KCE REPORT 421A
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

ALTERNATIEVE HYPOTHESEN VOOR DE PROGNOSE VAN HET TOEKOMSTIG HUISARTSENBESTAND



MÉLANIE LEFÈVRE, JOLYCE BOURGEOIS, ISABELLE SAVOYE, NADIA BENAHMED

2026 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Om een kwalitatief en voldoende toegankelijk zorgaanbod te hebben, heeft een land voldoende artsen nodig. Als er te weinig artsen zijn, leidt dit tot wachtlijsten of slechte toegankelijkheid van zorg door lokale tekorten. Aan de andere kant hebben we uit ervaring geleerd dat een overaanbod aan artsen ook negatieve effecten heeft, zoals het onvoldoende opbouwen van expertise als het gevolg van te weinig klinische ervaring maar ook een gevaar op overconsumptie om het inkomen op te drijven. Om Goudlokje te parafraseren: we hebben niet teveel artsen nodig en ook niet te weinig, maar juist genoeg.

Om dit te bekomen wordt er jaarlijks een landelijk quotum van artsen bepaald, welke dan op federaal niveau vertaald wordt in het toekennen van licenties die recht geven op terugbetaling van zorgverstrekkingen door het RIZIV, en op gemeenschapsniveau in studentenaantallen. In het schatten van wat dan 'juist genoeg' is, wordt gebruik gemaakt van wiskundige modellen om de nood aan artsen in te schatten voor de volgende 20 jaren, want een artsencarrière spant zich natuurlijk uit over meerdere decennia.

Om het toekomstige aanbod aan artsen nog beter te matchen met de toekomstige zorgvraag, worden er ook schattingen gemaakt per discipline, onder andere voor huisartsen. Of we al dan niet genoeg huisartsen hebben, daar is al veel inkt over gevloeid. Regelmatig verschijnen er berichten over praktijken die geen nieuwe patiënten meer aanvaarden omwille van teveel werk. Tegelijk wordt er ingezet op nieuwe praktijkmodellen, zoals de New Deal, om samenwerking met andere zorgverleners te stimuleren. Door de vergrijzing stijgt immers de zorgvraag bij huisartsen maar verandert deze ook: er zijn meer patiënten met meerdere chronische aandoeningen, er wordt meer ingezet op preventie en huisartsen moeten vaker een coördinerende rol opnemen.

De vraag naar een precieze schatting van het benodigde aantal huisartsen klinkt dus luid. Hoe kunnen deze schattingen rekening houden met toekomstige veranderingen die we verwachten of vermoeden? Dat was de vraag die aan het KCE werd gesteld en waar dit rapport een antwoord op biedt.

Christophe JANSSENS
Adjunct-algemeen directeur

Ann VAN DEN BRUEL
Algemeen directeur

INHOUDSOPGAVE

■ **SYNTHESE** **3**

1 ACHTERGROND **3**

1.1 PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD IN BELGIË 3

1.2 HET PROGNOSEMODEL VOOR HET HUISARTSENBESTAND 3

1.3 DOEL VAN DEZE STUDIE 4

2 METHODOLOGIE **4**

2.1 UITWERKING VAN DE SCENARIO'S 5

2.2 ANALYSE VAN DE SCENARIO'S 6

2.3 KWANTIFICERING VAN DE PARAMETERS 6

3 ONTWIKKELING EN ANALYSE VAN DE SCENARIO'S **7**

3.1 ONTWIKKELING VAN DE SCENARIO'S 7

3.2 DE VERSCHILLENDE SCENARIO'S 8

3.3 ANALYSE VAN DE SCENARIO'S 9

4 KWANTIFICERING VAN DE ALTERNATIEVE HYPOTHESEN **10**

4.1 SPECIALISATIEGRAAD 10

4.2 VERDELINGSGRAAD 10

4.3 ACTIVITEITSGRAAD 11

4.4 ZORGCONSUMPTIEGRAAD 12

4.4.1 Vraag m.b.t. patiëntencontacten 12

4.4.2 Vraag m.b.t. de andere taken 13

4.4.3 Behoeften aan huisartsenzorg: zorgconsumptie + andere taken 13

5 CONCLUSIE **14**

■ **AANBEVELINGEN** **15**

SYNTHESE

1 ACHTERGROND

1.1 Planning van het medisch aanbod in België

In 1996 richtte de Belgische federale regering de **Planningscommissie Medisch Aanbod** op (hierna: 'de Planningscommissie' genoemd)[a]. Deze voert regelmatig evaluaties uit en maakt een voorspelling van de capaciteitsbehoeften voor verschillende gezondheidsberoepen, waaronder de geneeskunde en de huisartsgeneeskunde. Deze laatste is het onderwerp van deze studie.

De Planningscommissie krijgt daarbij ondersteuning van de **Cel Aanbod en Planning** (hierna: 'de Planningscel' genoemd). Deze cel levert administratieve, technische en wiskundige expertise. Meer concreet ontwikkelt ze modellen om het huidige en toekomstige personeelsbestand te berekenen. De resultaten van deze modellering worden vervolgens geïnterpreteerd met de hulp van een werkgroep per beroep. Op basis daarvan worden ramingen gemaakt van de jaarlijkse personeelsbehoeften en worden (niet-bindende) **aanbevelingen** geformuleerd over het aantal benodigde zorgverleners. De uiteindelijke beslissing wordt genomen door de federale minister van Volksgezondheid. Voor gecontingeerde opleidingen, dus met een beperkt aantal plaatsen, zoals geneeskunde en tandheelkunde, bepaalt hij het jaarlijkse quotum voor het aantal artsen van wie de prestaties recht geven op terugbetaling door de ziekteverzekering (RIZIV). De deelstaten stellen op hun beurt per discipline – waaronder de huisartsgeneeskunde – de subquoata vast, en ze houden daarbij rekening met de federale limieten.

1.2 Het prognosemodel voor het huisartsenbestand

Het model van de Planningscel om het aantal toekomstige huisartsen te berekenen, vertrekt vooral van **de prognose van het aantal actieve artsen en van het aantal voltijdsequivalenten (VTE)**. Daarbij wordt gekeken naar zowel de in - als de uitstroom van de actieve artsen. In combinatie met gegevens over **de verwachte evolutie van de Belgische bevolking en het bijbehorende zorggebruik,** kan men twee cijfers voorspellen: de **bruto artsendichtheid** (het aantal huisartsen per 10.000 inwoners) en **de gewogen artsendichtheid** (diezelfde ratio, maar gecorrigeerd voor verschillen in zorggebruik volgens leeftijd en geslacht).

Het model steunt op **vijftien parameters** die betrekking hebben op de vraag en het aanbod van huisartsen. Het gaat bijvoorbeeld om de instroom en uitstroom van artsen en de demografische samenstelling van de bevolking. In het zogenaamde 'basisscenario' – dat uitgaat van ongewijzigde omstandigheden en beleid – worden de waarden aan deze parameters toegekend **op basis van hypotheses die zich op hun beurt baseren op trends uit het verleden**. Daarnaast ontwikkelt de Planningscel ook **alternatieve scenario's**, waarbij voor bepaalde parameters andere waarden worden gebruikt.

