

# De nieuwe artsquota: een politiek werkstuk?

Karel Vermeyen 4/4/2026

De uitwerking van het recentste advies van de Planningscommissie (30/03/2026) is gebaseerd op dezelfde scenario's voor de evolutie van de globale "werkkracht" van de artsen zoals gebruikt in het vorige advies 2023-01. Voorgesteld wordt om voor de jaren 2032-33 de quota te verhogen naar 1.169 (+ 2,1%) voor Vlaanderen en 929 (+ 10,8%) voor de Franstaligen. Deze scenario's houden rekening met een daling van het globale werkvolume en een stijging van de zorgconsumptie. De berekeningen gebeuren per specialisme waarna de optelsom gemaakt wordt. Er is speciale aandacht voor de huisartsgeneeskunde waar een snelle evolutie naar 80% werktijd en een stijging van de zorgvraag van 7 tot 13% verwacht wordt. De verdeling en verhoging van de geadviseerde quota is als volgt:

		Vlaamse Gem.	Franstalige Gem.	België
<b>Advies 2023-01</b>	Huisartsen	507	473	
	Specialisten	637	456	
	Totaal	1.144	929	2.073
<b>Advies 2026-02</b>	Huisartsen	506 (+0%)	535 (+13%)	
	Specialisten	663 (+4%)	495 (+8,5%)	
	Totaal	1.169 (+2,1)	1.030 (+10,8)	2.199 (+6%)

Opvallend is dat de instroom van het aantal huisartsen voor Vlaanderen op hetzelfde niveau blijft terwijl voor de Franstalige huisartsen een toename van 13% berekend werd (+ 62 artsen). Blijkbaar oordeelt de Planningscommissie dat de gedefiniëerde scenario's in Vlaanderen niet gelden! Ook voor het geheel van de specialismen stijgen de quota voor de Franstalige Gemeenschap sterker (+ 39 artsen) in vergelijking met de Vlaamse Gemeenschap (+ 26 artsen). **Het resultaat is dat de verhouding van de quota tussen de Gemeenschappen geëvolueerd is naar 53/47!**

Bij de verdeling van de artsquota tussen de Gemeenschappen werd jarenlang een **60/40** verhouding gerespecteerd, een door de Rekenkamer gevalideerde verdeling<sup>1</sup>. Nu gebeurt een herberekening op basis van een **gedifferentieerde activiteitsgraad** van de artsen in de verschillende Gemeenschappen: *"De gegevens van de Planningscommissie zijn voldoende nauwkeurig om de behoeften van elke gemeenschap te bepalen."* Dit betekent dat, gezien de gemiddeld lagere activiteitsgraad van de Franstalige artsen, de quota voor Franstalig België sneller verhoogd worden dan voor Vlaanderen. Met andere woorden: men verwacht dat de artsen in Vlaanderen meer werken dan in Franstalig België.

**Uitgangspunt voor de berekening van de toekomstige behoefte is het huidige "arbeidsvolume" van de artsen.**

Eerst wordt het huidige globale arbeidsvolume van de artsen bepaald. Voor de artsen in loondienst worden de werkelijk gepresteerde uren genomen. Voor de zelfstandige artsen (de meerderheid) wordt het arbeidsvolume geschat op basis van de RIZIV-activiteit van iedere arts. Een voltijdse zelfstandige activiteit wordt gedefinieerd op basis van het bruto terugbetaalde bedrag aan RIZIV-prestaties op jaarbasis en wordt gelijkgesteld met het mediaan terugbetaald bedrag. De mediaanwaarde wordt apart berekend voor elk (sub)specialisme. Zo komt bijvoorbeeld 1 VTE van een huisarts in 2023 overeen met een bruto terugbetaald bedrag van € 176.773. Op basis van deze mediaanwaarde wordt

