

Capaciteitsplan 2027-2030

Kernrapport

Basisartsen

Capaciteitsplan 2027-2030

Kernrapport

Basisartsen



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

Conclusie advies opleidingsplekken geneeskunde	1
1 Ramen van basisartsen	2
1.1 Waarom deze raming?	2
1.2 Het ramingsmodel: balans tussen vraag en aanbod	2
2 Aanbod en onvervulde vraag in het basisjaar	3
2.1 Aanbod werkzame basisartsen in het basisjaar	3
2.2 Regionale spreiding en onvervulde vraag basisartsen	3
3 Verwacht aanbod en vraag in het evenwichtsjaar	4
3.1 Verwacht aanbod	4
3.2 Verwachte vraag	5
4 Doorrekening uitkomsten parameters model	6
5 Mogelijke toekomstbeelden en overwegingen	7
5.1 Toekomstbeelden rekening houdend met onzekerheid en realiteit	7
5.2 Overwegingen van haalbaarheid en eventuele alternatieve beleidsszenario's	7

Conclusie advies opleidingsplekken geneeskunde

Voor het eerst is een volledige raming uitgevoerd voor basisartsen. De raming is richtinggevend en te zien als een nulmeting die we in volgende ramingen uitbouwen. De raming berekent hoeveel studenten geneeskunde nodig zijn voor het vullen van de aiosplekken voor vervolgopleidingen én voor de inzet van basisartsen in de praktijk van zorg en preventie. Op dit moment bekostigt het ministerie van OCW 3.015 opleidingsplekken: 2.750 numerus fixus bachelor, 175 zijinstroom en 90 plekken onderzoeksmasters geneeskunde. Dit richtinggevend advies komt hoger uit, namelijk op totaal 3.330 opleidingsplekken geneeskunde.

Van de basisartsen in Nederland is drie vijfde werkzaam in ziekenhuizen, umc's en ggz-instellingen (cluster 2). In de sociale geneeskunde (cluster 3) werkt ongeveer 16% en eveneens 16% werkt in de huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingsgeneeskunde (cluster 1). De basisartsen wonen ongelijk verspreid over Nederland; de beschikbaarheid is het hoogst in de provincies met een opleiding geneeskunde.

Anios en aios zijn tot op zekere hoogte communicerende vaten. In de medisch-specialistische zorg (cluster 2) is het aantal aios en anios ongeveer gelijk. In cluster 1 zijn relatief meer aios en in de sociale geneeskunde juist relatief meer anios. Aios doen voor een groot deel werk van een (jonge) specialist. Anios zijn belangrijk voor het ontlasten van de aios.

Gezamenlijk zorgen aios en anios in ziekenhuizen voor een vaste, flexibele schil om schommelingen in de zorgvraag op te lossen. Er is vraag naar meer anios, met name voor meer generalistische specialismen met een hoge dienstbelasting. Anios zijn niet altijd te vervangen door verpleegkundig specialisten of physician assistants. De flexibele inzet van anios is nodig om stijgende zorgvraag en arbeidsbesparende en financiële afspraken in zorg- en welzijnsakkoorden op te vangen.

De overige specialismen hebben anios vooral nodig om aios te werven. In de praktijk lossen anios in specialismen als ouderenzorg, jeugdgezondheidszorg en Arbeid en Gezondheid structurele tekorten op aan specialisten en aios. Primair zet men hier echter in op meer specialisten en meer aios. Een tekort aan aios in de sociale geneeskunde zal blijven vragen om extra inzet van anios. In cluster 1 richt uitbreiding zich eerder op verpleegkundig specialisten en physician assistants dan op anios.

De verwachting is dat naast demografische groei de overige vraag naar basisartsen niet toeneemt, maar voorlopig ook niet afneemt. Bij minder uren werken, zijn juist meer basisartsen nodig. Het is nog onzeker of initiatieven voor meer extramurale artsen ertoe leiden dat meer basisartsen hun loopbaan buiten het ziekenhuis gaan vervolgen. Als de beweging richting extramuraal en sociale geneeskunde niet op gang komt, kan de concurrentie om medisch-specialistische opleidingsplekken verder toenemen. Het is ook nog niet helder of de huidige generatie basisarts even vaak als vroeger specialist gaat worden. Hoewel uitbreiding van het aantal geneeskundestudenten gelet op de aanmeldingen zeker haalbaar is, kan het tot meer knelpunten leiden in de opleidingscapaciteit, zoals langere wachttijden voor de coschappen.