Een beschrijving van het model, de parameters en de resultaten van eerdere basis- en alternatieve scenario's vindt u in hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport.

---

[a] Meer informatie op https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/gezondheidszorgberoepen/planning-gezondheidszorgberoepen

1.3 Doel van deze studie

De Planningscel vroeg het KCE om **alternatieve hypothesen** uit te werken voor de evolutie van de parameters van het prognosemodel voor de huisartsen. Hiervoor werden twee onderzoeksvragen geformuleerd:

- Hoe kan de huisartsgeneeskunde **de komende twintig jaar evolueren**, rekening houdend met de toekomstige demografische, economische, technologische en organisatorische veranderingen?
- Welke impact zullen deze evoluties hebben op **de parameters van het prognosemodel** voor het huisartsenbestand?

Dit rapport richt zich dus uitsluitend op de door te voeren aanpassingen aan de parameters van het model. De Planningscommissie zal vervolgens nagaan of en hoe deze resultaten kunnen worden gebruikt om het in de toekomst benodigde aantal huisartsen te berekenen.

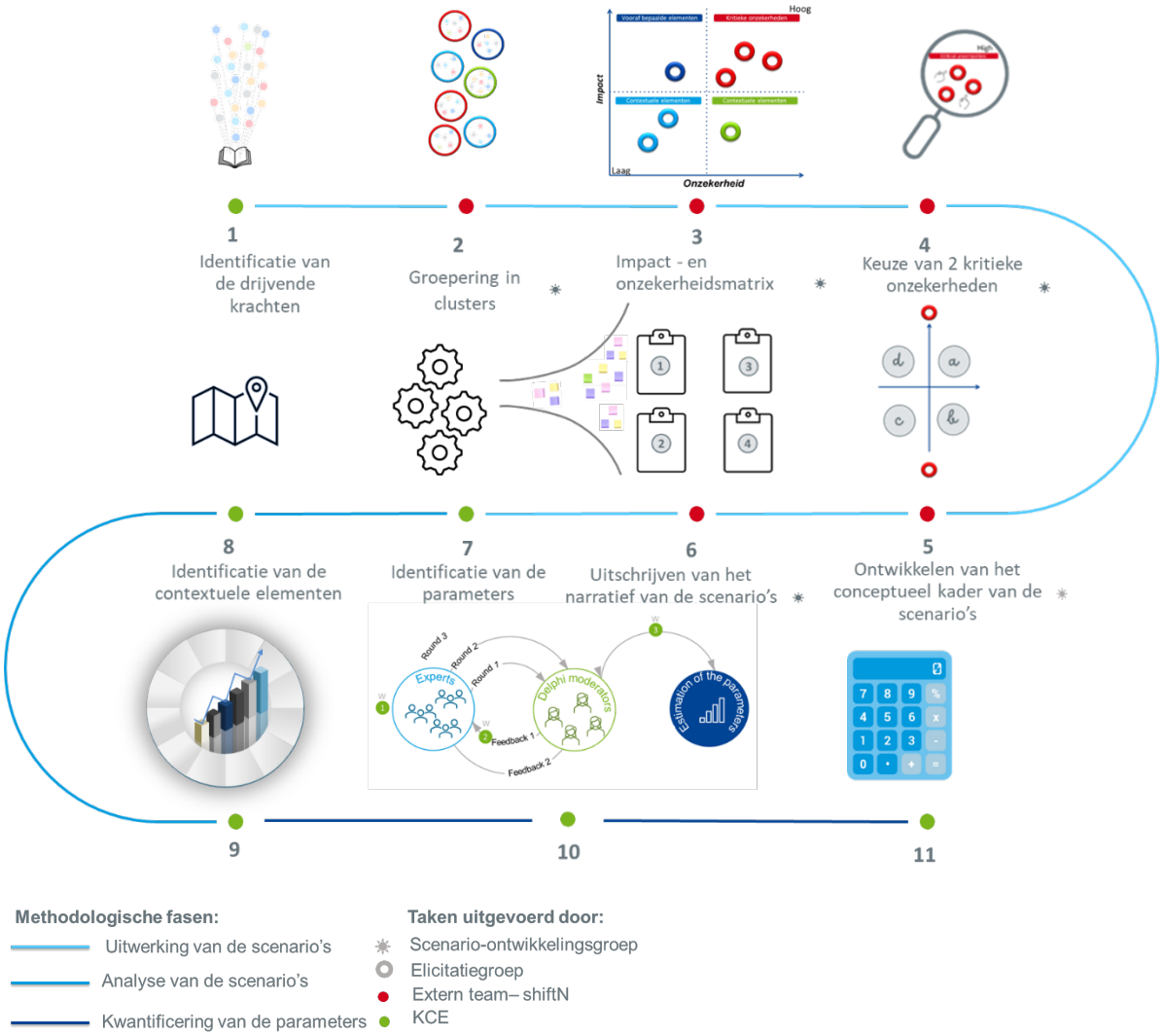
De studie stelt **niet** het wiskundig model op zich in vraag, noch de berekening van de qutoa van de huisartsen. Ook de balans tussen vraag en aanbod en mogelijke maatregelen om dat evenwicht te bewaren vallen buiten het bereik van deze studie.

2 METHODOLOGIE

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, kozen we voor een combinatie van verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden, en voor een sterke betrokkenheid van huisartsen zelf.

Deze aanpak bestaat uit drie fasen (zie Figuur 1): de ontwikkeling van scenario's, de kwalitatieve analyse van die scenario's en de kwantificering van hun impact op de parameters van het prognosemodel voor de huisartsen.

Figuur 1 – Methodologisch overzicht



2.1 Uitwerking van de scenario's

Op basis van een overzicht van de wetenschappelijke en grijze literatuur[b] brachten we eerst de elementen in kaart (1)[c] die een impact hebben op **het huisartsenbestand.** Ze werden gebundeld in 13 thematische fiches, de zogenaamde *clusters van drijvende krachten (2)* (zie bijlage bij het wetenschappelijk rapport). Deze drijvende krachten werden vervolgens voorgelegd aan een twintigtal vrijwillig deelnemende huisartsen met verschillende profielen (leeftijd, geslacht, type praktijk, enz.). Deze '**scenario-ontwikkelingsgroep'** kon ook zelf drijvende krachten toevoegen. Op die manier kwam er nog een bijkomende cluster rond *regelgeving en financiering*. Vervolgens rangschikte de groep alle clusters in een matrix met twee assen: de **verwachte impact op het huisartsenbestand** en **de mate van onzekerheid over de toekomstige evolutie van de clusters** (3).

---

b Het begrip grijze literatuur omvat een hele reeks documenten opgesteld door bijvoorbeeld de overheid, beroeps- of wetenschappelijke verenigingen, (groepen van) experts of anderen. Ze worden echter niet in een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift gepubliceerd en niet systematisch in gecentraliseerde databases opgenomen. U vindt alle informatie over het literatuuroverzicht in het wetenschappelijk rapport.

c De nummers verwijzen naar de stappen in figuur 1.

