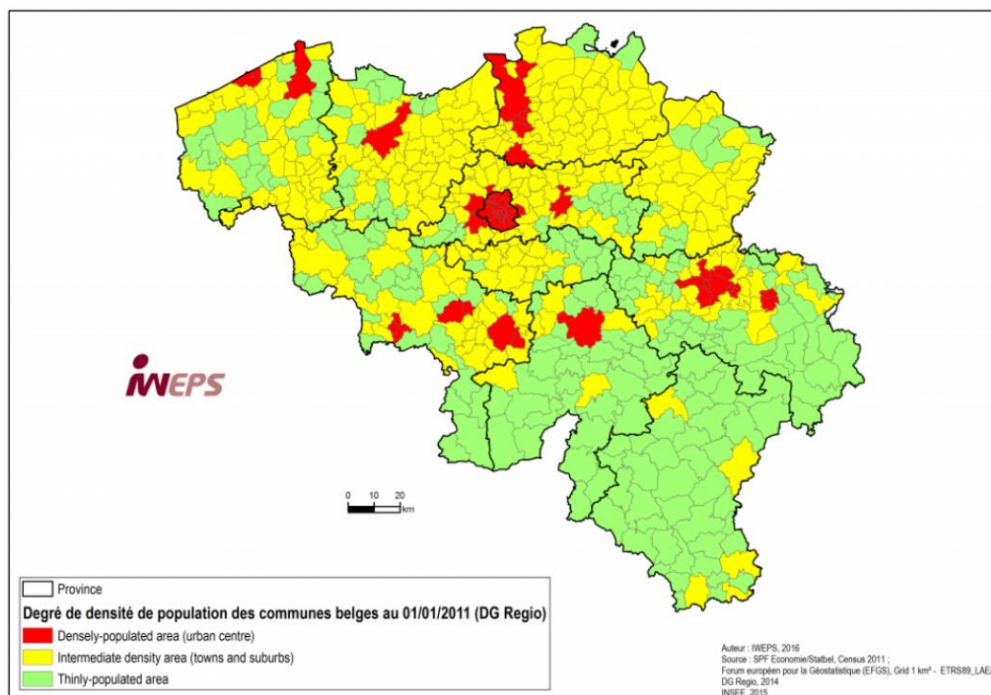


Conclusie

- Na de solopraktijk, zijn groepspraktijken het sterkst vertegenwoordigd bij huisartsen.
- Het percentage leden kent wel een stijgende trend voor elk van de drie types praktijken.
 - Vrouwelijke en jongere artsen hebben systematisch hogere percentages leden.

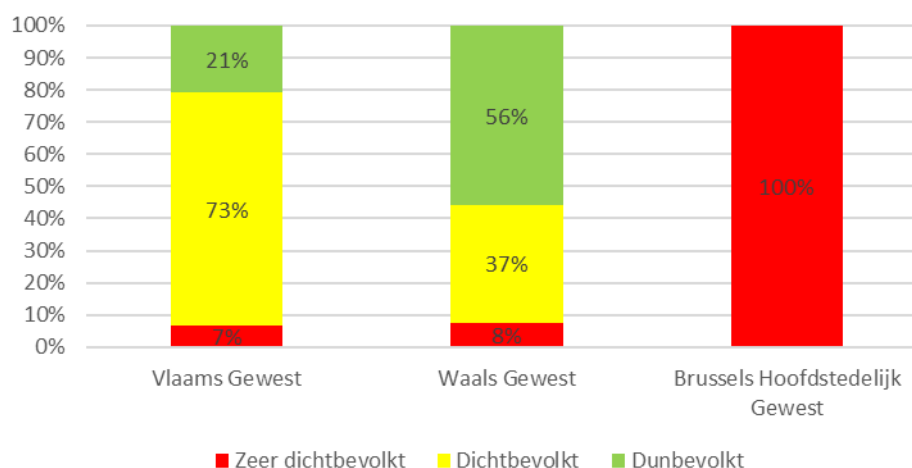
1.3. Verdeling van de huisartsen volgens urbanisatiegraad

Figuur 7. Typologie van Belgische gemeenten volgens bevolkingsdichtheid op 01/01/2011



Bron : Fod Economie, Statbel – census 2011: <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/degre-de-densite-de-population-communes-belges-methode-dg-regio/>

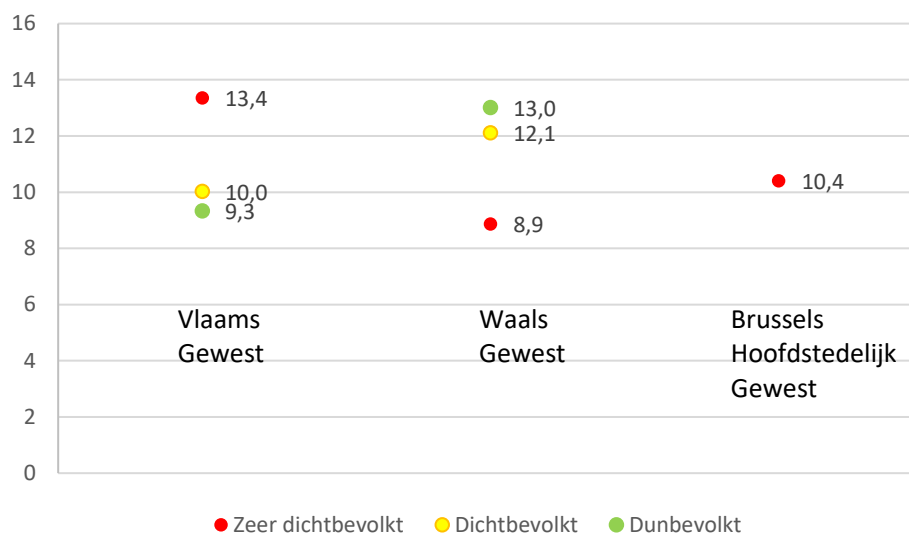
Figuur 8. Verdeling van de Belgische gemeenten volgens bevolkingsdichtheid op 01/01/2011 per gewest



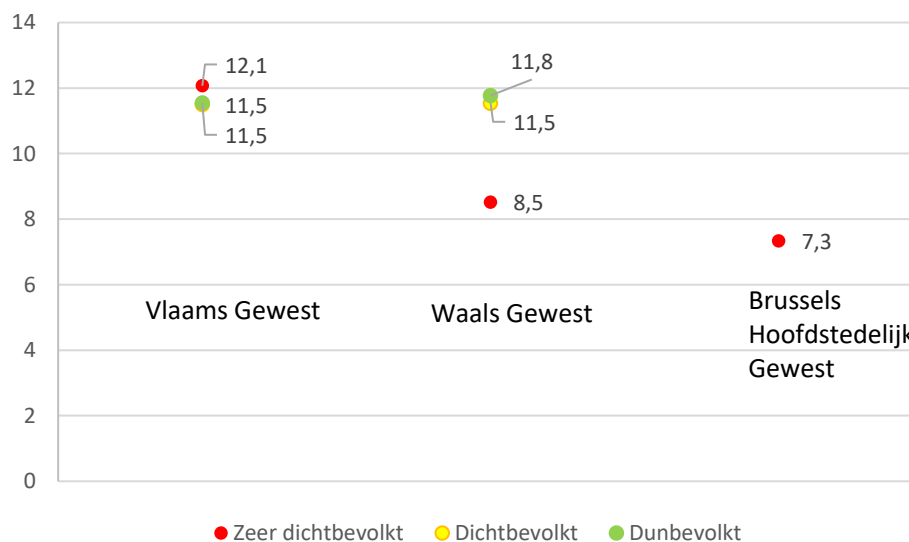
Conclusie

- Vlaams Gewest: Een meerderheid van de gemeenten (73%) is dichtbevolkt. De minder dicht bevolkte gemeenten (21%) bevinden zich in de nabijheid van dicht of zeer dicht bevolkte gemeenten.
- Waals Gewest: Iets meer dan de helft van de gemeenten (56%) is dunbevolkt en ligt meestal geïsoleerd van dichte of zeer dichte gemeenten.

Figuur 9. Gemiddelde dichtheid van huisartsen actief in gezondheidszorg PR in 2021 gewogen volgens de behoeften van de Belgische bevolking², per gewest en bevolkingsdichtheid van de gemeenten



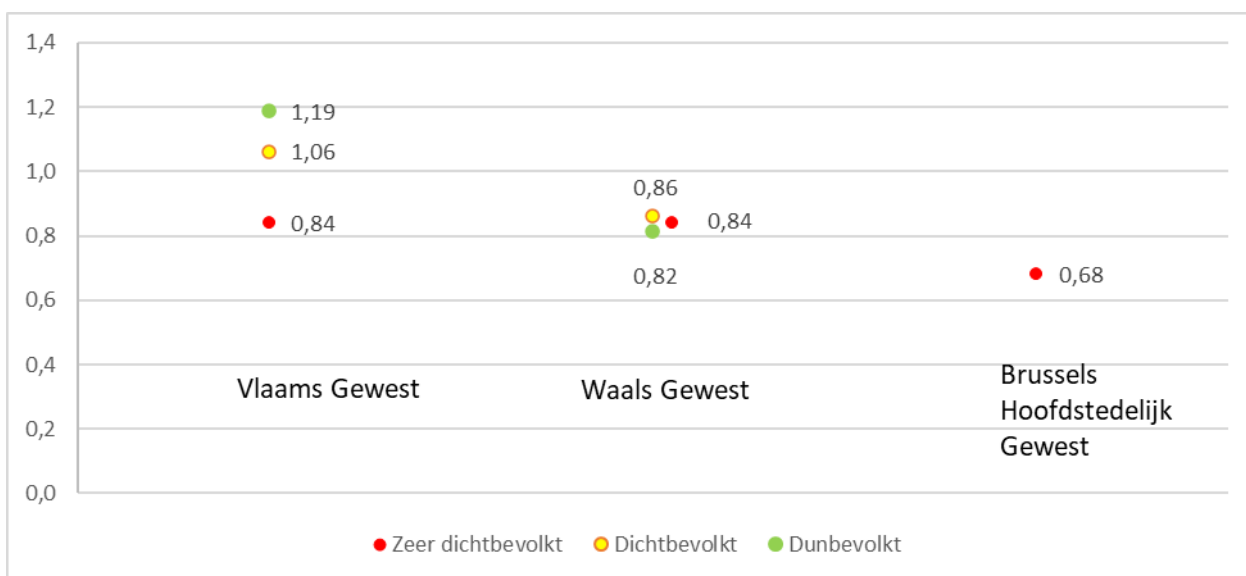
Figuur 10. Gemiddelde dichtheid van VTE gepresteerd door huisartsen PR in 2021 gewogen volgens behoeften van de bevolking, per gewest en bevolkingsdichtheid van de gemeente



² Gewogen dichtheid = aantal huisartsen per 10.000 inwoners na aanpassing van bevolking volgens de behoeften en samenstelling van de bevolking.

Aanpassing van de zorgconsumptie van de bevolking voor elke gemeente : zorgconsumptiegraad vermeerderd met het aantal inwoners, voor elke leeftijdscategorie.

Figuur 11. Gemiddelde van de mediane VTE van actieve huisartsen per gewest, en bevolkingsdichtheid van de gemeente



Conclusie

Verschillende evoluties naargelang het gewest

- *Vlaams Gewest*: hogere gewogen dichtheid van huisartsen in zeer dichte (13) vs. dicht- & dunbevolkte gemeenten (≈ 10) maar omgekeerde VTE-gemiddelden zodat de gewogen VTE-dichtheden vergelijkbaar zijn (≈ 12)
 - *Waals Gewest*: hogere gewogen dichtheid van huisartsen in dicht- en dunbevolkte gemeenten (12-13) vs. zeer dicht (9). Vergelijkbare gemiddelde VTE
 - *Zeer dichtbevolkte gemeenten*: laagste gewogen dichtheid in het Waalse Gewest (9), ongeveer 10 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de hoogste in het Vlaamse Gewest (13)
- *Brussels Hoofdstedelijk Gewest*: laagste gemiddelde VTE en laagste gewogen dichtheid in VTE (7)

1.4. Enquête over de voltijdse equivalenten in de huisartsenpraktijk – beschrijving van de workforce

Begin 2022 kreeg het consultancybedrijf IM-Associates de opdracht om een studie uit te voeren ter bepaling van een voltijds equivalent voor zelfstandige artsen in België, de inhoud van hun activiteiten te exploreren en praktijkverschillen nader te onderzoeken. Er werden vier specialismen geselecteerd voor deze oefening: huisartsgeneeskunde, orthopedische heekunde, gastro-enterologie en anesthesie-reanimatie.

De studie en de vragenlijsten kwamen tot stand met de ondersteuning van een begeleidingscommissie bestaande uit Nederlandstalige en Franstalige leden van de Planningscommissie Medisch Aanbod, de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. De vragen werden gevalideerd door deze commissie en door andere experts, waaronder het KCE.

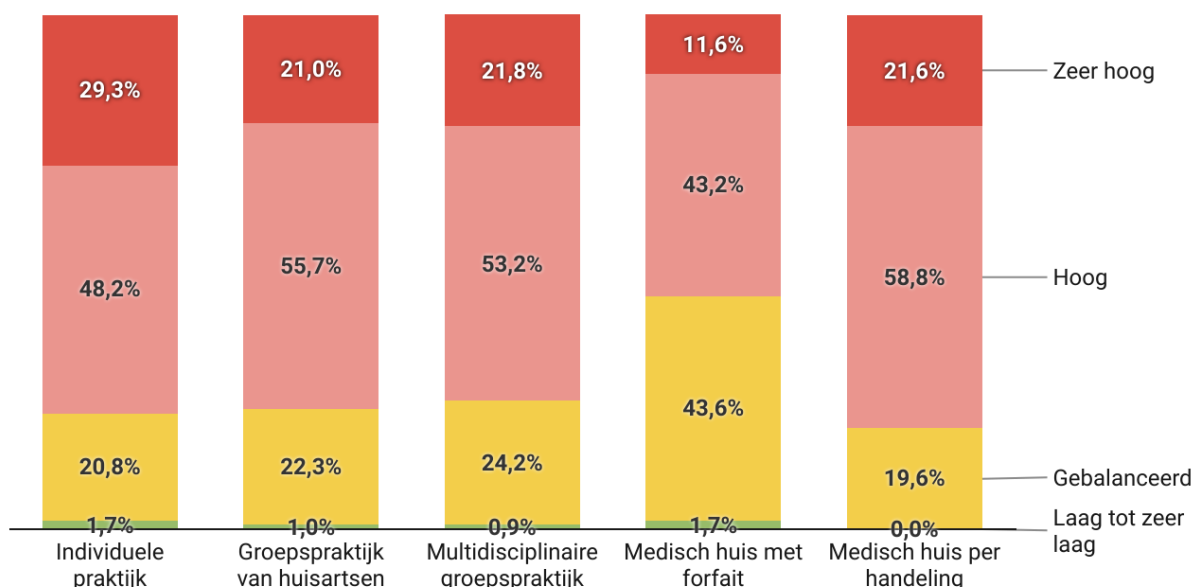
De oorspronkelijke studie is nog lopende op het moment van schrijven van dit rapport. Op vraag van Franck Vandenbroucke, minister van Volksgezondheid, werd voorrang gegeven aan de vragenlijst bestemd voor huisartsen en werd deze aangepast om ook de impact van bepaalde gebeurtenissen op de werkdruk van huisartsen in België te onderzoeken, zoals de gevolgen van de COVID-19 crisis, maar ook de aspiraties van artsen voor de rest van hun carrière.

Het rapport betreffende de enquête voor de huisartsen is beschikbaar onder de publicaties van de Planningscommissie: [Rapport tijdsindeling huisartsen | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#)

Hieronder zijn enkele belangrijke bevindingen uit het rapport samengevat.

Van de 2.698 ondervraagde huisartsen verklaart 75% dat de werklust hoog of zeer hoog aanvoelt, hoewel dit percentage lager ligt in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (62%). Ook in wijkgezondheidscentra met een forfaitair betalingssysteem lijkt deze perceptie met 65% iets gunstiger, terwijl de werklust in solopraktijken het zwaarst aanvoelt (78%, 29% 'zeer zwaar'). Huisartsen verwachten ook dat deze werklust in de toekomst zal toenemen, omdat velen van hen binnenkort met pensioen gaan. De meeste huisartsen geven zelf een verband aan tussen de ervaren werklust en het aantal beschikbare huisartsen in de buurt, al verschilt dit antwoord niet tussen gebieden waar een verschillend aantal huisartsen actief waren.

Figuur 12. Ervaren werkdruk door huisartsen per type werkplek (% huisartsen)

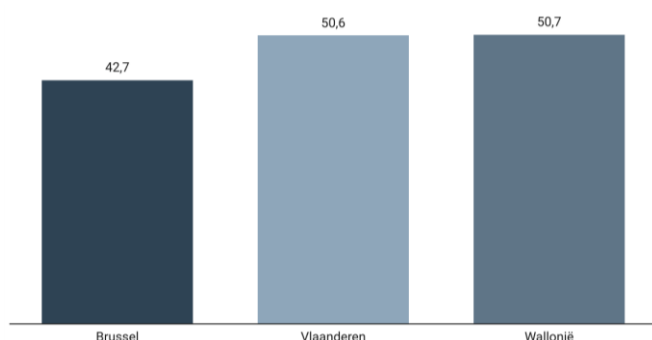


Deze als hoog ervaren werkdruk gaat gepaard met een mentaliteitsverandering ten aanzien van het aantal werkuren per week: de helft van de ondervraagde huisartsen zegt dat zij het liefst 38 tot 40 uur per week zouden willen werken. Slechts een minderheid zou nog tussen 50 en 60 uur per week willen werken. De voorkeur voor een kortere werkweek is systematisch groter bij vrouwelijke en jongere huisartsen. Er zij op gewezen dat leeftijd en geslacht nauw met elkaar verbonden zijn, aangezien de oudere generatie huisartsen wordt vervangen door cohorten jongere, overwegend vrouwelijke artsen.

De huidige werktijd per week ligt systematisch hoger dan gewenst. Relatief veel huisartsen geven aan momenteel tussen de 50 en 60 uur te werken. Jongere huisartsen en vrouwen geven gemiddeld minder verre antwoorden tussen de gewenste en de werkelijke arbeidsduur. Uit onderstaande figuur blijkt ook dat de werkelijke arbeidsduur niet significant verschilt tussen Vlaanderen en Wallonië, maar gemiddeld iets lager ligt in Brussel.

Vrouwelijke (maar dus ook jongere) huisartsen geven daarenboven vaker aan dat hun werktijd wordt beïnvloed door factoren als kinderen, zorg voor zieke familieleden of eigen gezondheidsproblemen.

Figuur 13: Gemiddeld aantal huidige werkuren per gewest van activiteit



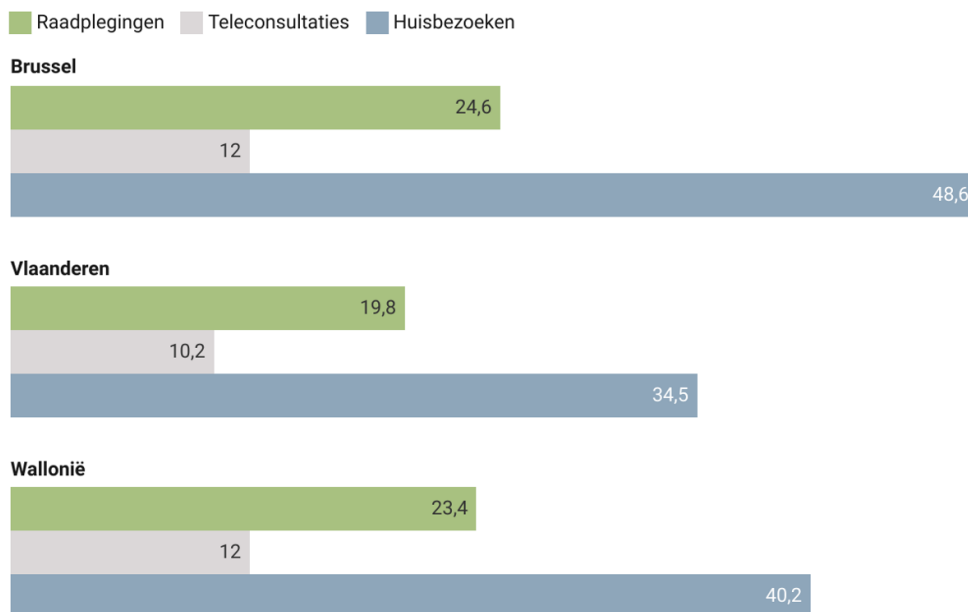
De voorkeur voor een evenwichtige werkweek gaat gepaard met een toenemende tendens bij huisartsen om zich te organiseren in (multidisciplinaire) groepspraktijken, een ontwikkeling die zichtbaar is in de beschikbare gegevens - vooral van jonge huisartsen - uit de enquête.

Huisartsen besteden driekwart van hun tijd aan patiënten of rechtstreeks daarmee verband houdende taken, wat betekent dat ongeveer een kwart van hun tijd aan andere activiteiten wordt besteed. Het gaat hierbij om medische en niet-medische taken zoals het invullen van patiëntendossiers, financiële administratie en het lezen van medische literatuur. Gezien de grote verscheidenheid van deze taken liggen eenvoudige oplossingen niet voor de hand, hoewel medisch en niet-medisch ondersteunend personeel stevast een positief effect heeft op de werklust van huisartsen.