1 Ramen van basisartsen

1.1 Waarom deze richtinggevende raming?

Dit ramingsrapport beantwoordt de vraag: hoeveel basisartsen heeft Nederland in de toekomst nodig? Dit advies van het Capaciteitsorgaan vormt de basis waarmee het ministeries van OCW de numerus fixus voor de bachelor geneeskunde en het maximaal aantal bekostigde plekken geneeskunde kan vaststellen.

Het doel van deze raming is om een meer volledig beeld te geven van de vraag naar basisartsen. Eerdere adviezen richtten zich alleen op het aantal geneeskundestudenten dat nodig was voor de vervolgopleidingen. De afgelopen jaren werd echter steeds meer duidelijk dat inzet van basisartsen ook nodig is voor de uitvoering van artsenvoerwerk in de diverse geneeskundig specialismen. Tekorten aan anios kwamen steeds pregnanter naar voren. Daarom brengt deze raming voor het eerst beide aspecten samen: de behoefte aan basisartsen voor aiosplekken én de inzet van basisartsen in de praktijk.

Omdat dit de eerste volledige raming van basisartsen is, beschouwen we deze als richtinggevend voor volgende ramingen. Het is als het ware een nulmeting waar volgende ramingen op voortbouwen. Ter voorbereiding van deze raming is in 2024 een vooronderzoek uitgevoerd onder basisartsen. Daarnaast heeft een werkgeversonderzoek plaatsgevonden, waarbij ook voor het eerst is gevraagd naar de inzet van basisartsen in de praktijk en de behoefte aan opschaling of afschaling daarvan.

Met basisartsen bedoelen we hier jonge artsen die een Artikel 3 BIG-registratie hebben en nog aan het begin van hun loopbaan staan. Ze verschillen van ervaren (45+) artsen en artsen die specialist zijn of in het profielartsenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen geregistreerd staan als arts KNMG. Basisartsen zijn vooral werkzaam als aios, (promotie-)onderzoeker en/of als anios. Anios zijn basisartsen die tijdelijk een artsfunctie vervullen in de praktijk en daarna weer tijdelijk elders als arts aan het werk gaan. De specialismen waarin de basisartsen werken, onderscheiden we naar de drie clusters van de KNMG.¹

1.2 Het ramingsmodel: balans tussen vraag en aanbod

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan onderscheidt parameters die betrekking hebben op de vraag naar en het aanbod van basisartsen in het basisjaar (2025) en in het evenwichtsjaar (2043).² Voor het bepalen van de waarden van de parameters is een combinatie van verschillende bronnen gebruikt: bestaande datasets van bijvoorbeeld CBS Statline, het eerder genoemde vooronderzoek onder basisartsen en het werkgeversonderzoek, verdiepende expertsessies en deskresearch. Een werkgroep en adviesgroep met vertegenwoordigers van opleidingsinstellingen, beroepsgroepen, aios, geneeskundestudenten en zorgverzekeraars adviseerde en ondersteunde het ramingsproces.

¹ [Wat zijn clusters? | KNMG](#). Cluster 1 omvat huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, gehandicaptenzorg, verslavingsgeneeskunde. Cluster 2 omvat de medisch-specialistische zorg in umc's, ziekenhuizen en ggz-instellingen. Cluster 3 betreft sociale geneeskunde, zowel arbeid en gezondheid als maatschappij en gezondheid en forensische geneeskunde.

² Voor de toelichting op het ramingsmodel zie Verantwoording Basisartsen en/of [totstandkoming-ramingen-Capaciteitsorgaan.pdf](#).

De doorrekening van de parameters van het model vormt de basis voor dit richtinggevend instroomadvies, waarbij we ook ingaan op overwegingen van haalbaarheid, onzekerheid en realisme. Ook staan we stil bij mogelijke effecten van beleid zoals het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) dat in juli 2025 werd gesloten.

Dit kernrapport bespreekt globaal de onderdelen van de raming en het advies voor het aantal geneeskundestudenten. De bijbehorende Verantwoording beschrijft in detail hoe de data zijn verzameld en geanalyseerd.