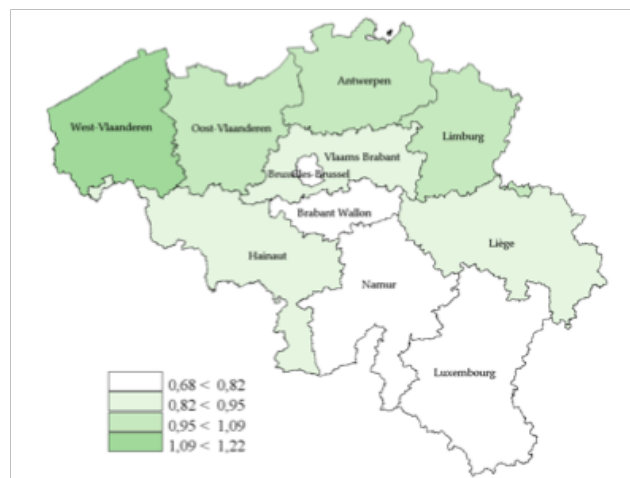
<sup>1</sup> De verdeelsleutel die de federale quota verdeelde werd bij wet opgeheven (wet van 27 november 2022 die de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 wijzigt)..

dan de individuele “activiteitsgraad” geschat. De globale som wordt gemaakt per specialisme, per provincie, per gemeenschap en landelijk.

De globale activiteit van de artsen in België wordt door de Planningscommissie berekend op 0,99% van een voltijds equivalent. Voor de Vlaamse Gemeenschap komt dit neer op 1,13 VTE gemiddeld en voor de Franstalige Gemeenschap is dit 0,94 VTE. Opmerkelijk, voor Brussel gebruikt de Planningscommissie een verhouding 80/20 om de verdeling tussen de Gemeenschappen te berekenen!

In 2023 werkten de Vlaamse huisartsen gemiddeld 100%. De Franstalige huisartsen werkten gemiddeld 0,8 VTE. De trend van kortere arbeidstijden bij Franstalige artsen werd verder bij alle specialismen vastgesteld. Ter illustratie hierbij de regionale verdeling van de gemiddelde berekende VTE voor de huisartsen. **Een vraag die niet beantwoord is: is de lagere activiteitsgraad van de Franstalige artsen een keuze of het gevolg van een ruimer aanbod?**

Kaart 3. Gemiddeld VTE van de huisartsen actief in de gezondheidszorg (PR), volgens provincie van activiteit, 31/12/2023



### **De projecties worden verder berekend op basis van scenario's.**

Vertrekkend van het huidige arbeidsvolume worden vervolgens de quota berekend in functie van de wijzigende arbeidstijd van de artsen (wijzigende werk/privé balans) en van de toenemende zorgvraag. Dit arbeidsvolume wordt apart berekend voor de huisartsgeneeskunde en voor de verschillende specialistische disciplines.

Voor de huisartsen veronderstelt men dat op korte termijn een arbeidsduurvermindering van 20% mag verwacht worden en dat de zorgvraag zal toenemen met 7 tot 13% (oa. afhankelijk van de vergrijzing, evolutie naar kortere opnames in de ziekenhuizen, ...). **Hoe kan dit een verklaring zijn voor de uiteenlopende berekening voor Noord en Zuid?** Ook voor de specialisten veronderstelt men een arbeidsuurvermindering van 13%. Dit werd bepaald op basis van de vastgestelde recente evolutie bij de artsen van een 10-tal specialismen.

De basis van deze scenario's oogt wetenschappelijk, maar bevat een aantal arbitraire aannames: 20% arbeidsduurvermindering, toenemende zorgvraag tussen 7 en 13%. Hoe worden deze percentages bekomen?

### **De volgende stap is het bepalen van de “optimale instroom”.**

“De werkgroep artsen van de Planningscommissie bestudeert het effect van 4 instroomniveaus en weegt deze af tegenover de trends binnen elk medisch specialisme. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de geprojecteerde van de **gewogen VTE-dichtheid** (aantal VTE per 10.000 inwoners). Deze indicator combineert de verwachte evolutie van het activiteitsniveau en de verwachte evolutie van de zorgvraag van de bevolking. Per gemeenschap wordt bovendien een “gewenste differentiatie” berekend. Dit wordt gedaan “op basis van haar expertise en terreinkennis” (Advies p5 bovenaan). Dit

wil zeggen dat de werkgroep van de Planningscommissie een evaluatie maakt welke “gewogen dichtheid” best nagestreefd wordt voor de verschillende regio’s. Een motivering op basis van cijfers ontbreekt echter in het advies.