Hoewel bijna een vijfde van de huisartsen geen nieuwe patiënten meer accepteert, aanvaardt 58% nog steeds nieuwe patiënten als zij aan specifieke voorwaarden voldoen. De nieuwe patiënt moet bijvoorbeeld in een bepaald gebied wonen of een familielid zijn van een huidige patiënt. 25% van de huisartsen accepteert nog steeds nieuwe patiënten zonder voorwaarden.

De locatie - gewest en provincie - van de huisartsenpraktijk speelt een duidelijke rol in deze beslissing. Het is opvallend dat solo-huisartsen vaker onbeperkt patiënten toelaten, maar ook vaker nieuwe patiënten weigeren in het algemeen. Aangezien artsen in solopraktijken relatief vaker man en ouder zijn, en het weigeren van patiënten niet lijkt samen te hangen met geslacht of leeftijd, lijkt dit eerder een gevolg van werkdruk en veel minder een gevolg van veranderende percepties van werktijden.

Figuur 14. Mediaanduur in minuten van verschillende patiëntencontacten volgens gewest



Ten slotte rapporteren in deze enquête Waalse en Brusselse huisartsen langere fysieke consultaties en huisbezoeken dan Vlaamse huisartsen. De oudere, mannelijke huisartsen melden iets kortere consultaties. Naast consultatieduur kan ook de afstand tussen de huisarts en patiënt een rol spelen in het contact met de huisarts: Waalse artsen rapporteren bijvoorbeeld een gemiddelde wekelijkse rijtijd die bijna een half uur hoger ligt dan bij hun Vlaamse collega's.

2. IMPACT VAN COVID-19 OP DE HUISARTSGENEESKUNDE

2.1. Rapid review van de literatuur over de impact van COVID-19 op de huisartsgeneeskunde (Pascale Jonckheer – KCE)

Om op het verzoek van de minister, binnen de voorgestelde, korte deadline te antwoorden, kreeg de Planningscommissie de steun van het KCE om een snelle analyse te maken van de literatuur over de impact van de COVID-19-pandemie op het medisch aanbod, in het bijzonder op de huisartsgeneeskunde. Dit document kan geraadpleegd worden via volgende link: <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/covid-19-contribution>

Het KCE heeft verschillende voorstellen voor toekomstige strategieën gedefinieerd, die hieronder worden opgesomd:

Crises zoals de COVID-19 pandemie worden soms beschreven als de ideale gelegenheid om grote veranderingen of zelfs echte hervormingen voor te stellen. Sommige aanbevelingen die in deze “rapid review” geïdentificeerd werden, zijn zeer algemeen van aard, zoals het belang van een performante eerstelijnszorg, die essentieel is om de demografische, epidemiologische en technologische druk op de gezondheidszorg onder controle te houden. Hierbij merken we op dat we de impact van de COVID-19-pandemie op de volledige gezondheidszorg niet onderzocht hebben en dat we ook de voorstellen van bepaalde internationale organisaties rond de voorbereiding op een mogelijke epidemie in de toekomst (bijvoorbeeld wat opleiding van zorgverleners en verbeteringen aan de infrastructuur betreft) hierin niet hebben opgenomen. De visie op de toekomst van de huisartsgeneeskunde in België vormt op dit moment het onderwerp van verschillende debatten die niet in deze review werden opgenomen.

Over de **zorgvraag** werden weinig aanbevelingen geformuleerd. Deze zijn voornamelijk gericht op het verminderen van onnodige zorg en het streven naar meer duurzaamheid (door de autonomie van patiënten te versterken, de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking te verbeteren en te investeren in steun voor niet-professionele zorgverleners).

Met betrekking tot het **zorgaanbod** werden veel meer voorstellen geformuleerd. Ze focussen voornamelijk op zoveel mogelijk zorgverleners in de gezondheidszorg te houden en manieren om dit te doen. Deze voorstellen worden hieronder in 6 categorieën toegelicht (in willekeurige volgorde):

Het aantal huisartsen verhogen en hun geografische spreiding optimaliseren

Er zijn passende wervingsstrategieën nodig, aangezien jonge artsen vaak tot specialisaties worden aangetrokken omwille van het inkomen en het prestige. De Wereldbank pleit voor verschillende benaderingen: verlaging van de kosten voor het diploma van huisarts, subsidiëring van medische opleidingen of aanpassingen in de terugbetalingen om zo de loonverschillen te verkleinen.

De vergrijzing van de huisartsen is een bijzonder aandachtspunt in België, want volgens sommige schattingen is er momenteel anderhalve jonge huisarts nodig om één huisarts die met pensioen gaat te vervangen (*New deal voor de huisarts*).

Het is ook essentieel om te waken over een goede geografische spreiding van de huisartsen. Zo zijn er in Nederland nog steeds tekorten aan eerstelijnszorgverleners op het platteland, hoewel de planningsmodellen het aantal op te leiden artsen duidelijk inschatten. Uit deze vaststelling blijkt dat planning alleen niet volstaat wanneer ze niet geïntegreerd is in een bredere strategie met initiatieven die gericht zijn op het verbeteren van de werving en het behoud van artsen.

Het welzijn van huisartsen bewaken

Veel auteurs stellen dat het welzijn van zorgverleners in de eerste lijn een prioriteit zou moeten zijn. Een van de belangrijkste voorwaarden is hen een beter evenwicht tussen werk- en privéleven te geven; hetgeen mogelijk zou betekenen dat hun werkomstandigheden moeten veranderen.

Eén factor die hierbij duidelijk geïdentificeerd werd, was de nood aan erkenning door de overheden van de centrale rol van de huisarts en het verlenen van systematische steun in overeenstemming met deze rol. Een andere maatregel die wordt voorgesteld ter bescherming van de mentale gezondheid van huisartsen is het aanmoedigen van teamwerk en samenwerkingsverbanden. Tot slot stellen een aantal auteurs ook voor om strategieën te ontwikkelen om oudere zorgverleners te ondersteunen, namelijk door hun kennis en ervaring te valoriseren en hen de gelegenheid te bieden zich professioneel te heroriënteren.

Voorstellen tot verandering van de organisatie van het werk

Uit een enquête bij Belgische huisartsen blijkt dat zij vragende partij zijn om meer betrokken te worden bij beslissingsprocessen rond de organisatie en financiering van hun werk. Uit deze studie kwamen ook een aantal veranderingsvoorstellen voort die overeenkomen met de voorstellen uit de literatuur. Enkele van de vaakst vernoemde voorstellen waren:

- multidisciplinair werken stimuleren, met name bij de behandeling van chronische aandoeningen en multimorbiditeit;
- *skill mix* (het delegeren van taken door het introduceren van nieuwe professionele profielen) faciliteren;
- het gebruik van innovatieve technologische oplossingen (elektronische dossiers, telegeneeskunde, enz.) stimuleren door maatregelen te nemen om gegevens te beschermen en om de digitale kloof niet te laten toenemen;
- de administratieve lasten verminderen (bijvoorbeeld de recente afschaffing van medische attesten voor een afwezigheid van één dag);
- verminderen van het aantal artsen die op vervroegd pensioen gaan door een beter evenwicht in de verdeling van de wachten en een beperking van de professionele taken buiten de werkuren.

De opleiding van zorgverleners doen evolueren

De organisatorische veranderingen die hierboven werden opgesomd, moeten samengaan met een mentaliteitswijziging die ook een wijziging zal betekenen in de opleiding van artsen en andere zorgverleners. De opleiding van huisartsen zou sterker moeten inzetten op multidisciplinariteit (en zelfs intersectorialiteit), op het gebruik van technologie (zowel tijdens de opleiding als in de praktijk) en het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten. Bovendien zouden (toekomstige) huisartsen beter gewapend moeten zijn tegen stress (bijvoorbeeld door het aanleren van selfcare-strategieën).

De financieringsmodellen hervormen

Veel auteurs benadrukken dat het nodig is om de financiering van de eerstelijnszorg grondig te herbekijken. De pandemie heeft voor grote financiële druk gezorgd bij artsen (daling van het aantal consultaties, stijging van de kosten voor persoonlijke beschermingsmiddelen, telegeneeskunde, personeel dat voor testing en vaccinatie werd ingezet, enz.) waardoor de beperkingen van financieringsmodellen op basis van gestelde handelingen (fee-for-service) werden blootgelegd.

Uiteraard hebben veel landen, waaronder België, gereageerd door zeer snel verschillende financiële steunmaatregelen voor huisartsen in te voeren (bv. nieuwe vergoedingscode voor teleconsultaties, financiering voor de aankoop van computerapparatuur, financiële bonus voor extra werk).

Evaluatiemomenten organiseren

Tot slot vereist het voorspellen van de toekomst ook dat de ervaringen uit het verleden geëvalueerd worden. In het specifieke geval van de COVID-19-pandemie zou deze evaluatie specifiek moeten focussen op de snelle uitbreiding van het aantal consultaties op afstand (wat betreft effectiviteit, patiëntveiligheid, het risico op digitale uitsluiting, werkbelasting, enz.). De impact van de pandemie op het welzijn en de mentale gezondheid van zorgverleners in de eerste lijn moet ook gemeten worden en in de toekomst worden opgevolgd.

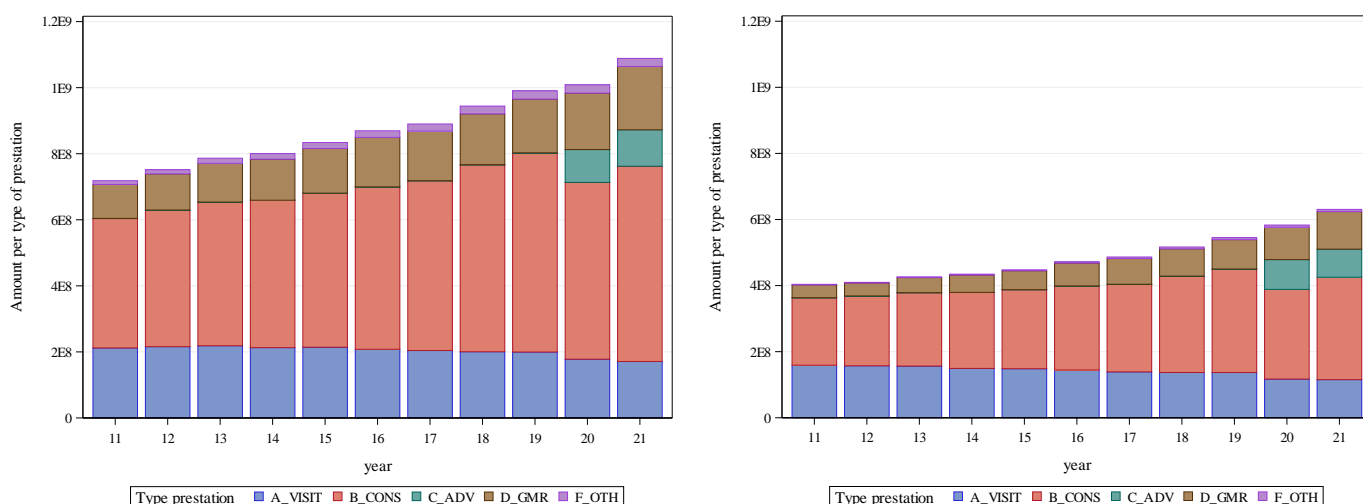
Daarnaast is het ook noodzakelijk om indicatoren op de stellen om te evalueren of het zorgaanbod en de competenties van zorgverleners toereikend zijn om tegemoet te komen aan de zorgvraag, en met name de noodzaak van het werken in teamverband. De PaRIS-enquête over indicatoren die door chronische patiënten gerapporteerd worden (PROM) zal hierover erg interessante informatie verstrekken in 2023.

2.2. Evolutie van de workforce huisartsen actief in het RIZIV (2011-2021)

2.2.1 Evolutie van het type prestatie en de terugbetaalde bedragen in het kader van het RIZIV voor de huisartsgeneeskunde

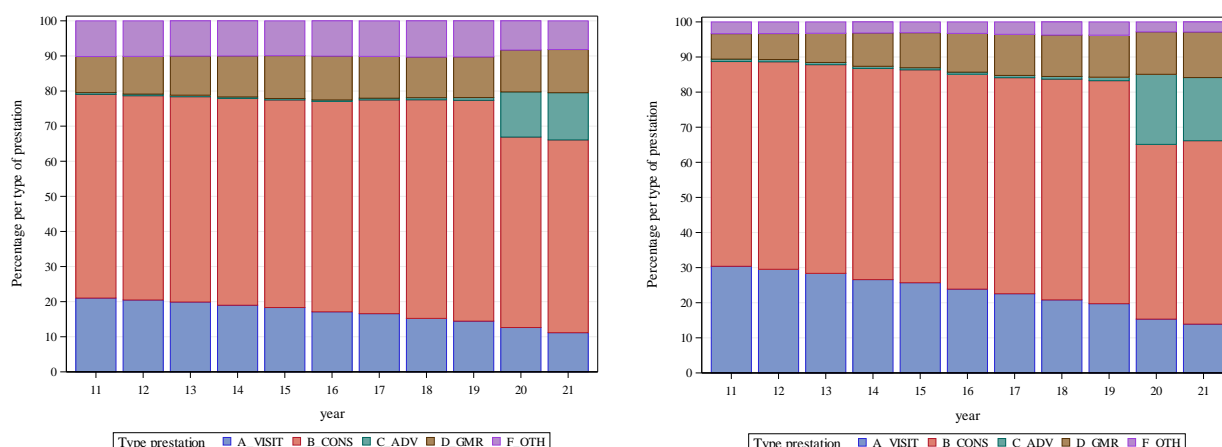
Figuur 14 geeft per gemeenschap de evolutie van het totaal terugbetaald bedrag voor huisartsgeneeskunde per type van prestatie ter hoogte van het RIZIV-systeem weer. De algemene trend vanaf 2011 is een toename van gepresteerde RIZIV-prestaties en daaraan verbonden terugbetaalde bedragen in beide gemeenschappen. De jaren 2020 en 2021 zijn hierop geen uitzondering. Wanneer we het type prestatie buiten beschouwing laten, kunnen we besluiten dat de Belgische bevolking de huisarts niet minder heeft geraadpleegd tijdens de COVID-19-crisis.

Figuur 15. Terugbetaald bedrag per type van prestatie, voor de Vlaamse Gemeenschap (links) en de Franse Gemeenschap (rechts), voor de periode 2011 en 2021



De evolutie van de proportie van RIZIV-verstrekingen per type van prestatie wordt weergegeven per gemeenschap in figuur 15. We stellen vast dat het aandeel fysieke huisbezoeken (A_VISIT) afneemt tussen 2011 en 2021, zowel voor als tijdens de COVID-19-crisis. Zoals ook reeds zichtbaar in figuur 14, stellen we echter vast dat vanaf 2020 een aanzienlijk deel van de fysieke consultaties wordt vervangen door telefonische consultaties (C_ADV). Dit soort consultaties was nagenoeg niet aanwezig vóór de COVID-19-crisis. Het aandeel is echter niet gegroeid tussen 2020 en 2021 maar stabiel gebleven. De daaropvolgende jaren moeten uitwijzen of deze trend zich al dan niet verderzet. Desalniettemin blijven de fysieke consultaties (B_CONS) na 2020 nog steeds het grootste aandeel RIZIV-prestaties door huisartsen.

Figuur 16. Proportie RIZIV-prestaties per type van prestatie, voor de Vlaamse Gemeenschap (links) en de Franse Gemeenschap (rechts), voor de periode 2011 en 2021



A_VISIT: huisbezoeken; B_CONS: fysieke raadpleging, C_ADV: Teleconsultaties en adviezen, D_GMR: Globaal medische Dossier, F_OTH: andere vormen van raadplegingen

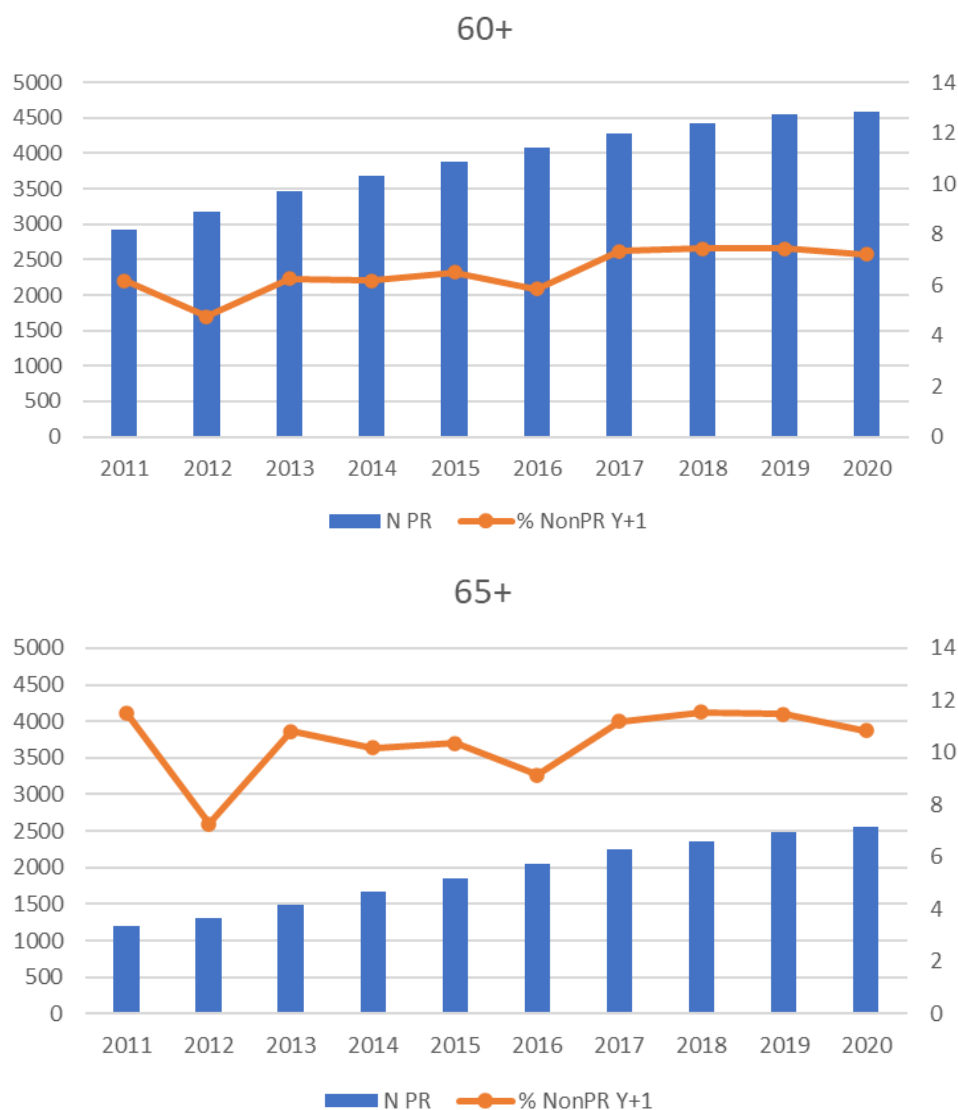
Conclusie

- De Belgische bevolking heeft tijdens de COVID-19-periode niet minder beroep gedaan op de huisarts. Wel heeft er een verschuiving plaatsgevonden ter hoogte van het type prestatie van de huisarts.
- Hoewel de teleconsultatie duidelijk haar intrede heeft gedaan vanaf 2020, blijft het grootste aandeel van RIZIV-prestaties door de huisarts de fysieke consultatie. We kunnen dus stellen dat de teleconsultatie de fysieke consultatie slechts gedeeltelijk heeft vervangen.

2.2.2 Evolutie van de activiteit van de huisartsen in het kader van het RIZIV

Onderstaande grafieken tonen de evolutie van het aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg in het kader van het RIZIV van 2011 tot 2020 (histogrammen in blauw) en het percentage van deze artsen dat hun RIZIV-activiteit het daaropvolgende jaar stopzet (oranje lijn). De eerste grafiek richt zich op huisartsen van 60 jaar of ouder en de tweede op huisartsen van 65 jaar of ouder.