De vier delen van deze 'impact- en onzekerheidsmatrix' komen overeen met drie grote groepen van elementen:

- **Vooraf bepaalde elementen**: elementen met een grote impact op het huisartsenbestand, en waarvan de evolutie vrij zeker is.
- **Contextuele elementen**: elementen met een eerder beperkte impact, ongeacht hoe zeker of onzeker hun evolutie is.
- **Kritieke onzekerheden**: de clusters van drijvende krachten met een grote impact, maar waarvan het nog erg onzeker is of en hoe ze zich zullen voordoen.

In een derde stap koos de scenario-ontwikkelingsgroep in consensus de twee belangrijkste kritieke onzekerheden (4). Die vormen de basis van een conceptueel kader (5) waarmee vervolgens vier verschillende scenario's (6) werden uitgewerkt, in narratieve vorm (zie sectie 3).

2.2 Analyse van de scenario's

De deductieve kwalitatieve analyse van de narratieve scenario's heeft tot doel **de parameters van het model van de Planningscel** (zie sectie 1.2) **te identificeren die door de scenario's kunnen worden beïnvloed** (7).

Er werd ook een inductieve analyse uitgevoerd om **contextuele elementen en eventuele nieuwe parameters te identificeren waarmee rekening moet worden gehouden** (8), maar er werden geen nieuwe parameters geïdentificeerd. De contextuele elementen zijn elementen die een min of meer grote impact kunnen hebben op het huisartsenbestand, maar waarvan de realisatie in alle scenario's hetzelfde is.

De scenario's werden vervolgens samengevat om te worden gebruikt in de volgende fase.

2.3 Kwantificering van de parameters

De KCE-onderzoekers brachten eerst de **historische trends** van de in de vorige fase geselecteerde parameters in kaart. Als er geen historische gegevens beschikbaar waren, werden **gegevens uit enquêtes**(9) gebruikt.

Deze informatie werd vervolgens voorgelegd aan een tweede groep van een twintigtal huisartsen, ditmaal **experts in zorgorganisatie en gezondheidsdata** (de zogenaamde *elicitatiegroep*). Hun opdracht was om een inschatting te maken van de **toekomstige numerieke waarden die aan de parameters moesten worden toegekend**.

Elicitatie is een proces waarbij kennis van experts of bronnen systematisch wordt verzameld, in dit geval van onze tweede groep van huisartsen. We organiseerden hiervoor een **Delphi-raadpleging**[d], met drie bevragingsrondes en meerdere workshops. Op die manier werd gewerkt naar een **brede consensus** over één enkele waarde voor de evolutie van de parameters, met een tijdshorizon tot 2045 (10).

Tot slot werden de waarden uit de elicitatie gebruikt om de **evolutie van de parameters tot 2045** te berekenen (11).

---

[d] Zonder te veel in detail te treden: bij de Delphi-methode worden vragen in verschillende opeenvolgende rondes aan een groep experts voorgelegd. Elke nieuwe ronde wordt aangevuld met de resultaten en opmerkingen van de vorige, zodat de deelnemers hun antwoord kunnen herzien in het licht van de mening van de groep, totdat er een zekere mate van consensus wordt bereikt.

3 ONTWIKKELING EN ANALYSE VAN DE SCENARIO'S

3.1 Ontwikkeling van de scenario's

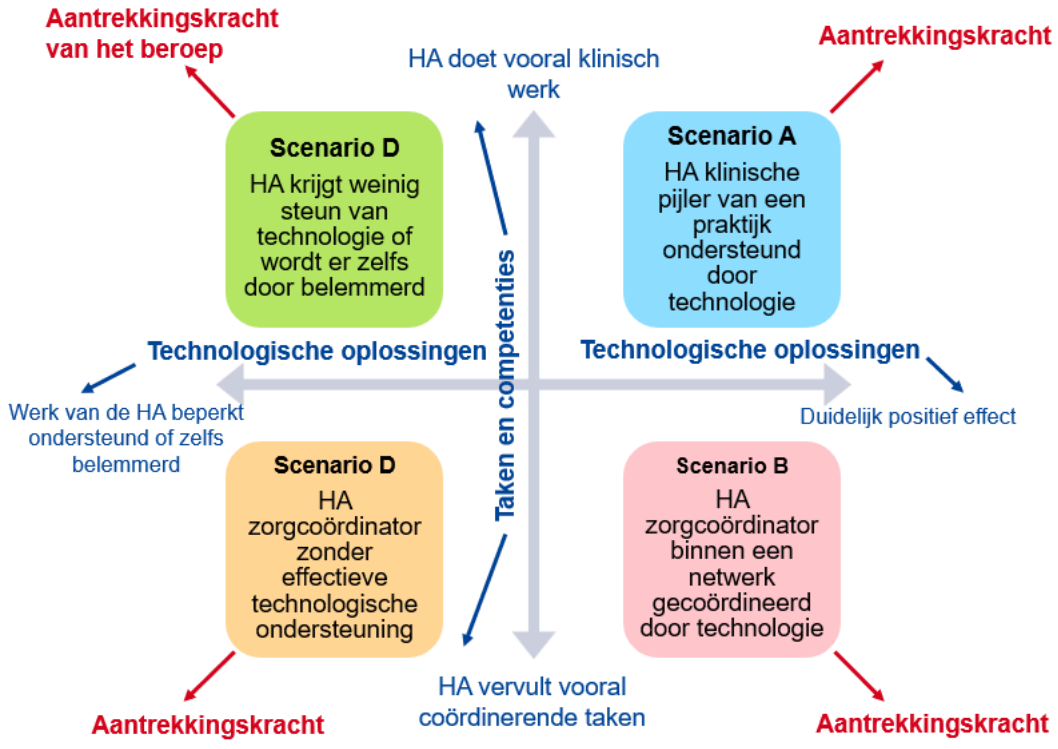
De oefening met de impact- en onzekerheidsmatrix maakte het mogelijk om verschillende kritieke onzekerheden te identificeren. Na overleg binnen de scenario-ontwikkelingsgroep werden de kritieke onzekerheden die als het belangrijkst werden beschouwd, samengevat in **twee 'mega-onzekerheden'. Die vormen de assen van het conceptuele kader** (zie Figuur 2).

De **eerste as** geeft de toekomstige **mate van diversificatie weer van de taken en competenties van de huisarts, met twee uiterste opties**. Aan het ene uiterste zijn de taken vooral gericht op **klinische activiteiten**. Aan het andere uiterste is er een meer gevarieerd takenpakket dat vooral verband houdt met een delegatie van taken door een meer **multidisciplinaire praktijk.**

De **tweede as** beschrijft de impact van technologie op de werklast van de huisarts. Aan het ene uiterste wordt technologie gezien als **ondersteunend en breed toegankelijk**. Aan het andere uiterste is technologie **weinig ondersteunend en versnipperd**, wat leidt tot een toename van de werklast.

