

Capaciteitsplan 2027-2030

Integraal overzicht

Capaciteitsplan 2027-2030

Integraal overzicht



Colofon

Dit is een rapport van het Capaciteitsorgaan

Postbus 20051 | 3502 LB Utrecht
info@capaciteitsorgaan.nl | www.capaciteitsorgaan.nl
T 030 - 2004510

December, 2025

Inhoud

1	Inleiding.....	1
2	Totstandkoming van de raming.....	1
3	Aantal werkzame zorgprofessionals en onvervulde vraag.....	6
4	Verwachte aanbod zorgprofessionals	9
5	Verwachte vraag naar zorgprofessionals	11
6	De geadviseerde instroom in (vervolg)opleidingen	15
7	Aandachtspunten voor beleid.....	18
	Bijlage 1 Samenstelling Algemeen Bestuur	20

1 Inleiding

Dit integraal overzicht van het Capaciteitsplan 2024-2027 omvat een beschouwing van de capaciteitsplannen en instroomadviezen. De ramingen voor elk van deze beroepen zijn uitgewerkt in een kernrapport, een verantwoording bij het kernrapport en bijbehorende infographics.

Het Capaciteitsplan 2027-2030 bestaat uit de volgende ramingen en instroomadviezen:

- Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg
- Huisartsgeneeskunde
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Arts VG
- Sociaal Geneeskundigen
- Medisch en klinisch technologisch specialismen
- Tandheelkundig specialisten
- Eerstelijns Mondzorg (tandartsen en mondhygiënist)
- Beroepen Geestelijke Gezondheid (gz psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verslavingsarts en Verpleegkundig Specialist ggz)
- Basisartsen (richtinggevende raming).

Het instroomadvies voor de FZO-beroepen is reeds eind 2024 gepubliceerd.¹

In dit integraal overzicht staan we eerst stil bij het ramingsmodel en de wijze waarop de ramingen tot stand zijn gekomen. Vervolgens gaan we in op relevante bevindingen in de diverse ramingen: het aantal werkzame zorgprofessionals en de onvervulde vraag en ontwikkelingen in het verwachte aanbod en de verwachte vraag. Daarna bespreken we kort het instroomadvies per beroepsgroep en de belangrijkste overwegingen daarbij. We eindigen met aandachtspunten voor toekomstig beleid.

2 Totstandkoming van de raming

Taak Capaciteitsorgaan

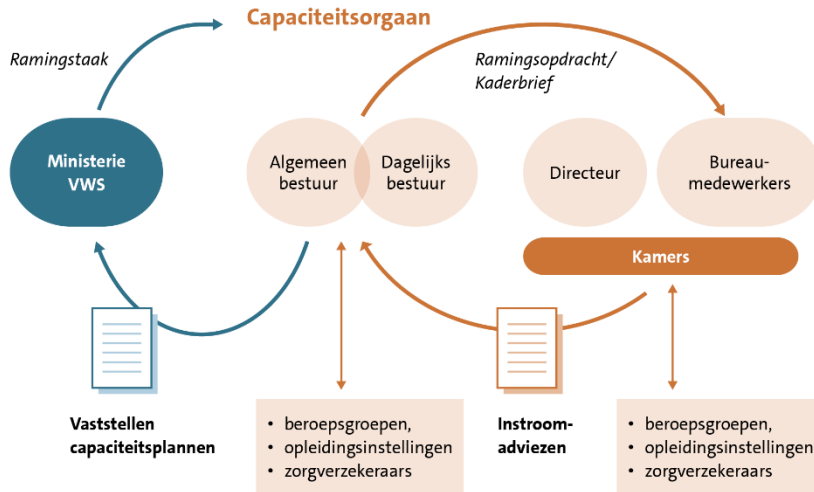
Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met het Capaciteitsorgaan een uitvoeringsovereenkomst voor het opstellen van ramingen voor de opleidingsbehoefte van zorgprofessionals. De ramingen resulteren in adviezen over hoeveel zorgprofessionals de (vervolg)opleiding moeten/mogen instromen. Op basis van de instroomadviezen stellen ministeries gelden beschikbaar voor het opleiden van zorgprofessionals.

De instroomadviezen komen onafhankelijk van de ministeries tot stand. Het Ministerie stelt daarbij als eisen dat de instroomadviezen zo objectief mogelijk moeten zijn en veldpartijen daarbij betrokken zijn zodat er ook draagvlak is in het veld voor het instroomadvies. Bij het uitvoeren van de ramingstaak geeft het Capaciteitsorgaan landelijke instroomadviezen af en heeft geen taak in de beleidsvorming of de verdeling van opleidingsplekken.

Het Capaciteitsorgaan verricht de ramingen eenmaal in de drie jaar. De werkwijze is schematisch weergegeven in Figuur 1.

¹ [Publicaties Medisch ondersteunende en verpleegkundige beroepen Archieven - Capaciteitsorgaan](#)

Taak en samenstelling van het Capaciteitsorgaan



Figuur 1 Taak en samenstelling van het Capaciteitsorgaan

Voor het Capaciteitsplan 2027-2030 heeft het Algemeen Bestuur in zijn Kaderbrief/Ramingsopdracht aangegeven: kom tot betrouwbare en kwalitatief hoogwaardige ramingen en bijdragen aan informatie voor sturing, beleid en maatschappelijke relevantie.

Kernpunten in de ramingen zijn:

- Het bestaande aanbod van de beroepsgroep en de on vervulde vraag
- Het verwachte aanbod
- De verwachte vraag, zowel demografische als niet-demografisch
- Overwegingen van haalbaarheid, realiteit, onzekerheid
- Eventuele andere beleidsscenario's dan instroom

Speciale aandachtspunten en randvoorwaarden zijn daarbij: aandacht voor beperking van de zorgvraag, voor regionale disbalans en voor de integrale functiemix.

