



**Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu**

De workforce artsen in 2043: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2024

Inleiding en methodologie

een rapport van de

**Cel Aanbod en Planning
Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars
DG Gezondheidszorg
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu**

uitgevoerd door

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

begeleid door de

**Wergroep Artsen
van de Planningscommissie van het medisch aanbod**

Maart 2026

Colofon

Redactie van het rapport:

Cel Aanbod en Planning:

Celhoofd: Pascale Steinberg

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

Begeleiding: Werkgroep Artsen van de Planningscommissie van het medisch aanbod

Voorzitter: Brigitte Velkeniers

Leden: Katrien Beeckmans, Gilbert Bejjani, Steven Brabant, Jonas Brouwers, Georges Casimir, Elie Cogan, Muriel Conrardt, Katja Crutzen, Mickael Daubie, Wilfried De Backer, Benjamin De Bruyn, Jan De Maeseneer, Ellen De Wandeler, Bart Demyttenaere, Pierre Drielsma, Jean-Christophe Goffard, Paul Herijgers, Luc Herry, Piet Hoebeke, Yolande Husden, Antoine Khalil, Bernard Landtmeters, Edouard Louis, Danny Mathysen, Stella Matterazzo, Pascal Meeus, Jill Meirte, Isabel Moens, Marc Moens, Véronique Moreau, Alex Peltier, Zoé Pletschette, Charlotte Poulussen, Milhan Roex, Marie Saint-Hubert, Jeroen Schoenmaeckers, Dorien Van Dormael, Christel Van Geet, Patrick Verliefde en Miranda Wabnig

Organisatie:

Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars

Diensthooft: Aurélie Somer

Algemene directie Gezondheidszorg

Directeur-generaal: Sabine Stordeur

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Voorzitter van de FOD VVVL: Dirk Ramaekers

Verantwoordelijke uitgever:

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

Contactgegevens:

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel - België

T. +32 (0)2.524.97.97

F. +32 (0)2.524.97.98

plan.team@health.fgov.be

www.health.belgium.be/hwf

Ce document est également disponible en français.

Gelieve het te citeren met de volgende referentie :

De workforce artsen in 2043: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2024 - inleiding en methodologie, Cel Aanbod and Planning, Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, maart 2026.

© 2026, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Elk gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

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

Wettelijk depot: D/2026/2196/8

Inhoudstafel

1	Voorwoord.....	4
2	Samenvatting.....	5
3	Inleiding.....	7
4	Methodologie.....	8
4.1	Geprojecteerde workforce.....	8
4.2	Gehanteerd projectiemodel.....	8
4.3	Update van de gehanteerde brongegevens en projectie-elementen.....	9
5	Ontwikkelde scenario's.....	10
5.1	Algemeen alternatief scenario.....	10
5.2	Alternatief quotumscenario.....	13
5.3	Alternatief scenario van autonomie.....	15
6	Structuur van de resultaten.....	17
7	Bijlagen.....	18

1 Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van de alternatieve scenario's voor artsen waarbij de evolutie van de verhouding tussen het aanbod aan medische zorg en de zorgbehoeften van de Belgische bevolking wordt onderzocht, met projecties tot 2043. Het volgt op een verzoek van de minister van Volksgezondheid om een tussentijds advies uit te brengen over de artsenquota 2032 en 2033 op basis van de meest recente gegevens, de hypothesen van het vorige alternatieve scenario (horizon 2041) en rekening houdend met de hypothese van autonomie. Deze oefening is dus gebaseerd op de vorige alternatieve scenario's, waarbij gebruik wordt gemaakt van bijgewerkte gegevens.

Ten eerste willen we graag Timothée Mahieu van het DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FODVVVL) bedanken voor de extractie van de gegevens uit de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen.

Wij danken ook de bevoegde statistische diensten voor onderwijs van de Vlaamse en Franse Gemeenschap voor het leveren van de meest recente onderwijsgegevens die de basis vormen voor het gehanteerde projectiemodel.

We wensen tevens de werkgroep Artsen van de Planningscommissie - medisch aanbod en de voorzitter van deze werkgroep Brigitte Velkeniers te vermelden, die ons hebben begeleid en nieuwe quota voor 2032 en 2033 hebben vastgesteld.

Alle projecties voor artsen zullen vanaf eind 2026 opnieuw worden opgestart. De werkgroep Artsen zal samen met de gemeenschappen nieuwe hypothesen ontwikkelen en daarbij rekening houden met de resultaten van de horizon scanning voor de huisartsgeneeskunde, die momenteel door het KCE wordt uitgevoerd.

Cel Aanbod en Planning
Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars
DG Gezondheidszorg
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

2 Samenvatting

Inleiding

Dit rapport presenteert de werkzaamheden van de werkgroep Artsen van de Planningscommissie - medisch aanbod met betrekking tot de ontwikkeling van toekomstscenario's voor de workforce artsen met horizon 2043 naar aanleiding van een verzoek van de minister van Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke, om de artsenquota voor de jaren 2032 en 2033 te herzien. De scenario's bestuderen de evolutie van de verhouding tussen het aanbod aan artsen actief in de gezondheidszorg en de zorgbehoeften van de Belgische bevolking.

Methodologie

Voor 30 medische specialismen zijn de in het projectiemodel gebruikte gegevens bijgewerkt op basis van de meest recente beschikbare gegevens en zijn dezelfde projectiehypothese uit de in 2023 gepubliceerde alternatieve scenario's toegepast op deze nieuwe gegevens.

De belangrijkste alternatieve hypothesen zijn de volgende:

- Een vermindering van de arbeidstijd (VTE) ten gevolge van maatschappelijke evoluties naar een betere balans tussen werk en privéleven, en dit voor alle medische specialismen. Voor de huisartsgeneeskunde werd rekening gehouden met bijkomende factoren om het VTE aan te passen.
- Een aanpassing van het gehanteerde zorgconsumptie-patroon voor de huisartsgeneeskunde en 10 geselecteerde specialismen. Voor deze specialismen wordt ervan uitgegaan dat de zorgbehoefte sterker zal toenemen dan wat op basis van de groei en vergrijzing van de bevolking te verwachten valt.