Daarnaast kwam ook de **aantrekkelijkheid van het beroep** naar voren als een cruciale factor. Deze komt in alle scenario's aan bod, maar hangt sterk af van andere factoren, vooral van de twee kritieke onzekerheden die voor het conceptuele kader van de scenario's werden weerhouden.

Figuur 2 – Twee kritieke onzekerheden voor vier scenario's



HA : Huisarts

3.2 De verschillende scenario's

Kernelementen van scenario A: vooral een klinische activiteit die sterk wordt ondersteund door technologie

Technologie is alomtegenwoordig in de praktijk van de huisarts, waardoor deze wordt ontlast van administratieve en klinische taken (bv. voor het meten van lichaamsparameters zoals bloeddruk of gewicht). De technologie vergemakkelijkt ook de doorverwijzing van patiënten naar andere zorgverleners, de uitwisseling van informatie via een gedeeld dossier en de samenwerking met andere zorgverleners.

De directe contacten met de patiënt, persoonlijk of op afstand, blijft de kern van het werk van de huisarts, maar ze gaan zelden over eenvoudige vragen of de routinematige opvolging van bestaande problemen. Deze taken worden vooral door technologie opgevangen. Daardoor kan de huisarts zich meer richten op complexe gevallen en meer tijd besteden aan patiênten die nood hebben aan een langer consult.

Het opvolgen en beheren van alle informatie van de technologische hulmpiddelen of van andere zorgverleners vormt ook een belangrijk onderdeel van het werk. De huisarts behoudt hierbij een grote autonomie, maar blijft ook verantwoordelijk voor alle medische beslissingen binnen de praktijk.

In dit scenario werken de meeste huisartsen alleen of in kleine, monodisciiplinaire groepen, met een praktijkassistent die goed vertrouwd is met de technologie. Er zijn weinig medische huizen of praktijken waar professionals uit verschillende disciplines samenwerken.

Kernelementen van scenario B: een coördinerende rol die sterk wordt ondersteund door technologie

Technologie is alomtegenwoordig in de praktijk van de huisarts. Vele administratieve en klinische taken worden uitgevoerd door technologische hulpmiddelen of door andere professionals. Technologie en het gebruik van gedeelde patiëntendossiers vergemakkelijken aanzienlijk samenwerking en taakoverdracht.

Dankzij technologie en taakoverdracht hebben patiënten minder direct contact (persoonlijk of op afstand) met hun huisarts nodig. Daardoor kan deze zich concentreren op complexe gevallen en de tijd nemen voor patiënten die nood hebben aan een langer consult.

Andere belangrijke taken van de huisarts zijn het controleren en beheren van de informatie van technologische hulpmiddelen en andere zorgverleners. Daarnaast zijn er ook taken m.b.t. populatiebeheer, proactieve interventies, enz.

De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de praktijk en het klinisch beheer wordt gedeeld met andere zorgprofessionals.

In dit scenario zijn verschillende praktijkmodellen mogelijk. De interacties met andere professionals gebeuren namelijk binnen een digitaal zorgnetwerk en multidisciplinaire samenwerking kan dus ook op afstand worden georganiseerd.

Kernelementen van scenario C: een coördinerende rol die weinig door technologie wordt ondersteund

Een aantal klinische en administratieve taken wordt overgedragen aan andere professionals. Zo worden vervolgconsulten en de begeleiding van chronische patiënten grotendeels gedelegeerd aan verpleegkundigen, praktijkassistenten of andere zorgprofessionals.

De coördinatie en samenwerking met andere professionals (binnen of buiten de praktijk) nemen een fundamentele plaats in, maar zijn niet gebaseerd op doeltreffende technologische oplossingen.

Dankzij deze taakoverdracht hebben patiënten minder behoefte aan direct contact met hun huisarts. Deze ziet vooral de complexere gevallen en heeft tijd voor langere, persoonlijke consulten.

Andere belangrijke taken van de huisarts zijn zorgcoördinatie, ontmoetingen met andere professionals, het beheer van de gefragmenteerde input van verschillende technologische hulpmiddelen, het beheer van de praktijk en activiteiten zoals populatiebeheer, proactieve interventies, enz.

De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de praktijk en het klinisch beheer wordt gedeeld met andere zorgprofessionals.

In dit scenario zijn de meeste huisartsenpraktijken grote multidisciplinaire structuren, die vele directe (persoonlijke) interacties met andere professionals mogelijk maken.

Kernelementen van scenario D: een overwegend klinische activiteit die weinig wordt ondersteund of zelfs bemoeilijkt door technologie

Het overdragen van taken aan andere zorgverleners of aan technologische hulpmiddelen is beperkt. De huisarts regelt vrijwel alle consulten en zorgverlening zelf.

Technologie is wel aanwezig, maar biedt geen ondersteuning; het komt erop neer dat de arts kan worden bereikt via allerlei platformen. Er zijn ook geen effectieve hulpmiddelen om de samenwerking met andere professionals (buiten de praktijk) te vergemakkelijken.

De consulten vinden meestal face-to-face plaats in de praktijk. Ze kunnen tijdrovend zijn, omdat de huisarts zelf de input uit verschillende en weinig ondersteunende technologische bronnen (verbonden apparaten, online forums...) moet beheren. Bij gebrek aan effectieve technologieën en taakoverdracht nemen het aantal en de duur van de directe contacten met de patiënten toe.

De arts neemt ook zelf de administratieve taken op zich. Hij/zij heeft een grote autonomie bij de organisatie van de praktijk en het klinisch beheer van de patiënten.

In dit scenario werkt het merendeel van de huisartsen alleen of in kleine monodisciplinaire groepen.

3.3 Analyse van de scenario's

Op basis van de tekstuele analyse van de scenario's identificeerden we de factoren (vetgedrukt) die een impact kunnen hebben op de parameters van het prognosemodel voor huisartsen (cursief). Hun toekomstige evolutie zal sterk verschillen van scenario tot scenario:

- **De aantrekkelijkheid van het beroep** komt tot uiting in het percentage afgestudeerden in de geneeskunde dat zich specialiseert in de huisartsgeneeskunde (door de Planningscel de '*specialisatiegraad*' genoemd).
- **Het percentage volledige uitval**, d.w.z. het aandeel huisartsen dat de klinische praktijk vroegtijdig opgeeft. Dit element zal van invloed zijn op het percentage beroepsmatig actieve huisartsen dat een klinische activiteit uitoefent (*de* '*verdelings*graad').
- **Het percentage gedeeltelijke uitval**, d.w.z. het aandeel huisartsen dat zich gedeeltelijk heroriënteert, maar toch beperkt klinisch actief blijft. Dit element, in combinatie met een algemene wens om de werktijd te verminderen, zal een impact hebben op de '*activiteitsgraad*' (waarmee een absoluut aantal huisartsen kan worden omgezet in voltijdsequivalenten).
- **De behoefte aan huisartsenzorg** wordt beïnvloed door de demografische evolutie en door de evolutie van de taken van de huisarts. Het zorggebruik verschilt van scenario tot scenario, en daarnaast hangt de tijd die de arts daadwerkelijk aan de patiënten kan besteden af van de andere taken (bv. administratie, coördinatie). In het model van de Planningscommissie wordt deze behoefte, weliswaar onvolledig, weergegeven in de '*zorgconsumptiegraad*'.