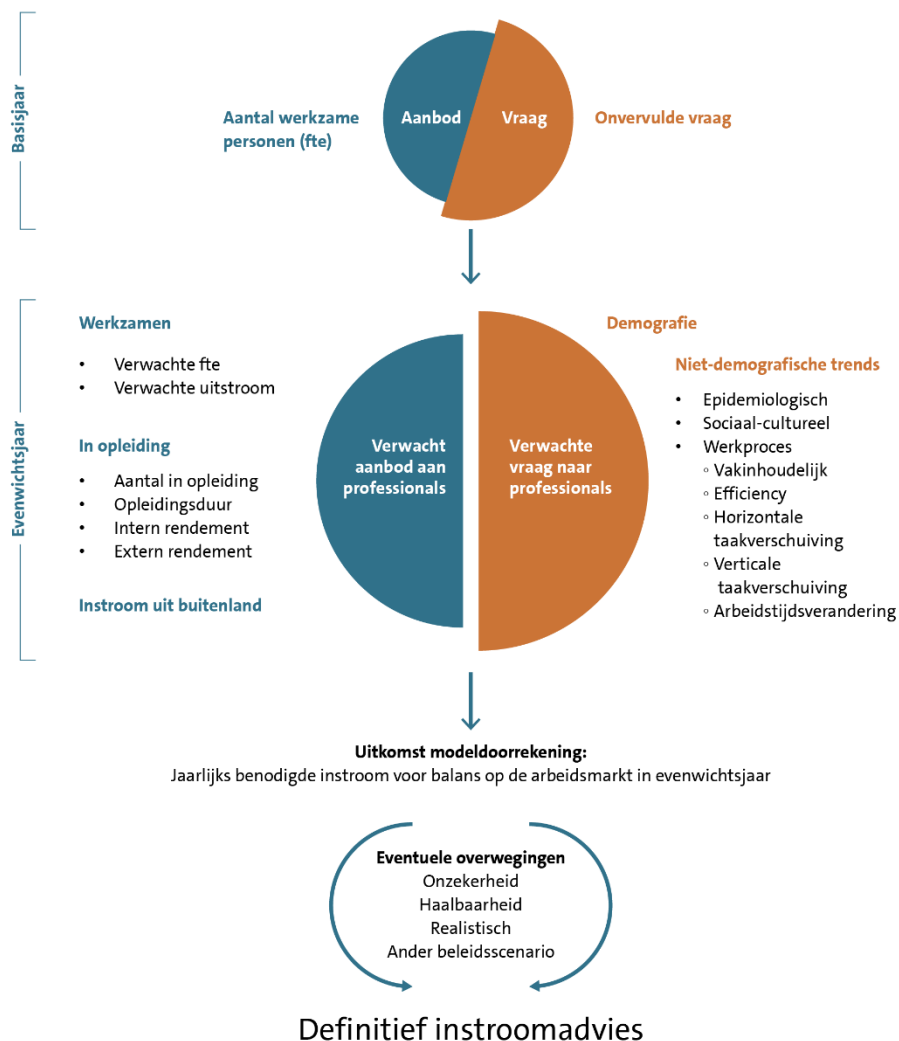
Ramingsmodel Capaciteitsorgaan

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan omvat een 50-tal parameters. Het ramingsmodel is vereenvoudigd weergegeven in Figuur 2. De parameters gaan over:

- het aantal werkzame zorgprofessionals en bestaande tekorten/overschotten;
- hoeveel zorgprofessionals naar verwachting in de toekomst beschikbaar zijn, rekening houdend met uitstroom, buitenlandse instroom en het aantal in opleiding;

- hoeveel zorgprofessionals nodig zijn als we demografische trends doortrekken naar de toekomst;
- hoeveel zorgprofessionals nodig zijn als we ook rekening houden met niet-demografische ontwikkelingen.

Ramingsmodel Capaciteitsorgaan



Figuur 2 Vereenvoudigde weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan

Voor al die 50 parameters stellen we per beroepsgroep een waarde vast. De methode om die waarde te bepalen, is toegelicht in de verantwoording bij het kernrapport. Op basis van het totaal van die

inschattingen komen we tot een doorrekening hoeveel zorgprofessionals er in de toekomst ongeveer nodig zullen zijn en hoe hoog dan de instroom in de opleiding zou moeten zijn. Het definitieve instroomadvies meldt de overwegingen waarop het is gebaseerd, in termen van onzekerheid, realiteit, haalbaarheid, integraliteit, en regionale disbalans.

Het basisjaar is de uitgangssituatie van waaruit geraamd wordt en dat is het jaar 2025. Het evenwichtsjaar is het jaar waarin we op de lange termijn zoeken naar balans tussen aanbod en vraag. Voor de meeste beroepen is gekozen voor het evenwichtsjaar 2043. Voor een aantal beroepen is gekozen voor een kortere periode, bijvoorbeeld vanwege de relatief korte opleidingsduur en/of de urgentie van het oplossen van tekorten.

Met name voor het verwacht aanbod en de verwachte vraag in dit evenwichtsjaar berusten de schattingen op aannames. Dat geldt voor demografische ontwikkelingen, maar nog meer voor de niet-demografische ontwikkelingen. Om zicht te krijgen op toekomstige ontwikkelingen in het aanbod en de vraag maken we gebruik van kwantitatieve databronnen en kwalitatieve expert-opinions. Bij dergelijke ontwikkelingen valt niet altijd voort te bouwen op betrouwbare schattingen uit het verleden. Wanneer er weinig veranderingen optreden, dan bieden eerdere waarden van parameters redelijk zicht op de wereld van morgen. Maar als zorg en preventie sterk veranderen, kunnen we minder leunen op informatie uit het verleden en zijn we meer afhankelijk van de praktijkervaring en kennis van de experts. Dat betekent dat bij het inschatten van toekomstige ontwikkelingen vaak onzekerheid in het spel is.

Hoe te ramen bij schaarste aan professionals en grote veranderingen?

In 2023 heeft het Capaciteitsorgaan een symposium georganiseerd over schaarste aan zorgprofessionals. Die schaarste is vooral een knelpunt wanneer de vraag naar zorg blijft stijgen.² Bij schaarste aan professionals en aan financiële middelen is het niet altijd realistisch en haalbaar om het aanbod aan zorgprofessionals aan te passen aan de vraag. Er zijn ook andere mogelijkheden dan het verhogen van de instroom om vraag en aanbod dichterbij elkaar te brengen. Om die reden is in deze raming nadrukkelijk stilgestaan bij realistische groeiverwachtingen, haalbaarheid van het verhogen van de instroom en andere beleidsscenario's. Wanneer zich grote veranderingen voordoen in zorg en preventie zijn trends uit het verleden niet de beste voorspellers. Dat betekent dat de ramingen ook duidelijk aangeven met welke onzekerheden in de toekomst rekening moet worden gehouden. Juist door daar rekening mee te houden, helpen prognoses om beter voorbereid te zijn op de toekomst. Die onzekerheid is ook de reden om na drie jaar opnieuw een raming uit te voeren.

Zo objectief mogelijk én met betrokkenheid van veldpartijen

Veldpartijen zijn intensief betrokken bij de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Dat is ook nodig, want het zijn de mensen uit de praktijk van zorg en preventie die goed kunnen inschatten welke ontwikkelingen zich voordoen, hoe die ontwikkelingen samenhangen en welke de meeste invloed hebben. Samen maken veldpartijen ook die toekomst. Het betrekken van veldpartijen bij de ramingen past dan ook in de methodiek van participatieve beleidsanalyse zoals die steeds meer voor complexe systemen als de zorg wordt toegepast. Bij het maken van prognoses is het dan van belang om wat

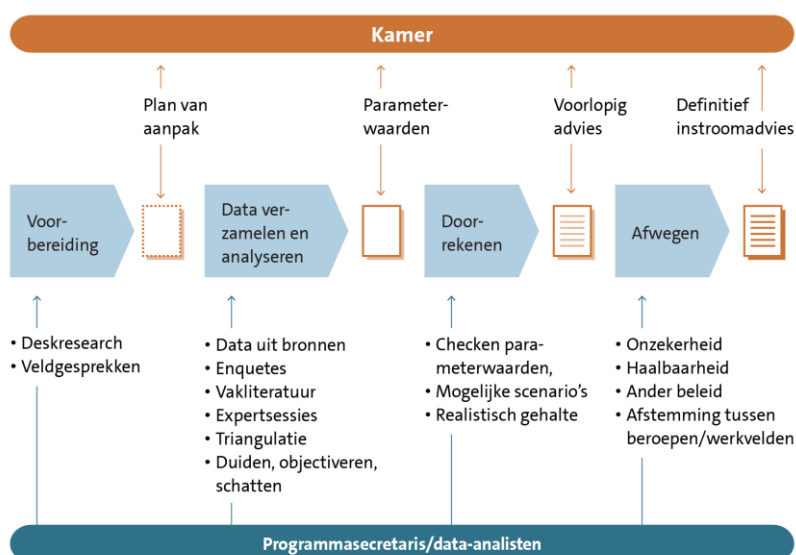
² [Symposium - Capaciteitsorgaan](#)

veldpartijen wensen goed te onderscheiden van realistische verwachtingen. Figuur 3 geeft het ramingsproces schematisch weer.