2 Aanbod en onvervulde vraag in het basisjaar

2.1 Aanbod werkzame basisartsen in het basisjaar

In 2025 werken in Nederland ongeveer 24.330 basisartsen. Ongeveer een achtste is ouder dan 45 jaar. De andere basisartsen staan aan het begin van hun loopbaan. Iets minder dan de helft van deze basisartsen is in opleiding tot specialist of arts KNMG.³

De spreiding van basisartsen over clusters van specialismen is al jaren vrij constant. Ongeveer drievijfde werkt in de medisch-specialistische zorg inclusief de psychiatrie/ggz (cluster 2), ongeveer een zesde van de basisartsen is werkzaam in cluster 1 (huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, arts VG en verslavingsgeneeskunde) en ook ongeveer een zesde is werkzaam in de sociale geneeskunde (cluster 3). In cluster 1 zijn naar verhouding meer aios dan anios, in cluster 2 is dat ongeveer gelijk en in cluster 3 zijn er relatief weinig aios en juist meer anios. Veel van de aios in cluster 1 en 3 hebben eerder als anios gewerkt in cluster 2. Een gering aantal basisartsen (3%) werkt elders, buiten zorg en welzijn.

Het aantal uren dat basisartsen werken, verschilt tussen aios en anios en tussen clusters. Conform contractduur werken aios en anios in cluster 1 en 3 gemiddeld 36 uur. In de ziekenhuizen en umc's werken aios 46 tot 48 uur en anios conform de Cao ziekenhuizen 36 tot maximaal 40 uur en in umc's maximaal 46 uur. De beschikbare capaciteit aan anios in ziekenhuizen is fors afgenomen doordat anios in eerdere jaren werden aangesteld op een contract vergelijkbaar met een aios. Ook de invoering van de herregistratie vanaf 2018 werkt nog door in het aantal beschikbare basisartsen.

2.2 Regionale spreiding en onvervulde vraag basisartsen

In Nederland zijn er gemiddeld zo'n 135 basisartsen op 100.000 inwoners. De verdeling over het land verschilt:

- In de provincies waar de opleiding geneeskunde is, zijn relatief veel basisartsen actief.
- Overijssel en Noord-Brabant liggen onder het gemiddelde.
- In Drenthe, Friesland, Flevoland en Zeeland vinden we de laagste aantallen basisartsen.

³ De meeste aios doen een opleiding die opleidt tot specialist; dat is een artikel 14 BIG-beroep. Er zijn ook artsen die een zogenaamde profielopleiding doen die leidt tot een registratie als KNMG-arts in het register van RGS. De KNMG-arts kan ook nog een (tweede fase) vervolgopleiding doen tot specialist (arts M+G). De KNMG-arts blijft basisarts en hoort tot artikel 3 BIG; de arts M+G is specialist en is een artikel 14 BIG-beroep.

De onvervulde vraag naar basisartsen is gemiddeld 6,5%. Tekorten aan anios zien we in cluster 1 en cluster 3. Tekorten aan anios komen – om verschillende redenen - in alle clusters voor.

3 Verwacht aanbod en vraag in het evenwichtsjaar

3.1 Verwacht aanbod

De totale instroom in het BIG-register komt grofweg overeen met het aantal geneeskundestudenten dat zeven jaar eerder aan de bachelor opleiding geneeskunde begon. In 2024 stromen er 2.698 basisartsen in met een Nederlands diploma geneeskunde en 339 met een buitenlands diploma. Er stromen 3.334 basisartsen uit: 2.032 als specialist en van 1.302 eindigt de inschrijving in het register. De huidige numerus fixus voor de bachelor is 2.750 en samen met een zijinstroom van 175 en 90 instroomplekken voor onderzoeksmasters geneeskunde levert dat een totaal op van 3.015 bekostigde geneeskundestudenten per jaar. Behalve geneeskundestudenten die hun master hebben afgerond, stromen jaarlijks ongeveer 325 basisartsen in die hun geneeskunde opleiding in het buitenland hebben gevolgd.

Van basisartsen die al langer in het BIG-register⁴ staan, weten we dat:

- gemiddeld 80% een vervolgopleiding tot specialist afrondt;
- ongeveer een vijfde binnen 5 jaar specialist wordt;
- meer dan tweederde na 10 jaar specialist is;
- een gering percentage arts KNMG blijft zonder specialist te worden;
- bij de eerste herregistratie na 5 jaar zo'n 6% is uitgeschreven uit het BIG-register.