Voor elke parameter werden alternatieve hypothesen uitgewerkt en gekwantificeerd (zie sectie 4). Er werd geïdentificeerde conjuncturele elementen (bv. het bestaan van quota, het budget voor de gezondheidszorg, enz.) werden aan de elicitatiegroep voorgelegd, om de oefening te vergemakkelijken. Ze worden gedetailleerd beschreven in sectie 5.3.3 van het wetenschappelijk rapport.

4 KWANTIFICERING VAN DE ALTERNATIEVE HYPOTHESEN

4.1 Specialisatiegraad

? *De specialisatiegraad geeft het aandeel afgestudeerden in de geneeskunde weer dat zich specialiseert in de huisartsgeneeskunde (uitgedrukt in percentage van alle afgestudeerden in de geneeskunde die aan een specialisatie opleiding beginnen). Dit percentage wordt momenteel afzonderlijk berekend voor de twee taalgemeenschappen.*

Historische trends tonen een stijgend specialisatiepercentage in de Vlaamse en Frans Gemeenschap. Tussen 2011 en 2025 steeg dit percentage in de Franse Gemeenschap van 23 naar 41 %. In de Vlaamse Gemeenschap is de stijging minder groot, van 31 % in 2011 naar 34 % in 2024.

De **elicitatiegroep** koos voor een alternatieve nationale hypothese. In de scenario's A en B koos ze voor een specialisatiegraad die tussen 2030 en 2045 stabiel blijft op 40%. In scenario C daalt hij tegen 2045 naar 35%: dat betekent dat Vlaanderen op het huidige niveau blijft, terwijl de graad in de Franstalige Gemeenschap lineair afneemt. In scenario D gaat de groep uit van een progressieve daling,die afneemt naar 30% in beide gemeenschappen. In dat laatste geval zou een specialisatie in de huisartsgeneeskunde minder aantrekkelijk zijn dan vandaag.

Tabel 1 – Alternatieve hypothese voor de specialisatiegraad

Scenario's	2030	2035	2040	2045
Vlaamse Gemeenschap				
Scenario A	40%	40%	40%	40%
Scenario B	40%	40%	40%	40%
Scenario C	35%	35%	35%	35%
Scenario D	34%	33%	31%	30%
Franse Gemeenschap				
Scenario A	40%	40%	40%	40%
Scenario B	40%	40%	40%	40%
Scenario C	40%	38%	37%	35%
Scenario D	38%	36%	33%	30%

4.2 Verdelingsgraad

? *De verdelingsgraad deelt huisartsen in vier groepen in, naargelang ze actief zijn in de klinische praktijk (als zelfstandige, in loondienst of in een gemengde vorm) of in een ander domein (in de administratie, in de farmaceutische industrie, in de schoolgeneeskunde, in de arbeidsgeneeskunde…).*

Volgens de **bestaande prognoses** (2016–2036) zal tegen 2036 ongeveer 17% van de huisartsen niet in de klinische praktijk actief zijn (12% in Vlaanderen en 23% in Wallonië).

De **elicitatiegroep** verwacht dat dit aandeel hoger zal liggen voor de scenario's B, C en D, namelijk 20% in plaats van 17 % op Belgisch niveau, wat neerkomt op een stijging met 17,5 %). In scenario A blijft de verdelingsgraad daarentegen gelijk aan de huidige prognoses.

De prognoses voor het basisscenario 2025–2045 zijn nog niet beschikbaar. Zodra die er zijn, stelt het KCE voor om ze in scenario's B, C en D met 17,5% te verhogen in beide gemeenschappen. De verdeling over de andere drie activiteitsgroepen (klinische activiteit met verschillende statuten) wordt dan evenredig aangepast. Voor scenario A wordt voorgesteld om de waarden van het toekomstige basisscenario te gebruiken.

4.3 Activiteitsgraad

? *De activiteitsgraad wordt gebruikt om het 'bruto' aantal huisartsen met een klinische activiteit om te rekenen naar voltijdsequivalenten. Daarbij wordt niet alleen rekening gehouden met de eigenlijke werktijd (voltijds of deeltijds), maar ook met eventuele andere beroepsactiviteiten buiten de praktijk.*

De activiteitsgraad wordt vanuit twee verschillende invalshoeken bekeken: enerzijds **de maatschappelijke evolutie van de werktijd** en anderzijds de wens van artsen om hun werktijd in het kader van de ziekteverzekering te verminderen en **hun loopbaan gedeeltelijk te heroriënteren naar andere activiteiten** (bv. schoolgeneeskunde, arbeidsgeneeskunde, onderzoek, functie in de administratie…). De maatschappelijke evolutie naar minder werken geldt niet alleen voor huisartsen. Ze hangt vooral samen met factoren zoals een betere werk-privébalans en maatregelen zoals de verhoging van de pensioenleeftijd. Aan de elicitatiegroep werd gevraagd om rekening te houden met de maatschappelijke evolutie van de werktijd en met de gedeeltelijke heroriëntaties.

Op basis van een enquête uit 2022 verwacht de groep dat de werktijd tegen 2045 in de scenario's A en B met ongeveer 20% zal dalen. In scenario C zou er een daling zijn met 25% zijn en in scenario D zelfs met 35%.

De elicitatiegroep kon door een gebrek aan informatie niet goed inschatten of die daling snel of eerder langzaam zal verlopen. Daarom werden er twee hypothesen uitgewerkt, zodat beide mogelijkheden meegenomen worden (zie tabel 2).

Tabel 2 – Alternatieve hypothesen voor de activiteitsgraad, toe te passen op de activiteitsgraad van 2022 in elke gemeenschap

Scenario's	2030	2035	2040	2045
Lineair dalende trend gevolgd door een plateau				
Scenario A	-16%	-20%	-20%	-20%
Scenario B	-16%	-20%	-20%	-20%
Scenario C	-20%	-25%	-25%	-25%
Scenario D	-28%	-35%	-35%	-35%
Lineair dalende trend				
Scenario A	-7%	-11%	-16%	-20%
Scenario B	-7%	-11%	-16%	-20%
Scenario C	-9%	-14%	-20%	-25%
Scenario D	-12%	-20%	-27%	-35%

Opmerking: deze cijfers geven de wijziging ten opzichte van 2022 weer.

4.4 Zorgconsumptiegraad

? *De zorgconsumptiegraad omvat alle prestaties die verband houden met de klinische activiteit van de huisarts. Deze parameter omvat twee grote onderdelen: de directe contacten met de patiënten ((tele)consulten en bezoeken) en de aanverwante taken (administratie, beheer, communicatie met andere professionals, bijscholing, enz.).*

Om de zorgbehoeften in te schatten, vertrekt het model van de Planningscommissie van de consumptie van terugbetaalde zorg. Daarbij gaat men er impliciet van uit dat de werktijd voor 'andere taken' evenredig is met de werktijd voor patiëntencontacten. Deze methode is niet perfect, omdat zowel de echte noden van de bevolking als de activiteiten buiten het directe patiëntcontact onderbelicht blijven.