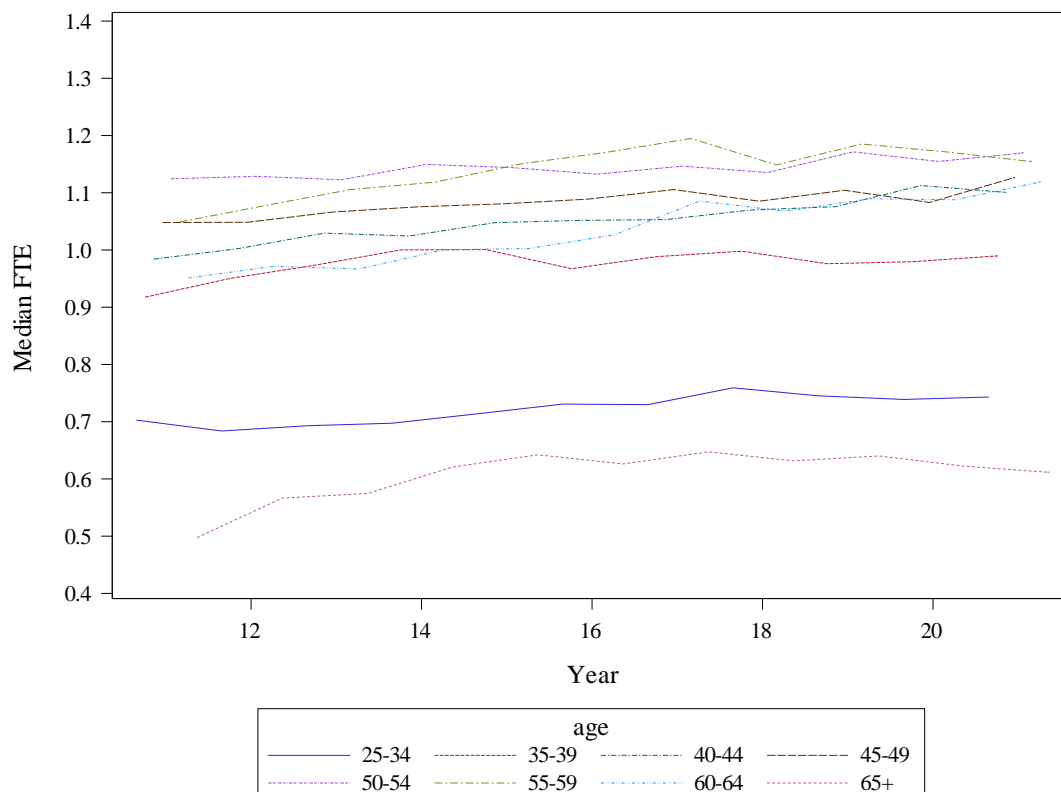
Figuur 17. Aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg van 2011 tot 2020 (ouder dan 60+ en ouder dan 65) en het percentage van deze huisartsen die hun RIZIV-activiteit stopzetten het daaropvolgende jaar



Wanneer we drop-out definiëren als 'een jaar inactief zijn na een actief jaar', zien we dat de **uitval relatief stabiel** blijft voor de meeste leeftijdscategorieën in de jaren rond de COVID-19-periode. Bij geen enkele leeftijdscategorie is er sprake van een beduidende toename in uitval in 2020 of 2021. Voor de meeste leeftijdscategorieën ligt het uitvalpercentage stabiel tussen de 1 en 2 procent, maar uiteraard ligt dit hoger bij de oudere groepen.

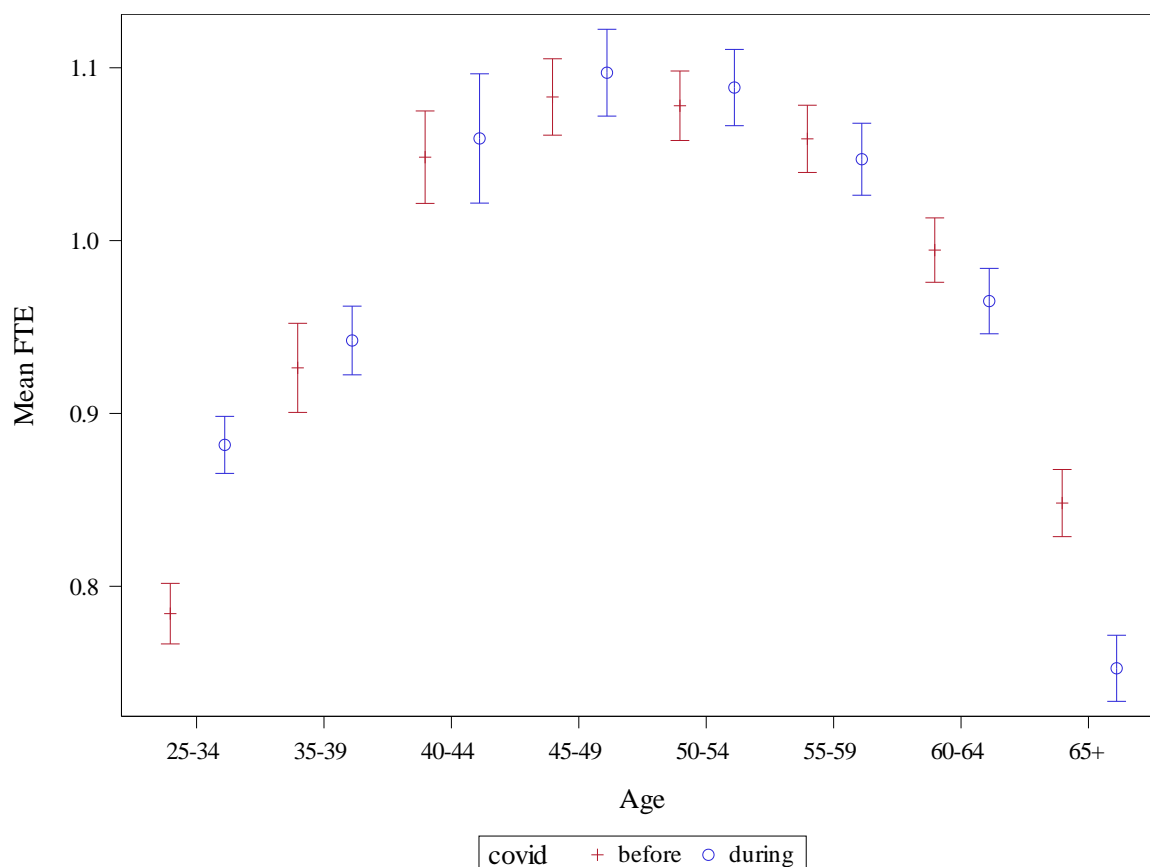
Wanneer we de mediane voltijdse equivalenten (VTE) per jaar beschouwen, is er **voor geen enkele leeftijdscategorie enige merkbare evolutie doorheen de tijd** – en dus evenmin voor de jaren sinds COVID-19 (2020 en 2021). Deze relatief stabiele, mediane VTE wordt zowel in de Vlaamse als Franse Gemeenschap teruggevonden.

Figuur 18. Evolutie van de mediane VTE van huisartsen, volgens leeftijdscategorie, 2011-2021



Deze trend werd in meer detail verkend via een regressiemodel dat gebruikt maakt van generalized estimating equations op basis van een vergelijking van de recente periodes voor (2018-2019) en tijdens de COVID-19-periode (2020-2021) rekening houdend met leeftijdscategorie, geslacht en de interactie tussen COVID-19 en leeftijdscategorie. Hoewel het gemiddelde VTE niet veranderd lijkt te zijn na de COVID-19-periode voor de meeste leeftijdsgroepen, is er een **zwak stijgende trend merkbaar bij jongere huisartsen en een iets sterkere dalende trend bij 65+**. Ook moeten we rekening houden met socio-demografische verschuivingen waarbij jongere generaties huisartsen (globaal genomen) neigen naar een lagere VTE en steeds meer de oudere generaties in het werkveld vervangen.

Figuur 19. Vergelijking van de VTE van huisartsen voor (2018-2019) en tijdens (2020-2021) COVID-19 controlerend op geslacht, leeftijd en de interactie tussen COVID-19 en leeftijd



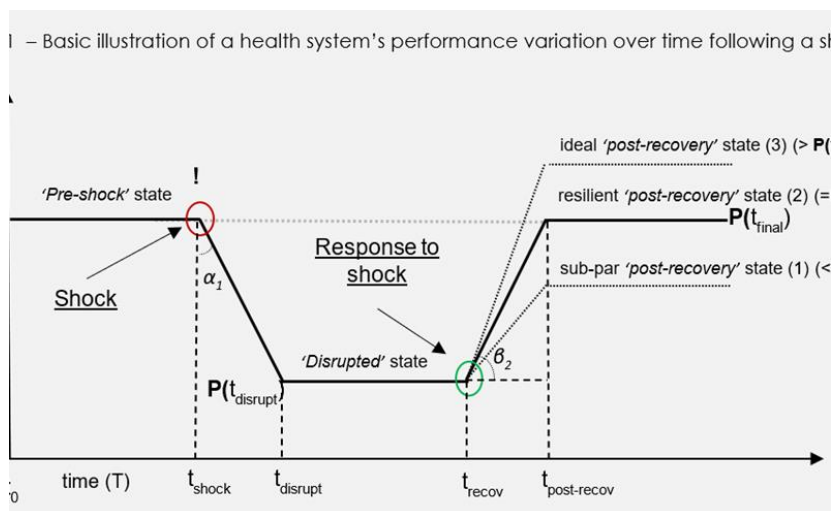
Conclusie

- We vinden geen bewijs dat de uitval van huisartsen zou zijn toegenomen in de eerste jaren sinds de uitbraak van COVID-19.
- Er werd **geen sterk bewijs gevonden** voor de hypothese dat de COVID-19-crisis de activiteitsgraad van huisartsen zou hebben beïnvloed. Wel is een lichte tendens merkbaar waarbij jongere generaties huisartsen iets meer zijn gaan werken vanaf de crisis, en oudere generaties net iets minder.

2.3. Longitudinale analyse van RIZIV-gegevens voor alle medische specialismen - Impact COVID-19 (Pascal Meeus - RIZIV)

Om de impact van de COVID-19-crisis op de planning van artsen te evalueren, deelde het RIZIV met de werkgroep Artsen de analyse van haar longitudinale gegevens voor alle medische specialismen.

Deze analyse is gebaseerd op het veerkrachtmodel dat nagaat hoe de prestatie van het gezondheidssysteem na een schok evolueert doorheen de tijd (methodologie die in een publicatie van de Europese Commissie "[Assessing the resilience of health systems in Europe](#)" werd gebruikt). Drie verschillende toestanden worden beschreven na de schok: een gedeeltelijk herstel (model 1), een volledig herstel (model 2), en een aanvullend herstel (model 3).

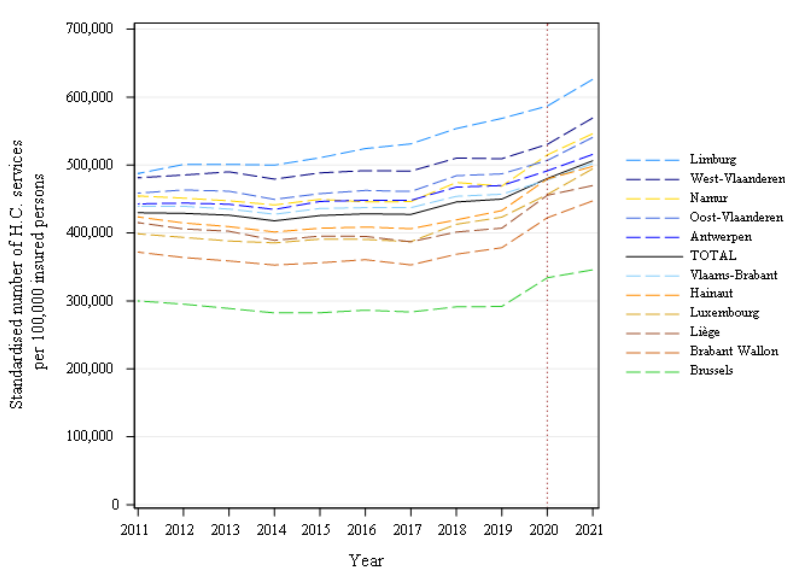


Huisartsgeneeskunde

Uit de analyse van contacten voor consultaties en bezoeken blijkt een relatief constant percentage tussen 2011 en 2019, een schokeffect in 2020 en een onvolledig herstel in 2021 → Model 1 – gedeeltelijke recuperatie.

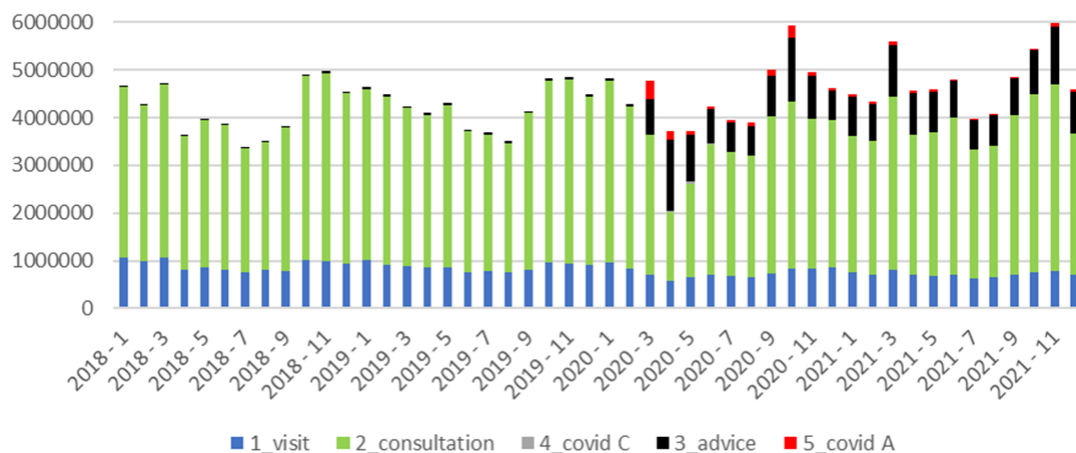
Als we alle contacten (consultaties + bezoeken + adviezen) optellen, dan is er niet langer een breuk in 2020; we zien dan een globale toename van de activiteit en een stijging van de activiteit in 2020 en 2021 → model 3 - bijkomende recuperatie.

Figuur 20. Aantal jaarlijkse contacten per 100.000 verzekerden in de huisartsgeneeskunde per provincie en voor België (2011-2021)



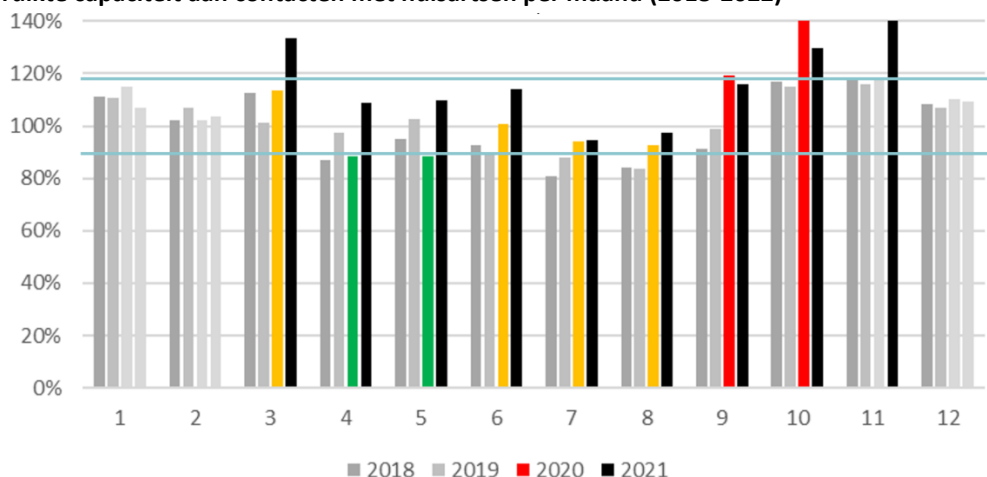
Uit de maandelijkse evolutie blijkt dat er in maart 2020 een grote impact is geweest op de adviezen, namelijk bij de invoering van de adviezen met het oog op continuïteit van zorg en m.b.t. COVID-19. Het werken met adviezen zet zich verder, maar de totale activiteit daalde sterk tijdens de lockdownperiode. Er is een piek in de activiteit tijdens de tweede COVID-19-golf in okt./nov. 2020, tijdens de derde golf in maart 2021 en in okt./nov. 2021.

Figuur 21. Maandelijkse contacten huisartsen voor de periode 2018-2021



Indien de activiteit van de huisartsen in 2018 en 2019 als normaal wordt beschouwd, dan wordt de maximumcapaciteit in maart 2020 benaderd, maar niet overschreden. In juni, juli en augustus is er een lichte stijging, maar in september en oktober wordt de maximale activiteit overschreden. Voor 2021: vergelijkbaar in maart, verhoogde toename in de maanden april, mei en juni en opnieuw een overschrijding in oktober en november.

Figuur 22. Gebruikte capaciteit aan contacten met huisartsen per maand (2018-2022)



Vervolgens wordt het aandeel van bepaalde soorten contacten in de huisartsgeneeskunde om de 4 maanden bestudeerd tussen december 2018 en december 2021. De belangrijkste conclusies worden hieronder opgesomd:

- Het aantal huisbezoeken daalt licht;
- Minder huisbezoeken in vergelijking met het aantal consultaties: de verhouding huisbezoeken/consultaties daalt van 0,28 in december 2018 naar 0,23 in december 2021;
- De verhouding adviezen/consultaties steeg sterk vanaf april 2020 (0,09) met een piek in april 2021 (0,32) en vervolgens een lichte daling tot december 2021 (0,28).

Voor de huisartsgeneeskunde zijn de consultaties en huisbezoeken tussen 2019 en 2021 met 4,6% gedaald, terwijl alle contacten samen tussen 2019 en 2021 met 6,1% zijn gestegen.

Overige medische specialismen

Voor elk medisch specialisme wordt model 1, 2 of 3 toegekend. De algemene resultaten worden hieronder weergegeven:

- Model 2 (herstel):

spécialités	2018	2019	2020	2021	impact covid	recovery	
10.3.0.0. 340 gynécologue	8.158.461	8.294.842	7.593.090	8.583.117	-8%	3%	➡ 2
10.5.0.6. 790 rhumatologue	857.549	858.317	784.315	851.104	-9%	-1%	➡ 2
10.5.1.2. 650 gastroentérologue	3.558.590	3.765.679	3.427.316	3.727.275	-9%	-1%	➡ 2
10.5.1.4. 770 neurologue	2.644.324	2.641.280	2.419.308	2.636.932	-8%	0%	➡ 2
10.5.3.0. 550 dermatologie	3.965.401	4.021.393	3.533.458	3.973.748	-12%	-1%	➡ 2
10.5.8.5. 930 radiologie	27.469.200	27.926.539	24.883.363	27.593.317	-11%	-1%	➡ 2
10.6.0.0. 100 anesthésiologie	7.069.684	7.343.225	6.662.656	7.391.154	-9%	1%	➡ 2
10.6.3.0. 450 urologie	2.628.696	2.592.572	2.221.687	2.561.574	-14%	-1%	➡ 2
10.6.6.0. 370 chirurgie ophtalmologi	12.539.152	12.862.942	11.332.341	12.814.686	-12%	0%	➡ 2

- Model 1 (daling):

spécialités	2018	2019	2020	2021	impact covid	recovery	
10.2.0.0. 690 pédiatre	4.744.750	4.709.466	4.103.722	4.481.026	-13%	-5% **	⬇ 1
10.4.0.0. 780 psychiatre	7.620.218	7.648.218	7.538.504	7.394.092	-1%	-3%	⬇ 1
10.5.0.0. 580 m interne générale	5.602.274	5.465.979	5.190.828	5.290.737	-5%	-3%	⬇ 1
10.5.0.2. 180 gériatre	3.079.238	3.128.526	2.877.010	2.842.593	-8%	-9%	⬇ 1
10.5.0.5. 598 hématologue	769.713	751.862	710.454	733.838	-6%	-2%	⬇ 1
10.5.1.1. 620 pneumologue	4.012.340	3.956.852	3.601.748	3.840.526	-9%	-3%	⬇ 1
10.5.1.3. 730 cardiologue	8.465.586	8.021.150	7.229.373	7.868.067	-10%	-2%	⬇ 1
10.5.2.0. 830 m physique	6.945.482	7.204.205	6.097.128	6.832.702	-15%	-5%	⬇ 1
10.5.4.0. 410 orl	5.687.567	5.868.250	4.789.760	5.325.069	-18%	-9%	⬇ 1
10.5.8.0. 970 m nucléaire	1.409.079	1.403.902	1.274.431	1.333.055	-9%	-5%	⬇ 1
10.6.1.0. 140 chirurgie générale	5.029.298	5.179.054	4.610.471	4.909.759	-11%	-5%	⬇ 1
10.6.2.0. 480 orthopédie	5.352.098	5.442.152	4.716.453	5.016.829	-13%	-8%	⬇ 1
10.6.4.0. 170 neurochirurgie	668.176	698.165	611.987	672.047	-12%	-4%	⬇ 1
10.6.5.0. 210 chirurgie plastique	559.052	589.045	504.942	556.576	-14%	-6%	⬇ 1

Wat de pediatrie betreft, zijn twee fenomenen met elkaar verweven: de COVID-19-schok en de verschuiving van pediaters naar genetici. Daarom werd een bijkomende analyse uitgevoerd waarbij de RIZIV-verstrekingen voor pediatrie en genetica gegroepeerd werden. 2021 volgt de tendens van 2018 en 2019 met een sterke daling door COVID-19 in 2020.

- Model 3 (minder getroffen door de schok en toename na de COVID-19-periode)

spécialités	2018	2019	2020	2021	impact covid	recovery	
10.1.0.0. MG généraliste	65.466.926	66.389.750	68.235.109	73.526.453	3%	11%	⬆ 3
10.2.1.0. 691 neuropédiatre	168.299	165.656	161.211	195.723	-3%	18%	⬆ 3
10.5.0.3. 583 endocrinologue	1.047.788	1.053.352	1.059.003	1.257.488	1%	19%	⬆ 3
10.5.0.4. 660 oncologue médical	1.498.600	1.566.287	1.550.085	1.667.063	-1%	6%	⬆ 3
10.5.6.0. 960 radiothérapie	775.147	813.713	809.346	889.663	-1%	9%	⬆ 3
10.5.8.1. 860 biologie	180.311.919	185.108.854	173.456.749	191.414.063	-6%	3%	⬆ 3
10.5.8.4. 870 anatomo pathologie	4.747.400	4.868.711	4.459.814	5.185.455	-8%	7%	⬆ 3
10.6.0.2. 800 m aigüe et m urgence	2.206.249	2.464.521	2.391.658	2.737.752	-3%	11%	⬆ 3

De radiotherapie kende vóór 2020 een groei. Dit specialisme zou dus beter passen in model 2 (impact COVID-19 met herstel van de stijgende curve in 2021).