Recent geregistreerde basisartsen lijken er langer over te doen om specialist te worden. Omdat deze basisartsen nog niet hun vervolgopleiding hebben voltooid, is onduidelijk of zij nog even vaak een vervolgopleiding afronden. Op basis van het vooronderzoek onder basisartsen blijkt dat:

- van de onderzochte basisartsen minder dan 2% na de geneeskundeopleiding zeker weet geen specialist te worden.
- gemiddeld ongeveer iets meer dan een kwart na de geneeskundeopleiding nog niet zeker weet een vervolgopleiding te gaan doen. Bij de recent afgestudeerde anios (2021-2023) is dat inmiddels gestegen tot een derde. De belangrijkste reden: ze willen zich nog niet vastleggen en via een aniosplek ontdekken wat bij hen past.

Loopbaanpatronen basisartsen

De periode tussen het afronden van de opleiding geneeskunde en het instromen in een vervolgopleiding heeft voor veel basisartsen toegevoegde waarde. De periode duurt gemiddeld 3,7 jaar en basisartsen vervullen dan aniosplekken en/of doen promotieonderzoek. In die periode zien we verschillende loopbaanpatronen:

⁴ 1997 tot en met 2012.

- Basisartsen die zich doelgericht voorbereiden op de vervolgopleiding. Deze artsen zijn voornamelijk inhoudelijk gedreven en proberen hun kansen op een aiosplek te vergroten. Dit gedrag zien we het meeste terug in de medisch-specialistische zorg.
- Basisartsen die nog zoekende zijn, gebruiken de tussenperiode om zich te ontwikkelen als arts en werkende weg uit te vinden welke loopbaan bij hen past. Ook deze basisartsen zijn inhoudelijk gedreven, maar hechten daarnaast ook waarde aan persoonlijke (regel)ruimte en denken na over hoe hun leven als specialist zal zijn.
- Ongeveer een vijfde van beide groepen twijfelt over de keuze van een specialisme.
- Een deel van de basisartsen heeft in deze tussenperiode behoefte aan meer ondersteuning en support. Werkgevers spelen daar de laatste jaren ook op in met programma's voor persoonlijke ontwikkeling en traineeships. Het 'enkelvoudig' aniosschap binnen een specialisme lijkt daarbij aan betekenis te verliezen.

Onzekerheden

De laatste jaren is er meer aandacht voor brede inzetbaarheid van basisartsen en voor extramurale artsen, zowel in de geneeskundeopleiding zelf als in de werving.⁵ Dat zou ertoe kunnen leiden dat meer basisartsen bewust gaan kiezen voor extramurale zorg en/of preventie en hun toekomst vinden in specialismen van cluster 1 en/of cluster 3. Momenteel is die verschuiving nog niet zichtbaar, al zien we op dit moment wel een groeiende belangstelling voor jeugdgezondheidszorg, bedrijfsgeneeskunde en voor loopbanen buiten het ziekenhuis. Het is ook mogelijk dat op de lange termijn de scheidslijnen tussen intramurale en extramurale specialismen meer en meer vervagen.

3.2 Verwachte vraag

De verwachte demografische vraag naar basisartsen stijgt de komende jaren gestaag. Uitgaande van de Bevolkingsprognose CBS ontstaat een geringe groei van ongeveer 0,45% per jaar. Naast demografie zijn er ook andere vraagfactoren, die tot uitdrukking komen in de vraag naar aios en veranderingen in de inzet van basisartsen in het werkproces.

Gelet op de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor geneeskundig specialismen in 2025 neemt het aantal aiosplekken af met ongeveer 1,5% per jaar ten opzichte van de toegekende plekken in 2023. Er is iets meer vraag naar aiosplekken voor cluster 1 en cluster 2 en voor cluster 3 neemt de vraag juist wat af. Die afname betreft vooral opleidingsplekken die tot op heden niet werden vervuld. De stijging van de verwachte inzet van anios in de drie clusters, komt eveneens op ongeveer 1,5%. In combinatie met de afname van aiosplekken betekent dat dat de andere vraagfactoren uitkomen op 0%.

Verwachte functiemix in de praktijk van zorg en preventie

De inzet van de basisartsen in de praktijk hangt samen met de inzet van specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants. We lichten dat hier verder toe voor de drie clusters van specialismen.

⁵ [Onderzoeksrapport-Extramurale-capaciteit-2025.pdf](https://onderzoeksrapport-extramurale-capaciteit-2025.pdf); <https://www.medischcontact.nl/actueel/federatienieuws/federatiebericht/actieplannen-meer-extramurale-artsen-1>

Cluster 1

Deze specialismen lijken in de praktijk liever aios in te zetten dan anios. De inzet van anios is vooral gericht op het werven van kandidaten voor aiosplekken. In de ouderenzorg komt de vraag naar anios voort uit structurele tekorten aan specialisten en aios. Men wil hier echter meer physician assistants en verpleegkundig specialisten inzetten om de personeelsbezetting rond te krijgen en als alternatief voor de inzet van anios. Er vindt waarschijnlijk nauwelijks opschaling van anios plaats.