In het kader van de vaststelling van de quota voor 2032-2033 heeft de werkgroep Artsen van de Planningscommissie een optimaal aantal artsen bepaald dat in België aan een specialisatie-opleiding zou moeten beginnen vanaf het jaar 2032. Deze keuzes zijn gebaseerd op de verwachte evoluties in het aanbod aan en de activiteiten van gezondheidswerkers, op de raming van de toekomstige zorgbehoeften van de bevolking voor elk medisch specialisme en elke gemeenschap, en op de expertise en de kennis van het terrein van de leden van de werkgroep. Deze cijfers werden in het algemeen alternatief scenario opgenomen om het alternatief quotumscenario op te stellen. De alternatieve scenario's volgen over het algemeen het basisscenario, dat de historische trends zonder aanvullende wijzigingen voortzet. De termijn voor het vaststellen van de quota voor 2032-2033 was echter te kort om dit basisscenario te actualiseren.

Op verzoek van de minister van Volksgezondheid werd de hypothese van autonomie, waarbij het aantal toekomstige nieuwe artsen dat hun opleiding volledig in het buitenland heeft gevolgd op nul wordt gezet, toegepast als aanvulling op de alternatieve hypothesen om een extra scenario op te stellen. De leden van de Planningscommissie wijzen erop dat het scenario van autonomie in strijd is met het vrije verkeer van Europese beroepsbeoefenaars en dus noch wenselijk, noch realistisch is. De impact van het opdrogen van deze instroom op de toekomstige workforce van artsen wordt in dit rapport gedocumenteerd en werd niet in aanmerking genomen bij het vaststellen van de quota voor 2032-2033.

De combinatie van de waarden van de parameters die in het projectiemodel zijn ingebracht, leidt tot resultaten die worden verkregen door projectie (in termen van individuen, voltijdsequivalenten, dichtheden - aantal individuen per 10.000 inwoners - of gewogen dichtheden - dichtheden aangepast aan de zorgbehoeften van de bevolking). Zij geven voor de periode 2023-2043 de evolutie van de workforce voor elk toekomstscenario weer.

Resultaten

De projecties van het alternatieve quotumscenario worden voorgesteld in samenvattende tabellen en grafieken per medische specialiteit en per gemeenschap, telkens in vijfjaarlijkse stappen van 2023 tot 2043, en worden synthetisch toegelicht.

Gelet op de duur van de opleiding in de medische wetenschappen zal de impact van de quota voor 2032-2033 ten vroegste vanaf 2035 zichtbaar zijn op de arbeidsmarkt.

In de Vlaamse Gemeenschap, met jaarlijks 515 artsen die vanaf 2032 starten met de opleiding huisartsgeneeskunde, zou het aantal **actieve huisartsen in de gezondheidszorg** stijgen van 7.492 individuen in 2023 tot 11.246 individuen in 2043 (+50%). De VTE's nemen toe van 7.561 VTE in 2023 naar 9.861 VTE in 2043 (+30%). De zorgbehoeften van de bevolking zouden in dezelfde periode toenemen met 27%. Hierdoor zou de gewogen VTE-dichtheid in 2043 hoger liggen (11,04) dan in 2023 (10,73).

In de Franse Gemeenschap, met jaarlijks 548 artsen die vanaf 2032 starten met de opleiding huisartsgeneeskunde, zou het aantal actieve huisartsen toenemen van 5.762 individuen in 2023 tot 8.868 individuen in 2043 (+54%). De VTE's nemen toe van 4.684 VTE in 2023 naar 5.982 VTE in 2043 (+28%). De zorgbehoeften van de bevolking zouden tussen 2023 en 2043 stijgen met 20%. Ook hier zou de gewogen VTE-dichtheid hoger zijn in 2043 (10,55) dan in 2023 (9,93).

In de Vlaamse Gemeenschap, met in totaal 682 artsen-specialisten die vanaf 2032 jaarlijks starten met een medische specialisatie, zou het totale aantal **actieve artsen-specialisten in de gezondheidszorg** stijgen van 11.679 individuen in 2023 tot 18.053 individuen in 2043 (+55%). De VTE's

nemen toe van 13.295 VTE in 2023 naar 17.978 VTE in 2043 (+35%). De evolutie van de gewogen VTE-dichtheid varieert sterk naargelang de medische specialiteit, met veranderingen tussen -26% en +164% over de periode 2023-2043.

In de Franse Gemeenschap, met in totaal 531 artsen-specialisten die vanaf 2032 jaarlijks starten met een medische specialisatie, zou het totale aantal actieve artsen-specialisten in de gezondheidszorg stijgen van 10.531 individuen in 2023 naar 13.113 individuen in 2043 (+25%). De VTE's nemen toe van 9.788 VTE in 2023 naar 10.813 VTE in 2043 (+11%). De evolutie van de gewogen VTE-dichtheid varieert sterk naargelang de medische specialiteit, met veranderingen tussen -54% en +101% over de periode 2023-2043.

Volgende werkzaamheden

Alle projecties voor artsen zullen vanaf eind 2026 opnieuw worden opgestart. De werkgroep Artsen zal samen met de gemeenschappen nieuwe hypothesen ontwikkelen en daarbij rekening houden met de resultaten van de horizon scanning voor de huisartsgeneeskunde, die momenteel door het KCE wordt uitgevoerd.

Trefwoorden: *Artsen, Algemeen alternatief scenario, Alternatief scenario van autonomie, Alternatief scenario van quota, Projectiemodel, Workforce, Zorgbehoeften*

3 Inleiding

De Planningscommissie - medisch aanbod ontving in de zomer van 2025 een groene nota van de minister van Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke. Het eerste deel van deze opdracht bestond erin speciale aandacht te besteden aan de impact van buitenlandse artsen op de toekomstige vaststelling van quota. In deze fase worden de artsenquota voor de jaren 2032 en 2033 herzien, rekening houdend met de volgende elementen:

- gebruik maken van de meest recente gegevens,
- de hypothesen uit het vorig alternatief scenario reproduceren,
- de hypothese van autonomie integreren en de kwantitatieve impact ervan preciseren,
- de mogelijkheid onderzoeken om een hogere dichtheid goed te keuren, zonder zich daartoe te beperken, en
- erop letten dat de waargenomen dichtheid van artsen in elke gemeenschap niet naar beneden wordt bijgesteld.