Voor acute- en urgentiegeneeskunde wordt echter in 2021 niet de verwachte stijgende curve bereikt op basis van de cijfers in 2018 en 2019 met een waargenomen tekort. Dit specialisme zou daarom dus eerder moeten worden ingedeeld bij model 1 (impact COVID-19 met daling na COVID-19-periode).

Opmerking: de geel gemarkeerde specialismen zijn de specialismen waarvoor er een alternatief scenario werd ontwikkeld.

Samenvatting

1. In de huisartsgeneeskunde:

- Aanzienlijke impact van de COVID-19-crisis in termen van verhoogde activiteit (2-3 maanden overbelasting per jaar in 2020 en 2021);
- Productiviteitswinst door omzetting consultaties en huisbezoeken in adviezen;
- De toename van adviezen zet zich verder in 2021, maar lijkt af te nemen;
- 2022 afwachten om te besluiten.

2. Overige sectoren en medische specialismen:

- Verlies van activiteit in 2020 ongeacht het specialisme of de sector;
- Inhalen van gemiste activiteiten is relatief beperkt (een beetje in oncologie);
- De activiteitscurves stabiliseren zich in 2021;
- Een aantal specialismen/sectoren hebben een achterstand (revalidatie, heelkunde, hospitalisatie, ...);
- Geen duidelijke vaststelling van extra personeelsbehoeften.

2.4. Enquête over de voltijdse equivalenten in de huisartsenpraktijk – impact COVID-19

De enquête die werd afgenomen door IM Associates om onder andere een beter zicht te krijgen op de gerealiseerde voltijdse equivalenten van zelfstandige artsen actief in België, bevatte ook vragen over de impact van de COVID-19-crisis op het activiteitsniveau van de huisartsen. Het rapport van deze enquête is gepubliceerd op de website van de Planningscommissie Medisch aanbod: [Rapport tijdsindeling huisartsen | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#)

Hieronder volgen enkele opmerkelijke bevindingen over het effect van de COVID-19-crisis op het activiteitsniveau van huisartsen.

In paragraaf 2.2.1 van dit rapport werd opgemerkt dat de COVID-19-crisis gepaard ging met een toename van het aantal teleconsultaties. Dit werd bevestigd door bijna alle van de meer dan 2.000 huisartsen die aan de enquête deelnamen. De afname van fysieke consultaties en huisbezoeken was het grootst bij huisartsen die in individuele praktijken werken en/of iets ouder zijn. De daling van de "klassieke" interacties vertoont enkele regionale verschillen: een meer uitgesproken daling van de fysieke raadplegingen in Brussel en een meer uitgesproken daling van de huisbezoeken in Luik en een kleinere daling in Luxemburg. Bovendien lijkt de duur van (de meeste van) deze klassieke interacties niet te zijn toegenomen tijdens de COVID-19-crisis. De duur van teleconsultaties is langer voor 58% van de artsen, die vooral in groepspraktijken werken. Voorts had de urbanisatiegraad geen invloed op de consultatieduur tijdens de COVID-19-crisis.

Een derde van de artsen meldde een stijging van het inkomen tijdens de COVID-19-crisis, terwijl het percentage huisartsen dat hun inkomen zag dalen ongeveer 20-25% bedroeg. De situatie leek iets gunstiger voor artsen in groepspraktijken. 62% van de huisartsen gaf aan dat de inhoud van de consulten tijdens de COVID-19-crisis was veranderd. De belangrijkste genoemde veranderingen waren: beheer van de COVID-19-crisis, toegenomen administratieve werklast, een groter aantal patiënten met psychische problemen, meerdere zorgvragen tegelijk en minder preventieve zorg. Als artsen na de crisis een verandering in werklast verwachten (29%), zou dit meer specifiek betrekking hebben op psychologische zorg, chronische en preventieve zorg en aandacht voor andere aandoeningen. 52% van de huisartsen verwacht een toename van het aantal teleconsultaties na de COVID-19-crisis.

DEEL 2: MONITORING VAN DE WORKFORCE ARTSEN

1. INLEIDING EN METHODOLOGIE

Zoals reeds vermeld in het eerste deel van dit rapport, werd er aanvankelijk enkel een gegevenskoppeling uitgevoerd voor de huisartsen met gegevens uit het federale kadaster van gezondheidszorgberoepen van de FOD VVVL en het RIZIV voor de periode 2011-2021, in de vorm van een *light-versie* PlanKad huisartsen. Deze gegevens leveren echter geen informatie over de artsen-specialisten en bevatten geen gegevens over activiteiten in loondienst. Om hieraan tegemoet te komen, werd beslist om naast deze beperkte koppeling voor huisartsen tevens een volledige gegevenskoppeling voor alle artsen uit te voeren. Dit PlanKad-project bestaat uit het koppelen van gegevens tussen de FOD VVVL, het Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming (DWH AM & SB) en het RIZIV voor de periode 2017-2021.

Er werden drie analysegroepen gedefinieerd: de beroepsbeoefenaars die gemachtigd zijn om het beroep van arts uit te oefenen ('Licensed To Practice' of LTP), de beroepsbeoefenaars met een activiteit op 31 december als loontrekkende of zelfstandige ('Professionally Active' of PA), en de beroepsbeoefenaars actief in de gezondheidszorg ('Practising' of PR). In de analysegroep LTP wordt elk individu met een visum van arts opgenomen. Binnen deze populatie wordt als actief arts gedefinieerd, elke arts die is ingeschreven als zelfstandige bij de RSVZ op 31 december of die op 31 december is opgenomen in de databank RSZ ten belope van minstens 0,1 jaarlijks VTE. Wordt beschouwd als actief in de gezondheidszorg: elke zelfstandige actieve arts die minstens 5% van het mediaan terugbetaald bedrag (bepaald volgens specialisme in de referentiegroep exclusief zelfstandige artsen tussen 45 en 54 jaar met minstens 1 RIZIV-prestatie op jaarbasis) realiseert en elke loontrekkende actieve arts met minstens één werkgever in de gezondheidszorgsector (zoals afgebakend door de werkgroep Artsen van de Planningscommissie).

Naast het aantal beschikbare artsen, werd ook het verrichte arbeidsvolume of het voltijdsequivalent (VTE) geraamd en dit volgens professioneel statuut. Het VTE gepresteerd door de loontrekkenden wordt verstrekt door het DWH AM&SB op basis van de jaarlijkse activiteitsgraad en de activiteitsgraad gepresteerd in de gezondheidszorgsector tijdens het laatste trimester van elk jaar. Het VTE voor de zelfstandige artsen is bepaald op basis van het bruto terugbetaald bedrag aan prestaties binnen de RIZIV-nomenclatuur en wordt apart berekend voor elk specialisme. Een voltijdse, zelfstandige betrekking komt overeen met het mediaan terugbetaald bedrag dat werd waargenomen binnen een referentiegroep voor elk specialisme, met name de artsen die uitsluitend als zelfstandige actief zijn in de leeftijdscategorie 45-54 jaar met minstens 1 RIZIV-prestatie, zonder activiteit als loontrekkende in bijberoep (= leeftijdsgroep waarvoor de zelfstandige activiteit een maximaal niveau bereikt).

Voor een uitgebreid verslag van de gehanteerde methodologie verwijzen we naar het rapport "[Artsen op de arbeidsmarkt 2004-2016](#)" (gepubliceerd in 2019). De volledige rapporten voor deze gegevenskoppeling per specialisme worden in de loop van 2023 gepubliceerd op de [website van de Planningscommissie Medisch Aanbod](#). De voornaamste resultaten worden in de volgende synthesesetabel weergegeven.



2. RESULTATEN

Tabel 3. Synthesetabel: belangrijkste kenmerken van de artsen actief op de Belgische arbeidsmarkt in 2021

			Beroepsactief			Actief in Gezondheidszorg											
		LTP	PA		PR				Dichtheid		Nationaliteit		Geslacht	Leeftijd		Evolutie 2017-2021	
Specialisme of groepering	Gemeenschap	N	N	% LTP	N	% LTP	Tot. VTE	% geconv. RIZIV	Dicht. N	Dicht. VTE	% N- BE	% N- BE dipl.	% vrouw	% PR 50+	% PR 60+	% N	% VTE
Huisartsgeneeskunde	VI. Gem.	11.286	8.768	77,7%	7.364	65,2%	7.505	92%	10,6	10,8	2,2%	1,2%	49%	52,7%	33,1%	+2,9%	-4,1%
	Fr. Gem.	10.079	7.243	71,9%	5.477	54,3%	4.408	83%	11,8	9,50	5,3%	2,9%	47%	58,4%	40,9%	+3,7%	+0,9%
	Totaal	21.365	16.011	74,9%	12.841	60,1%	11.913	88%	11,1	10,3	3,5%	1,9%	48%	55,1%	36,4%	+3,3%	-2,3%
Pediatric	VI. Gem.	1.150	779	67,7%	699	60,8%	800	90%	1,01	1,15	8,7%	8,2%	75%	40,9%	13,7%	+4,4%	+3,3%
	Fr. Gem.	1.396	939	67,3%	824	59,0%	744	80%	1,78	1,60	10,4%	13,3%	74%	42,5%	20,6%	+5,3%	+5,6%
	Totaal	2.546	1.718	67,5%	1.523	59,8%	1.544	85%	1,31	1,33	9,6%	11,0%	75%	41,8%	17,5%	+4,9%	+4,4%
Geriatric	VI. Gem.	248	221	89,1%	204	82,3%	242	99%	0,29	0,35	5,8%	6,3%	66%	41,7%	18,1%	+15,9%	+25,3%
	Fr. Gem.	195	166	85,1%	150	76,9%	132	99%	0,32	0,29	10,6%	14,0%	76%	35,3%	11,3%	+25,0%	+26,5%
	Totaal	443	387	87,4%	354	79,9%	374	99%	0,31	0,32	7,9%	9,6%	70%	39,0%	15,3%	+19,5%	+25,7%
Oftalmologie	VI. Gem.	827	609	73,6%	565	68,3%	648	22%	0,81	0,93	2,6%	5,4%	69%	49,4%	22,8%	+4,4%	+3,4%
	Fr. Gem.	723	488	67,5%	462	63,9%	452	39%	1,00	0,98	9,7%	10,3%	60%	47,4%	25,1%	+3,5%	+0,8%
	Totaal	1.550	1.097	70,8%	1.027	66,3%	1.101	30%	0,89	0,95	5,8%	7,6%	65%	48,5%	23,9%	+4,0%	+2,3%
Oto-rhino-laryngologie	VI. Gem.	435	345	79,3%	312	71,7%	342	65%	0,45	0,49	3,8%	4,8%	54%	48,1%	25,3%	+5,7%	+6,2%
	Fr. Gem.	488	352	72,1%	319	65,4%	311	66%	0,69	0,67	6,5%	8,4%	50%	57,4%	28,8%	+0,9%	+2,5%
	Totaal	923	697	75,5%	631	68,4%	653	65%	0,54	0,56	5,2%	6,6%	52%	52,8%	27,1%	+3,2%	+4,4%
Dermato-venereologie	VI. Gem.	511	395	77,3%	373	73,0%	492	16%	0,54	0,71	4,0%	6,9%	78%	47,5%	18,2%	+4,1%	+25,6%
	Fr. Gem.	510	368	72,2%	347	68,0%	368	30%	0,75	0,79	10,0%	9,2%	76%	55,0%	26,8%	+0,5%	+13,9%
	Totaal	1.021	763	74,7%	720	70,5%	860	23%	0,62	0,74	6,9%	8,0%	77%	51,1%	22,4%	+2,4%	+20,3%
Urgentie- en Acute geneeskunde	VI. Gem.	298	280	94,0%	260	87,2%	296	99%	0,37	0,43	6,1%	2,6%	49%	20,4%	3,1%	+57,5%	+42,9%
	Fr. Gem.	402	359	89,3%	320	79,6%	306	100%	0,69	0,66	8,1%	9,0%	47%	40,6%	10,9%	+21,2%	+19,4%
	Totaal	700	639	91,3%	580	82,9%	602	100%	0,50	0,52	7,2%	6,2%	48%	31,6%	7,4%	+35,1%	+29,9%

		Beroepsactief			Actief in Gezondheidszorg												
		LTP	PA		PR				Dichtheid		Nationaliteit		Geslacht	Leeftijd		Evolutie 2017-2021	
Specialisme of groepering	Gemeenschap	N	N	% LTP	N	% LTP	Tot. VTE	% geconv. RIZIV	Dicht. N	Dicht. VTE	% N-BE	% N-BE dipl.	% vrouw	% PR 50+	% PR 60+	% N	% VTE
Inwendige geneeskunde	VI. Gem.	1.000	705	70,5%	603	60,3%	842	98%	0,87	1,21	8,1%	6,4%	53%	40,5%	15,1%	+9,8%	+4,1%
	Fr. Gem.	1.326	919	69,3%	785	59,2%	885	96%	1,69	1,91	10,5%	14,1%	48%	45,5%	21,0%	+4,5%	+1,7%
	Totaal	2.326	1.624	69,8%	1.388	59,7%	1.727	97%	1,20	1,49	9,5%	10,8%	50%	43,3%	18,4%	+6,7%	+2,9%
Cardiologie	VI. Gem.	754	569	75,5%	531	70,4%	657	60%	0,76	0,95	9,7%	8,8%	22%	43,1%	16,4%	+9,9%	+6,6%
	Fr. Gem.	864	639	74,0%	580	67,1%	516	81%	1,25	1,11	11,3%	13,1%	32%	57,4%	31,9%	+9,4%	+9,3%
	Totaal	1.618	1.208	74,7%	1.111	68,7%	1.173	71%	0,96	1,01	10,6%	11,0%	27%	50,6%	24,5%	+9,6%	+7,8%
Gastro-enterologie	VI. Gem.	477	408	85,5%	383	80,3%	407	75%	0,55	0,59	4,6%	4,1%	40%	40,5%	18,5%	+15,7%	+10,8%
	Fr. Gem.	498	361	72,5%	340	68,3%	302	83%	0,73	0,65	7,6%	7,6%	38%	55,0%	25,3%	+5,2%	+8,2%
	Totaal	975	769	78,9%	723	74,2%	709	79%	0,62	0,61	6,0%	5,8%	39%	47,3%	21,7%	+10,5%	+9,7%
Pneumologie	VI. Gem.	376	316	84,0%	292	77,7%	301	93%	0,42	0,43	5,8%	4,7%	50%	40,1%	16,8%	+6,5%	+2,4%
	Fr. Gem.	416	293	70,4%	272	65,4%	258	91%	0,59	0,56	9,9%	12,1%	47%	49,6%	25,4%	+5,4%	+5,5%
	Totaal	792	609	76,9%	564	71,2%	558	92%	0,49	0,48	7,8%	8,3%	49%	44,7%	20,9%	+6,0%	+3,8%
Reumatologie	VI. Gem.	157	122	77,7%	108	68,8%	119	70%	0,16	0,17	5,5%	11,1%	60%	51,9%	23,1%	+9,0%	+7,9%
	Fr. Gem.	173	123	71,1%	117	67,6%	119	78%	0,25	0,26	7,6%	7,6%	50%	69,2%	38,5%	+1,7%	-10,5%
	Totaal	330	245	74,2%	225	68,2%	238	74%	0,19	0,21	6,6%	9,3%	55%	60,9%	31,1%	+5,1%	-2,2%
Fysische geneeskunde en revalidatie	VI. Gem.	394	337	85,5%	298	75,6%	326	53%	0,43	0,47	2,6%	2,6%	48%	49,3%	21,8%	+12,4%	+24,3%
	Fr. Gem.	329	207	62,9%	184	55,9%	173	85%	0,40	0,37	13,5%	10,3%	60%	50,5%	29,3%	+1,6%	+14,6%
	Totaal	723	544	75,2%	482	66,7%	499	65%	0,42	0,43	6,8%	5,6%	52%	49,8%	24,7%	+8,0%	+20,8%
Medische oncologie	VI. Gem.	158	137	86,7%	134	84,8%	145	99%	0,19	0,21	9,7%	8,2%	63%	38,8%	8,2%	+22,9%	+17,5%
	Fr. Gem.	232	171	73,7%	157	67,7%	135	96%	0,34	0,29	18,4%	20,3%	56%	47,8%	16,6%	+18,9%	+16,9%
	Totaal	390	308	79,0%	291	74,6%	280	98%	0,25	0,24	14,4%	14,7%	59%	43,6%	12,7%	+20,7%	+17,2%
Radiotherapie-oncologie	VI. Gem.	184	137	74,5%	123	66,8%	136	96%	0,18	0,20	2,4%	2,4%	59%	42,3%	17,9%	+11,8%	+1,9%
	Fr. Gem.	136	75	55,1%	64	47,1%	61	86%	0,14	0,13	1,5%	4,6%	55%	32,8%	21,9%	+4,9%	+1,3%
	Totaal	320	212	66,3%	187	58,4%	197	93%	0,16	0,17	2,1%	3,2%	57%	39,0%	19,3%	+9,3%	+1,7%



		Beroepsactief			Actief in Gezondheidszorg												
		LTP	PA		PR				Dichtheid		Nationaliteit		Geslacht	Leeftijd		Evolutie 2017-2021	
Specialisme of groepering	Gemeenschap	N	N	% LTP	N	% LTP	Tot. VTE	% geconv. RIZIV	Dicht. N	Dicht. VTE	% N-BE	% N-BE dipl.	% vrouw	% PR 50+	% PR 60+	% N	% VTE
Anesthesie-reanimatie	VI. Gem.	1.791	1.319	73,6%	1.212	67,7%	1.498	96%	1,75	2,16	3,9%	3,1%	43%	41,5%	13,7%	+12,0%	+9,8%
	Fr. Gem.	1.878	1.070	57,0%	946	50,4%	875	94%	2,04	1,89	15,2%	14,2%	40%	42,2%	14,3%	+7,9%	+7,3%
	Totaal	3.669	2.389	65,1%	2.158	58,8%	2.374	95%	1,86	2,05	8,8%	8,0%	42%	41,8%	13,9%	+10,2%	+8,9%
Heelkunde	VI. Gem.	1.166	779	66,8%	673	57,7%	749	74%	0,97	1,08	8,7%	4,3%	27%	45,6%	19,3%	+2,1%	-0,0%
	Fr. Gem.	1.123	660	58,8%	531	47,3%	477	85%	1,14	1,03	10,7%	13,5%	27%	55,0%	27,5%	+2,1%	-0,2%
	Totaal	2.289	1.439	62,9%	1.204	52,6%	1.226	79%	1,04	1,06	9,6%	8,3%	27%	49,8%	22,9%	+2,1%	-0,1%
Plastische heelkunde	VI. Gem.	206	142	68,9%	115	55,8%	115	17%	0,17	0,17	4,3%	4,3%	26%	47,8%	19,1%	+3,6%	+4,3%
	Fr. Gem.	200	126	63,0%	111	55,5%	110	47%	0,24	0,24	11,7%	9,9%	32%	45,9%	17,1%	+7,7%	+6,8%
	Totaal	406	268	66,0%	226	55,7%	225	32%	0,20	0,19	7,9%	7,0%	29%	46,9%	18,1%	+5,6%	+5,5%
Neurochirurgie	VI. Gem.	176	134	76,1%	114	64,8%	129	59%	0,16	0,19	14,0%	12,2%	11%	42,1%	15,8%	+8,5%	+0,0%
	Fr. Gem.	146	90	61,6%	77	52,7%	68	81%	0,17	0,15	12,9%	22,0%	21%	42,9%	10,4%	+6,9%	+7,5%
	Totaal	322	224	69,6%	191	59,3%	197	68%	0,16	0,17	13,6%	16,2%	15%	42,4%	13,6%	+7,9%	+2,5%
Stomatologie	VI. Gem.	255	206	80,8%	188	73,7%	194	79%	0,27	0,28	3,1%	6,9%	27%	39,9%	20,7%	+19,7%	+13,6%
	Fr. Gem.	191	128	67,0%	108	56,5%	77	87%	0,23	0,17	11,1%	5,5%	30%	53,7%	26,9%	+0,9%	-6,3%
	Totaal	446	334	74,9%	296	66,4%	271	82%	0,26	0,23	6,0%	6,4%	28%	44,9%	23,0%	+12,1%	+7,1%
Orthopedische heelkunde	VI. Gem.	860	660	76,7%	567	65,9%	590	35%	0,82	0,85	7,4%	7,7%	12%	47,1%	18,5%	+4,4%	+3,4%
	Fr. Gem.	722	460	63,7%	388	53,7%	296	65%	0,84	0,64	9,2%	12,1%	13%	51,8%	26,5%	+2,3%	+1,0%
	Totaal	1.582	1.120	70,8%	955	60,4%	886	47%	0,82	0,76	8,1%	9,5%	13%	49,0%	21,8%	+3,5%	+2,6%
Gynaecologie-verloskunde	VI. Gem.	1.018	739	72,6%	671	65,9%	738	41%	0,97	1,06	5,6%	4,1%	67%	43,5%	18,2%	+9,2%	+4,9%
	Fr. Gem.	1.212	827	68,2%	744	61,4%	579	49%	1,60	1,25	10,3%	11,6%	64%	51,3%	27,2%	+3,7%	+0,2%
	Totaal	2.230	1.566	70,2%	1.415	63,5%	1.317	45%	1,22	1,14	8,1%	8,1%	66%	47,6%	22,9%	+6,3%	+2,8%
Urologie	VI. Gem.	358	268	74,9%	236	65,9%	248	52%	0,34	0,36	5,5%	5,9%	22%	40,3%	16,5%	+9,7%	+6,7%
	Fr. Gem.	284	174	61,3%	156	54,9%	130	73%	0,34	0,28	11,5%	8,9%	19%	42,9%	24,4%	+8,3%	+8,2%
	Totaal	642	442	68,8%	392	61,1%	378	60%	0,34	0,33	7,9%	7,1%	21%	41,3%	19,6%	+9,1%	+7,2%