Cluster 2

In ziekenhuizen vormen anios met aios een vaste flexibele schil in de formatie. Ziekenhuizen hebben meer sturingsmogelijkheden bij het aanstellen van anios dan aios. Anios verlichten het werk van aios en medisch specialisten en helpen de stijgende zorgvraag opvangen. De inzet verschilt sterk per medisch specialisme en per ziekenhuis/umc of ggz-instelling, afhankelijk van strategische, pragmatische en culturele afwegingen. Met name generieke specialismen met grote dienstbelasting vragen meer anios. Sommige vakgroepen/ziekenhuizen geven daarbij de voorkeur aan basisartsen boven verpleegkundig specialisten en physician assistants. Bij andere vakgroepen/ziekenhuizen hangt het af van welke professional beschikbaar is. Ziekenhuizen spannen zich de laatste jaren meer in om anios aan te trekken en te binden. We verwachten op basis van het werkgeversonderzoek een blijvende toenemende vraag naar anios in ziekenhuizen.

Cluster 3

In cluster 3 is een structureel tekort aan zowel specialisten als aios. Anios worden hier vooral ingezet om de doorstroom naar een aiosplek te stimuleren, maar instellingen gebruiken hen ook om structurele tekorten op te vangen. Dat gebeurt vooral bij Arbeid en Gezondheid en in de jeugdgezondheidszorg. Naarmate meer aios en artsen KNMG beschikbaar zijn, daalt de behoefte aan extra inzet van anios. De vraag naar anios blijft naar verwachting beperkt.

Onzekerheden

Mogelijk dat basisartsen in de toekomst breder inzetbaar worden gelet op ontwikkelingen in de inrichting van het specialistenlandschap, de vervolgopleidingen en de geneeskundeopleiding. Werkgevers zullen steeds nieuwe oplossingen zoeken om de schaarste op te vangen. De functiemix in de toekomst en de rol van basisartsen daarin zal afhankelijk zijn van de mate waarin specialisten, aios, anios, physician assistants en verpleegkundig specialisten beschikbaar zijn. Die beschikbaarheid zal per regio verschillen. Op lange termijn zal naar verwachting de flexibele inzet van basisartsen in de praktijk nodig blijven.

4 Doorrekening uitkomsten parameters model

Op dit moment komen er jaarlijks 3.015 studenten geneeskunde bij. Doorrekening van het ramingsmodel, op basis van alle ingeschatte parameters, levert de volgende resultaten op voor het totaal benodigde aantal geneeskundestudenten in de geneeskunde:

- 2.750 voor het alleen voldoen aan de vervangingsvraag;
- 3.016 om te voldoen aan de vervangingsvraag en het inlopen op de onvervulde vraag;

- 3.330 bij het ook rekening houden met de demografische groei;
- 3.330 bij het ook rekening houden met andere stuwende en dempende vraagfactoren.

5 Mogelijke toekomstbeelden en overwegingen

5.1 Toekomstbeelden rekening houdend met onzekerheid en realiteit

De verwachte andere vraagfactoren naar basisartsen zijn gebaseerd op een geringe daling van het aantal aiosplekken en een geringe stijging in de vraag naar anios. Het aantal aios en het aantal anios zijn tot op zekere hoogte communicerende vaten. Wanneer het aantal aios in een specialisme afneemt en/of de aios vanwege opleidingsverplichtingen minder beschikbaar is dan is de kans groot dat juist de vraag naar flexibele capaciteit van anios toeneemt. Wanneer het bovendien moeilijk blijkt specialisten, verpleegkundig specialisten of physician assistants in de regio te werven, zal er vraag blijven naar tijdelijke inzet van anios. Wanneer in de toekomst meer verpleegkundig specialisten of physician assistants in de regio beschikbaar zijn, zullen met name in cluster 1 en 2 specialisten minder anios nodig zijn.

Ter completering van de mogelijke toekomstbeelden is nagegaan wat het effect is als deze vraagfactoren de komende 10 jaar met 1% dalen dan wel met 1% toenemen.

- Bij een daling met 1% zijn minder geneeskundestudenten nodig (totaal 2.863).
- Bij een stijging met 1% zijn er meer geneeskundestudenten nodig (totaal 3.797).