Bij het opstellen van alternatieve hypothesen werd daarom de zorgconsumptiegraad opgesplitst in **twee subparameters**: enerzijds de vraag m.b.t. patiëntencontacten en anderzijds de vraag m.b.t. andere taken. De deelnemers werd gevraagd om deze twee apart te bekijken, zodat vooral die 'andere taken' duidelijker in beeld kwamen.

De vraag m.b.t. patiëntencontacten hangt vooral af van de evolutie van de bevolking en van hoe de taken van artsen in elk scenario wijzigen. De vraag m.b.t. andere taken staat los van demografische ontwikkelingen, maar verschilt wel naargelang het gekozen scenario.

4.4.1 Vraag m.b.t. patiëntencontacten

Voor deze subparameter stelden we **twee prognoses** op.

De eerste houdt enkel rekening met **de vergrijzing van de bevolking**. Ze veronderstelt dat het zorggebruik binnen elke leeftijdsgroep stabiel blijft doorheen de hele prognoseperiode. Wel wordt rekening gehouden met een lichte stijging van het jaarlijkse gemiddeld aantal huisartscontacten per inwoner: van 5,1 in 2025 naar 5,3 in 2035 en 5,4 in 2045. Dat betekent een toename van het totale aantal contacten met ongeveer 7% tegen 2035 en 13% tegen 2045.

De tweede is gebaseerd op **een microsimulatiemodel** (PROMES). Om het zorggebruik in te schatten neemt het model veel meer individuele demografische en sociaaleconomische kenmerken mee. Wel houdt het geen rekening met mogelijke veranderingen in de organisatie van de zorg. Volgens dit model stijgt het gemiddeld aantal jaarlijkse contacten per inwoner duidelijk sterker: van 5,2 in 2025 naar 6,1 in 2035. Dat vertaalt zich in een toename van het totale aantal contacten met ongeveer 22% tegen 2035.

Het PROMES-model laat alleen projecties toe over een periode van 10 jaar. Om te verlengen tot 2045 hebben we een conservatieve en een minder conservatieve benadering toegepast. In de **conservatieve benadering** blijft het zorggebruik per leeftijdsgroep na 2035 stabiel. In dat geval stijgt het aantal contacten met ongeveer **28% tussen 2025 en 2045**. In de **minder conservatieve benadering** hebben we de bestaande trend gewoon doorgetrokken. Dan loopt de stijging op tot **42%** in dezelfde periode.

Ook volgens **de elicitatiegroep** zal het aantal patiëntcontacten tegen 2045 in alle scenario's stijgen, vooral door de de demografische ontwikkeling. Er zijn wel duidelijke verschillen tussen de scenario's: in de scenario's A, B en C worden bepaalde taken overgenomen door andere zorgverleners of door technologie. Daardoor neemt het aantal contacten met de huisarts minder sterk toe dan in de hierboven beschreven prognoses (respectievelijk -5%, -20% en -15%). In scenario D werkt de huisarts grotendeels zonder ondersteuning. Daardoor zou het aantal contacten net sneller stijgen (+5%).

Uit de gesprekken tussen experts blijkt ook dat de prognoses moeten worden gebeuren voor de drie regio's van het land afzonderlijk, aangezien de huidige behoeften en hun evolutie tot 2045 niet overal gelijk zijn.

4.4.2 Vraag m.b.t. de andere taken

Een recente studie schat dat huisartsen ongeveer 13 uur per week besteden aan taken die geen direct patiëntencontact met zich meebrengen.

De **elicitatiegroep** schat dat bij een gelijkblijvende werktijd het aantal uren dat aan andere taken wordt besteed in scenario A ongewijzigd zou blijven. De tijdswinst door technologie wordt daar immers gecompenseerd door nieuwe taken die daaruit voortvloeien.

In scenario's B en C zou de huisarts in 2045 juist veel meer tijd besteden aan coördinatie en samenwerking: ongeveer 20 uur per week in scenario B en 22 uur in scenario C. In scenario D, met minder technologische ondersteuning, zou die tijd iets beperkter blijven, maar toch stijgen tot ongeveer 15 uur per week. Wel zouden die cijfers waarschijnlijk mee dalen met de algemene vermindering van de werktijd (ongeveer -20%, %, zie sectie 4.3).

4.4.3 Behoeften aan huisartsenzorg: zorgconsumptie + andere taken

De prognoses voor de patiëntcontacten en de andere taken werden vervolgens samengevoegd tot algemene cijfers in de overzichtstabel (Tabel 3).

In de alternatieve scenario's met veel taakoverdracht of - delegatie (**B en C**) is het logisch dat dit leidt tot minder behoefte aan directe patiëntcontacten. Toch zijn de experts van mening dat dit effect zal worden gecompenseerd door een groter aantal andere taken, en verwachten zij dan ook niet dat de vraag naar huisartsenzorg hierdoor aanzienlijk zal afnemen ten opzichte van wat zonder deze ontwikkeling te verwachten zou zijn. Uiteindelijk blijven de vier scenario's allemaal binnen een relatief smalle bandbreedte.

Tot slot moet worden opgemerkt dat deze resultaten per regio zijn berekend. Om ze te gebruiken in het model van de Planningscel, moeten ze nog worden aangepast, aangezien in dat model de zorgconsumptie per gemeenschap wordt opgesplitst.

Tabel 3 – Alternatieve hypothesen voor de zorgconsumptiegraad

Scenario's	2030	2035	2040 (a)	2040 (b)	2045 (a)	2045 (b)
Vlaanderen						
Scenario A	+4%	+12%	+16%	+13%	+22%	+14%
Scenario B	+6%	+15%	+22%	+19%	+29%	+22%
Scenario C	+7%	+17%	+25%	+22%	+34%	+26%
Scenario D	+5%	+15%	+21%	+17%	+28%	+19%
Wallonië						
Scenario A	+5%	+13%	+18%	+13%	+24%	+13%
Scenario B	+6%	+16%	+23%	+19%	+31%	+21%
Scenario C	+8%	+19%	+27%	+22%	+35%	+26%
Scenario D	+6%	+16%	+23%	+18%	+30%	+18%
Brussel						
Scenario A	+10%	+24%	+36%	+23%	+50%	+22%
Scenario B	+11%	+25%	+38%	+27%	+52%	+29%
Scenario C	+13%	+28%	+43%	+31%	+58%	+33%
Scenario D	+13%	+28%	+43%	+28%	+59%	+28%

Legende: (a) Lineaire extrapolatie van de PROMES-modelprognoses (b) Conservatieve extrapolatie van de PROMES-modelprognoses. Opmerkingen: deze cijfers geven de wijziging ten opzichte van 2025 weer. Aan de Planningscel zal worden meegedeeld hoe deze resultaten moeten worden uitgesplitst, om ze toe te passen op de bevolkingssegmenten.