De voorbereiding en uitvoering van de raming ligt bij medewerkers van het bureau. De medewerkers maken gebruik van diverse bronnen en leggen die naast elkaar (triangulatie) om te komen tot een inschatting van incidentele en structurele trends. Met name met het oog op de niet-demografische vraag vinden expertsessies plaats waarvoor veldpartijen en andere experts worden uitgenodigd. De medewerkers laten zich bij de analyse en duiding van resultaten ondersteunen door data-analisten en onderzoekers binnen of buiten het bureau.

De veldpartijen vormen een 'Kamer' volgens de in de Statuten neergelegde evenredige vertegenwoordiging. De medewerkers bespreken met de Kamer het plan van aanpak voor de raming, de uitgevoerde onderzoeken en de resultaten daarvan en de uiteindelijke inschatting van waarden voor de afzonderlijke parameters van het ramingsmodel. Met name voor die parameters waar (grote) onzekerheid over bestaat, houdt de medewerker er rekening mee dat belangen en wensen doorklinken in expert opinions en reacties van de Kamer. De medewerker levert de uitkomsten van de waarden van parameters aan bij het Nivel die de doorrekening maakt. Dat maakt ook dat we in de uitkomst niet ergens naar toedeneren. De medewerker deelt de uitkomsten van de doorrekening van de raming met de Kamer en doet een voorstel voor het instroomadvies. Doorslaggevend in het gesprek in de Kamer over het instroomadvies zijn inhoudelijke argumenten en overwegingen op basis van alle verzamelde data en kwalitatieve input. Het Algemeen Bestuur stelt het instroomadvies definitief vast.

Ramingsproces



Figuur 3 Taakverdeling tussen bureau en Kamer

3 Aantal werkzame zorgprofessionals en onvervulde vraag

De uitgangssituatie voor de ramingen van de diverse clusters van beroepsgroepen in het jaar 2025 is samengevat in Tabel 1. Met behulp van het BIG-register is voor de meeste beroepsgroepen het aantal zorgprofessionals goed in kaart te brengen. Zonder een verplichte inschrijving in een register, is het moeilijker de omvang van de beroepsgroep goed in kaart te brengen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de mondhygiënist.

Tabel 1 Aantal werkzame zorgprofessionals en onvervulde vraag (zie ramingsrapporten)

Beroep	Aantal werkzame zorgprofessionals 2025	Onvervulde vraag 2025
Medisch Specialisten	26.202	2,2%
Basisartsen	24.330	6,5%
Huisartsen	14.347	6,3%
GZ-psychologen	14.141	18%
Tandartsen	9.270	2,5%
Mondhygiënist	4.700	2,5%
Verpleegkundig specialisten AGZ	4.040	6,7%
Klinisch Psychologen	2.435	17%
Psychotherapeuten	2.259	7%
Physician Assistants	2.220	9,9%
Specialist Ouderengeneeskunde	1.876	10%
Verpleegkundig specialist-GGZ	1.729	44%
Bedrijfsartsen	1.450	13%
Maatschappij & Gezondheid artsen KNMG	899	>25%
Verzekeringsartsen	770	42%
Maatschappij & Gezondheid artsen M+G	585	29%
Klinisch neuropsycholoog	208	47%
MKA-chirurg	295	3%
Orthodontist	290	2%
Arts VG	260	23%
Verslavingsarts KNMG	189	35%

Het aantal werkzame zorgprofessionals in 2025 berust veelal op het combineren van het percentage werkzamen in CBS Statline data uit eerdere jaren met beschikbare gegevens over het aantal BIG-geregistreerden in 2025. Voor de meeste zorgprofessionals is het aantal werkzamen ten opzichte van de vorige raming van 3 jaar geleden gestegen.

- De grootste stijging doet zich voor bij klinisch neuropsychologen, physician assistants, verpleegkundig specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, mondhygiënist en klinisch psychologen.
- Een kleinere stijging is waarneembaar bij de huisartsen, de MKA-chirurgen, de arts VG, de verslavingsartsen en de medisch specialisten.

Bij een aantal groepen zorgprofessionals daalt het aantal werkzamen. Dat kan diverse redenen hebben:

- Het aantal werkzamen neemt af als er meer zorgprofessionals met pensioen gaan dan dat er de opleiding hebben afgerond. Dat zien we bijvoorbeeld bij de artsen KNMG, bedrijfsartsen en basisartsen.
- Voor de beroepen in de geestelijke gezondheid is er een daling voor de GZ psychologen en de psychotherapeuten. Die daling komt voort uit het anders omgaan met dubbeltellingen van GZ psychologen die ook psychotherapeut of ook klinisch psycholoog zijn.
- Bij de tandartsen is het aantal werkzamen lager dan bij de vorige raming als gevolg van het hanteren van een andere definitie van werkzaam. Voor deze raming is het aantal tandartsen dat actief lid is van de beroepsvereniging als vertrekpunt genomen.
- Bij de basisartsen is een afname waar te nemen. Dat komt omdat de uitstroom hoger is dan de instroom en is mogelijk ook nog een gevolg van de grote uitstroom in 2023 die nog verband houdt met de invoering van de herregistratie in 2018 en de coulance regeling tijdens covid.

Onvervulde vraag en regionale tekorten

De onvervulde vraag is moeilijk objectief meetbaar. Voor de inschatting maken we onder andere gebruik van de vacaturemonitor van het Capaciteitsorgaan³ en werkgeversonderzoeken. Relevant is dan vooral het percentage (langer) dan drie maanden openstaande vacatures ten opzichte van het aantal werkzame zorgprofessionals. Voor de verschillende beroepsgroepen zijn daarnaast aanvullende bronnen gebruikt voor inzicht in arbeidsmarkttekorten.

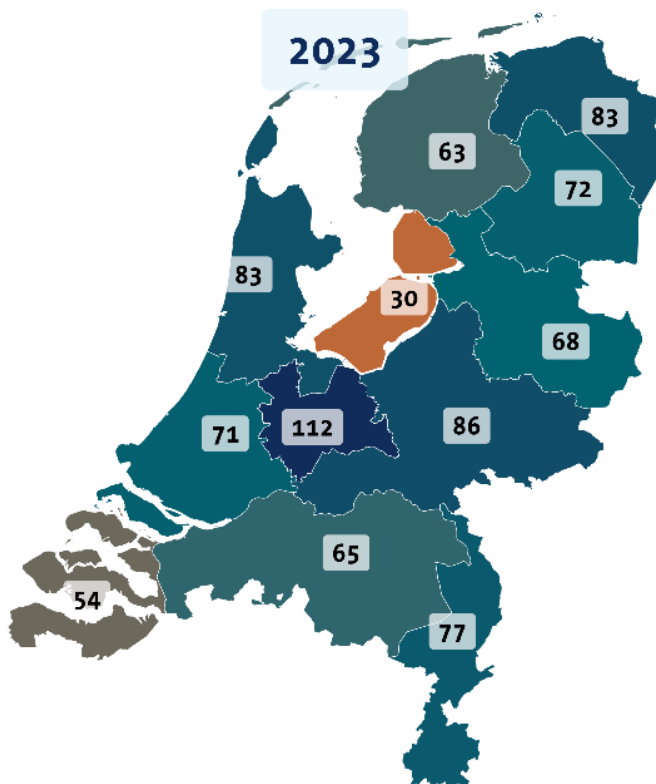
De tekorten zijn het grootst in de sociale geneeskunde en voor de beroepen geestelijke gezondheid. Ook voor de specialist ouderengeneeskunde en arts VG zijn de onvervulde vraag relatief hoog. Bij de specialisten ouderengeneeskunde zijn de tekorten echter afgenomen ten opzichte van de vorige raming vanwege de groei van het aantal werkzame specialisten. Bij de medisch specialisten zijn er aanzienlijke tekorten bij de spoedeisende geneeskunde en neurologie. Bij enkele medisch specialisten is nog sprake van een licht overschot, zoals cardio-thoracale chirurgie en heelkunde.