		Beroepsactief			Actief in Gezondheidszorg												
		LTP	PA		PR				Dichtheid		Nationaliteit		Geslacht	Leeftijd		Evolutie 2017-2021	
Specialisme of groepering	Gemeenschap	N	N	% LTP	N	% LTP	Tot. VTE	% geconv. RIZIV	Dicht. N	Dicht. VTE	% N-BE	% N-BE dipl.	% vrouw	% PR 50+	% PR 60+	% N	% VTE
Pathologische anatomie	VI. Gem.	273	201	73,6%	182	66,7%	186	87%	0,26	0,27	6,0%	7,6%	58%	44,0%	14,8%	+10,3%	+4,4%
	Fr. Gem.	242	152	62,8%	129	53,3%	127	94%	0,28	0,27	15,5%	19,3%	63%	54,3%	23,3%	+0,7%	-2,1%
	Totaal	515	353	68,5%	311	60,4%	313	90%	0,27	0,27	9,9%	12,5%	60%	48,2%	18,3%	+6,1%	+1,6%
Klinische biologie	VI. Gem.	373	271	72,7%	217	58,2%	310	94%	0,31	0,45	0,9%	0,4%	55%	53,0%	19,8%	-2,6%	+16,9%
	Fr. Gem.	440	210	47,7%	141	32,0%	198	97%	0,30	0,43	13,4%	13,4%	56%	62,4%	36,2%	-13,4%	-13,2%
	Totaal	813	481	59,2%	358	44,0%	508	95%	0,31	0,44	5,8%	5,5%	55%	56,7%	26,3%	-7,2%	+3,0%
Radiodiagnose	VI. Gem.	1.113	862	77,4%	789	70,9%	823	40%	1,14	1,18	3,6%	4,1%	30%	51,7%	21,2%	+5,7%	+6,0%
	Fr. Gem.	1.249	769	61,6%	700	56,0%	644	81%	1,51	1,39	9,8%	11,4%	40%	55,6%	28,7%	+0,7%	+3,8%
	Totaal	2.362	1.631	69,1%	1.489	63,0%	1.466	60%	1,29	1,27	6,5%	7,5%	34%	53,5%	24,7%	+3,3%	+5,1%
Nucleaire geneeskunde	VI. Gem.	175	128	73,1%	110	62,9%	125	95%	0,16	0,18	1,8%	3,6%	45%	50,0%	17,3%	-4,3%	-4,4%
	Fr. Gem.	233	151	64,8%	122	52,4%	107	92%	0,26	0,23	6,5%	6,5%	47%	59,0%	27,0%	-4,6%	-6,4%
	Totaal	408	279	68,4%	232	56,9%	232	94%	0,20	0,20	4,3%	5,1%	46%	54,7%	22,4%	-4,5%	-5,3%
Psychiatrie- meer bepaald kinder- en jeugdpsychiatrie	VI. Gem.	284	263	92,6%	244	85,9%	237	98%	0,35	0,34	2,4%	1,6%	83%	26,2%	14,3%	+11,4%	-4,0%
	Fr. Gem.	168	138	82,1%	128	76,2%	112	95%	0,28	0,24	11,7%	4,6%	73%	23,4%	10,2%	+19,6%	+24,3%
	Totaal	452	401	88,7%	372	82,3%	349	97%	0,32	0,30	5,6%	2,6%	80%	25,3%	12,9%	+14,1%	+3,5%
Psychiatrie- meer bepaald volwassenenpsychiatrie	VI. Gem.	1.108	787	71,0%	707	63,8%	830	90%	1,02	1,19	3,6%	4,1%	51%	55,7%	29,0%	+1,8%	-12,7%
	Fr. Gem.	1.271	888	69,9%	804	63,3%	747	86%	1,73	1,61	11,5%	10,9%	50%	66,0%	38,9%	-0,7%	-13,1%
	Totaal	2.379	1.675	70,4%	1.511	63,5%	1.577	88%	1,30	1,36	7,8%	7,7%	51%	61,2%	34,3%	+0,4%	-12,9%
Neurologie	VI. Gem.	426	356	83,6%	328	77,0%	368	95%	0,47	0,53	10,0%	11,2%	52%	38,4%	18,6%	+14,6%	+6,0%
	Fr. Gem.	419	325	77,6%	294	70,2%	267	84%	0,63	0,58	13,9%	15,3%	51%	50,0%	24,8%	+13,0%	+8,1%
	Totaal	845	681	80,6%	622	73,6%	635	90%	0,54	0,55	11,8%	13,1%	52%	43,9%	21,5%	+13,9%	+6,9%

Richtlijnen ter interpretatie - Synthese

Deze tabel geeft de belangrijkste kenmerken van de artsen van de verschillende specialismen en de gehanteerde groeperingen weer.

Toelichting

Kolom 2: Gemeenschap: Een individu behoort tot de Vlaamse of Franse Gemeenschap op basis van de taal van het behaalde diploma (NL of FR) of, indien deze informatie ontbreekt, de contacttaal (NL, FR of DE). Het Duits werd slechts toegevoegd als mogelijke contacttaal vanaf 2014 door de administratie. Aangezien dit bijgevolg een klein aantal personen betreft en het de reële situatie niet weerspiegelt, werd beslist om deze personen in de tabel op te nemen in de Franse Gemeenschap.

Kolom 3: LTP N: Aantal personen die over een visum voor het specialisme beschikken en dus **gemachtigd zijn om het beroep van arts uit te oefenen** (LTP = Licensed to Practice).

Kolom 4: PA N: Aantal **beroepsactieve** artsen (PA = Professionally Active). Een arts gemachtigd om het beroep uit te oefenen (LTP) wordt als actief beschouwd indien deze is ingeschreven als zelfstandige bij de RSVZ op 31/12/2021 of op 31/12/2021 aanwezig is in de gegevensbank van RSZ met een VTE van minstens 0,1.

Kolom 5: PA % actief: Percentage beroepsactieve artsen t.o.v. het aantal LTP artsen.

Kolom 6: PR N: Aantal artsen **actief in de gezondheidszorg** (PR = Practising). Maken deel uit van de artsen actief in de gezondheidszorg (PR): de beroepsactieve (PA) artsen ingeschreven bij de RSVZ op 31/12/2021 die in dit jaar minstens 5% van het totale mediane terugbetaalde bedrag bij RIZIV van de referentiegroep van 45-54 jaar gepresteerd hebben of die op 31/12/2021 aanwezig zijn in de databank van de RSZ met een VTE van minstens 0,1 en die minstens één activiteit in de gezondheidszorgsector uitoefenen.

Kolom 7: PR % actief: Percentage artsen actief in de gezondheidszorg t.o.v. het aantal LTP artsen.

Kolom 8: PR Tot. VTE: Aantal voltijdse equivalenten gepresteerd door de artsen actief in de gezondheidszorg.

Kolom 9: PR % geconv. RIZIV: Percentage van de artsen actief in de gezondheidszorg dat volledig of gedeeltelijk geconventioneerd is (toepassing van vastgelegde tarieven in het akkoord met de ziekenfondsen).

Kolom 10: Dichtheid: Dicht. N: $(PR\ N / \text{populatie } 01/01/2022) \times 10.000$.

Kolom 11: Dichtheid: Dicht. VTE: $(PR\ VTE / \text{populatie } 01/01/2022) \times 10.000$.

Kolom 12: Nationaliteit: % N-BE: Percentage artsen dat actief is in de gezondheidszorgsector (PR) en een niet-Belgische nationaliteit heeft.

Kolom 13: Nationaliteit: % N-BE dipl: Percentage artsen dat actief is in de gezondheidszorgsector (PR) en beschikt over een niet-Belgisch basisdiploma.

Kolom 14: Geslacht: % vrouw: Percentage vrouwen dat actief is in de gezondheidszorg (PR).

Kolommen 15 en 16: Leeftijd: Percentage artsen actief in de gezondheidszorg (PR) van 50 jaar of ouder en 60 jaar of ouder.

Kolom 17: Evolutie 2017-2021: % N: Procentuele toe -of afname van het aantal artsen actief in de gezondheidszorg tussen 2017 en 2021.

Kolom 18: Evolutie 2017-2021: % VTE: Procentuele toe -of afname van het aantal voltijdse equivalenten gepresteerd door de artsen actief in de gezondheidszorg tussen 2017 en 2021.



DEEL 3: PROJECTIES VAN DE WORKFORCE ARTSEN 2021-2041

1. METHODOLOGIE VAN HET PROJECTIEMODEL

De alternatieve scenario's die voor alle in dit rapport voorgestelde gecontingenteerde medische specialismen zijn ontwikkeld, maken het mogelijk het evenwicht te bestuderen tussen het toekomstige aanbod van artsen en de toekomstige zorgbehoeften van de Belgische bevolking voor de periode 2021-2041.

De geprojecteerde workforce in deze scenario's betreft de **artsen actief in de gezondheidszorg** (PR - practising) **volgens medisch specialisme en gemeenschap**. Het projectiemodel is gebaseerd op het "stock-and-flow"-model, dat verschillende parameters combineert, rekening houdend met de verwachte in- en uitstroom van artsen in het beroep, het verwachte aantal actieve artsen en de veronderstelde zorgconsumptie door de Belgische bevolking. Alle beschikbare gegevens ter hoogte van 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, worden in rekening genomen.

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 vormt een relatieve maatstaf om de proportie van het arbeidsvolume te kunnen bepalen. Meer details over de berekeningsmethode van een VTE kan u vinden in PlanKad-rapport "[HWF Artsen op de arbeidsmarkt 2004-2016](#)".

Naast absolute aantallen actieven en VTE, worden ook gewogen VTE-dichtheden geprojecteerd. De gewogen dichtheden geven het aantal VTE in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners weer aan de hand van gewogen bevolkingsaantallen die de samenstelling van een bevolkingsgroep betreffende de zorgbehoefte reflecteren. Op die manier geeft de evolutie van een gewogen dichtheid niet alleen aan hoe het aantal artsen evolueert in termen van VTE, maar ook de evolutie van de gezondheidszorgconsumptie van de bevolking voor het betrokken medisch specialisme.

In deze alternatieve scenario's worden de hypothesen voor een aantal parameters aangepast. In het bijzonder wordt gefocust op de volgende twee centrale assen van het model: het activiteitsniveau van de workforce en de zorgvraag van de Belgische bevolking. Verderop in dit rapport zullen de toekomsthypothesen voor deze twee assen die geformuleerd werden door de leden van de werkgroep Artsen, in detail worden toegelicht.

De combinatie van de gekozen parameterwaarden in het projectiemodel mondt uit in geprojecteerde resultaten (aantal actieven, aantal VTE en aantal gewogen VTE-dichtheden) die de evolutie van de workforce artsen voor de periode 2021-2041 weergeven.

2. PARAMETERS VAN HET MODEL

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. Tabel 4 bevat de bronnen en de belangrijkste projectie-elementen voor elke groep parameters:

Tabel 4: Gegevensbronnen en voornaamste projectie- elementen voor elke groep van parameters van het projectiemodel

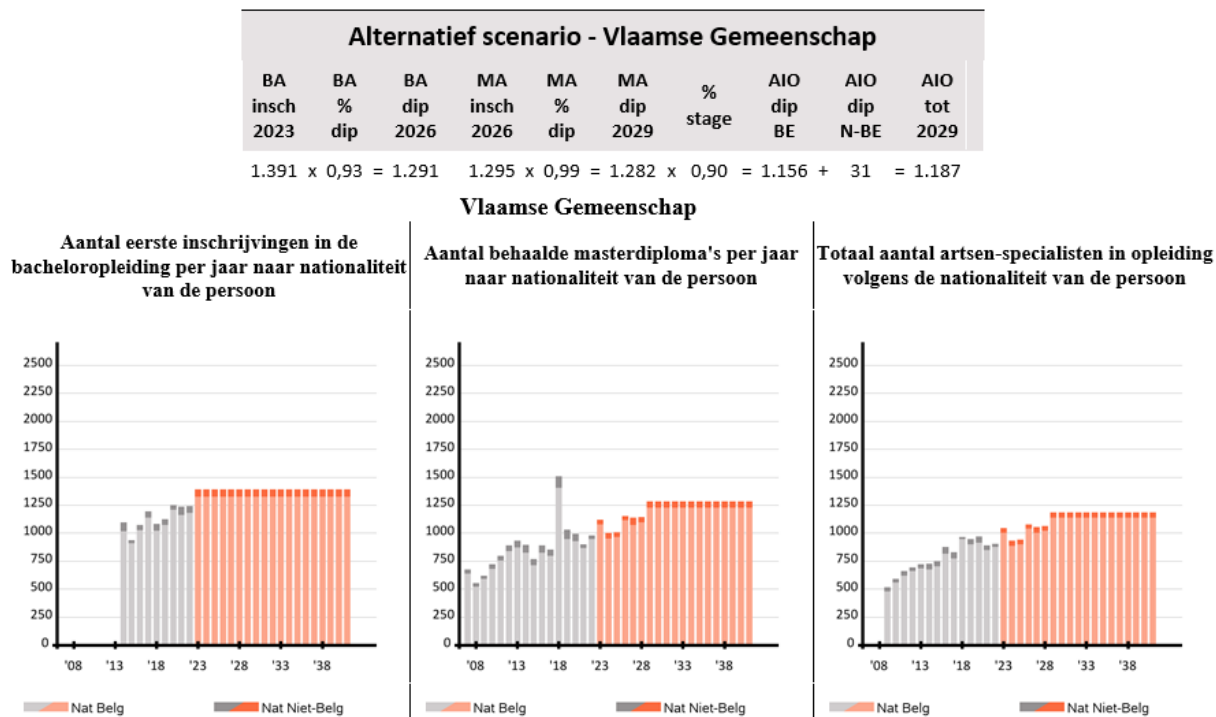
Parametergroep	Gegevensbron	Projectiemethode
Studenten in de bachelor- en masterprogramma's	AHOVOKS CRef en FWB (tot 2022)	Eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding: Aantal kandidaten die op basis van het decreet van elke gemeenschap de opleiding geneeskunde kunnen aanvatten: 1.391 in de Vl. Gem. 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 ³ .
Zorgbehoeften	<ul style="list-style-type: none"> - Evolutie van de populatie: Statbel & Federaal Planbureau (2021-2041) - Zorgconsumptie: IMA (permanente steekproef) 2018-2019-2020⁴ 	

³ 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.

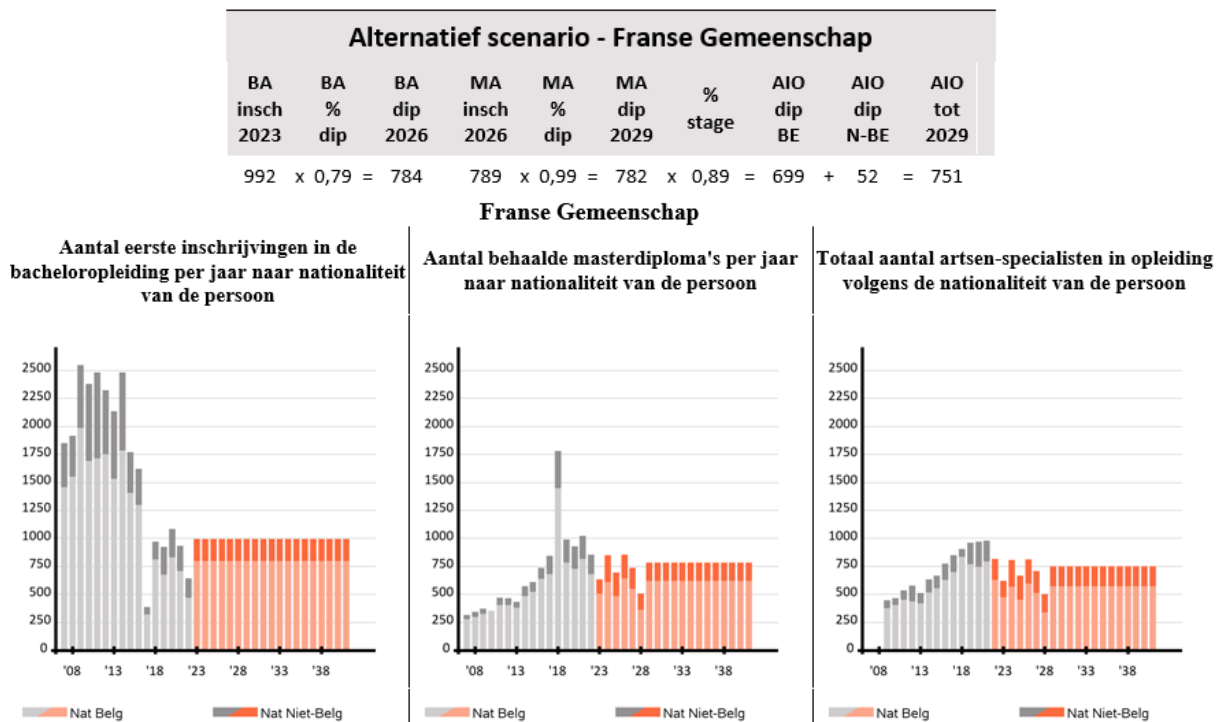
⁴ Ondanks een daling of stijging van de door het RIZIV terugbetaalde bedragen tijdens de COVID-19-crisis, is de zorgconsumptiegraad voor elk segment van de bevolking voor de jaren 2018-2019-2020 vergelijkbaar met die van de drie vorige jaren opgeteld. De gegevens voor 2020 worden dan ook als geldig beschouwd.

De onderstaande figuren illustreren de historische cijfers (in het grijs) en de geprojecteerde cijfers (in kleur) voor alle medische specialismen tussen het begin van de bacheloropleiding en de specialisatie, voor elke gemeenschap.

Figuur 23. Historische en geprojecteerde gegevens over de aanvang van de bacheloropleiding en de specialisatie voor de Vlaamse Gemeenschap



Figuur 24. Historische en geprojecteerde gegevens over de aanvang van de bacheloropleiding en de specialisatie voor de Franse Gemeenschap



3. WEERHOUDEN ALTERNATIEVE HYPOTHESEN

Alle eerder in dit rapport beschreven onderzoeken werden gebruikt om nieuwe alternatieve hypothesen voor de huisartsgeneeskunde te ontwikkelen. Voor de andere gecontingenteerde medische specialismen heeft de werkgroep Artsen zich gebaseerd op de hypothesen die tijdens de vorige alternatieve scenario's werden ontwikkeld.

De ontwikkelde centrale hypothesen zijn de volgende:

- Een arbeidsduurvermindering (VTE) als gevolg van de maatschappelijke evoluties naar een beter evenwicht tussen werk en privéleven, en dat voor alle medische specialismen. Voor de huisartsgeneeskunde werd rekening gehouden met bijkomende factoren om het VTE aan te passen.
- Een aanpassing van de parameter zorgconsumptie toegepast op de huisartsgeneeskunde en op 10 geselecteerde specialismen. Voor deze specialismen werd een grotere toename van de zorgvraag voorzien dan in het basisscenario, waarin enkel rekening werd gehouden met de evolutie op basis van de bevolkingsgroei en de vergrijzing.

3.1. Huisartsgeneeskunde

3.1.1 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.

Figuur 25: Factoren die mogelijk van invloed zijn op de huidige activiteitsgraad van huisartsen



Tabel 5. 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%.