Om deze opdracht tot een goed einde te brengen, werden nieuwe toekomstscenario's uitgewerkt voor zowel huisartsen als andere medische specialismen. Het doel hiervan was om door middel van een projectiemodel na te gaan hoe de balans tussen het toekomstig aanbod aan artsen en de toekomstige zorgbehoeften van de Belgische bevolking evolueert in de periode 2023-2043, uitgaande van een reeks onderbouwde hypothesen over zorgaanbod en zorgvraag.

Als uitgangspunt nemen we de historische trends zoals waargenomen in het PlanKad-rapport "Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023"¹. Deze gegevens worden aangevuld met de meest recente beschikbare gegevens wat betreft de basisopleiding en de verschillende medische specialisme-opleidingen (dataverzameling afgesloten in december 2025).

De werkgroep Artsen bouwde voort op de trends uit de vorige alternatieve scenario's "De workforce in 2041: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2022"². Deze oefening is dus gebaseerd op de vorige alternatieve scenario's, waarbij gebruik wordt gemaakt van bijgewerkte gegevens.

In dit rapport beschrijven we kort de methodologie van het projectiemodel en de alternatieve hypothesen, en presenteren we vervolgens de resultaten van het alternatief scenario dat voortvloeit uit de aanbeveling van de optimale instroom van de werkgroep Artsen bij het vaststellen van de quota voor 2032 en 2033. Tot slot vergelijken we het resultaat van dit alternatief quotumsceario met de twee andere alternatieve toekomstscenario's.

¹ [Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023](#), Cel Aanbod en Planning, Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Maart 2026

² [Artsen - de workforce in 2041: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2022](#), Cel Aanbod en Planning, Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, September 2023

4 Methodologie

4.1 Geprojecteerde workforce

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

De **geprojecteerde workforce** in de scenario’s omvat **de artsen actief in de gezondheidszorg (PR)**, opgedeeld op basis van hun professionele status (enkel werknemer, enkel zelfstandig of beide). De gegevens die nodig zijn om deze workforce te bepalen, zijn beschikbaar in het PlanKad-rapport “Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023”³.

4.2 Gehanteerd projectiemodel

Om de verhouding tussen het aantal artsen en de zorgbehoeften van de Belgische bevolking te bepalen, maken we gebruik van een projectiemodel. Dit **“stock-and-flow-model”** combineert verschillende parameters, rekening houdend met de verwachte in- en uitstroom van artsen, het verwachte aantal actieve artsen en de vermoedelijke zorgbehoeften van de Belgische bevolking. De modellering is specifiek **voor elk medisch specialisme en elke gemeenschap** en houdt rekening met drie belangrijke factoren in alle fasen: **leeftijd, geslacht en nationaliteit**. Deze dimensies maken het mogelijk om rekening te houden met verschillen, zoals het feit dat het probleem van de niet-verblijfhoudende beroepsbeoefenaars in het zuiden groter is dan in het noorden, de vervrouwelijking van het beroep in combinatie met een lagere activiteitsgraad voor vrouwen, een hogere inactiviteitsgraad bij niet-Belgische beroepsbeoefenaars omdat sommigen in hun eigen land actief zijn, ... De verschillende parameters en dimensies van het projectiemodel worden systematisch weergegeven in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

Voor elke parameter in het projectiemodel heeft de werkgroep Artsen de gekozen **hypothese** overgenomen die zowel rekening houdt met historisch waargenomen trends als met verwachte veranderingen in het toekomstige aanbod van artsen en in de toekomstige behoeften aan medische zorg. Een gedetailleerd overzicht van deze elementen wordt gepresenteerd in bijl**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

Niet louter het aantal actieve artsen, maar ook hun activiteitsgraad wordt geprojecteerd in de scenario’s. Deze activiteitsgraad wordt uitgedrukt in een voltijds equivalent (VTE) en drukt de proportie van het arbeidsvolume ten opzichte van één normale voltijdse betrekking uit. Het voordeel van een analyse in functie van VTE bestaat erin dat het gepresteerde arbeidsvolume kan worden gemeten en vergeleken, en niet enkel het aantal personen dat in een gegeven sector aanwezig is. Afhankelijk van het professioneel statuut wordt een verschillende berekeningsmethode voor het VTE gehanteerd. Meer details over de berekeningsmethode kan u vinden in het PlanKad-rapport “Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023”³.

De combinatie van de gekozen parameterwaarden mondt bijgevolg uit in **geprojecteerde resultaten** (in individuen, VTE en dichtheden) die de evolutie van de workforce voor de periode 2023-2043 weerspiegelen.

Met **“dichtheden”** of “carer-to-population ratios” wordt het aantal beroepsbeoefenaars per 10.000 inwoners bedoeld. Deze maat maakt vergelijkingen doorheen de tijd en tussen taalgroepen mogelijk. De weging van de dichtheid wordt gebruikt om de toekomstige evolutie van de verhouding tussen het aanbod van artsen en medische zorgbehoeften van de bevolking te beoordelen. Om een “gewogen dichtheid” te berekenen, worden gewogen bevolkingsaantallen gebruikt die de samenstelling van een bevolkingsgroep weerspiegelen in termen van zorgbehoeften. De toename van de bevolking

³ [Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023](#), Cel Aanbod en Planning, Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Maart 2026

en veranderingen in de leeftijds- en geslachtsstructuur leiden dus tot een wijziging in de zorgbehoeften. De evolutie van een gewogen dichtheid geeft daardoor niet alleen een beeld van hoe het aantal zorgverleners evolueert ten opzichte van het bevolkingsaantal, maar ook ten opzichte van de veranderende zorgbehoeften van de bevolking.

4.3 Update van de gehanteerde brongegevens en projectie-elementen

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

Tabel 1 bevat de bronnen en belangrijkste projectie-elementen voor bepaalde groepen parameters.