5 CONCLUSIE

Het is belangrijk om te anticiperen op het aanbod van en de behoefte aan zorgverleners in de toekomst, zodat de zorg kwalitatief en toegankelijk blijft. Dit blijkt echter een bijzonder complexe oefening te zijn. Er spelen namelijk veel factoren mee, die vaak moeilijk te meten zijn en nog moeilijker te voorspellen op de soms lange termijn. Bovendien overstijgen die factoren de gezondheidssector en zijn ze in hoge mate onderling met elkaar verbonden. Dit maakt het delicaat om de dynamiek van hun interactie te analyseren.

De scenariobenadering, gecombineerd met een elicitatieproces, heeft als voordeel dat ze de wiskundige benadering van de prognoses aanvult met de praktijkervaring van de huisartsen die meewerkten aan het onderzoek. Ze helpt om na te denken over hoe de parameters van het prognosemodel kunnen afwijken van eerdere trends, vooral in een **context van grote onzekerheid**.

Tegelijk zijn er ook beperkingen. De resultaten hangen deels af van de voorkeuren van de deelnemers, en het blijft moeilijk om sommige parameters of contextuele elementen en hun evolutie precies te kwantificeren. Daarom is het noodzakelijk om deze alternatieve hypothesen **regelmatig te herbekijken**.

De resultaten van dit rapport moeten dus met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, zeker op een termijn van meer dan tien jaar. Het gaat hier **niet om voorspellingen**, maar om instrumenten om mogelijke toekomsten te verkennen, bedoeld om de beslissingen van de Planningscommissie te ondersteunen.

Men zou kunnen verwachten dat het delegeren van taken in sommige scenario's de toename van de **behoefte aan huisartsenzorg** zou afremmen. Volgens de elicitatiegroep is dat effect echter beperkt. De groep verwacht namelijk dat scenario's met veel taakdelegatie het aantal patiëntcontacten niet sterk zullen doen dalen. Wel zullen er aanzienlijk meer andere taken bijkomen.

Die inschatting moet wel voorzichtig worden geïnterpreteerd. Ze kan deels beïnvloed zijn door de wens van huisartsen om hun klinisch werk zoveel mogelijk te behouden. Daarom is het nuttig om dit verder te laten onderzoeken door een bredere groep experts, zoals de artsenwerkgroep van de Planningscommissie.

Daarnaast moet de denkoefening over taakdelegatie passen binnen een **multidisciplinaire planningsaanpak,** zodat er voldoende andere zorgprofessionals beschikbaar zijn om taken van huisartsen over te nemen.

De deelnemers deden ook **verschillende voorstellen om het model verder te verbeteren**:

- Bij de inschatting van de zorgvraag stellen ze voor om niet langer te vertrekken van een analyse van de zorgvraag (consumptie), gebaseerd op het bedrag van de terugbetalingen, maar van de **zorgbehoeften van de bevolking**.
- Voor het inschatten van het huisartsenbestand pleiten de deelnemers voor een **directere meting van werktijd en werkdruk** om de in voltijdsequivalenten te berekenen, in plaats van indirecte schattingen via de terugbetalingsgegevens.
- Met het oog op een geïntegreerde planning met meer samenwerking en taakdelegatie die de professionele silo's overstijgt, stellen ze voor om niet langer naar het niveau van de individuele zorgverleners te kijken, maar naar dat van de **zorgpraktijken.**

Tot slot is de **bevoegdheid** rond de planning van het aantal zorgverleners vandaag **verdeeld**: de federale overheid legt het quotum voor het totale artsenbestand vast, terwijl de planningscommissies van de deelstaten beslissen hoe dat quotum binnen de eigen taalgemeenschap wordt verdeeld over de verschillende specialisaties, waaronder de huisartsgeneeskunde.

Een betere en meer structurele uitwisseling van informatie tussen de planningscommissies kan de beschikbare gegevens helpen verrijken en de kwaliteit van de besluitvorming helpen verbeteren.

AANBEVELINGEN[e]

Aan de Planningscommissie Medisch Aanbod

1. Neem in de alternatieve scenario's voor de evolutie van het huisartsenbestand de alternatieve hypothesen van dit rapport op.
2. Overweeg een simultane planning voor de gezondheidsberoepen tussen dewelke samenwerking en taakoverdracht mogelijk of wenselijk is.
3. Voer structureel een post-hocanalyse van het prognosemodel uit en analyseer de afwijkingen ten opzichte van de voorspellingen. Pas op basis hiervan de prognoses aan en, indien nodig, het advies over de quota.
4. Herzie voor de zorgconsumptie de prognosehypothesen op basis van de actualisering van het PROMES-microsimulatiemodel.

Aan de artsenwerkgroep van de Planningscommissie Medisch Aanbod

5. Om de alternatieve hypothesen voor de trendevolutie van de activiteitsgraad te kunnen toepassen, kies ofwel voor een snelle daling gevolgd door een stabilisatie, ofwel voor een lineaire afname doorheen de tijd.
6. Om de alternatieve hypothesen voor de zorgconsumptiegraad te kunnen toepassen:
   a. Kies de meest geschikte manier om de alternatieve hypothese, verschillend per regio, te integreren in het prognosemodel voor de huisartsen, dat verschillend is per gemeenschap.
   b. Kies de meest geschikte manier om de prognoses van het PROMES-microsimulatiemodel te extrapoleren tot voorbij de horizon van dat model. In dit rapport worden er twee voorstellen (constante consumptie of lineaire extrapolatie) geformuleerd.

Aan de Planningscommissie Medisch Aanbod en aan de planningscommissies van de deelstaten

7. Versterk de uitwisseling van gegevens tussen de Planningscommissie Medisch Aanbod en de planningscommissies van de deelstaten.

Aan de Planningscommissie Medisch Aanbod en aan de onderzoeksinstellingen die betrokken zijn bij de planning van personeel in de gezondheidszorg

8. Voorzie in het kader van de ontwikkeling van het basisscenario voor de evolutie van het artsenbestand, alternatieve methoden, om zo minder gebruik te moeten maken van de terugbetalingsbedragen. Het gaat vooral over de omzetting van de aantallen naar voltijdsequivalenten en de berekening van de zorgvraag:
   a. Voor de omzetting van de aantallen naar voltijdsequivalenten, moet een dergelijke methode afstappen van de impliciete aanname dat werktijd altijd evenredig is met het aantal prestaties.Tegelijk maakt ze het mogelijk om beter rekening te houden met artsen die prestaties leveren die niet aan een honorarium zijn gekoppeld.
   b. Wat de vraag betreft, maakt zo'n methode het mogelijk om over te stappen van een benadering die vooral kijkt naar zorggebruik, naar één die vertrekt vanuit de zorgbehoeften, met aandacht voor de organisatie van de zorg.

[e] Het KCE blijft als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

Aan onderzoeksinstellingen die betrokken zijn bij de planning van het personeelsbestand in de gezondheidszorg

9. Gebruik bij het uitwerken van alternatieve scenario's voor de evolutie van het aantal zorgverleners prospectieve methoden. Ze moeten de kwantificatie van alternatieve hypotheses mogelijk maken, die aangepast zijn aan het type zorgverlener, en met een minimale tijdsinvestering voor de betrokkenen.