Een daling of stijging met 1% lijkt op de korte termijn niet waarschijnlijk. Een stijging met 1% is getoetst op de ingeboekte besparingen in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) onrealistisch. Hoewel het AZWA de ambitie heeft arbeidsbesparingen op korte termijn te realiseren (in de jaren 2026 tot 2028) is de verwachting dat meer tijd nodig is. Op korte termijn zal de zorgvraag nog niet afnemen en zal de werkdruk bij specialisten in ziekenhuizen hoog blijven. De inzet van basisartsen zal daarom noodzakelijk blijven om werkdruk te verlichten en om schommelingen in de zorgvraag op te vangen. Ook een daling van de vraag met 1% lijkt op dit moment nog niet realistisch. Wanneer in de toekomst meer verpleegkundig specialisten of physician assistants beschikbaar zijn, kan dat tot gevolg hebben dat ziekenhuizen hen steeds meer als alternatief voor de anios gaan inzetten.

5.2 Overwegingen van haalbaarheid en eventuele alternatieve beleidsscenario's

Voldoende belangstelling voor opleiding geneeskunde en knelpunten opleidingscapaciteit

Het aantal aanmeldingen voor de opleiding geneeskunde is nog steeds vele malen hoger dan het aantal toegelaten studenten. Opleidingsinstellingen zien mogelijkheden om meer geneeskundestudenten toe te laten tot de opleiding geneeskunde; studenten zien eerder praktische problemen en verwachten dat bij meer geneeskundestudenten de wachttijden bij de coschappen verder oplopen.⁶

⁶ Vergelijk ook: [250311-Correctie-naslagdocument-wachttijd.pdf](#)

Andere spreiding basisartsen over de clusters van specialismen

Mogelijk dat basisartsen die na de geneeskunde opleiding nu nog twijfelen over een vervolgopleiding in de toekomst eerder en bewuster kiezen voor cluster 1 en/of cluster 3 specialismen. Dat betekent dat – bij een gelijkblijvende zorgvraag – de onvervulde vraag naar aios bij deze clusters afneemt en mogelijk ook minder anios nodig zijn voor het opvangen van tekorten. De inschatting is dat een andere spreiding niet zomaar van de grond komt. Een combinatie van meer diversiteit bij de instroom in de opleiding geneeskunde, evenredige aandacht tijdens de opleiding voor 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.

Basisartsen breder inzetbaar

Mogelijk dat toekomstige visies op een breder inzetbare basisarts, meer generiek opleiden in de bachelor geneeskunde en in vervolgopleidingen alsook de visies rond het opleidingscontinuüm effect hebben op de lengte van de aniosperiode en het aantal basisartsen dat promoveert. Anios stromen dan mogelijk sneller in in een vervolgopleiding en zijn kortere tijd beschikbaar op de arbeidsmarkt. Ook kan het zijn dat aios sneller uitstromen als generiek specialist. Op dit moment is geen precieze inschatting te maken van de effecten van een breder inzetbare arts op het aantal benodigde basisartsen.

Minder uren werken

In deze richtinggevende raming is verondersteld dat basisartsen misschien in de toekomst wel minder uren willen werken, maar dat dat in de praktijk nauwelijks valt te realiseren. Het is moeilijk in te schatten hoeveel basisartsen op dit moment nog meer dan 1 fte werken. Als basisartsen structureel parttime gaan werken en minder uren maken, dan neemt de beschikbare capaciteit af en neemt de vraag naar basisartsen verder toe. Gelet op de aandacht van geneeskundestudenten voor leven naast het werk en lopende Cao-onderhandelingen over het aantal werkuren is het aannemelijk dat het aantal beschikbare werkuren van basisartsen in de toekomst eerder afneemt dan toeneemt.

Richtinggevend advies op basis van richtinggevende raming

Voor het eerst is een volledige raming voor basisartsen uitgevoerd. Daarbij is ook nadrukkelijk gekeken naar de productieve inzet van basisartsen in de praktijk mede als gevolg van ervaren tekorten aan basisartsen. Het rekening houden met de inzet van basisartsen in de praktijk zorgt dat het advies voor het aantal geneeskundestudenten hoger uitvalt dan eerdere adviezen. De raming fungeert als een nulmeting voor volgende ramingen waarin ontwikkelingen en verwachtingen verder zijn te onderzoeken en te monitoren, zodat de raming steeds nauwkeuriger wordt.

**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 2004510

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