Tabel 1. Gegevensbronnen en belangrijkste projectie-elementen voor bepaalde groepen parameters van het projectiemodel

Parametergroep	Gegevensbron	Projectiemethode
Onderwijs	Vlaamse Gemeenschap: AHOVOKS tot 2023 en geslaagden voor het toelatingsexamen in 2024 en 2025 voor de Franse Gemeenschap: tot 2025	Eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding: Gemiddelde van de drie meest recent jaren (2023, 2024, 2025): 1.631 in de Vl. Gem. en 1.336 in de Fr. Gem.
Specialisatie en registratie als beroepsbeoefenaar die het beroep mag uitoefenen	Federale gegevensbank van de gezondheidszorgberoepen (kadaster) (tot 2024)	Start van de specialisatie: 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 van de beroepsbeoefenaars	PlanKad "Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023"	Voorraad professionals in 2023. Participatiegraad, verdelingsgraad naar activiteitssector en activiteitsgraad (VTE): gemiddelde voor de jaren 2021-2022-2023. Extra aanpassingen van de VTE worden verderop in dit rapport nader toegelicht.
Vergrijzing van de beroepsbeoefenaars	PlanKad "Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023" Sterftetafels van de FOD Economie - Algemene Directie Statistiek (Statbel)	Verschuiving van cohorten Overlevingsgraad 2022-2024
Belgische bevolking	Statbel en perspectieven van het Federaal Planbureau 1992-2071	Reële gegevens tot 2024 Projecties vanaf 2025
Zorgbehoeften	Permanente steekproef (EPS) van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) rekening houdend met de aanvullende steekproef voor personen van 65 jaar en ouder	Zorgconsumptiegraad voor elk segment van de bevolking (per gemeenschap, leeftijd en geslacht) op basis van de bedragen die door het RIZIV worden terugbetaald voor zorg verleend door de artsen in 2021, 2022 en 2023. Extra aanpassingen worden verderop in dit rapport nader toegelicht.

5 Ontwikkelde scenario's

Dit rapport presenteert de resultaten van drie verschillende toekomstscenario's toegepast op elk van de medische specialismen waarvoor quota gelden (behalve voor klinische genetica en klinische farmacologie en farmaceutische geneeskunde, die recentelijk zijn erkend en waarvoor het aantal personen onvoldoende is):

- **Het algemeen alternatief scenario (AS):** dit scenario gaat uit van een instroom op basis van historische gegevens;
- **Het alternatief scenario op basis van de voor 2032 en 2033 vastgestelde quota (AS quota):** dit scenario gaat uit van een instroom in de specialisatie-opleiding op basis van historische gegevens tot 2031 en voegt vanaf 2032 de optimale instroom toe aan het begin van de opleiding van elk specialisme, zoals bepaald door de Planningscommissie - medisch aanbod voor de quota 2032-2033 vóór correctie van de instroom van artsen met een buitenlands basisdiploma (advies 2026_02);
- **Het alternatief scenario van autonomie (AS auto):** dit scenario gaat uit van een instroom op basis van historische gegevens, met uitzondering van de extra instroom van volledig in het buitenland opgeleide beroepsbeoefenaars die vanaf 2025 op nul wordt gezet.

De alternatieve scenario's volgen over het algemeen het basisscenario, dat de historische trends zonder aanvullende wijzigingen voortzet. De termijn voor het vaststellen van de quota voor 2032-2033 was echter te kort om dit basisscenario te actualiseren.

5.1 Algemeen alternatief scenario

In deze toekomstscenario's met horizon 2043 werden de hypothesen uit het vorig alternatief scenario 2021-2041 toegepast op de meest recente gegevens. Ze concentreren zich in het bijzonder op de volgende twee centrale assen van het model: het activiteitsniveau (VTE) van de workforce en de zorgbehoeften van de Belgische bevolking. De volledige uitleg is te vinden in het rapport "Workforce artsen in 2041: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2022"⁴. De belangrijkste elementen worden hieronder uiteengezet.

5.1.1 Huisartsgeneeskunde

5.1.1.1 Activiteitsgraad

Op basis van de factoren in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** en de enquête⁵ bij 2500 huisartsen eind 2022, heeft de werkgroep beslist om tegen 2033 het **aantal VTE's van alle huisartsen met 20% te verminderen.**

Deze vermindering wordt toegepast op alle cohorten, met uitzondering van de huisartsen die bij aanvang van de projectie 60 jaar of ouder zijn. Voor deze groep wordt aangenomen dat het momenteel waargenomen gemiddelde VTE behouden blijft wanneer zij in het model naar een volgende leeftijdsgroep doorschuiven, op voorwaarde dat hun manier van werken ongewijzigd blijft.

⁴ [Artsen - de workforce in 2041: alternatieve projecties uitgaande van de reële instroom tot 2022](#), Cel Aanbod en Planning, Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, September 2023

⁵ [Rapport Werktijd voor de huisartsen, de anesthesisten, de gastro-enterologen en de orthopedisch chirurgen](#), Cel Aanbod en Planning, Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Januari 2024

Tabel 2. Vermindering van de VTE voor huisartsen

Huisartsen	2023–2028	2023–2033	2023–2043
Vermindering aantal VTE's	-15%	-20%	-20%

Tabel 1. 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	

5.1.1.2 Zorgbehoeften

Op basis van de factoren in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** heeft de werkgroep Artsen beslist een lineaire toename van de zorgconsumptie tegen 2043 als volgt toe te passen:

- 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 %.

Tabel 2. 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	

Er werd een extra aanpassing doorgevoerd om de jaarlijkse stijging van 1 % van het percentage verzekerden dat de verhoogde tussenkomst (RVT) geniet te simuleren, een indicator voor economische en sociale kwetsbaarheid.

De uiteindelijke aanpassing van de zorgconsumptiegraad om de zorgbehoeften van de bevolking te benaderen tegen 2043, wordt beschreven in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

Tabel 3. 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%

5.1.2 Overige medische specialismen waarvoor quota gelden

5.1.2.1 Activiteitsgraad

De maatschappelijke evolutie naar een beter evenwicht tussen werk- en privéleven werd vanaf 2028 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 verwezenlijken. 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 volgens geslacht, leeftijd, nationaliteit en gemeenschap.