Aan de federale regering en de regeringen van de deelstaten

10. Voorzie bij elk beleid een analyse van de impact op de zorgorganisatie en op de personeelsbehoeften in de gezondheidszorg in het algemeen, en van de huisartsen in het bijzonder. Zo kunnen de alternatieve hypothesen in het prognosemodel van de Planningscel voor de artsen verder verfijnd worden

COLOFON

Titel:	Alternatieve hypothesen voor de prognose van het toekomstig huisartsenbestand – Synthese
Auteurs:	Mélanie Lefèvre (KCE), Jolyce Bourgeois (KCE), Isabelle Savoye (KCE), Nadia Benahmed (KCE)
Programma manager:	Nathalie Swartenbroekx (KCE), Els Van Bruystegem (KCE)
Wetenschappelijk directeur:	Ann Van den Bruel (KCE)
Redactie synthese:	Emily Van Coolput (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Externe experten:	Scenario-ontwikkelingsgroep : Katrien Adriaensen, Karel Anseeuw, Élodie Brunel, Sarah Cumps, Wouter Demerre, Hélène Dispas, Pascaline d'Otreppe, Geert Goderis, Christiane Jacquemain, Brice Lambert, Anne-Laure Lenoir, Mehnaz Maleki, Céline Marechal, Virginie Mouysset, Jelle Nieuwenhuyse, Toon Oris, Kevin Pirotte, Raymond Vandebeek, Hadewich Vanneste, Lynn Van Reet, Pierre Zaeytydt Elicitatiegroep : Simon Absil (UNamur), Hanna Ballout (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Christophe Barbut (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB) – Federatie van de Brusselse Huisartsenverenigingen (FBHAV)), Hilde Bastiaens (UAntwerpen), Jean-Luc Belche (ULiège), Salvatore Bonelli (Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)), Philippe Cardon (Université libre de Bruxelles (ULB)), Katrien Danhieux (UAntwerpen), Jan De Lepeleire (KU Leuven), Jan De Maeseneer (UGent), Paul De Munck (Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO)), Pierre-Louis Deudon (FAMGB – FBHAV), Dirk Devroey (Vrije Universiteit Brussel (VUB)), Anthony Dheere (Domus Medica), Dominique Henrion (UNamur), Peter Hoffman (Domus Medica), Hubert Jamart (ULiège), Véronique Moreau (ABSyM), Willem Raat (KU Leuven), Stefan Teughels (Domus Medica), Didier Thillaye du Boullay (Ordre des Médecins), Josefien van Olmen (UAntwerpen), Johan Vansintejan (VUB), Joke Versmissen (Jong Domus), Sara Willems (UGent)
Stakeholders:	Jonas Brouwers (Vlaamse planningscommissie medisch aanbod), Georges Casimir (Commission consultative de planification de l'offre médicale en Communauté française), Donald Clayes (Vlaamse planningscommissie medisch aanbod), Pierre Drielsma (Commission de planification - offre médicale – Planningscommissie - medisch aanbod), Christelle Durand (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire, Environnement – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu (SPF SPSCAE – FOD VVVL)), Piet Hoebeke (Planningscommissie - medisch aanbod – Commission de planification - offre médicale), Peter Jouck (FOD VVVL – SPF SPSCAE), Stella Matterazzo (Commission consultative de planification de l'offre médicale en Communauté française), Jente Schaerlaeken (Departement Zorg), Pascale Steinberg (SPF SPSCAE – FOD VVVL), Sigrid Van Trappen (Departement Zorg), Birgitte Velkeniers (Planningscommissie - medisch aanbod – Commission de planification - offre médicale)
Externe validatoren:	Caroline Laurence (Adelaide University, Australia), Cisca Joldersma (Capaciteitsorgraan, Nederland), Frédéric Verschueren (Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS))

Acknowledgements:	Wij danken graag de volgende personen die hebben bijgedragen aan deze studie: Jean-Luc Belche (ULiège), Marion Birnstill (Inner Ripple), Thomas Boeckx (Departement Zorg), Joanna Geerts (Federaal Planbureau – Bureau fédéral du Plan), Sophie Gerkens (KCE), Karen Geurts (Federaal Planbureau – Bureau fédéral du Plan), Véronique Letocart (UCLouvain), Patricia Chavez Mejia (SPF SPSCAE – FOD VVVL), Didier Giet (ULiège), Paul Herijgers (Universitair Ziekenhuis Leuven (UZ Leuven)), Edouard Louis (ULiège), Victor Maton (Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (INAMI – RIZIV)), Sarah Missinne (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad – Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Brigitte Schoenmakers (KU Leuven), Jonathan Uger (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale – Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad), Philippe Vandenbroeck (shiftN), Elke Wijnants (Departement Zorg)
Belangen KCE experten:	Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen. Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experten die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.
Gemelde belangen:	Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid in het domein van de huisartsenplanning. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.
Lay-out:	Ine Verhulst
AI Disclaimer:	Microsoft Copilot 365 werd gebruikt voor de opmaak van de cover van de synthese.
Disclaimer:	• **Verschillende externe experten (cf. supra) werden geraadpleegd over een (voorlopige) versie van het wetenschappelijk rapport. Ze werden geselecteerd op basis van hun expertise in het onderwerp van dit rapport; bij de selectie werd rekening gehouden met mogelijke belangenconflicten. Hun commentaar werd besproken in meetings en/of via e-mail. Zij zijn geen co-auteur van het wetenschappelijke rapport en zijn het niet noodzakelijk eens met de inhoud ervan.** • **Vervolgens heeft het KCE-onderzoeksteam drie onafhankelijke experten ('validatoren', cf. supra), die niet**

	eerder bij het onderzoek betrokken waren, uitgenodigd een peer review uit te voeren van de definitieve versie van het wetenschappelijke rapport. Ze werden geselecteerd op basis van hun expertise in het onderwerp van dit rapport; bij de selectie werd rekening gehouden met mogelijke belangenconflicten. Zij besloten of het rapport al dan niet wetenschappelijk valide was. De validatoren zijn geen co-auteurs van het wetenschappelijke rapport en zijn het niet noodzakelijk alle drie eens met de inhoud ervan. Hun naam en affiliatie worden vermeld in het colofon. • **Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur** • **Het KCE is als enige verantwoordelijk voor de beleidsaanbevelingen. Eventuele (mogelijke) blijvende fouten of onvolledigheden vallen uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van het KCE.**
Publicatiedatum:	2 juli 2026
Project nummer:	2024-05
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Health Manpower, General Practitioners, Forecasting, Health Planning, Health Services Needs and Demand
NLM classificatie:	W76
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2026 /10.273/36
ISSN:	2466-6440
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties. 
Hoe refereren naar dit document?	Lefèvre M, Bourgeois J, Savoye I, Benahmed N. Alternatieve hypothesen voor de prognose van het toekomstig huisartsenbestand – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2026. KCE Reports 421A https://doi.org/10.57598/R421AS. Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.