Voor diverse beroepsgroepen geldt dat de werkzame zorgprofessionals niet evenredig over het land zijn verspreid. Hoewel landelijk het tekort nog meevalt, kunnen in sommige regio's grote tekorten ontstaan.⁴ Tekorten voor bijvoorbeeld medisch specialisten spelen vooral in de perifere regio's, ter-

³ [Vacatureoverzicht medische beroepen Archieven - Capaciteitsorgaan](#)

⁴ In een enkele raming zoals bij de tandartsen en de mondhygiënist zijn grote tekorten in regio's reden geweest de onvervulde vraag iets op te hogen.

wijl tekorten voor verpleegkundig specialisten zich (ook) in de Randstad voordoen. Alle verantwoordingsrapporten geven een overzicht van de spreiding van de zorgprofessionals op basis van hun woonplaats over het land. Ter illustratie is in Figuur 4 het aantal beschikbare huisartsen per provincie en per 100.000 inwoners weergegeven.



Figuur 4 Aantal beschikbare huisartsen naar woonplaats op 100.000 inwoners per provincie

Alle provincies in Nederland profiteren niet in dezelfde mate van het aanbod van zorgprofessionals. Over het algemeen is in de regio's Zeeland, Flevoland, Friesland en Overijssel de beschikbaarheid van zorgprofessionals per 100.000 inwoners relatief laag. Voor artsen en specialisten geldt in meer algemene zin dat deze relatief meer in de Randstad en het midden van het land en minder in de perifere regio's beschikbaar zijn.

4 Verwachte aanbod zorgprofessionals

Uitstroom en instroom

Bij een relatief oudere beroepsgroep zoals de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen is de uitstroom relatief hoog. Hoe ouder de beroepsgroep, hoe meer er per jaar zullen uitstromen vanwege pensioen. Dat betekent dat de vervangingsvraag om het aantal professionals op peil te houden relatief ook hoog is.

Bij de artsen in de spoedeisende geneeskunde en de physician assistants zien we juist dat vanwege de leeftijdsopbouw de jaarlijkse uitstroom relatief laag is en tegelijkertijd de jaarlijkse instroom relatief hoog. Ter illustratie is in Tabel 2 de uitstroom en instroom voor een aantal beroepsgroepen weer gegeven, in percentages van het aantal werkende zorgprofessionals.⁵ Bij de groeiberoepen klinische geriatrie, neurologie en verpleegkundig specialisten AGZ is de instroom vanuit opleiding hoger dan de uitstroom. Daarbij gaat het ook vaak om relatief jongere beroepsgroepen.

Tabel 2 Jaarlijkse uitstroom en instroom ten opzichte van het aantal werkzame zorgprofessionals

Beroep	Werkzame zorgprofessionals 2025	Uitstroom in 2024 in % van aantal werkzame zorgprofessionals	Instroom in 2024 vanuit de opleiding (en buitenland)
Medisch Specialisten	26.202	4,0%	9,1%
Anesthesiologie	1.938	3,6%	3,9%
Cardiologie	1.178	3,3%	5,2%
Klinische geriatrie	430	2,1%	7,2%
Neurologie	1.065	2,9%	4,6%
Gynaecologie	1.154	3,6%	4,1%
Kindergeneeskunde	1.625	3,2%	3,5%
Psychiatrie	3.501	3,8%	4,6%
Spoedeisende geneeskunde	638	2,7%	5,8%
Huisartsgeneeskunde	14.347	3,1%	4,7%
Specialist Ouderengeneeskunde	1876	4,5%	6,6%
Physician Assistants	2.220	2%	11%
Verpleegkundig specialisten AGZ	4.040	3,4%	8,5%
Bedrijfsartsen	1.450	8,1%	7,0%
Verzekeringsartsen	770	6,8%	7,4%
Basisartsen	24.330	13,7%	12,5%
Maatschappij & Gezondheid arts M+G	585	6,5%	9,1%
Jeugdarts KNMG	743	2,6%	7,0%
Tandarts	9.270	3,8%	4,1%

Voor het berekenen van de uitstroom in het ramingsmodel trekken we trends uit het verleden door naar de toekomst. Dat betekent dat recente signalen over eerder stoppen met werken of uitstroom

⁵ Zie hiervoor ook de infographics van de afzonderlijke beroepsgroepen

vanwege bijvoorbeeld meer burnouts nog niet uit de historische data zijn af te lezen. Mede vanwege de gehanteerde berekeningswijze van de uitstroom is voor alle beroepsgroepen deze in deze raming gemiddeld iets lager dan in de vorige raming. De lagere uitstroom betekent dat de vervangingsvraag afneemt en heeft daarmee een dempende werking op het instroomadvies.

Het aantal uren dat men werkt in relatie tot aantal fte

Medisch specialisten blijken gemiddeld iets minder uren te werken dan in de vorige raming en huisartsen en sociaal geneeskundigen juist wat meer uren dan voorheen. Voor bijna alle beroepsgroepen geldt dat het aantal uren dat vrouwen en mannen werken steeds meer naar elkaar toegroeit. Om die reden is in de richtinggevende raming basisartsen ook geen onderscheid meer gemaakt naar geslacht.

De omvang van de fte factor in relatie tot het aantal gewerkte uren is aan verandering onderhevig. Terwijl in het verleden het aantal fte nogal eens werd gekoppeld aan het aantal dagdelen, zien we inmiddels veel meer variatie ontstaan tussen het aantal dagdelen dat men werkt en het aantal uren dat men per dag maakt. Zo blijken huisartsen meer werkuren te maken, terwijl de omvang van de fte factor zou zijn afgenomen. De relatie tussen het aantal gewerkte uren en de vertaling naar de fte factor vraagt in de volgende raming om een nadere verkenning.

Ook is een algemene tendens dat het aantal uren afneemt dat zorgprofessionals (extra) werken waar geen vergoeding tegenover staat. Het is niet langer meer vanzelfsprekend dat zorgprofessionals extra diensten of uren willen draaien en buiten werktijd beschikbaar zijn voor overleg en avond-bijeenkomsten. De impact van het anders omgaan met werktijden is moeilijk in fte uit te drukken. Het betekent dat een zorgprofessional die nu fulltime werkt (1 fte) feitelijk vroeger 1,1 fte werkte. Concreet zien we deze ontwikkeling terug bij de aanstellingen van anios in algemene ziekenhuizen. In het verleden kregen zij net als de aios een aanstelling voor 48 uur. Inmiddels krijgen anios in algemene ziekenhuizen conform de Cao contracten aangeboden van 36 tot maximaal 40 uur. Dat betekent dat er feitelijk minder fte anios beschikbaar is. Ook parttime aanstellingen behoren voor anios inmiddels tot de mogelijkheden.