5.1.2.2 Zorgbehoeften

De zorgconsumptie is aangepast voor 10 van de 12 medische specialismen die vanwege de bestaande onevenwichtigheden als 'gevoelig' worden beschouwd. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** toont deze aanpassingen.

Tabel 4. Aanpassingen aangebracht aan de zorgconsumptiegraad per leeftijdscategorie, geslacht en gemeenschap voor alle medische specialismen met uitzondering van de huisartsgeneeskunde

	Zorgconsumptiegraad	
	Aanpassing zorgvraag	Geen aanpassing van historische gegevens
Pediatrie		X
Geriatricie	+30% - FR/NL – leeftijdsgroepen 75+ – snel '23-'43	
Oftalmologie		X
Otorinolaryngologie		X
Dermato-venereologie		X
Acute en urgentie-geneeskunde		X
Inwendige geneeskunde	20% - FR/NL – leeftijdsgroepen 15+ – snel '23-'43	
Cardiologie		X
Gastro-enterologie		X
Pneumologie		X
Reumatologie	+20% - FR/NL – alle leeftijdsgroepen – snel '23-'43	
Fysische geneeskunde en revalidatie	+10% - FR/NL – alle leeftijdsgroepen – geleidelijk '23-'43	
Medische oncologie	20% - FR/NL – leeftijdsgroepen 45+ – gradueel '23-'43	
Radiotherapie-oncologie	+10% - FR/NL – leeftijdsgroepen 50+ – snel '23-'43	
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 '23-'43	
Klinische biologie	+20% - FR/NL – Alle leeftijdsgroepen – geleidelijk '23-'43	
Radiodiagnose	+5% - FR/NL – leeftijdsgroepen 50+ – geleidelijk '23-'43	
Nucleaire geneeskunde		X
Kinder- en jeugdpsychiatrie		X
Volwassenenpsychiatrie	FR/NL – leeftijdsgroepen 18-25 : 50% / andere :20% – snel '23-'43	
Neurologie		X

5.2 Alternatief quotumsценario

In het kader van de vaststelling van de quota voor 2032-2033 heeft de werkgroep Artsen van de Planningscommissie het optimale aantal artsen bepaald dat in België aan een specialisatie-opleiding zou moeten beginnen. Deze keuzes zijn gebaseerd op de verwachte evoluties in het aanbod aan en de activiteiten van gezondheidswerkers, op de raming van de toekomstige zorgbehoeften van de bevolking voor elk medisch specialisme en elke gemeenschap, en op de expertise en de kennis van het terrein van de leden van de werkgroep.

Het optimale aantal artsen dat vanaf 2032 aan een specialisatie-opleiding begint, wordt in Tabel per medisch specialisme, per type scenario en per gemeenschap gepresenteerd.

Tabel 8. Verwachte jaarlijkse instroom van artsen die vanaf 2032 een specialisatie-opleiding beginnen, uitgesplitst per specialisme, scenario en gemeenschap

	Alternatief scenario (met of zonder autonomie) ⁶		Alternatief scenario volgens quota 2032-33	
	Vlaamse Gemeenschap	Franse Gemeenschap	Vlaamse Gemeenschap	C Franse Gemeenschap
Huisartsgeneeskunde	564	421	515	548
Pediatrie	56	45	31	30
Geriatricie	16	14	30	20
Oftalmologie	31	20	28	22
Oto-rhino-laryngologie	28	12	18	11
Dermato-venereologie	22	10	18	14
Urgentie- en Acute geneeskunde	61	45	35	30
Inwendige geneeskunde	71	50	70	70
Cardiologie	27	22	21	15
Gastro-enterologie	25	17	18	12
Pneumologie	20	12	14	7
Reumatologie	5	5	9	9
Fysische geneeskunde en revalidatie	23	7	22	15
Medische oncologie	9	7	10	8
Radiotherapie-oncologie	7	4	7	3
Anesthesie-reanimatie	67	51	56	50
Heelkunde	32	31	33	22
Plastische heelkunde	15	5	8	4
Neurochirurgie	7	4	7	3
Stomatologie	16	6	8	5
Orthopedische heelkunde	37	25	26	24
Gynaecologie-verloskunde	37	30	26	23
Urologie	23	8	13	7
Pathologische anatomie	12	6	13	10
Klinische biologie	11	6	25	15
Radiodiagnose	49	28	30	28
Nucleaire geneeskunde	6	6	6	5
Psychiatrie- meer bepaald kinder- en jeugdpsychiatrie	20	10	22	14
Psychiatrie- meer bepaald volwassenenpsychiatrie	55	25	55	37
Neurologie	29	16	20	16
Klinische genetica ^a	4	2	NA	NA
<i>Niet-gecontingenteerde specialismen^a</i>	24	30	NA	NA
Totaal	1.409	980	1.194	1.077

Legende: ^a Deze medische specialismen maakten geen onderwerp uit van toekomstscenario's.

⁶ Het specialisatiepercentage voor de huisartsgeneeskunde werd door de werkgroep vastgelegd op 40 % voor de Vlaamse Gemeenschap en op 43 % voor de Franse Gemeenschap. Voor de andere medische specialismen (met inbegrip van de niet-gecontingenteerde specialismen) wordt gebruikgemaakt van het historisch waargenomen specialisatiepercentage, met name het gemiddelde van de drie meest recente cohorten (de cohorten 2022, 2023 en 2024). Dit percentage wordt proportioneel verlaagd of verhoogd in functie van het aandeel dat wordt toegekend aan de huisartsenopleiding.

De quota die door de Planningscommissie - medisch aanbod worden aanbevolen, gelden alleen voor studenten die hun basisopleiding in België hebben gevolgd en die een aanvullende opleiding in de vorm van een specialisatie-opleiding starten om de erkenning te verkrijgen voor een van de medische specialismen waarvoor quota gelden. Zo werd de instroom van artsen, met een in het buitenland behaald basisdiploma, die in België een opleiding volgen in een specialisatie waarvoor quota gelden, (28 in de Vlaamse Gemeenschap en 38 in de Franse Gemeenschap) afgetrokken van de hierboven vermelde cijfers. Deze aangepaste cijfers zijn beschikbaar in het advies 2026_02 van de Planningscommissie per specialisme en gemeenschap.