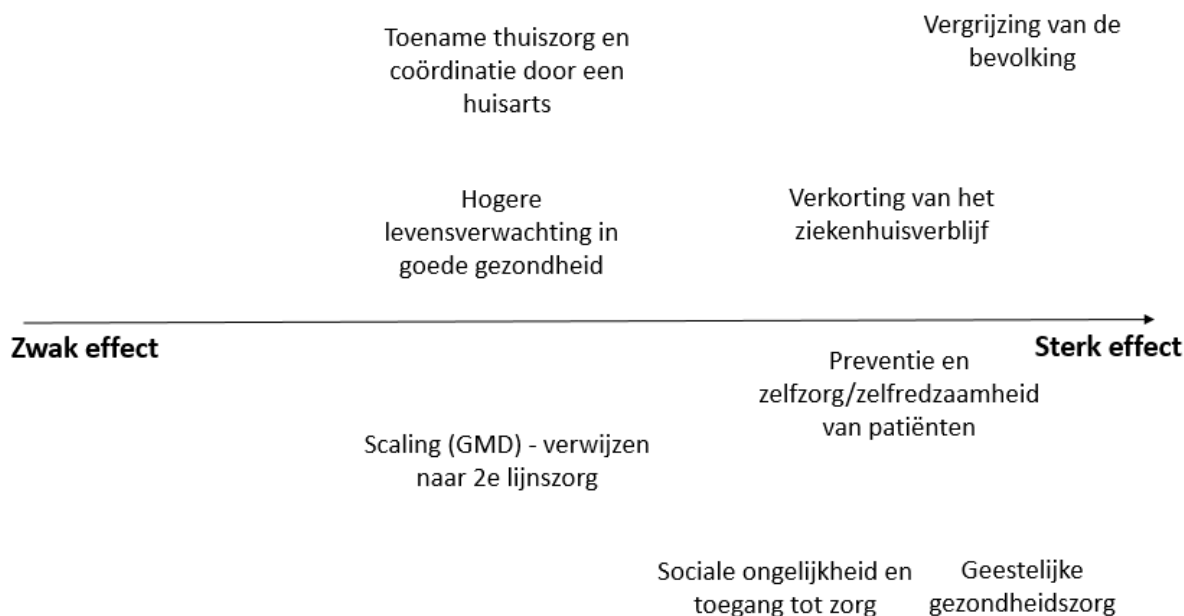
Op basis van de bovenstaande factoren en de enquête bij de huisartsen heeft de werkgroep beslist om **het VTE van alle huisartsen tegen 2031 snel met 20% te verminderen**, met uitzondering van de huidige generaties van 60 jaar en ouder, die hun huidige gemiddelden zullen behouden wanneer ze van leeftijdsgroep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

Huisartsen	2021-2026	2021-2031	2021-2041
Daling VTE	-15%	-20%	-20%

3.1.2 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 26. Factoren die mogelijk van invloed zijn op de behoefte aan huisartsenzorg van de bevolking



Tabel 6. 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 terechtkomen, 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.

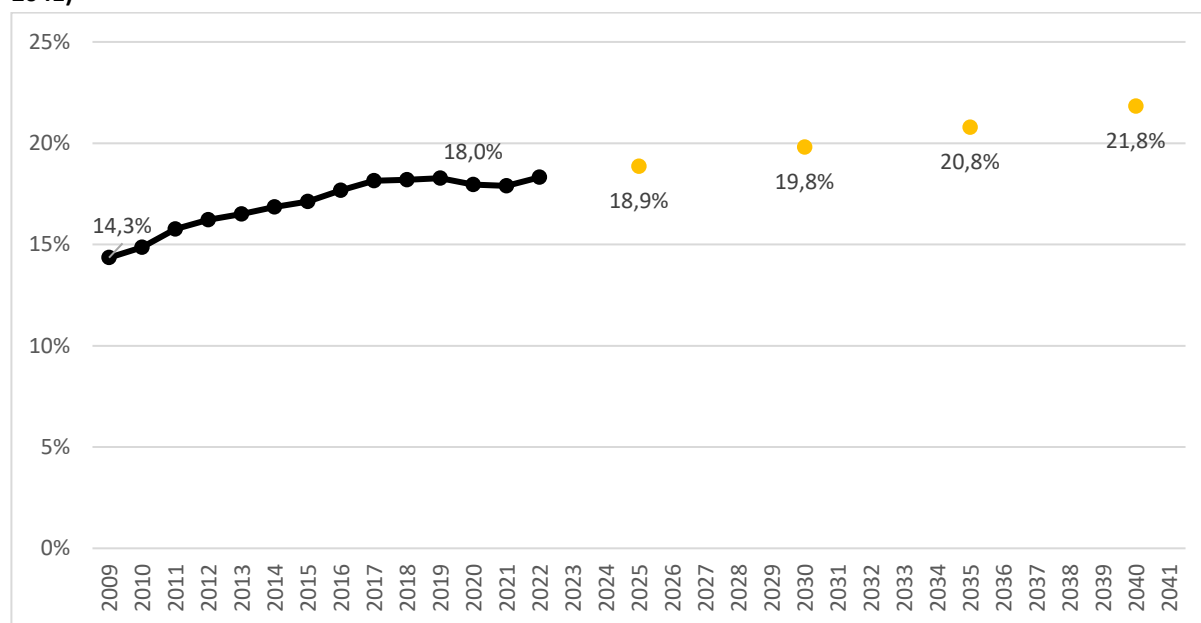
b. Aanpassing van de zorgconsumptiegraad

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 27).

Figuur 26. 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 6.

Tabel 6. 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%

3.2. Overige gecontingenteerde medische specialismen

3.2.1 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.

3.2.2 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 7 toont deze aanpassingen.

Tabel 7. 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
Geriatric	+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+ – geleidelijk '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

3.3. Resultaten van de geprojecteerde evoluties

RESULTATEN: Evolutie van het aantal actieve artsen, het aantal VTE en de gewogen VTE-dichtheid in de gezondheidszorg

BESCHRIJVING:

De onderstaande syntheses Tabellen geven in één oogopslag de evolutie van de workforce artsen volgens specialisme en voor elke gemeenschap weer, dit voor het jaar 2021 met projecties tot 2041.

De vastgelegde hypothesen ter hoogte van elke parameter leiden tot de volgende resultaten opgedeeld in drie hoofdkolommen:

- **Actief in GZ – aantal:** De evolutie van het aantal actieve artsen in de gezondheidszorg (Practising), volgens specialisme en gemeenschap tussen 2021 en 2041.
- **VTE in GZ – aantal:** De evolutie van het aantal gepresteerde Voltijds Equivalenten (VTE) door artsen in de gezondheidszorg (Practising), volgens specialisme en gemeenschap tussen 2021 en 2041.
- **VTE in GZ – gewogen dichtheid:** De evolutie van het aantal gepresteerde Voltijds Equivalenten (VTE) door artsen in de gezondheidszorg (Practising) per 10.000 inwoners aangepast aan hun zorgbehoeften, volgens specialisme en gemeenschap tussen 2021 en 2041.

RICHTLIJNEN TER INTERPRETATIE:

Er zijn kleurcodes aangebracht om de procentuele verandering tussen 2021 en 2041 te benadrukken. De gradatie van de kleurtinten geeft de richting en de omvang van de verandering aan. Waarschuwing: zij geven geen beoordeling van de huidige situatie en lopen niet vooruit op de geschiktheid van de verwachte evoluties. De kleurcodes komen overeen met de volgende intervallen:

>-120%	-120%>-80%	-80%>-40%	-40%>-20%	-20%>0%	0%<20%	20%<40%	40%<80%	80%<120%	>120%
--------	------------	-----------	-----------	---------	--------	---------	---------	----------	-------

Tabel 8. Synthesetabel: evolutie van de workforce artsen per specialisme voor de Vlaamse Gemeenschap, van 2021 tot 2041

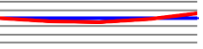





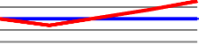




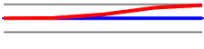
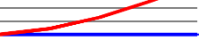

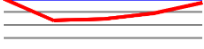



Specialisme	Vlaamse Gemeenschap											
	Actief in GZ - aantal				VTE in GZ - aantal				VTE in GZ - gewogen dichtheid			
	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41
Huisartsgeneeskunde	7.244	9.971	37,64		7.454	9.091	21,95		10,88	10,38	-4,66	
Pediatrie	690	1.052	52,52		789	1.060	34,38		1,15	1,46	26,85	
Geriatric	202	330	63,23		232	348	49,96		0,34	0,25	-27,62	
Oftalmologie	562	775	37,91		641	802	25,12		0,94	0,92	-2,00	
Oto-rhino-laryngologie	308	476	54,71		347	434	25,04		0,51	0,57	13,21	
Dermato-venereologie	367	467	27,14		448	483	7,83		0,65	0,63	-3,66	
Urgentie- en Acute geneeskunde	260	1.021	292,61		290	1.030	254,76		0,42	1,29	203,10	
Inwendige geneeskunde	599	1.576	163,06		833	1.668	100,30		1,22	1,60	31,87	
Cardiologie	530	649	22,47		647	617	-4,61		0,95	0,72	-24,13	
Gastro-enterologie	383	551	43,97		401	485	20,76		0,59	0,61	4,50	
Pneumologie	292	413	41,46		307	369	20,24		0,45	0,47	5,14	
Reumatologie	108	167	54,78		114	146	28,19		0,17	0,16	-4,07	



Tabel 8. Synthesetabel: evolutie van de workforce artsen per specialisme voor de Vlaamse Gemeenschap, van 2021 tot 2041

Specialisme	Vlaamse Gemeenschap											
	Actief in GZ - aantal				VTE in GZ - aantal				VTE in GZ - gewogen dichtheid			
	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41
Fysische geneeskunde en revalidatie	297	423	42,55		317	410	29,15		0,46	0,45	-2,96	
Medische oncologie	134	205	52,87		145	202	38,86		0,21	0,21	-2,96	
Radiotherapie-oncologie	123	165	34,06		133	163	22,39		0,19	0,18	-6,38	
Anesthesie-reanimatie	1.212	1.479	22,01		1.527	1.656	8,42		2,23	2,07	-7,31	
Heelkunde	670	824	23,01		760	781	2,85		1,11	0,96	-13,54	
Plastische heelkunde	115	217	88,47		110	178	61,94		0,16	0,23	42,62	
Neurochirurgie	114	167	46,45		136	163	19,87		0,20	0,21	8,03	
Stomatologie	186	290	56,14		195	265	35,66		0,29	0,36	24,88	
Orthopedische heelkunde	564	775	37,36		590	694	17,51		0,86	0,89	3,74	
Gynaecologie-verloskunde	663	930	40,34		723	882	22,00		1,06	1,23	16,29	
Urologie	236	433	83,50		244	376	53,80		0,36	0,45	25,17	
Pathologische anatomie	182	277	52,18		185	247	33,25		0,27	0,26	-2,47	

Tabel 8. Synthesetabel: evolutie van de workforce artsen per specialisme voor de Vlaamse Gemeenschap, van 2021 tot 2041

Specialisme	Vlaamse Gemeenschap											
	Actief in GZ - aantal				VTE in GZ - aantal				VTE in GZ - gewogen dichtheid			
	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41
Klinische biologie	217	230	6,15		305	276	-9,57		0,44	0,28	-36,37	
Radiodiagnose	786	957	21,79		817	894	9,44		1,19	1,10	-7,95	
Nucleaire geneeskunde	110	127	15,52		126	122	-3,28		0,18	0,15	-19,00	
Psychiatrie- meer bepaald kinder- en jeugdpsychiatrie	244	421	72,61		237	358	51,29		0,35	0,51	47,60	
Psychiatrie- meer bepaald volwassenenpsychiatrie	688	947	37,65		864	1.073	24,18		1,26	1,22	-3,08	
Neurologie	325	611	88,12		374	588	57,04		0,55	0,72	31,60	

Tabel 9. Synthesetabel: evolutie van de workforce artsen per specialisme voor de Franse Gemeenschap, van 2021 tot 2041


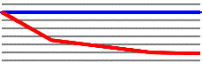



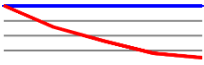

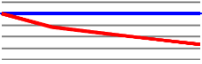

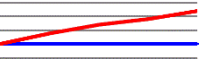
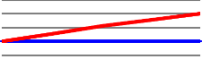

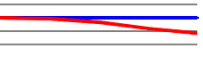

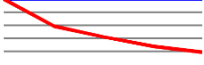


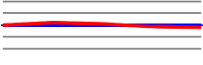
Specialisme	Franse Gemeenschap											
	Actief in GZ - aantal				VTE in GZ - aantal				VTE in GZ - gewogen dichtheid			
	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41
Huisartsgeneeskunde	5.310	6.297	18,60		4.327	4.467	3,24		9,30	7,71	-17,07	
Pediatrie	811	1.035	27,57		743	854	14,94		1,60	1,85	15,83	
Geriatric	150	330	119,77		127	258	103,30		0,27	0,27	-0,33	
Oftalmologie	446	508	13,88		437	445	1,78		0,94	0,77	-18,22	
Oto-rhino-laryngologie	312	320	2,45		305	253	-17,02		0,66	0,51	-22,77	
Dermato-venereologie	336	335	-0,37		342	283	-17,27		0,74	0,56	-23,70	
Urgentie- en Acute geneeskunde	320	905	182,66		295	738	149,90		0,64	1,39	119,42	
Inwendige geneeskunde	771	1.251	62,20		842	1.193	41,73		1,81	1,73	-4,73	
Cardiologie	569	546	-4,11		489	411	-16,02		1,05	0,72	-31,94	
Gastro-enterologie	336	325	-3,31		287	240	-16,36		0,62	0,45	-26,60	
Pneumologie	271	304	12,28		254	257	1,30		0,55	0,49	-10,95	
Reumatologie	109	87	-19,77		107	68	-36,46		0,23	0,11	-52,86	

Tabel 9. Synthesetabel: evolutie van de workforce artsen per specialisme voor de Franse Gemeenschap, van 2021 tot 2041

Specialisme	Franse Gemeenschap											
	Actief in GZ - aantal				VTE in GZ - aantal				VTE in GZ - gewogen dichtheid			
	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41
Fysische geneeskunde en revalidatie	182	224	22,96		157	181	15,32		0,34	0,30	-11,46	
Medische oncologie	157	222	41,12		134	166	23,92		0,29	0,25	-12,76	
Radiotherapie-oncologie	64	106	65,56		56	87	54,97		0,12	0,14	18,67	
Anesthesie-reanimatie	946	1.133	19,72		863	925	7,19		1,86	1,72	-7,34	
Heelkunde	525	579	10,36		476	460	-3,34		1,02	0,85	-16,75	
Plastische heelkunde	111	127	14,27		105	105	-0,60		0,23	0,21	-9,24	
Neurochirurgie	77	111	43,91		66	81	22,53		0,14	0,15	7,20	
Stomatologie	107	113	5,80		72	74	2,73		0,16	0,16	0,67	
Orthopedische heelkunde	385	478	24,14		292	334	14,03		0,63	0,64	2,02	
Gynaecologie-verloskunde	730	795	8,88		571	539	-5,65		1,23	1,15	-6,64	
Urologie	154	217	41,16		123	158	28,76		0,26	0,28	5,86	
Pathologische anatomie	129	139	7,70		121	120	-1,48		0,26	0,19	-26,32	



Tabel 9. Synthesetabel: evolutie van de workforce artsen per specialisme voor de Franse Gemeenschap, van 2021 tot 2041

Specialisme	Franse Gemeenschap											
	Actief in GZ - aantal				VTE in GZ - aantal				VTE in GZ - gewogen dichtheid			
	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% evol. '21-'41
Klinische biologie	141	87	-38,45		189	93	-51,02		0,41	0,15	-64,41	
Radiodiagnose	690	595	-13,78		622	479	-22,92		1,34	0,88	-34,50	
Nucleaire geneeskunde	120	96	-20,16		109	80	-26,93		0,23	0,15	-37,87	
Psychiatrie- meer bepaald kinder- en jeugdpsychiatrie	125	274	119,44		107	213	99,42		0,23	0,50	116,21	
Psychiatrie- meer bepaald volwassenenpsychiatrie	752	663	-11,87		740	549	-25,82		1,59	0,95	-40,68	
Neurologie	291	379	30,11		257	284	10,48		0,55	0,53	-4,23	

DEEL 4: INTERNATIONALE VERGELIJKING

1. INTERNATIONALE BENCHMARK VAN HET ARTSENAANBOD

1.1. Inleiding

Alle landen in Europa worden momenteel geconfronteerd met ernstige uitdagingen op het gebied van gezondheids- en zorgpersoneel (Health Care Workforce - HCWF). Het uitwerken van een afgestemde en betrouwbare HCWF-database en workforce planningsysteem is een belangrijke uitdaging voor de meeste leden van de WHO.

Het ontbreken van gestandaardiseerde gegevens over indicatoren zoals “artsen in opleiding” , “vacatures”, “voltijds equivalenten” en “uitval” in heel wat landen maakt het moeilijk om een vergelijking te maken inzake het toekomstige aanbod artsen (en al zeker op het niveau van de activiteitsgraad). De planning van het HCWF vereist ook een inzicht in de gezondheidszorgbehoeften van een bevolking, haar demografische profiel en geografische spreiding en de zorgvraag. Ook hier ontbreken in de meeste landen gestandaardiseerde gegevens wat het moeilijk maakt een vergelijking te maken inzake de toekomstige zorgbehoeften.

Een internationale benchmark van het artsenaanbod is wel mogelijk op het niveau van de maatstaf “dichtheid van artsen”. Dit is de meest gebruikte, en meest beschikbare, indicator en staat voor het aantal “actieve” artsen in verhouding tot de bevolking – meestal per 10.000 inwoners. Verschillende organisaties zoals de OESO en WHO hebben benchmarks ontwikkeld om de dichtheid van artsen op te volgen. Het is echter moeilijk om landen met elkaar te vergelijken (Maier, et al., 2018) aangezien de rol van artsen-specialisten anders wordt ingevuld, de organisatie van de huisartsenpraktijk verschilt, de toegang anders geregeld is, de geografische complexiteit kan verschillen, de bevolkingsstructuur verschilt, etc.

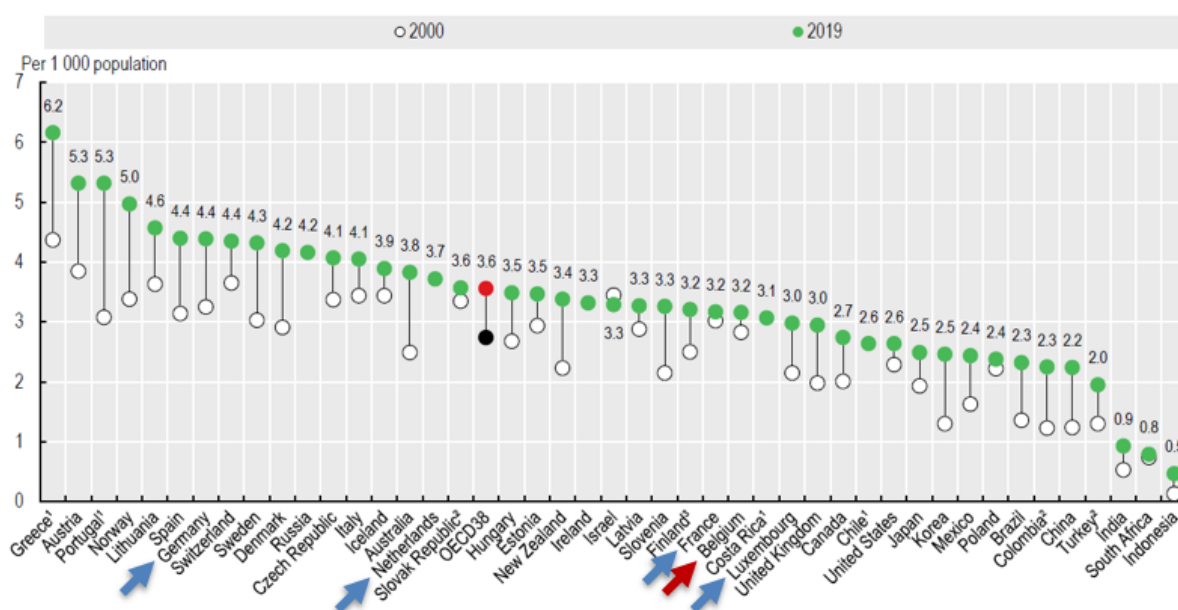
De dichtheid van artsen houdt ook geen rekening met de activiteitsgraad (VTE), of variatie in prestaties per land (reikwijdte van het beroep). Naast deze fundamentele verschillen zijn er bovendien hiaten ter hoogte van de rapportage: “Licensed to Practice (LTP)”, “Professionally active (PA)” en “Practising (PR)” worden vaak onterecht door elkaar gebruikt, wat exacte vergelijkingen bemoeilijkt.

1.2. Resultaten van de internationale vergelijking van het artsenaanbod

Internationale benchmark van artsenaanbod kan dus worden gerealiseerd op basis van een exploratie van het aantal artsen volgens karakteristieken en dichtheid van artsen, rekening houdend met de hieraan verbonden beperkingen.

Figuur 27 geeft de evolutie weer van het aantal actieve artsen (Practising) per 1.000 inwoners, o.a. voor België en haar buurlanden, tussen 2000 en 2019 (bron: OESO). Het aantal artsen per 1.000 inwoners is zeer licht gestegen in België (rond 3,2 in 2019) en is gelijk aan de dichtheid in Frankrijk (3,2). De dichtheid in België is echter iets lager dan het OESO-gemiddelde van 3,6 en de dichtheden in Nederland (3,7) en Duitsland (4,4).