Work-life balance en veranderende loopbanen

Het willen werken binnen de formele contracttijd is ook een indicatie van het belang dat beroepsgroepen hechten aan een leven buiten het werk. Het aantal uren dat men per week en/of in het weekend wil werken, lijkt eerder af te nemen dan toe te nemen. In de Cao-onderhandelingen is het aantal werkuren voor medisch specialisten nadrukkelijk een issue. De toekomstige impact is nog moeilijk in te schatten en daarom is er in de raming nauwelijks rekening mee gehouden.

Het onderzoek onder basisartsen laat zien dat werkplezier niet alleen afhangt van het aantal werkuren, maar vooral van de flexibiliteit en autonomie in het werk en de mogelijkheden tot persoonlijke ontwikkeling ofwel persoonlijke (regel)ruimte. Dergelijke drijfveren beïnvloeden de afwegingen die zorgprofessionals in hun loopbaan maken. Dat zien we ook terug bij verpleegkundig specialisten. Hoewel het merendeel wordt opgeleid voor werk in de medisch-specialistische zorg zijn er signalen dat verpleegkundig specialisten zich bezinnen op een eventuele overstap naar de ouderenzorg en de

huisartsenzorg. Bij basisartsen zien we meer twijfel over de toekomstige loopbaan en het langer zoeken naar wat het beste past. Behalve verpleegkundig specialisten en basisartsen werken ook GZ psychologen in diverse sectoren waar mobiliteit kan optreden. Er zijn diverse voorbeelden van medisch specialisten die op latere leeftijd de overstap maken naar een ander specialisme, zoals huisarts, bedrijfsarts, arts M+G of specialist ouderengeneeskunde.

5 Verwachte vraag naar zorgprofessionals

5.1 Demografische vraagontwikkelingen

In de ramingen zijn demografische ontwikkelingen afgeleid van de Kernprognose van het CBS.⁶ Drijvende factoren achter demografische veranderingen zijn: vergrijzing en migratie. De prognose is gebaseerd op het verwachte aantal geboortes, sterfte en migratie. Internationale migratie speelt naar verwachting een grotere rol in de toekomstige bevolkingsgroei dan geboorte en sterfte.⁷ De verwachte bevolkingsgroei in de Kernprognose komt grotendeels overeen met die van een jaar daarvoor in de Bevolkingsprognose 2023.⁸ De vorige raming gebruikte nog de Bevolkingsprognose 2020-2070.

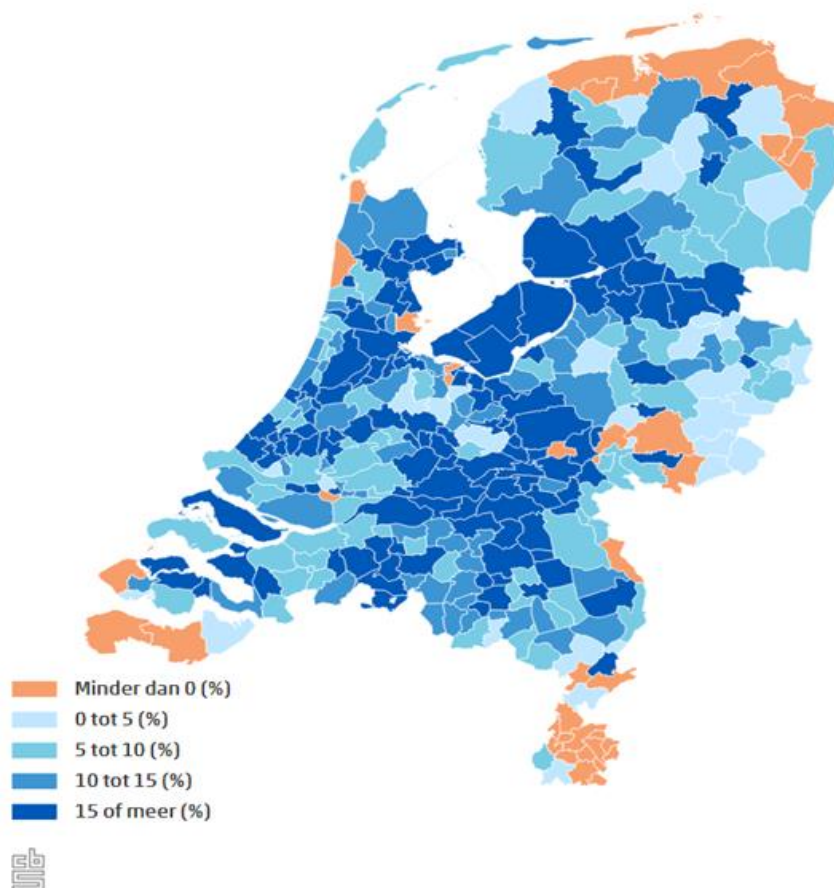
De bevolkingsgroei in 20 jaar valt iets lager uit dan in de vorige prognose. Ten opzichte van 2020 is de verwachting dat er de komende jaren minder kinderen worden geboren dan verwacht en dat het migratiesaldo hoger ligt. De vergrijzingspiek zal in 2040 zijn bereikt. De demografische groei zal voor de specialist ouderengeneeskunde en andere beroepen in de ouderenzorg wat hoger zijn, terwijl het voor kinderartsen en jeugdartsen vanwege het verwachte aantal geboortes juist lager uitpakt. Door de iets lagere groei van de bevolking heeft dat een dempende werking op het instroomadvies ten opzichte van de vorige adviezen.

Demografische veranderingen werken geografisch ook verschillend uit. In sommige regio's is er sprake van bevolkingskrimp, terwijl in andere regio's sprake is van bevolkingsgroei (Figuur 5).

⁶ <https://www.cbs.nl>, 17 december 2024.

⁷ Rapport van de Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050.

⁸ naar [Bevolkingsprognose 2023-2070: minder geboorten, meer migratie | CBS](#)



Figuur 5 Bevolkingsgroei 1995-2025 (Waar groeit of krimpt de bevolking? | CBS)