5.3 Alternatief scenario van autonomie

De internationale mobiliteit van volledig in het buitenland opgeleide artsen kan worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals de veranderende regels voor de wettelijke erkenning van diploma's, de invoering van mechanismen om gezondheidswerkers te behouden, of de invoering, verlenging of afschaffing van beperkingen op opleidingen in hun land van herkomst.

Op verzoek van het kabinet van de minister van Volksgezondheid werd een alternatief scenario van autonomie uitgewerkt om de impact te evalueren van een mogelijke daling van de instroom van volledig in het buitenland opgeleide artsen.

In het projectiemodel is de instroom van buitenlandse artsen mogelijk op drie niveaus:

1. tijdens de academische opleiding (bachelor en master),
2. aan het begin van een vervolgopleiding in de vorm van een specialisatie-opleiding die leidt tot de erkenning in een medisch specialisme,
3. bij de registratie in het federale kadaster van de FOD VVVL voor volledig in het buitenland opgeleide artsen.

De derde stroom betreft artsen, al dan niet met de Belgische nationaliteit, die hun basisdiploma en hun specialisatie in het buitenland hebben behaald en die een erkenning krijgen om hun beroep in België te mogen uitoefenen (zie

Tabel). Hoewel de drie instroomniveaus in het alternatief scenario in aanmerking worden genomen, wordt alleen de derde instroom op 0 gezet in het alternatief scenario van autonomie.

Tabel 9. Verwachte jaarlijkse stroom⁷ van volledig in het buitenland opgeleide artsen (LTP) in het alternatief scenario, uitgesplitst per specialisme en per gemeenschap

	Vlaamse Gemeenschap	Franse Gemeenschap
Huisartsgeneeskunde	6	20
Pediatrie	4	9
Geriatric	2	4
Oftalmologie	6	8
Oto-rhino-laryngologie	4	4
Dermato-venereologie	3	5
Urgentie- en Acute geneeskunde	0	1
Inwendige geneeskunde	8	15
Cardiologie	10	12
Gastro-enterologie	3	3
Pneumologie	3	4
Reumatologie	4	2
Fysische geneeskunde en revalidatie	2	3
Medische oncologie	0	7
Radiotherapie-oncologie	0	1
Anesthesie-reanimatie	5	13
Heelkunde	5	5
Plastische heelkunde	3	2
Neurochirurgie	2	1
Stomatologie	2	1
Orthopedische heelkunde	7	5
Gynaecologie-verloskunde	3	8
Urologie	3	1
Pathologische anatomie	4	2
Klinische biologie	0	2
Radiodiagnose	9	12
Nucleaire geneeskunde	0	2
Psychiatrie- meer bepaald kinder- en jeugdpsychiatrie	0	1
Psychiatrie- meer bepaald volwassenenpsychiatrie	5	8
Neurologie	3	3
Totaal	106	164

Het alternatief scenario van autonomie omvat alle elementen van het alternatief scenario, met als bijkomende hypothese dat er gedurende de gehele projectieperiode (vanaf 2025) geen nieuwe instroom van volledig in het buitenland opgeleide artsen zal zijn.

⁷ Gemiddelde van de laatste drie bekende jaren (2022, 2023 en 2024) voor elk specialisme en per gemeenschap

6 Structuur van de resultaten

Deze "**inleiding en methodologie**" vormt een van de deelrapporten van de toekomstscenario's van de artsen voor de periode 2023-2043.

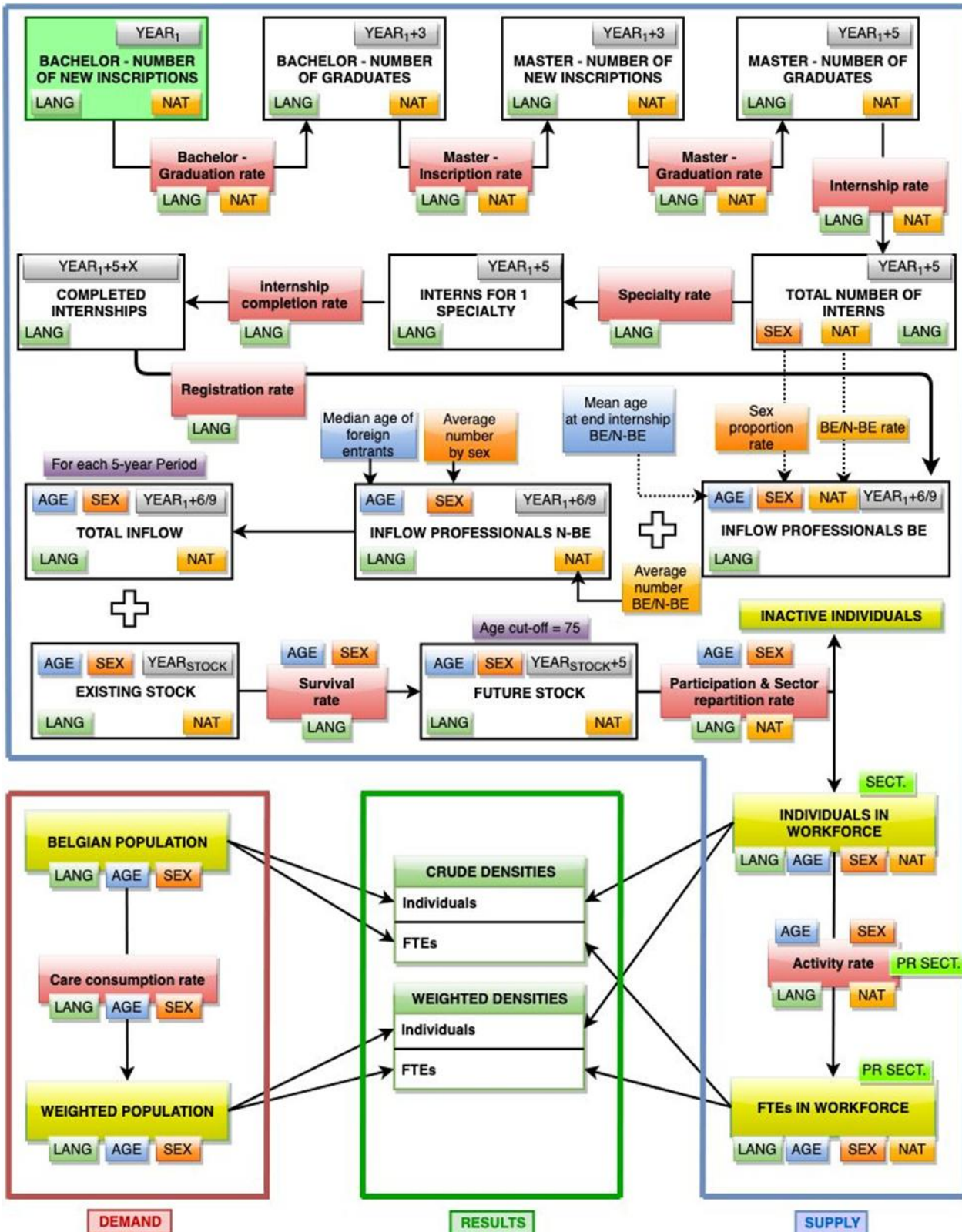
Een **syntheserapport** bevat de evolutie van het aantal actieve artsen in de gezondheidszorg (PR), de gewogen dichtheid in individuen en de gewogen dichtheid tussen 2023 en 2043 van elk specialisme voor het *alternatief quotumscenario*.