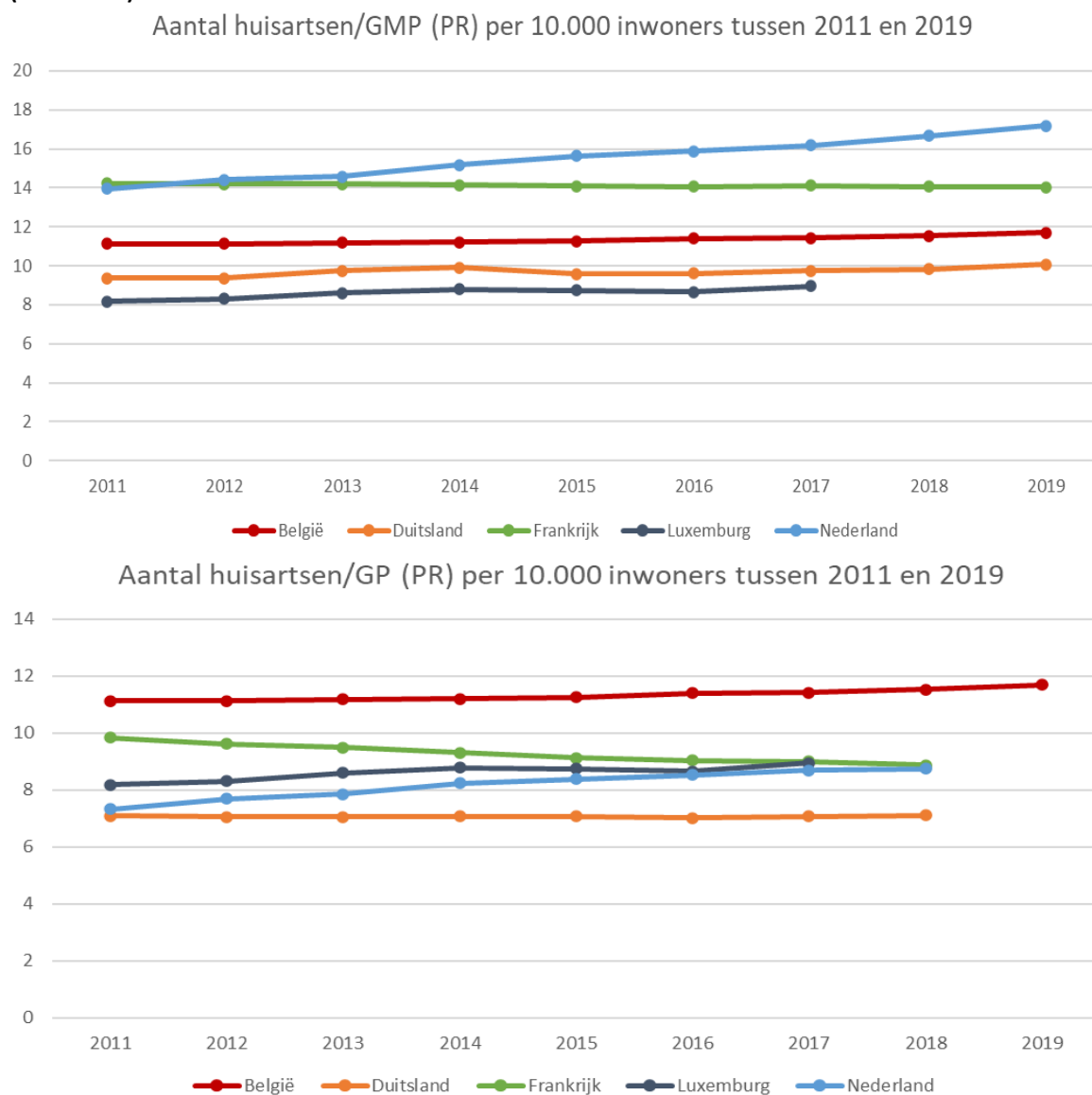
Figuur 27. Aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg per 1000 inwoners in de OESO-landen tussen 2000 en 2019



Naast het totaal aantal artsen, zijn tevens specifieke cijfers terug te vinden voor huisartsen enerzijds en artsen-specialisten anderzijds. Figuur 28 geeft de evolutie weer van de dichtheid van actieve huisartsen in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners tussen 2011 en 2019. Het OESO definieert echter specifieke begrippen waaronder de landen hun cijfers kunnen rapporteren. De “Generalist medical practitioners” (GMP) bevatten naast de klassieke huisartsen zoals wij ze kennen in België ook artsen (geen arts-specialisten) die bijvoorbeeld in het ziekenhuis werkzaam zijn als huisarts. De “Generalist practitioners” (GP) zijn louter de huisartsen zoals wij ze kennen. Merk op dat dit aantal voor België dus gelijk is aangezien hier enkel de klassieke definitie van huisartsen van toepassing is.

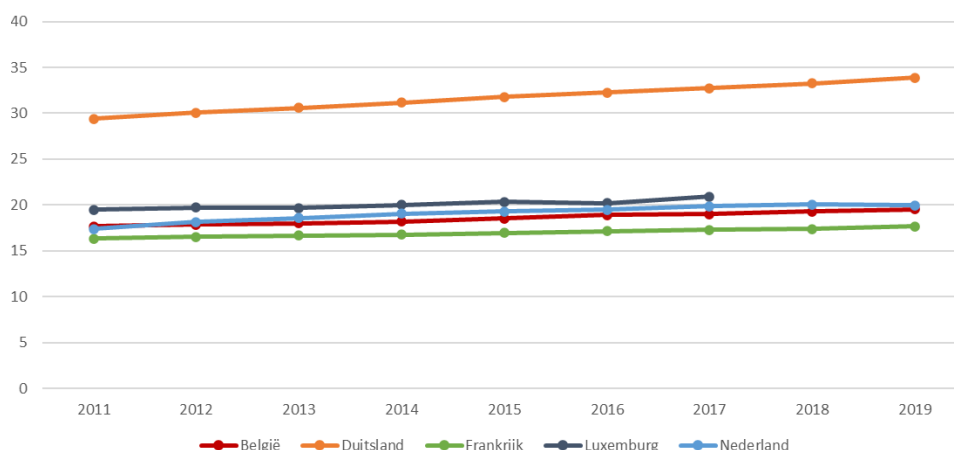
In Nederland, Frankrijk en Duitsland is er een aanzienlijk aandeel artsen dat behoort tot GMP maar niet tot GP. Wanneer we echter louter de huisartsen in hun enge definitie van GP aanschouwen, stellen we vast dat de dichtheid van huisartsen in België hoger is dan deze van onze buurlanden en vrij stabiel blijft doorheen de tijd: 11,7 huisartsen per 10.000 inwoners in 2019 (rode curve in figuur 28).

Figuur 28. Evolutie van het aantal huisartsen (GMP en GP) voor 10.000 inwoners in België en de buurlanden (2011-2019)



Naast de evolutie van het aantal actieve huisartsen in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners, werd ook de evolutie van het aantal actieve artsen-specialisten in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners tussen 2011 en 2019 gerapporteerd (zie figuur 29). Er kan worden vastgesteld dat de dichtheid van artsen-specialisten in België licht toeneemt in België tot 19,5 in 2019, wat dicht bij de dichtheden van de buurlanden aanleunt, met uitzondering van de dichtheid in Duitsland die heel wat hoger ligt dan de overige dichtheden.

Figuur 29. Evolutie van het aantal artsen-specialisten actief in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners tussen 2011 en 2019



Er zijn verder nog meer vergelijkende cijfers terug te vinden, op het niveau van de karakteristieken van de beroepsbevolking (zoals leeftijd en geslacht) en in verhouding met het aanbod aan verpleegkundigen.

Tabel 9 geeft een overzicht van de gerealiseerde vergelijking volgens interesseveld of onderzochte parameter. LTP doelt op “Licensed to Practice” en geeft instroomgerelateerde cijfers weer op het niveau van artsen die gemachtigd zijn het beroep uit te oefenen. PR of “Practising” geeft per geëxploreerde parameter informatie over de artsen die actief worden geacht in de gezondheidszorg (leeftijd, geslacht, ratio verpleegkundigen/arts, zorgaanbod – dichtheid artsen per 10.000 inwoners).

Naast het OESO- of WHO-gemiddelde worden de cijfers voor België en de buurlanden getoond. De kleurcode geeft aan of de waarde in vergelijking met België hoger (groene tinten) of lager (rode tinten) is. Het jaar waarop de gerapporteerde cijfers betrekking hebben, wordt aangegeven, evenals de geraadpleegde bron. Tot slot wordt een korte toelichting gegeven bij de belangrijkste resultaten per parameter.

Tabel 10. Overzichtstabel van de internationale vergelijking van het aanbod aan artsen

			OESO / WHO	België	Duitsland	Frankrijk	Luxemburg	Nederland		Jaar	Bron	Toelichting
LTP	Instroom	Dichtheid afgestudeerde artsen*	1,5	2	1	1	-	2		2020	WHO	België ligt relatief dicht tegen het WHO- en OESO-gemiddelde
		% opgeleide artsen buitenland	18	13	14	10	-	4		2019	OESO	
PR	Leeftijd	% jonge artsen (<35 jaar)	-	12	20	16	5	31		2020	EUROSTAT	Er zijn relatief weinig jonge artsen (<35 jaar) en veel 65-plussers in België t.o.v. de buurlanden
		% 55-plussers	34	44	45	44	43	24		2020	OESO & WHO	
		% 65-plussers	-	20	7	15	12	6		2020	EUROSTAT	
	Geslacht	% vrouwen	49	46	48	47	36	57	2020	OESO & EUROSTAT	Ondanks een stijgende trend ligt het huidige percentage vrouwen in België iets lager dan het OESO-gemiddelde	
	VPK vs. arts	Ratio verpleegkundigen / arts	2,6	3,5	3,2	3,3	3,9	2,9	2019	OESO & WHO	De ratio VPK/artsen is licht gestegen in België tussen 2004 en 2020	
	Zorgaanbod	Dichtheid artsen*	36	32,1	44,7	31,8	29,8	38,3	2020	OESO & WHO	De dichtheid artsen is licht gestegen in België tussen 2000 en 2020	
Zorgaanbod	Dichtheid huisartsen - GMP (GP+andere)*	-	11,7	10,1	14,0	9,0	17,2		2019	EUROSTAT	De dichtheid huisartsen is relatief stabiel gebleven in België tussen 2011 en 2019	
	Dichtheid huisartsen - GP*	-	11,7	7,1	8,9	9,0	8,8		2019	EUROSTAT	De dichtheid artsen-specialisten is licht gestegen in België tussen 2011 en 2019	
	Dichtheid artsen-specialisten*	-	19,5	33,9	17,7	20,9	20,0		2019	EUROSTAT		
Zorgvraag		Aantal consultaties per arts per jaar	-	7,3	9,8	5,9	5,5	8,8		2019	EUROSTAT	Het aantal consultaties per arts is zeer licht gestegen in België tussen 2011 en 2019

* De dichtheden zijn steeds uitgedrukt per 10.000 inwoners in desbetreffend land/groep van landen.

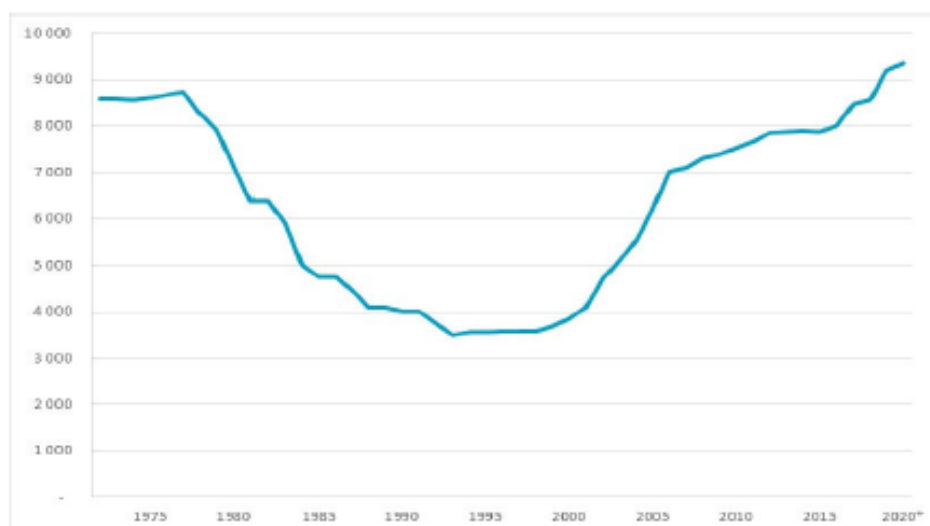
2. PLANNING VAN DE WORKFORCE ARTSEN IN FRANKRIJK

De Cel Planning heeft contact gehad met de adjunct-directeur van het directoraat onderzoek, studies, evaluatie en statistiek (*la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES*), belast met gezondheidsobservatie en de ziekteverzekering, de heer Benoît Ourliac.

2.1. Contextelementen voor Frankrijk

- Gecoördineerd zorgtraject: de patiënt wendt zich eerst tot de huisarts (behandelend arts) en vervolgens tot gespecialiseerde artsen (uitzonderingen: oftalmoloog, pediater, gynaecoloog en dermatoloog). Het is mogelijk om rechtstreeks naar een specialist te gaan, maar dan ligt het terugbetalingspercentage lager.
- Regulering van het aantal gediplomeerde artsen: de regulering wordt beheerd door *l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé* (ONDPS) via:
 - o Een examen na het eerste jaar van de studie;
 - o De verdeling van het aantal plaatsen per specialisme na het vijfde jaar van de studie, voor elke regio. Regionale comités doen voorstellen aan het ONDPS.

Figuur 30. Numerus clausus voor Frankrijk sinds 1972



Bron: Rapport DREES Maart 2021 - [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques](#)

- Problematiek van de demografie van de huisartsen: talrijke generaties huisartsen gaan met pensioen, zonder volledig vervangen te worden, en de talrijke babyboomgeneraties bereiken een leeftijd waarop de consumptie van huisartsenzorg sterk toeneemt.
- Dichtheid aan artsen:
 - o 140 huisartsen (inclusief niet-specialisten) per 100.000 inwoners in 2021 en 89 huisartsen (zonder niet-specialisten) per 100.000 inwoners in 2018 (volgens de gegevens van de OESO). België voor 2019: 117 huisartsen / 100.000 inwoners.
 - o 178 specialisten per 100.000 inwoners in 2021. België voor 2016: 175 RIZIV-specialisten / 100.000 inwoners.

2.2. Activiteitsniveau of voltijds equivalent

Het activiteitsniveau wordt gebruikt voor de berekening van de indicator "potentiële lokale toegankelijkheid" (*accessibilité potentielle localisée*, APL):

- Huisartsen: geen VTE berekend, gebaseerd op het aantal handelingen (raadplegingen en bezoeken). Idem voor loontrekkenden. Gezondheidscentra: totaal aantal raadplegingen. Geen forfait.

Tabel 11. Numerus clausus voor Frankrijk sinds 1972

Nombre de consultations et visites effectuées dans l'année d'après les données du SNIIR-AM	Nombre de consultations et visites comptabilisées dans l'indicateur
Moins de 250	0
Entre 251 et 3 600	3.600
Entre 3 601 et 6 000	Nombre de consultations et visites effectués dans l'année d'après les données du SNIIR-AM
Plus de 6 000	6.000

Exceptions : pour les cabinets ouverts dans l'année, une offre de 5 400 consultations ou visites est imputée ; pour les centres de santé, la borne maximale de 6 000 consultations ou visites n'est pas appliquée.

Bron: https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/

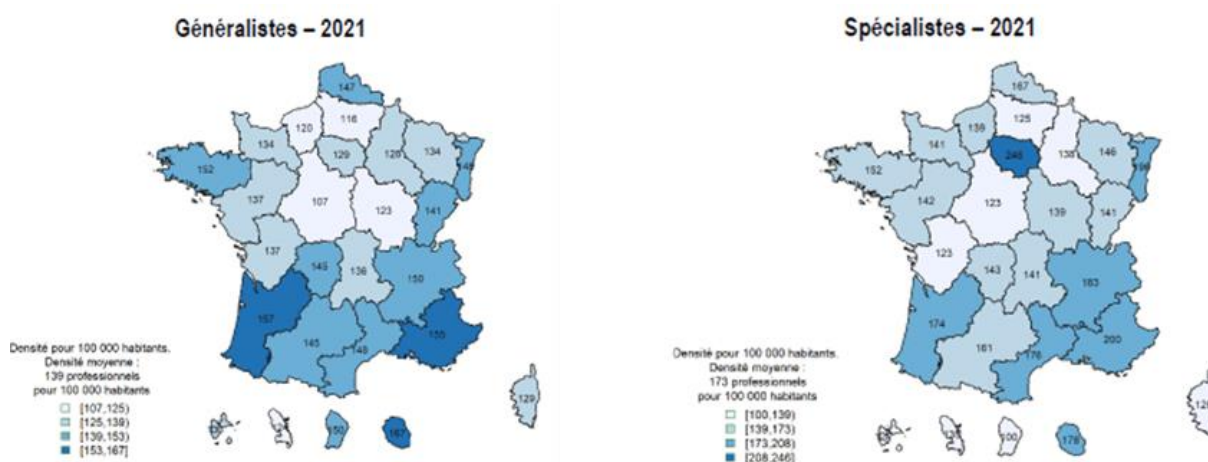
- Andere beroepen: 1 VTE = mediane activiteit met minimum- en maximumdrempel.

2.3. Territoriale verdeling

Er bestaan ongelijkheden tussen de regio's in Frankrijk:

- De regio's in het zuiden van Frankrijk blijven relatief het best voorzien;
- De regio Centre: de laagste gestandaardiseerde dichtheid van huisartsen in Frankrijk, ook in de meeste regio's die grenzen aan Île-de-France;
- Île-de-France: vrij atypisch profiel met gestandaardiseerde dichtheid van huisartsen \approx nationaal gemiddelde en die van artsen in andere specialismen veel hoger dan het nationale gemiddelde.

Figuur 31. Regionale dichtheden van artsen volgens het specialisme, voor 2021 in Frankrijk



Bron: Rapport DREES Maart 2021 - [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques](#)

2.4. Identificatie van zones met een tekort aan huisartsen

Vanaf 2017 identificeren de staat en de regionale gezondheidsagentschappen (*agences régionales de santé*, ARS) zones met een tekort aan huisartsen op basis van het niveau van de potentiële lokale toegankelijkheid (APL, vastgesteld op nationaal niveau) van de huisartsen, rekening houdend met de kenmerken van het grondgebied (bijvoorbeeld: het aandeel van de bevolking met een langdurige aandoening, het aandeel van de artsen die in sector 1 werkzaam zijn, het percentage potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames, enz.). Er worden twee soorten zones gedefinieerd:

- **Prioritaire interventiezones** (*zones d'intervention prioritaire*, ZIP) = gebieden die bijzonder onder druk staan en gekenmerkt worden door een ontoereikend zorgaanbod.
- **Complementaire actiezones** (*zones d'action complémentaire*, ZAC) = gebieden die onder druk staan, maar in mindere mate dan de ZIP

De indicator APL houdt rekening met:

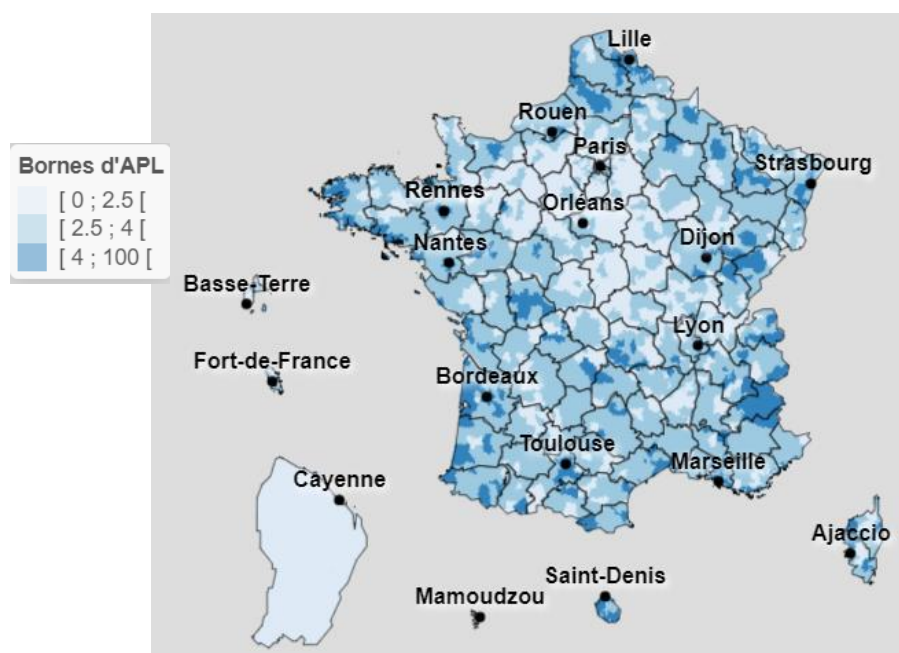
- de activiteit van elke beroepsbeoefenaar, gemeten aan de hand van het aantal raadplegingen of bezoeken in de loop van het jaar;
- de aanrijtijd naar de beroepsbeoefenaar;
- de zorgconsumptie per leeftijdsklasse, gebruikt om de bevolking te standaardiseren om rekening te houden met de gedifferentieerde zorgbehoeften volgens de leeftijd.

De indicator wordt uitgedrukt in aantal toegankelijke raadplegingen per jaar per gestandaardiseerde inwoner (Raadplegingen/jaar/inwoner).

Voor meer details, zie [Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#).

Figuur 32. Potentiële lokale toegankelijkheid van huisartsen in privépraktijken of gezondheidscentra in 2021, in Frankrijk

Eenheid: aantal toegankelijke raadplegingen per jaar en per inwoner



2.5. Stimulansen voor de vestiging van huisartsen in gebieden met een tekort

Stimulansen voor de vestiging van huisartsen in gebieden met een tekort worden ingevoerd op verschillende niveaus: nationaal, ziekteverzekering en plaatselijke collectiviteiten.