5.2 Niet-demografische ontwikkelingen in de verwachte vraag

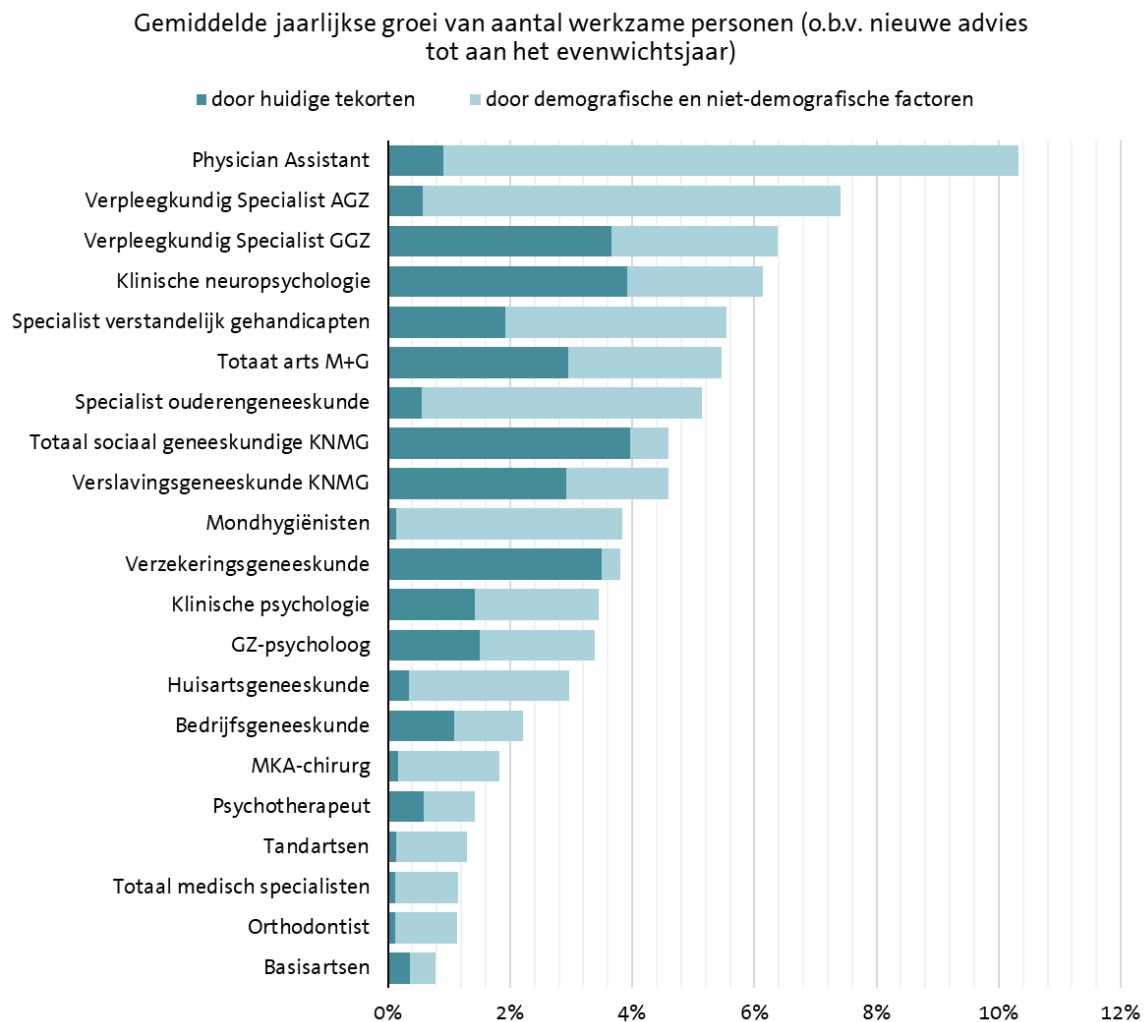
Tot de niet-demografische ontwikkelingen rekenen we zowel ontwikkelingen in de zorgvraag van patiënten, beleid van overheid en/of veldpartijen en ontwikkelingen in de organisatie van het werkproces. De ontwikkelingen brengen we samen in een jaarlijks groeipercentage voor de niet-demografische vraagfactoren gezamenlijk. Daarbij is nog geen rekening gehouden met eventuele extra zorgvraag ten behoeve van defensie. Omdat de ontwikkelingen in de vraag elkaar beïnvloeden, is het vooral van belang achterliggende verklarende factoren te onderkennen die een dempende of stimulerende werking hebben op de verwachte vraag.

Een aantal ontwikkelingen is voor alle beroepsgroepen relevant:

- Impact van zorgakkoorden. Het IZA, AZWA en Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg hebben de ambitie de zorgvraag (versneld) in te perken en daarmee ook de inzet van zorgprofessionals. De beleidsambities wijzen op het buiten de zorg zoeken van oplossingen voor hulpvragen in het sociaal domein en het voorkomen van zorg door preventie. Het AZWA geeft ook de ambities weer voor arbeidsbesparingen en financiële besparingen die in 2026-2028 gerealiseerd moeten worden. In het AZWA zijn verder diverse afspraken gemaakt over verster-

king van de eerstelijns, verschuivingen vanuit de ggz naar het sociaal domein en over passende zorg en digitalisering en AI. Ook geeft het AZWA aan dat meer moet worden opgeleid voor tekortberoepen. De verwachte en reeds zichtbare effecten van zorgakkoorden zijn in de ramingen verwerkt.

- Meer complexe zorgvraag. De zorgvraag stijgt door meer kwetsbare ouderen en patiënten met complexe problematiek als gevolg van co- en multimorbiditeit. De meer complexe zorgvraag doet zich nu zowel voor in de eerste lijn als in de tweede lijn. De meer complexe zorg vraagt naar verwachting om meer hoogopgeleide (BIG-geregistreerde) professionals. Vanwege de complexe zorgvraag zien we in de tweede lijn momenteel nog geen stabiele afname van de zorgvraag. Er zijn ook nog steeds voorbeelden van een overbelaste nulde of eerste lijn met als consequentie dat de zorgvraag verschuift naar de tweede lijn. Ook de druk op tandartsen zorgt voor meer werk voor tandheelkundig specialisten.
- Het zorgveld anticipeert op schaarste aan zorgprofessionals en financiële randvoorwaarden. Dat leidt tot soms inhoudelijke en soms tot pragmatische keuzes in het inzetten van meer physician assistants, verpleegkundig specialisten, praktijkondersteuners, basisartsen en masterpsychologen. Er zijn ook grote regionale verschillen in de beschikbaarheid van zorgprofessionals en dat beïnvloedt de functiemix waarmee in de praktijk wordt gewerkt. In diverse sectoren zien we verschuivingen in de functiemix ontstaan om meer werk aan te kunnen. Meer inzet van de physician assistants en verpleegkundig specialisten helpt de huisarts of de medisch specialist in de langdurige zorg of het ziekenhuis om zich op de meer complexe taken te richten. Daarnaast ontstaat ook vraag specifiek naar deze nieuwe beroepsgroepen. De substitutie van de ene beroepsgroep naar de andere beroepsgroep kent ook grenzen; na enige tijd treedt er verzadiging op. Voor de substitutie van de tandarts naar de mondhygiënist is daarom uitgegaan van een tijdelijke trend die op een gegeven moment zal uitdoven. Daarnaast neemt de vraag naar preventieve mondzorg toe en daarmee de inzet van mondhygiënist. Met het oog op de complexe zorgvraag is in de geestelijke gezondheidszorg behoefte de functiemix te veranderen. De totale vraag naar zorgprofessionals neemt nauwelijks toe, maar er is behoefte aan meer inzet van GZ psychologen en het opscholen van van masterpsychologen tot GZ psychologen.
- Bij verschillende beroepsgroepen zien we beweging ontstaan in de organisatie van zorg in lijn met afspraken in de zorgakkoorden, zoals rond passende zorg, versterking eerste lijn, digitalisering en AI. Zorgprofessionals geven aan dat digitalisering en AI hun werk vergemakkelijkt ook al verwachten zij op de korte termijn nog weinig tijds winst. De totale vraag neemt dan voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, arts VG en verslavingsarts in lijn met de zorgakkoorden meer toe dan de vraag naar medisch specialisten. In Figuur 6 is de totale vraag weergegeven in de benodigde jaarlijkse groep van de beroepsgroep.



Figuur 6 Verwachte vraag of benodigde groei diverse beroepsgroepen

Voor de lange termijn lijkt er meer vraag te ontstaan naar generiek opgeleide zorgprofessionals die breder inzetbaar zijn en flexibel en domeinoverstijgend in verschillende sectoren kunnen werken. Effecten van deze beweging worden mogelijk meer zichtbaar in volgende ramingen.

6 De geadviseerde instroom in (vervolg)opleidingen

Met behulp van een rekenmodel wordt in de ramingen de balans tussen zorgaanbod en de zorgvraag berekend en daarmee de benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen. In lijn met de doorgevoerde verbeteringen in het model voor de vorige raming zijn kleine correcties doorgevoerd in de rekenregels van het model. De instroomadviezen zijn weergegeven in Tabel 3 en worden hierna kort toegelicht.