Ten slotte is er een **deelrapport** beschikbaar **voor elk van de medische specialismen waarvoor quota gelden**. Deze deelrapporten bestaan uit twee delen:

1. De resultaten van het *alternatief quotumscenario* per gemeenschap, met inbegrip van:
 - de stappen in het projectiemodel die leiden tot de verwachte aantallen nieuwe jaarlijkse instromers in het specialisme (LTP) vanaf 2032,
 - de evolutie van de eindparameters van het model (zorgbehoeften en aantallen, dichtheden en gewogen dichtheden in aantal praktiserende individuen en in aantal VTE's) om de vijf jaar van 2023 tot 2043,
 - de evolutie van het aandeel vrouwen, 50-plussers en niet-Belgen onder de praktiserende beroepsbeoefenaars om de vijf jaar van 2023 tot 2043.
2. Een vergelijking van de resultaten van de drie toekomstscenario's voor 2043 (aantallen en gewogen dichtheden in individuen en VTE's) per gemeenschap voor de periode 2023-2043.

7 Bijlagen

Bijlage 1. Schematische weergave van het gehanteerde projectiemodel



Bijlage 2. Projectiemethode voor elke parameter van het model en voor elk scenario (eerder gepubliceerde en dit scenario)

Parameters		Basisscenario's 2016-2036		Alternatieve scenario's 2021-2041		Alternatieve scenario's 2023-2043	
Nr.	Beschrijving	BS	Toelichting	AS21	Toelichting	AS23	Toelichting
Reële cijfers		Onderwijs: tot 2019 Kadaster: tot 2019 Stock: 2016 Activiteit: 2016 Zorgconsumptie: 2015, 2016 en 2017		Onderwijs: tot 2022 Kadaster: tot 2021 (FR Gem.) of 2022 (VL Gem.) Stock: 2021 Activiteit: 2019, 2020 en 2021 Zorgconsumptie: 2018, 2019 en 2020		Onderwijs: tot 2025 ⁸ Kadaster: tot 2024 Stock: 2023 Activiteit: 2021, 2022 en 2023 Zorgconsumptie: 2021, 2022 en 2023	
Gemeenschappelijke parameters van alle medische specialismen							
1	Aantal eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding	BS	Gem. van 2 of 3 meest recente jaren VL Gem.: 1.091 BE & 54 N-BE FR Gem.: 741 BE & 203 N-BE	≠ BS	Vaste waarden (decreet gemeenschappen) VL Gem.: 1.324 BE & 67 N-BE FR Gem.: 794 BE & 198 N-BE	≠ BS ≠ AS21	Gem. van 3 meest recente jaren VL Gem.: 1.549 BE & 82 N-BE FR Gem.: 1.066 BE & 270 N-BE
2	Afstudeerpercentage van de studenten in de bacheloropleiding	BS	Gem. van 3 meest recent jaren (VL Gem.) & vaste waarden (Com FR) VL Gem.: 94% BE & 95% N-BE FR Gem.: 80% BE & 75% N-BE	= BS	Dezelfde methode VL Gem.: 94% BE & 67% N-BE FR Gem.: 80% BE & 75% N-BE	= BS	Dezelfde methode VL Gem.: 94% BE & 76% N-BE FR Gem.: 80% BE & 75% N-BE
3	Inschrijvingsgraad van de gediplomeerde bachelorstudenten in de masteropleiding	BS	Gem. van 3 meest recent jaren VL Gem.: 104% BE & 123% N-BE FR Gem.: 100% BE & 98% N-BE	≠ BS	Gem. van 3 meest recent jaren FR Gem., BE: laatste jaar VL Gem.: 99% BE & 127% N-BE FR Gem.: 98% BE & 112% N-BE	= BS	Dezelfde methode VL Gem.: 101% BE & 118% N-BE FR Gem.: 98% BE & 96% N-BE
4	Afstudeerpercentage van de studenten in de masteropleiding	BS	Gem. van 3 meest recent jaren VL Gem.: 102% BE & 86% N-BE FR Gem.: 94% BE & 86% N-BE	≠ BS	Vaste waarde 99%	≠ BS = AS21	Dezelfde methode 99%
5	Specialisatiegraad	BS	Vaste waarden VL Gem.: 92% BE & 50% N-BE FR Gem.: 95% BE & 80% N-BE	≠ BS	Vaste waarden VL Gem.: 92% BE & 50% N-BE FR Gem.: 92% BE & 80% N-BE	≠ BS = AS21	Dezelfde methode VL Gem.: 92% BE & 50% N-BE FR Gem.: 92% BE & 80% N-BE
Parameters specifiek voor elk medisch specialisme							
6	Specialismegraad	BS	<u>Dipl. N-BE:</u> Gem. van 5 meest recent jaren VL Gem.: 37 FR Gem.: 54	= BS	<u>Dipl. N-BE:</u> Dezelfde methode VL Gem.: 31 FR Gem.: 52	= BS	<u>Dipl. N-BE:</u> Dezelfde methode VL Gem.: 34 FR Gem.: 65

⁸ Voor de Vlaamse Gemeenschap wordt het aantal eerste inschrijvingen voor de bacheloropleiding voor 2024 en 2025 geschat op basis van het werkelijke aantal geslaagden voor het toelatingsexamen.