Het resultaat is een “optimale instroom”, de voorgestelde quota dus. Deze eerder arbitraire methode houdt het risico in dat aanpassingen aan de berekeningscoëfficiënten kunnen gedaan worden in functie van een te bekomen resultaat. Wat betekent immers de eerder cryptische zin: “op basis van haar expertise en terreinkennis”? De gegevens met betrekking tot de gewogen VTE-dichtheid werden gerapporteerd in het “Plancad rapport” van de FOD Volksgezondheid van 2026<sup>2</sup>. Een algoritme dat gebruikt werd om de “ideale instroom” te bepalen, bedoeld om deze gewogen VTE-dichtheid te sturen, is echter nergens terug te vinden. Wat is de juiste interpretatie van de regionale verschillen? Welke bijstellingen wenst men te bekomen en op basis van welke argumenten worden gedifferentieerde bijstellingen berekend?

### **Enkele opmerkingen tot besluit.**

- Vele elementen in de berekeningsmethode zijn **betwistbaar**, moeilijk berekenbaar en per definitie subjectief. Niet alle Vlaamse experts zijn het er bijvoorbeeld mee eens dat artsen 20% minder gaan werken. Ook de visie op zorg (het gebruik van de spoed bv.) verschilt erg. Het gezagsargument “op basis van expertise en terreinkennis” is dan ook onvoldoende.
- De quota zijn de optelsom van de geschatte subquota. Daarom worden die ook vermeld in het advies en dit in het kader van transparantie, ook al behoort de bepaling van de subquota **niet** tot de federale bevoegdheid. De transparantie zou verbeteren indien meer duidelijkheid zou gegeven worden in verband met de “optimale gewogen VTE dichtheid”.
- Er is **geen enkele objectieve reden** waarom een gedifferentieerde activiteitsgraad zou moeten aanleiding geven tot hogere quota voor de Franstaligen. Als de arbeidsduur, berekend op basis van voornamelijk financiële proxy’s in Franstalig België lager is dan in Vlaanderen is dit geen argument om meer artsen op te leiden. Integendeel, misschien werken de artsen in Franstalig België gewoon minder omdat hun aantal suboptimaal afgestemd is op de zorgvraag. Misschien betekent dit wel dat er meer huisartsen zijn in Franstalig België die niet voldoende werk hebben om tot een voltijdse activiteit te komen.
- De Franstaligen redeneren in belangrijke mate **in functie van het aantal specialisten in opleiding voor de opleidingscentra**. Wat de kandidaatspecialisten na de opleiding doen is vermoedelijk niet hun eerste bezorgdheid. De verhalen van hoog opgeleide specialisten die nadien geen plaats vinden om hun specialiteit uit te oefenen zijn gekend.
- Volgens het jaarverslag van de Planningscommissie worden de pre-adviezen van de werkgroep-artsen unaniem gegeven. Het resultaat van de stemming in de plenaire vergadering is niet vermeld maar we hebben de indruk dat de Franstalige stem luider klinkt. Het kan dan ook niet dat de vertegenwoordigers van de Gemeenschappen **enkel met raadgevende stem** zetelen.

**Het is duidelijk dat er in het domein van de numerus clausus en de contingentering verregaande visieverschillen bestaan tussen de twee Gemeenschappen. Na meer dan 25 jaar is men geen stap vooruit geraakt om tot een gemeenschappelijke visie te komen.**

**De nieuwe verhouding van 53/47 is voor het AK-VSZ absoluut onaanvaardbaar!**

**Misschien is het beter dat de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap elk een eigen oplossing uitwerken, onafhankelijk van elkaar.**

---

<sup>2</sup> Artsen op de arbeidsmarkt 2013-2023 Inleiding en Methodologie, Cel Aanbod en Planning, Dienst Gezondheidszorgbeoefenaars, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, januari 2026.