In het rapport van het DREES van december 2021 "[*Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale*](#)" worden vier soorten maatregelen aangehaald uit het buitenland: opleiding, financiële incentives, regulering en professionele en persoonlijke ondersteuning

In Frankrijk heeft de ziekteverzekering vier contracten ingevoerd ([*Aides financières - Exercice libéral : Installation en zone sous-dotée | ameli.fr | Médecin*](#)):

- Het contract voor **hulp bij de vestiging van artsen**, dat artsen helpt om de investeringskosten te dragen die gepaard gaan met de start van hun activiteit;
- Het contract voor **stabilisatie en coördinatie van artsen** voor gecoördineerde zorg voor hun patiënten in een bepaald gebied, de opleiding van toekomstige gediplomeerden in privépraktijken en de uitvoering van een deel van de zelfstandige activiteit binnen de naburige ziekenhuizen;
- Het **overgangscontract** ter ondersteuning van artsen die in gebieden "met een tekort" werken en zich op de stopzetting van hun activiteit voorbereiden door een nieuwe arts die zich in hun praktijk komt vestigen te verwelkomen en te begeleiden;
- Het contract **territoriale solidariteit**, dat honorariumbonificaties toekent aan artsen die niet gevestigd zijn in gebieden met een tekort en die hun collega's bijstaan.

3. PLANNING VAN DE WORKFORCE ARTSEN IN NEDERLAND

De Cel Planning heeft contact opgenomen met de programmaleider van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel), de heer Ronald Batenburg. Het Nivel monitort al sinds zijn oprichting het aantal huisartsen en huisartsenpraktijken in Nederland. In deze registratie wordt bijgehouden hoeveel huisartsen en praktijken er zijn, maar geeft ook de verschillende typen dienstverbanden van huisartsen, hun leeftijds- en geslachtsverdeling en het soort praktijken weer. Deze registraties gebeuren zowel op landelijk als regionaal niveau.

Het **Nivel** onderscheidt **4 basiscategorieën** van werkzame posities onder geregistreerde huisartsen:

- Zelfstandig gevestigde huisarts: huisarts met patiënten op eigen naam (of op naam van de maatschap).
- HIDHA: huisarts die minimaal een halfjaar in dienst is van een zelfstandig gevestigde huisarts.
- Vaste waarnemer: huisarts die niet zelfstandig is gevestigd of een HIDHA die voor een huisarts in één of meer vaste praktijken waarneemt (ANW- en/of kantooruren).
- Wisselende waarnemer: huisarts die niet zelfstandig is gevestigd of een HIDHA die voor een huisarts in één of meer wisselende praktijken waarneemt.

De eerste 3 categorieën worden samen gerekend tot 'regulier gevestigde huisartsen'.

Behalve het Nivel kent Nederland ook een "**Capaciteitsorgaan**" dat de toekomstig benodigde capaciteit aan professionals in de zorg onderzoekt en de daarvoor benodigde instroom in de opleidingen rapporteert aan de zorgsector en de overheid. Het "Capaciteitsorgaan" doet driejaarlijks een landelijke raming van de benodigde instroom in de verschillende medische (vervolg)opleidingen en de benodigde artsen. Het is samengesteld uit een Bureau en verschillende Kamers en Werkgroepen. Het Bureau verzamelt alle data, verricht onderzoek en besteedt studies uit aan derden (Nivel, Prismant, Regioplan, enz.). De Kamers en Werkgroepen nemen de finale beslissingen en zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van de opleidingsinstellingen, de zorgverzekeraars en de wetenschappelijke verenigingen (beroepsbeoefenaars).

3.1. Contextelementen voor Nederland

- Gecoördineerd zorgtraject: de patiënt wendt zich eerst tot de huisarts (behandelende arts) die indien nodig een verwijfsbrief opstelt voor medisch specialistische zorg. Het is mogelijk om rechtstreeks contact op te nemen met de tweedelijnszorg, maar dan is het afhankelijk van de persoonlijke verzekering of deze zorg (gedeeltelijk) wordt terugbetaald.
- Regulering van het aantal gediplomeerde artsen: het Capaciteitsorgaan adviseert de beleidsmakers over het benodigd aantal instromers in de gezondheidszorg. Er wordt telkens een minimaal en maximaal advies gegeven. Daarnaast bepalen ook de universiteiten zelf hoeveel en/of welke studenten de opleiding tot arts kunnen aanvaarden:
 - Een VWO-diploma (met juiste profiel) met een cijfergemiddelde van een 8 of hoger
 - Decentrale selectie geneeskunde: universiteiten kunnen zelf de meest gemotiveerde studenten selecteren. Alle info met betrekking tot de selectie kan u hier terugvinden: <https://decentralegeneeskunde.nl/decentrale-selectie-geneeskunde/>
 - Zij-instroom geneeskunde gericht op het opleiden van wetenschappelijke onderzoekers

- Actuele evoluties:
 - Forse toename van het aantal huisartsen: Jaarlijks neemt het aantal actieve huisartsen toe met 2%. Over de periode 2000-2021 bedroeg dit een toename van 56%.
 - Veroudering en feminisatie: In 2012 was 45% en in 2022 60,6% van de populatie huisartsen vrouwelijk. Dit is het gevolg van twee trends: enerzijds bereikten meer mannen dan vrouwen de pensioengerechtigde leeftijd en hebben de beroepsgroep verlaten en anderzijds stroomden meer vrouwen dan mannen vanuit de opleiding de beroepsgroep in.
 - Meer huisartsen in loondienst/vaste waarnemer zelfstandige huisartsen: In 2000 werkte 6% van alle huisartsen in loondienst, terwijl dit 28% is in 2021. Het aandeel zelfstandig gevestigde huisartsen is gedaald.
 - Afname van het aantal apotheekhoudende praktijken: van 484 in 2005 naar 344 in 2017.
 - De huisartsenzorg staat steeds meer onder druk. Ervaren tekorten nemen toe met als gevolg een hoge werkdruk en regelmatig patiëntenstops in praktijken.
- Dichtheid aan artsen:
 - 6,7 huisartsen per 10.000 inwoners in 2022. 5,3 huisartsen per 10.000 inwoners in 2012..
 - 20 specialisten per 10.000 inwoners in 2021.

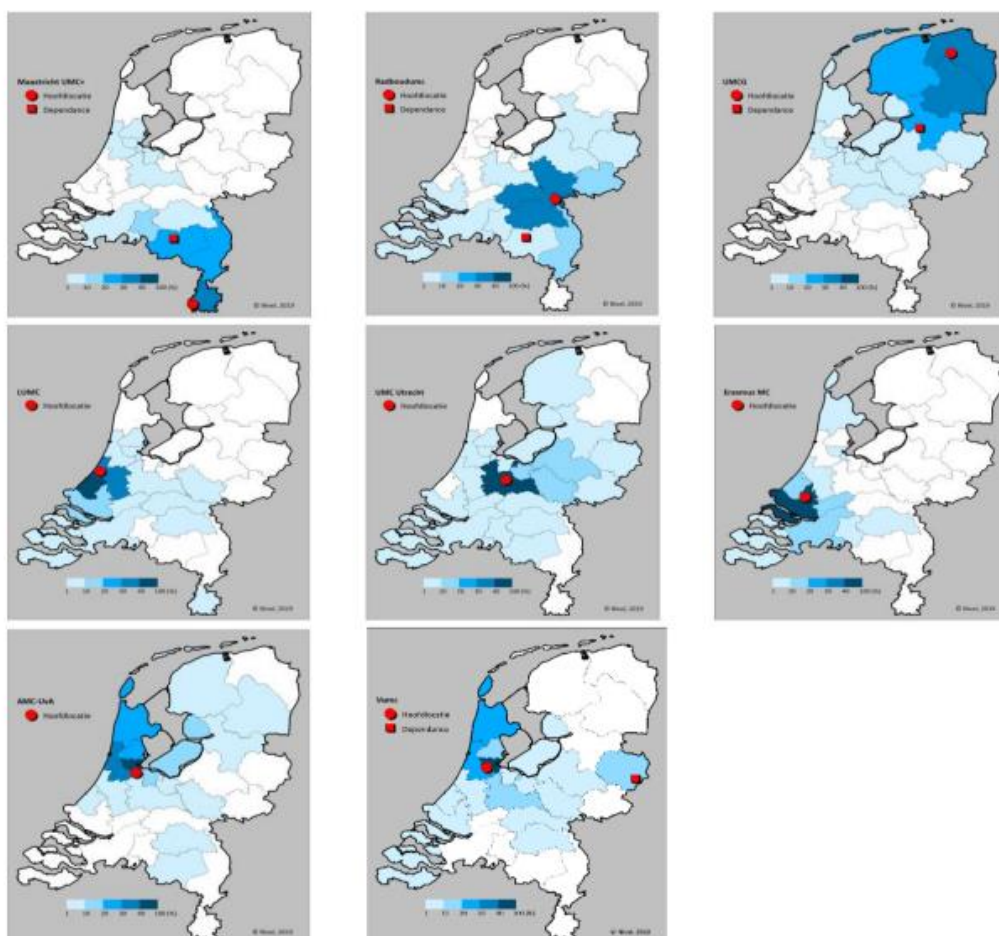
3.2. Activiteitsniveau of voltijds equivalent

Vanaf 2018 zijn 2.095 patiënten per huisartsenpraktijk de norm. Een huisartsenpraktijk biedt tewerkstelling aan huisartsen, doktersassistenten, praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, enz. Eén Voltijds Equivalent komt overeen met 5 werkdagen of 59,3 uur (54% direct patiëntgebonden taken; 26% indirect patiëntgebonden taken; 20% niet-patiëntgebonden taken). Een huisarts met 4 werkdagen vertegenwoordigt dus 0,8 VTE.

3.3. Territoriale verdeling

Er bestaan ongelijkheden tussen de regio's in Nederland op het vlak van het aanbod aan huisartsen. Vooral in de gebieden buiten de Randstad (Amsterdam, Haarlem, Den Haag, Leiden en Rotterdam) is de kans op toekomstige tekorten groot. Pas afgestudeerden artsen werken vooral in de regio waarin ze opgeleid zijn. Dit is duidelijk zichtbaar in figuur 33. Hoe donkerder het blauw, hoe groter het percentage afgestudeerden dat in de buurt van de opleidingslocatie actief is. De rode cirkel verwijst naar de hoofdlocatie van de opleiding. Het rode vierkant verwijst naar een 'dependance', oftewel een zusterlocatie.

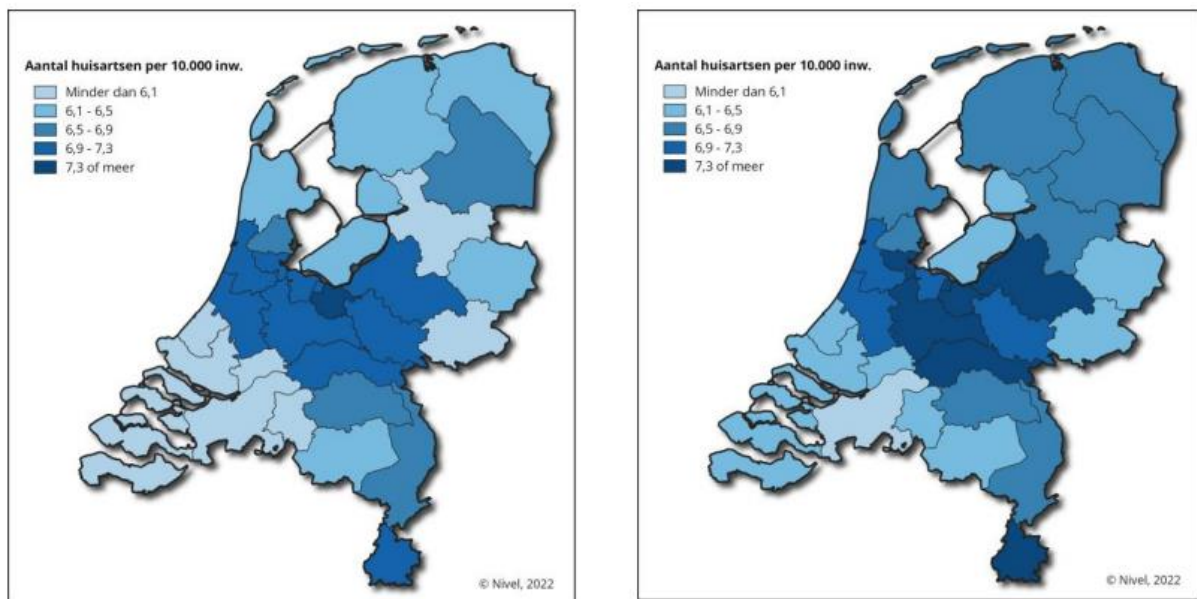
Figuur 33. Percentage alumni dat per regio in 2019 werkzaam was, naar UMC opleidingslocatie



Bron : Nivel, een nieuwe generatie huisartsen: goed gespreid (2020)

Figuur 34 toont de regionale spreiding van huisartsen op basis van de huisartsendichtheid, voor de 28 Regioplus-arbeidsmarktregio's die Nederland kent. Deze regio's omvatten de regionale samenwerkingsverbanden waarin werkgevers arbeidsmarktbeleid ontwikkelen in de sector Zorg en Welzijn. De huisartsendichtheid in bijna alle regio's is gelijk gebleven of toegenomen. Dit is grotendeels het gevolg van het feit dat het aantal werkzame huisartsen sneller toeneemt dan het aantal inwoners in Nederland. Zowel in 2020 als 2022 zijn het vooral de arbeidsmarktregio's in het midden van Nederland die een hoge huisartsendichtheid kennen (6,9 of meer huisartsen per 10.000 inwoners). Maar ook Zuid-Limburg kent een relatief hoge huisartsendichtheid. De laagste dichtheid treffen we in 2020 en 2022 aan in de arbeidsmarktregio West-Brabant.

Figuur 34. Huisartsendichtheid naar Regioplus-arbeidsmarktregio in 2020 (links) en 2022 (rechts)



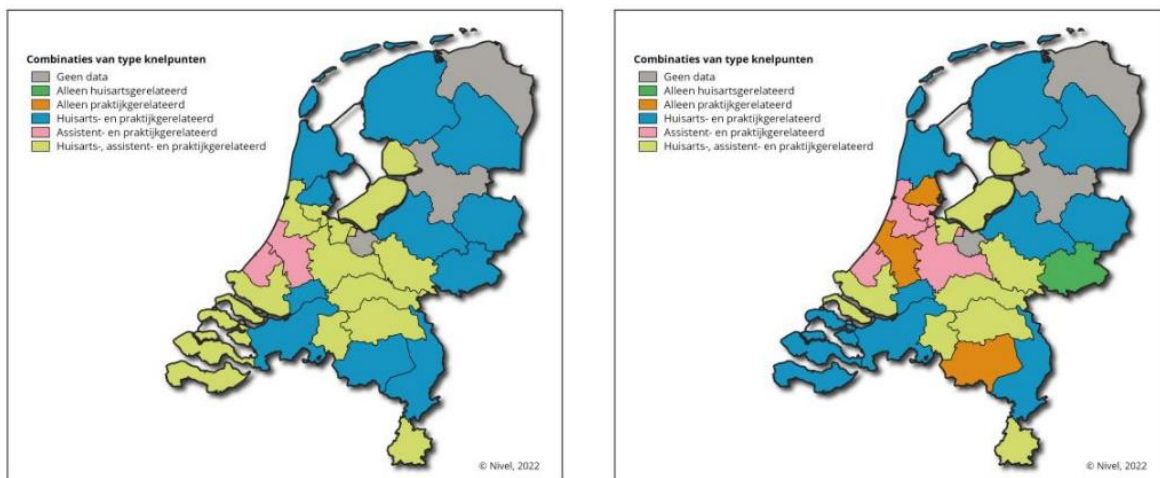
Bron: Nivel-huisartsen registratie en CBS

3.4. Identificatie van zones met een tekort aan huisartsen

Sinds 2018 monitort het Nivel welke **knelpunten** in bepaalde regio's meer of minder voorkomen en welke oplossingen de huisartspraktijken inzetten om deze het hoofd te bieden. De knelpunten op de arbeidsmarkt verschillen sterk per regio en concentreren zich rond verschillende functies en thema's. Op basis van bevragingen bij huisartsen en huisartspraktijken werden onderstaande knelpunten onderscheiden:

- Openstaande vacatures huisarts
- Verwacht tekort aan huisartsen
- Praktijk ervaart problemen om praktijkopvolgers te vinden
- Praktijk heeft problemen om waarnemers (huisartsen) te vinden
- Huisartsen ervaren hoge werkdruk
- Openstaande vacatures doktersassistent
- Verwacht tekorten aan doktersassistent
- Doktersassistenten ervaren hoge werkdruk
- Laatste 5 jaar regelmatig patiëntenstop
- Door werkdruk hoog ziekteverzuim
- Bij ziekte van huisarts of doktersassistent meteen groot probleem

Figuur 35. Regio's die bovengemiddeld vaak problemen ervaren met één of meer knelpunt-indicatoren rond huisartsen, doktersassistenten en praktijkgerelateerde onderwerpen: >5% (links) en >10% (rechts)



Legende: grijs: geen data; groen: alleen huisartsgerelateerde indicatoren; oranje: alleen praktijkgerelateerde indicatoren; blauw: zowel huisarts- en praktijkgerelateerde indicatoren; roze: assistent- en praktijkgerelateerde indicatoren; geel: huisarts-, assistent- en praktijkgerelateerde indicatoren.

Bron: de arbeidsmarkt van de Nederlandse Huisartsenzorg in 2020, Nivel

Zo gaven praktijken in het midden van het land minder vaak aan grote tekorten en werkdruk onder huisartsen te ervaren. Ook ervaren zij minder knelpunten rond waarneming en praktijkopvolging. Tegelijkertijd ervaren met name praktijken in de Randstad meer knelpunten rond de werkdruk, vacatures en tekorten voor doktersassistenten. Daarmee zien we een contrast met een aantal noordelijke en zuidelijke regio's, waarin praktijken minder knelpunten ervaren rondom doktersassistenten, maar bovengemiddeld meer rondom huisartsen.

3.5. Stimulansen voor de vestiging van huisartsen in gebieden met een tekort

Gegeven de voorgaande knelpunten op de arbeidsmarkt en drukte in de praktijk, namen in 2021 de meeste praktijken in Nederland drie typen maatregelen: het toepassen van e-health, het verbeteren van de werksfeer/werkomstandigheden en taakherschikking binnen de praktijk. Zo wordt er ook sterk ingezet op horizontale en verticale substitutie.

Horizontale substitutie van de tweede naar de eerstelijns zorg is volop in gang. Horizontale substitutie naar de huisarts leidt op dit moment aantoonbaar tot uitbreiding van diens werkzaamheden. Het is niet aangetoond dat horizontale substitutie leidt tot lasten-of kostenbesparing in de eerstelijnszorg of tot een kostenverhoging. Wel wordt de kostenontwikkeling in de tweede lijn er waarschijnlijk door geremd. De verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn leidt wel tot een verhoging van de tevredenheid van de patiënt.

Verticale substitutie is eveneens volop in ontwikkeling en verre van uitgekristalliseerd. Naast een snelle toename van het aantal doktersassistenten en praktijkondersteuners, neemt ook het aantal verpleegkundig specialisten toe. Die laatste twee beroepsgroepen groeien in de eerste lijn nog steeds minder snel dan in de tweede lijn. Toch zorgen ook deze beroepsgroepen voor een vermindering van de werkdruk van de huisarts.

4. REFERENTIELIJST

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES 76. Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>

Batenburg, R., Flinterman, L., Vis, E., Schaaijk, A. van, Kenens, R.J., Duijkers, B. (2022), Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. Utrecht: Nivel. Retrieved from [Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. | Nivel](#)

De Geit, E., Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Vis, E., Batenburg, R. (2022). De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. Utrecht: Nivel. Retrieved from [De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. | Nivel](#)

De Geit, E., Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Vis, E., Batenburg, R. (2022). De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. Utrecht: Nivel. Retrieved from [De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. | Nivel](#)

DREES. (2021). Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Données statistiques publiques en santé et social. Retrieved from https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/

European Commission, Eurostat (2021). Data Browser – Health care staff. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/>

L'assurance maladie. (2023). Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées. Retrieved from <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees#:~:text=Le%20CAIM%20est%20une%20aide,%C3%A9quipements%2C%20charges%20diverses%E2%80%A6>

Maier C.B., Batenburg R., Birch S., Zander B., Elliott R., Busse R. (2018). Health workforce planning: which countries include nurse practitioners and physician assistants and to what effect? Health Policy 122(10), 1085-1092, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.016>

OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

OECD (2021). Health - Health care resources: physicians. OECD Statistics. Retrieved from <https://stats.oecd.org/>

Polton, D., Chaput, H., Portela, M., Laffeter, Q., Millien, C. (2021). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale. Les dossiers de la DREES 89. Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>

Versteeg S., Vis E., Van der Velden L., Batenburg R. (2018). De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018 en een vergelijking met 2013, Utrecht: Nivel. Retrieved from [De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: en een vergelijking met 2013. | Nivel](#)

Vis, E., Batenburg, R., Bosmans, M., Keuper, J., Kenens, R. (2020). Een nieuwe generatie huisartsen: goed gespreid? Utrecht: Nivel. Retrieved from [Een nieuwe generatie huisartsen: goed gespreid? | Nivel](#)



World Health Organization (2022). Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