Parameters		Basisscenario's 2016-2036		Alternatieve scenario's 2021-2041		Alternatieve scenario's 2023-2043	
Nr.	Beschrijving	BS	Toelichting	AS21	Toelichting	AS23	Toelichting
		BS	% specialisme: - Huisartsgeneeskunde: vaste waarden VL Gem.: 40% FR Gem.: 42% - Andere specialiteiten: Gem. van 3 meest recent jaren, aangepast aan keuze HA	≠ BS	% specialisme: - Huisartsgeneeskunde: vaste waarden VL Gem.: 40% FR Gem.: 43% - Andere specialiteiten: dezelfde methode	≠ BS = AS21	% specialisme: Dezelfde methode
						≠ BS ≠ AS23	<u>Quotumscenario:</u> Vanaf 2032, vast aantal artsen die een specialisme aanvatten, gekozen door de werkgroep Artsen, op basis van toekomstscenario's AS23
7	Voltooiingsgraad specialisatie	BS	Vaste waarde: 95%	= BS	Dezelfde methode: 95%	= BS	Dezelfde methode: 95%
8	Registratiegraad van de individuen met een Belgisch diploma	BS	Vaste waarde: 100%	= BS	Dezelfde methode: 100%	= BS	Dezelfde methode: 100%
9	Verdeling van de nieuw geregistreerde professionals naar nationaliteit en geslacht	BS	Gem. van 5 meest recent jaren start opleiding specialisme	= BS	Dezelfde methode	= BS	Dezelfde methode
10	Extra instroom van professionals opgeleid in het buitenland	BS	Gem. van 3 meest recent jaren	= BS	Dezelfde methode	= BS	Dezelfde methode
						≠ BS ≠ AS23	<u>Scenario van autonomie:</u> Vaste waarde 2025+: 0
11	Overlevingsgraad van de geprojecteerde stocks	BS	3 meest recent jaren 2015-2017	= BS	Dezelfde methode 2019-2021	= BS	Dezelfde methode 2022-2024
12	Participatiegraad van de geprojecteerde stocks (actief; niet actief)	BS	Laatste beschikbare jaar	≠ BS	Gem 3 meest recent jaren	≠ BS = AS21	Dezelfde methode
13	Verdeling van de geprojecteerde stocks naar activiteitssector (Zelfst. In GZ, Gem. in GZ, Werkn. in GZ, Niet in GZ)	BS	Laatste beschikbare jaar	≠ BS	Gem 3 meest recent jaren	≠ BS = AS21	Dezelfde methode
14	Activiteitsgraad (gemiddelde VTE) van de geprojecteerde stocks	BS	Laatste beschikbare jaar	≠ BS	Gem 3 meest recent jaren met: - HA: -20% tegen 2031 behalve voor 60+ - Andere specialiteiten: vanaf 2026 behalve 50+ <0,7: geen daling 0,7-1,5: -13% >1,5: - 0,2 VTE	≠ BS = AS21	Dezelfde methode
15	Zorgconsumptiegraad (bevolking en gewogen bevolking)	BS	<u>Bevolking:</u> Vooruitzichten door het Federaal Planbureau 2018-2071	= BS	<u>Bevolking:</u> Dezelfde methode 2022-2071	= BS	<u>Bevolking:</u> Dezelfde methode Reële gegevens tot 2024 Projecties vanaf 2025
		BS	<u>Zorgconsumptiegraad:</u> Samengesteld uit de gegevens van de laatste 3 jaar van de permanente steekproef (EPS) van het Intermutualistisch	≠ BS	<u>Zorgconsumptiegraad:</u> Dezelfde methode BS met: - HA: geleidelijke toename tot 2041 van +5% voor 15-74j , +10% voor 75+ en jaarlijkse	≠ BS	<u>Zorgconsumptiegraad:</u> Dezelfde methode AS21 rekening houdend met de extra steekproef voor personen van 65+

Parameters		Basisscenario's 2016-2036		Alternatieve scenario's 2021-2041		Alternatieve scenario's 2023-2043	
Nr.	Beschrijving	BS	Toelichting	AS21	Toelichting	AS23	Toelichting
			agentschap (IMA) 2015, 2016 en 2017		stijging van +1% voor rechthebbenden op verhoogde tegemoetkomingen (RVT) - Andere specialismen: toename voor 10 van de 12 specialismen die als 'gevoelig' worden beschouwd 2018, 2019 en 2020		2021, 2022 en 2023

De parameters 1 t.e.m. 14 hebben impact op de aanbodzijde van het projectiemodel. Parameter 15 beïnvloedt de vraagzijde van het projectiemodel.

BS = Basisscenario: voortzetting van de historisch geobserveerde trends bij onveranderde omstandigheden en onder ongewijzigd beleid.

AS21 = alternatief scenario gebaseerd op het aantal artsen in 2021: een scenario dat uitgaat van een vermindering van de werktijd en een aanpassing van de zorgbehoeften voor de algemene geneeskunde en 10 andere specialismen.

AS23 = alternatief scenario gebaseerd op het aantal artsen in 2023: reproductie van SA21 met geactualiseerde gegevens. Het quotumscenario is gebaseerd op het alternatieve scenario en voegt de optimale instroom aan het begin van de specialisatie vanaf 2032 toe, zoals gekozen bij de vaststelling van de quota voor 2032-2033. Het autonomiescenario past naast de hypothesen van het alternatieve scenario ook de uitputting toe van de toekomstige instroom van volledig in het buitenland opgeleide artsen vanaf 2025.