Tabel 3 Instroomadviezen 2025 in relatie tot eerdere adviezen en gerealiseerde instroom in 2024**

Beroepsgroep	Advies raming 2019	Advies aanpassing 2020	Advies raming 2022	Advies raming 2025	Gerealiseerde instroom in 2024
Totaal medisch specialisten	1187	1288	1221	1320	1246
Huisartsgeneeskunde	879	921	1190	1026	720
Specialist ouderengeneeskunde	260	260	305	245	166
Arts verstandelijk gehandicapten	57	60	43	34	18
Basisartsen	2850		2850	3330	3015
Tandartsen	320	359	375	386	
Mondhygiënist	330	353	353	381	
Physician Assistants	250	261	286	320	259**
Verpleegkundig Specialist AGZ	429	442	474	594	422**
Verpleegkundig Specialist GGZ		235	248	256	183
Verslavingsgeneeskunde KNMG		19	33	23	16
GZ-psychologen	723	832	1885	1240	1133
Klinische neuropsychologie	21	29	26	19	18
Klinische psychologie	270	299	249	210	167
Psychotherapeuten	130	155	171	156	139
MKA-chirurg	12	12	15	14	15
Orthodontist	10	11	15	12	15
Bedrijfsartsen	250	264	258	148	128
Verzekeringsartsen	70	81	233	97	56
Arts M+G			248	67-84	59
Jeugdartsen KNMG	111	116	154	108	51
Profielarts IZB	15	16	37	14	24

** zie voor een nadere toelichting en volledig overzicht de desbetreffende ramingen

Medisch specialisten

In vergelijking met eerdere ramingen groeit de totale vraag naar medisch specialisten minder hard. Naast financiële beperkingen speelt voor medisch specialisten sterk het capaciteitstekort voor aanpalende beroepsgroepen. Vanwege de hogere uitstroom naar pensioen, de verwachte daling van werkuren en de lagere inschattingen in de vorige raming is bijsturing nodig in lijn met de raming

van 2019. De instroomadviezen zijn hoger voor twee specialismen met grote tekorten: de spoedeisende geneeskunde en neurologie.

Physician assistants en verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg

De inzet van physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (VS-AGZ) is sterk toegenomen hoewel niet alle geadviseerde opleidingsplekken zijn gehonoreerd. De verwachte vraag stijgt het sterkst in de langdurige zorg en huisartsenzorg. Veel huisartsenpraktijken die nu nog geen PA of VS-AGZ in dienst hebben, verwachten de PA en/of VS de komende jaren wel in te zetten. Dat sluit ook aan op het AZWA waarin de verpleegkundig specialisten als tekortberoep worden benoemd en wat kan helpen om vergrijzing op te vangen en de beweging naar meer welzijn en zorg dichtbij huis te realiseren. Ook in de medisch specialistische zorg is enige toename van PA en VS'en -AGZ voorzien. Door bepaalde taken over te dragen, kan de specialist zich op de meer complexe taken richten.

Huisartsen

Het aanbod van huisartsen is toegenomen maar ook de vraag naar huisartsen(zorg) blijft fors stijgen. De groeiende vraag naar huisartsen(zorg) kan deels worden opgevangen met taakverschuivingen binnen de huisartsenpraktijk, toenemende inzet van kunstmatige Intelligentie en efficiëntere regionale en geïntegreerde samenwerking. Nog steeds worden beschikbare opleidingsplekken voor huisartsen niet gevuld, hoewel de urgentie om tekorten in te lopen blijft bestaan.

De specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde is naast het werk in het verpleeghuis ook vaker nodig in de eerstelijnszorg. Ouderen kiezen er steeds vaker voor om langer thuis te wonen of in geclusterde woonvormen. In verpleeghuizen vindt taakverschuiving plaats naar verpleegkundig specialisten en physician assistants. Na de vergrijzingspiek in 2040 zal de zorgvraag geleidelijk weer wat afnemen. Sinds de vorige raming stabiliseren personeelstekorten zich en daalt de uitstroom vanwege de gunstiger leeftijdsopbouw. Beschikbare opleidingsplekken zijn tot nu toe niet allemaal gevuld.

Tandheelkundig specialisten

De vraag naar tandheelkundige specialisten groeit de komende jaren. MKA-chirurgie heeft te maken met toenemende complexiteit van behandelingen van een vergrijzende generatie die het gebit heeft behouden. Ook is de verwachting dat tandartsen sneller doorverwijzen naar MKA-chirurgen en ook meer naar orthodontisten. Voor orthodontisten nemen de behandelmogelijkheden toe en is orthodontie bij volwassen patiënten bezig aan een opmars. Bij de instroomadviezen voor deze kleine beroepsgroepen is rekening gehouden met beperking van grote schommelingen in de instroom.

Arts VG

De verwachte vraag naar arts VG stijgt als gevolg van een toenemende vergrijzing onder mensen met een verstandelijke beperking en stijging van de aantallen cliënten die niet in een instelling wonen. Tegelijkertijd is er sprake van een scherpere afbakening van de specialistische taken van de arts VG. De inzet van digitale zorg en AI komt nog traag op gang. De functiemix verandert en de inzet

van verpleegkundig specialisten, physician assistants en gedragsdeskundigen neemt toe. Beschikbare opleidingsplaatsen zijn tot nu toe niet gevuld, al neemt de instroom wel toe.

Sociaal geneeskundigen

De sociaalgeneeskundige beroepen kennen structurele tekorten en een hoge werkdruk. Om de urgentie te benadrukken, zijn bij de vorige raming relatief (te) hoge instroomadviezen afgegeven en is nu bijsturing nodig. In deze raming staat het realistisch gehalte voorop. Bij bedrijfsgeneeskundigen en verzekeringsartsen neemt de instroom in de opleiding iets toe, maar ook de vraag stijgt. Voor een aantal beroepen Maatschappij & Gezondheid geldt dat er meer werkuren worden gemaakt en neemt de vraag iets af door de inzet van verpleegkundigen en basisartsen. Er zijn grote onzekerheden vanwege dreigende bezuinigingen of juist meer inzet op preventie. Door opleidingsplekken voor arts M+G flexibel aan te bieden, zijn deze specialisten in verschillende werkvelden in te zetten.

Beroepen GG

De vraag naar mentale gezondheidszorg is groot, terwijl de financiële en personele ruimte gering is. De verwachting is dat bij de beroepen GG in lijn met de zorgakkoorden meer samenwerking met de eerste lijn en het sociaal domein plaatsvindt en dat een strengere selectie een sterke groei van de tweede lijn voorkomt. Het aantal werkzamen zal nauwelijks wijzigen, maar door de stijgende complexiteit van de zorg neemt de behoefte toe om de functiemix te veranderen en meer masterpsychologen op te leiden tot gz psychologen.

Mondzorg

In de mondzorg zijn er aanhoudende en regionaal uiteenlopende tekorten. Bij de tandartsen neemt de uitstroom iets af en de buitenlandse instroom toe. Tevens groeit de vraag door behoud van eigen identiteit en worden behandelingen complexer. Ook voor de mondhygiënist stijgt de demografie en neemt de vraag naar preventieve mondzorg toe. Dat maakt dat de instroomadviezen voor zowel tandartsen als mondhygiënist iets hoger uitvallen dan in de vorige raming.

Basisartsen

Voor basisartsen is voor het eerst een volledige, richtinggevende raming gedaan. Daarbij is behalve met het aantal benodigde aios ook rekening gehouden met de inzet van aios en anios in de praktijk van zorg en preventie. Met name in de medisch specialistische zorg vormen basisartsen een vaste, flexibele schil in de formatie. Structurele tekorten aan specialisten en soms ook aios zorgen voor een toenemende flexibele inzet van anios. Per cluster van specialismen verschilt het of de voorkeur uitgaat naar een basisarts en/of verpleegkundig specialist of physician assistant. Op basis van de vervangingsvraag, de onvervulde vraag en de demografische vraag is geadviseerd het aantal geneeskundestudenten op te hogen. Haalbaarheid is daarbij een aandachtspunt.

7 Aandachtspunten voor beleid

De taak van het Capaciteitsorgaan is om landelijke instroomadviezen af te geven om de vraag naar en aanbod van zorgprofessionals in balans te brengen. Uit de ramingen zijn ook andere aangrijpingspunten van beleid af te leiden die invloed hebben op de instroom en/of op de balans tussen vraag en aanbod.

- Door schaarste aan zorgprofessionals nemen regionale verschillen in beschikbaarheid van zorgprofessionals sterk toe. Voor het verminderen van regionale tekorten is verder verhogen van de instroom niet de beste remedie; er zijn aanvullende regionale oplossingen nodig om zorgprofessionals te bewegen zich in de regio te vestigen en/of te blijven. Regionale samenwerking over de grenzen van domeinen en beroepsgroepen heen lijkt steeds meer noodzakelijk om regionale tekorten effectief op te lossen. De verdeling van opleidingsplaatsen kan daarin sturen door rekening te houden met regionale tekorten.
- Krapte aan zorgprofessionals is een drijvende kracht in het veranderen van de functiemix en verschuivingen tussen sectoren. Tekorten in de ggz hebben hun weerslag op de huisartsenzorg en tekorten in de eerstelijns kunnen doorwerken in de tweede lijn. Hoge werkdruk kan ervoor zorgen dat professionals daarbij kiezen voor de meest comfortabele werkplek die juist het minst bijdraagt aan 'juiste zorg op de juiste plek'. Dat vraagt om meer sturing op het realiseren van de AZWA ambities en de functiemix. Voor het Capaciteitsorgaan is integraal ramen en oog hebben voor eventuele waterbedeffecten tussen sectoren cruciaal voor toekomstbestendig ramen. In de volgende raming wil het Capaciteitsorgaan daar stappen in zetten.
- Als de trend zich doorzet dat zorgprofessionals minder uren gaan werken dan heeft dat veel impact op de beschikbare capaciteit. Datzelfde geldt voor de uitstroom vóór de pensioenleeftijd. Meer uitval wordt in het ramingsmodel 'beloond' met hogere instroomadviezen. Voor plezier in het werk en het leven naast het werk doet persoonlijke (regel)ruimte ertoe. Het meer sturen op flexibiliteit en ontwikkelmogelijkheden in het werk voorkomt dat de beschikbare capaciteit in de toekomst verder afneemt door minder uren te werken of door vroegtijdige uitval.
- Conform de zorgakkoorden constateren we een toenemend bewustzijn dat niet alle zorgvraag onbeperkt en op maat is te leveren. De hulpvraag is niet altijd met zorg op te lossen en meer inzet is nodig op preventie of in de wijk en het sociaal domein. Diverse veldpartijen wijzen erop dat bij de stijgende en meer complexe zorgvraag het belangrijk is daadwerkelijk keuzes te maken in wat wenselijk en haalbaar is in de zorg. Het maken van afspraken in zorgakkoorden is een begin; het komen tot keuzes vraagt om het echte gesprek over de grenzen van zorg en de consequenties hiervan.
- Het Capaciteitsorgaan wil grote schommelingen in instroomadviezen vermijden, in het bijzonder voor kleine specialismen. De instroomadviezen zijn daarom gebaseerd op structurele

ontwikkelingen voor de lange termijn en een geleidelijke toename of afname van de instroom. Het werken met meer flexibiliteit in de opleidingscapaciteit is daarbij behulpzaam. In deze raming is voorgesteld de instroom voor de profieloverstijgende opleiding van artsen M+G meer flexibel te verdelen over de gesubsidieerde vervolgopleidingen juist ook omdat artsen M+G breder inzetbaar zijn. In toekomstbestendig ramen kan dat navolging krijgen voor meer beroepen.

- Hoewel de belangstelling van basisartsen voor de extramurale en sociaal geneeskundige beroepsgroepen toeneemt, is de geadviseerde instroom in deze vervolgopleidingen ondanks de vele initiatieven tot meer extramurale artsen en het breder opleiden nog moeilijk haalbaar. Zolang opleiding en werkveld de medisch specialist hoger waarderen dan de extramurale arts is de kans groot dat geneeskundestudenten hun loopbaangedrag niet gaan aanpassen. Een combinatie van meer diversiteit bij de instroom in de geneeskunde opleiding, evenredige aandacht voor de diverse specialismen en profielen, verbreding van de opleiding en meer waardering voor de extramurale arts lijkt nodig om het loopbaangedrag van basisartsen te kunnen sturen. Ook flankerend beleid kan loopbaankeuzegedrag beïnvloeden.

De aandacht voor schaarste en beperking van de zorgvraag is voor het Capaciteitsorgaan mede aanleiding voor een diepgaande reflectie op de toekomstbestendigheid van het ramingsmodel en de ramingsmethodiek. In de komende ramingsperiode wil het Capaciteitsorgaan daar verdere innovatieve stappen in zetten.

Bijlage 1 Samenstelling Algemeen Bestuur

Het Algemeen Bestuur heeft de adviezen van de Kamers besproken in haar vergaderingen op 10 december 2025 en 17 december 2025. Het betrof de adviezen van de Kamer Huisartsen, de Kamer Tandheelkundig Specialisten, de Kamer Eerstelijns Mondzorg, de Kamer Sociaal Geneeskundigen, de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde, Kamer arts VG, de Kamer PA/VS en de werkgroep en adviesgroep basisartsen.

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was als volgt:

Organisatie van beroepsbeoefenaars

Dhr. Jaap Kappert

Dhr. Theo Haasdijk

Mw. Heleen Staal (voorzitter Dagelijks Bestuur en Algemeen Bestuur vanaf 30 oktober)

Mw. Rona Hoven-Eveleigh

Mw. Raquel Abrahams

Mw. Astraia Rühl

Dhr. Frithjof Kroon

Dhr. Gert-Jan Prosman (tot 10 december)

Mw. Anneloes van den Broek (vanaf 1 december)

Organisaties van (praktijk)opleidingsinstellingen

Dhr. Jan den Boon (voorzitter Dagelijks Bestuur en Algemeen Bestuur tot 30 oktober)

Mw. Saskia Peerdeman

Dhr. Martin Schalijs

Dhr. Robert Zoutendijk

Mw. Karin Leferink (tot 1 maart)

Mw. Patricia Huijbregts

Mw. Hilda van der Hek

Mw. Cisca Wijmenga

Dhr. Frithjof Kroon

Mw. Margje Mahler

Mw. Kobien Mijland-Bessem

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. Jan Berkelmans

Dhr. Wout Adema (tot 10 december)

Dhr. Luc Dumoulin (vanaf 10 december)

Mw. Marjo Vissers

**Stichting Capaciteitsorgaan voor (vervolg)opleidingen van
professionals in de zorg**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 200 45 10

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl