

Capaciteitsplan 2027-2030

Kernrapport

Huisartsgeneeskunde

Capaciteitsplan 2027-2030

Kernrapport

Huisartsgeneeskunde



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 en instroomadvies	1
1 Inleiding	2
2 Huidige situatie: meer aanbod, maar ook meer vraag	2
3 Verandering in aanbod: stijging vlakt wat af door meer uitstroom en te lage instroom	6
4 Verandering in vraag: vergrijzing en grotere rol voor de huisartsen(zorg)	7
5 Instroomadvies: zoeken naar balans tussen ambitie, haalbaarheid en realiteit	9
6 Overwegingen	12

Conclusie en instroomadvies

Het aantal huisartsen is sinds 2022 toegenomen en de vraag naar huisartsen(zorg) blijft stijgen. Dat komt door vergrijzing, de complexere zorgvraag, multimorbiditeit en de wens en noodzaak om de eerstelijnszorg te versterken.

Verwacht wordt dat taakverschuivingen binnen de huisartsenpraktijk, inzet van artificiële intelligentie en efficiëntere regionale en meer op elkaar afgestemde samenwerking helpen de groeiende vraag wat te dempen. Ze vangen de groeiende vraag echter niet volledig op.

Op basis van alle ontwikkelingen komt het instroomadvies uit op **1.026** instromers voor de jaren vanaf 2027. Door een combinatie van onder andere een percentueel lagere bevolkingsprognose en een andere inschatting van de factor arbeidstijdverkorting komt het instroomadvies lager uit dan bij de vorige raming.

Het lagere instroomadvies betekent nadrukkelijk niet dat de tekorten bij de huisartsen(zorg) en de aanpak daarvan minder urgent zijn geworden. De instroom in de opleiding tot huisarts blijft achter bij wat nodig is. De achterblijvende instroom wordt niet veroorzaakt door onvoldoende opleidingscapaciteit. Extra en gericht beleid om de instroom in de opleiding tot huisarts te verhogen en andere maatregelen om de balans tussen vraag en aanbod te beïnvloeden, kunnen voorkomen dat tekorten oplopen en beleidsambities, zoals versterking van de eerstelijnszorg, haalbaar blijven.

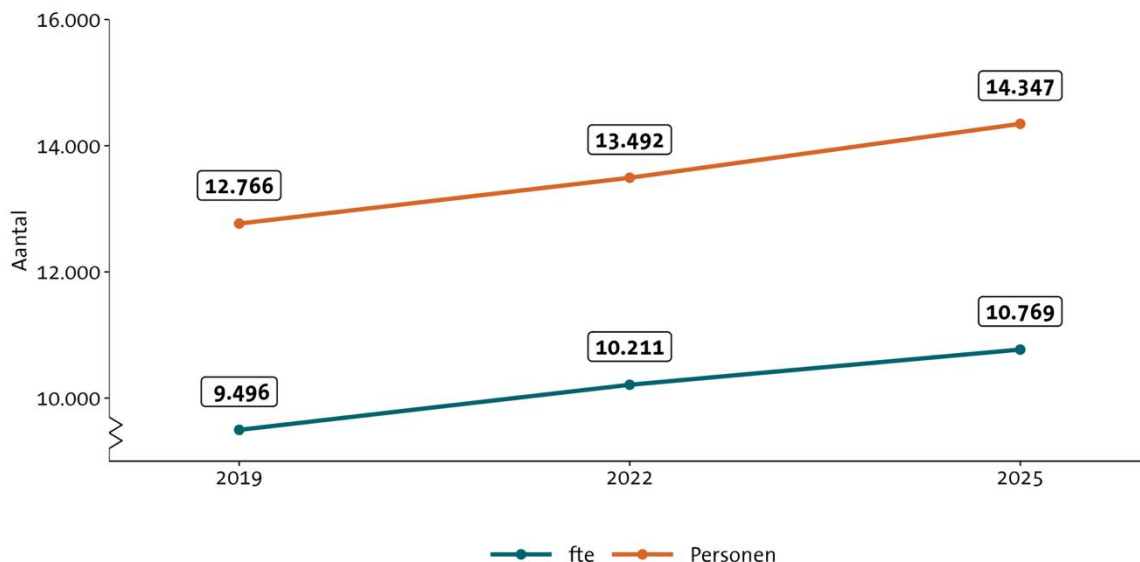
1 Inleiding

Het Capaciteitsplan Huisartsgeneeskunde dat bestaat uit een Kernrapport, een Verantwoording en Infographic, beantwoordt de vraag hoeveel huisartsen jaarlijks moeten worden opgeleid om in de toekomstige vraag naar huisartsen te voorzien. Dit instroomadvies geldt vanaf 2027 en richt zich op een evenwicht tussen zorgaanbod en zorgvraag in 2043. Het Capaciteitsplan is opgesteld op verzoek van het ministerie van VWS en is in samenwerking met veldpartijen (opleidingsinstellingen, beroepsgroep en verzekeraars) tot stand gekomen.

Dit Kernrapport geeft een overzicht van de huidige situatie, de belangrijkste verwachtingen over veranderingen in vraag en aanbod en het daaruit volgende instroomadvies. Daarnaast gaat het rapport in op de haalbaarheid van het advies en een aantal zogeheten beleidsscenario's. In de Verantwoording staat een uitgebreide toelichting op het model, aannames en methodiek.

2 Huidige situatie: meer aanbod, maar ook meer vraag

Op 1 januari 2025 werken in Nederland 14.347 huisartsen, ruim 6% meer dan in de vorige raming van 2022. Huisartsen werken gemiddeld 0,75 fte. Het aantal werkzame uren voor vrouwelijke huisartsen is 46,6 uur per week en mannelijke huisartsen 50,7 uur: dit verschil neemt geleidelijk af. Gemiddeld werkt een huisarts 48 uur per week wat neerkomt op 0,75 fte. Huisartsen zijn sinds 2018 gemiddeld vier uur meer gaan werken wat een stijging van 9% betekent. Deze vier uur extra gaan vooral naar administratieve taken en niet naar (in)direct patiëntencontact.¹



Figuur 1: aantal werkzame huisartsen in personen en in fte (2019-2025).

¹ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013* (2025).

Meer huisartsen per bewoner

Het aantal huisartsen per 100.000 inwoners stijgt ook. In 2013 waren er 65 huisartsen per 100.000 inwoners in Nederland en inmiddels zijn dat er 76. Tegelijkertijd stijgt ook de vraag naar huisartsen(zorg): het aantal contacten met de huisarts (en de praktijk) per 1.000 ingeschreven personen is gestegen. Dit komt ook doordat oudere mensen meer contacten met de huisarts hebben dan jongere mensen.² Ook het streven naar meer persoonlijke continuïteit, draagt bij aan de groei van het aantal huisartsen.³

Tekort aan huisartsen leidt tot meer taakverschuivingen

Het aantal huisartsen is gegroeid, maar niet genoeg om te compenseren voor de toegenomen vraag.⁴ De vacaturegraad (verhouding tussen het aantal vacatures en het aantal werkzame huisartsen) van begin 2025 is ingeschat op 6,3%. Dit komt neer op een tekort van 678 fte huisartsen (904 personen). De vacaturegraad is 1,7 procentpunt lager dan de vacaturegraad van 8,0% in de vorige raming.

De daling van de vacaturegraad komt niet door een afgenomen vraag naar huisartsenzorg, maar vooral door meer inzet van andere disciplines in de huisartsenzorg. Deze disciplinemix bestaat uit doktersassistenten, praktijkondersteuners, physician assistants, verpleegkundig specialisten en praktijkmanagers. Het aandeel dat deze andere professionals in de huisartsenzorg werkt is gestegen en bedraagt inmiddels 63%.⁵

Verhouding mannelijke en vrouwelijke huisartsen: 34% - 66%

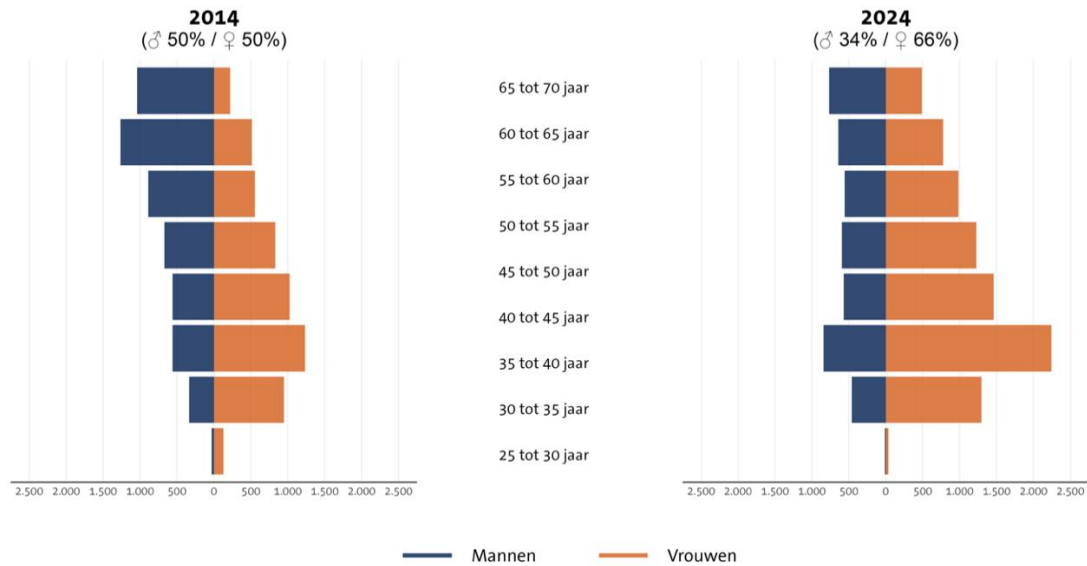
De beroepsgroep verandert van samenstelling zoals te zien in Figuur 2. Dit figuur vergelijkt de leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling van de werkzame huisartsen in 2014 met die in 2024. In 2014 was de verhouding tussen mannen vrouwen in evenwicht. In 2024 is 66% van de huisartsen vrouw.

² CBS, CBS-Statline 80191NED (2025).

³ NZa, *Stand van de zorg 2025* (2025).

⁴ Algemene Rekenkamer, *Focus op huisartsentekort* (2025).

⁵ Nivel, *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022. Toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets* (2023).

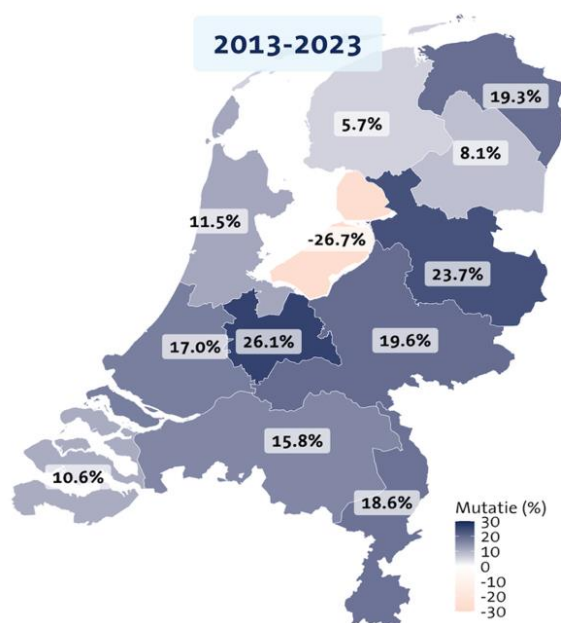


Figuur 2: leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling huisartsen (2014 en 2024).

De gemiddelde leeftijd van vrouwelijke huisartsen in 2024 is ruim 44 jaar, die voor de mannen is bijna 50 jaar. Opvallend is dat in 2024 er bijna geen huisartsen zijn tussen de 25-30 jaar. Huisartsen beginnen later aan hun carrière vergeleken met 2014.

Variatie in regionale spreiding

Hoewel het instroomadvies een advies is voor het hele land, zijn er in allerlei opzichten regionale verschillen. Figuur 3 laat zien hoe de regionale spreiding van (de woonadressen van) huisartsen is veranderd tussen 2013 en 2023.⁶



Sinds 2013 is het gemiddelde aantal huisartsen per 100.000 inwoners in elke provincie gestegen, behalve in Flevoland. Dit komt doordat de bevolkingsgroei in Flevoland bijna twee keer zo groot is als gemiddeld en sneller stijgt dan het aantal huisartsen in Flevoland. Ook wonen huisartsen werkzaam in Flevoland relatief vaak net buiten Flevoland.⁷

Figuur 3: ontwikkeling in regionale spreiding aantal huisartsen per 100.000 inwoners (2013-2023).

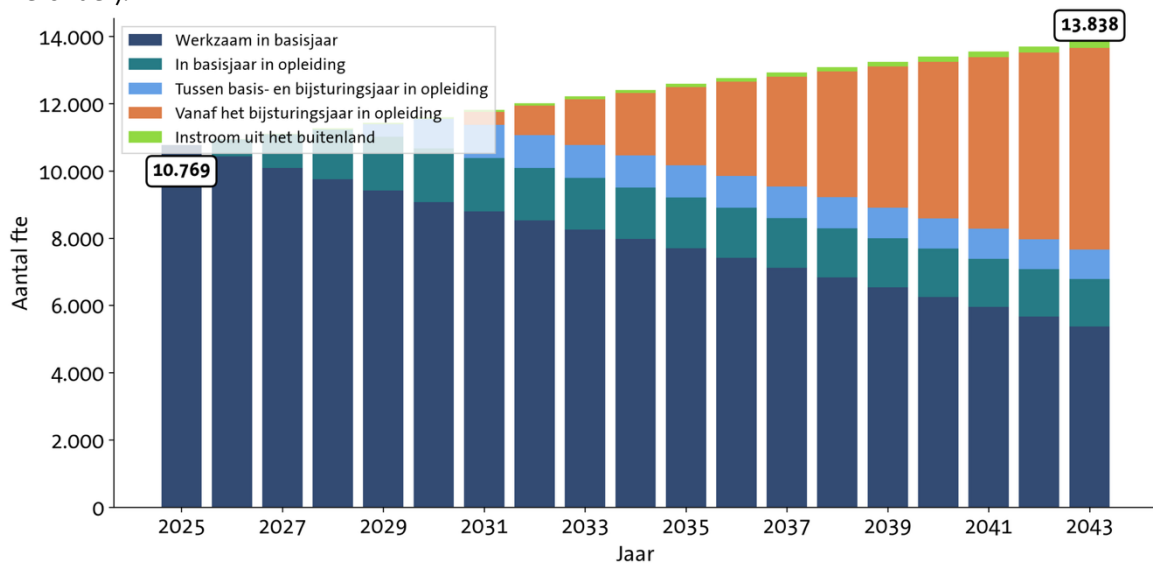
⁶ CBS, CBS-Statline 84779NED (2025); CIBG, BIG-register (2025)

⁷ Een regionaal spreidingsbeeld is op zichzelf geen indicatie voor regionale tekorten, omdat bijvoorbeeld de fte-factor van de huisartsen per provincie kan verschillen. Verder gaat het om de woonadressen van huisartsen en niet de adressen van de werklocatie al zullen deze niet ver van elkaar liggen; de Zorgverzekeringswet hanteert dat huisartsen binnen 15 minuten bij de patiënt kunnen zijn. Ook kan de vraag naar huisartsenzorg per provincie verschillen terwijl het juist de verhouding tussen aanbod en vraag is die aangeeft of er sprake is van een tekort.

3 Verandering in aanbod: stijging vlakt wat af door meer uitstroom en te lage instroom

Doorgaande groei, maar wel hogere uitstroom

Het aantal fte werkzame huisartsen in Nederland stijgt naar verwachting van 10.769 fte naar 13.838 fte in 2043: zie Figuur 4. Deze groei is gebaseerd op de huidige (lage) instroom van rond de 720 instromers per jaar wat onvoldoende is voor de groei van de vraag naar huisartsen (zie hoofdstuk 4 hieronder).



Figuur 4: verwachte aanbod huisartsen in fte (2025 t/m 2043).

De verwachte groei is lager dan de groei van het aantal huisartsen de afgelopen jaren. De belangrijkste reden daarvoor is de toegenomen uitstroom uit de huidige groep huisartsen (dit is de “groep werkzaam in het basisjaar”; zie Figuur 4). Uitstroom hangt sterk samen met de leeftijdsopbouw van een beroepsgroep. Dat verklaart het verschil in uitstroom tussen de jongere vrouwelijke huisartsen en de gemiddelde oudere mannelijke huisartsen. Die is bij vrouwen 51% en bij mannen 63%. De gemiddelde uitstroom over twintig jaar is toegenomen van 48% in 2022 naar 55% in 2025 wat leidt tot een hogere vervangingsvraag.

Het aantal uren dat huisartsen gemiddeld werken stijgt. In 2018 was dat volgens het Tijdsbestedingsonderzoek-2018 44 uur per week en volgens het Tijdsbestedingsonderzoek-2024 is dat gestegen naar 48 uur per week. Dit is een stijging van 9%.⁸ In de vorige raming van 2022 was de verwachting nog dat huisartsen minder zouden gaan werken gebaseerd op een wens tot minder intensieve werkweken. De nieuwe gegevens uit het Tijdsbestedingsonderzoek-2024 laten echter zien dat het aantal werkzame uren is gestegen naar 48 uur. Verwacht wordt dat dit de komende jaren niet zal dalen wat een van de redenen voor het lagere instroomadvies.

⁸ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*.

Instroom blijft achter bij eerdere advies, uitval na de opleiding redelijk stabiel

De instroom in de opleiding schommelt de laatste jaren rond de 720 instromers. Dat ligt veel lager dan het instroomadvies in 2022 van 1.190 plekken. Van de huisartsen die in de komende ramingsperiode worden opgeleid zal naar verwachting over vijftien jaar nog 87% aan het werk zijn. Dit zogenoemde extern rendement is relatief stabiel door de jaren heen.

4 Verandering in vraag: vergrijzing en grotere rol voor de huisartsen(zorg)

Er is demografische groei, maar deze neemt af

Het Capaciteitsorgaan verwacht, op basis van de combinatie van de CBS-bevolkingsprognose en Vektis-zorgdata, dat de vraag naar huisartsen over 20 jaar met 14,8%, oftewel gemiddeld 0,74% per jaar, is gestegen. Deze groeiverwachtingen zijn lager dan bij de vorige twee ramingen in 2019 en 2022 toen ze respectievelijk 19,5% en 17,9% bedroegen. Volgens het CBS komt de lagere prognose door een combinatie van wat lagere geboortecijfers, stijgende sterftecijfers, tijdelijke relatief grote effecten van migratie en vergrijzing van de bevolking.

Complexere zorgvraag, multimorbiditeit en versterking van de eerstelijnszorg

Naast demografie beïnvloeden ook niet-demografische ontwikkelingen de vraag naar huisartsen. De verwachting is dat hierdoor de vraag naar huisartsen de eerste tien jaar van de komende ramingsperiode stijgt met 2,6% per jaar. De toename van 2,6% is een optelsom van de verwachte impact van relevante ontwikkelingen die de vraag naar huisartsen zowel stuwten als dempen. Dit is lager dan de 3,6% uit de raming van 2022.

De zorgvraag naar huisartsen groeit door vergrijzing en complexere patiënten met meerdere chronische aandoeningen en medicatie. Ziekenhuizen en klinieken behandelen patiënten vaker poliklinisch behandeld.⁹ Hierdoor komt een deel van de patiënten hulpbehoevender thuis wat vaker wat leidt tot meer inzet van de huisarts. Ook neemt de niet-medische hulpvraag aan huisartsen toe.

Ouderen, psychiatrische patiënten en mensen met een lichte verstandelijke beperking vallen vaker onder huisartsenzorg door verminderde toegang tot intramurale zorg. Het structurele tekort aan specialisten ouderengeneeskunde versterkt deze verschuiving. Epidemiologische ontwikkelingen zoals toename van artrose, obesitas, dementie, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten verhogen de zorgvraag verder.¹⁰

Taakverschuiving naar doktersassistenten, praktijkondersteuners, physician assistants en verpleegkundig specialisten vermindert de directe vraag naar huisartsen en ook praktijkmanagers kunnen taken overnemen. Personeelstekorten in deze ondersteunende functies beperken echter dit effect.

⁹ CBS, *CBS-Statline 82471NED* (2025).

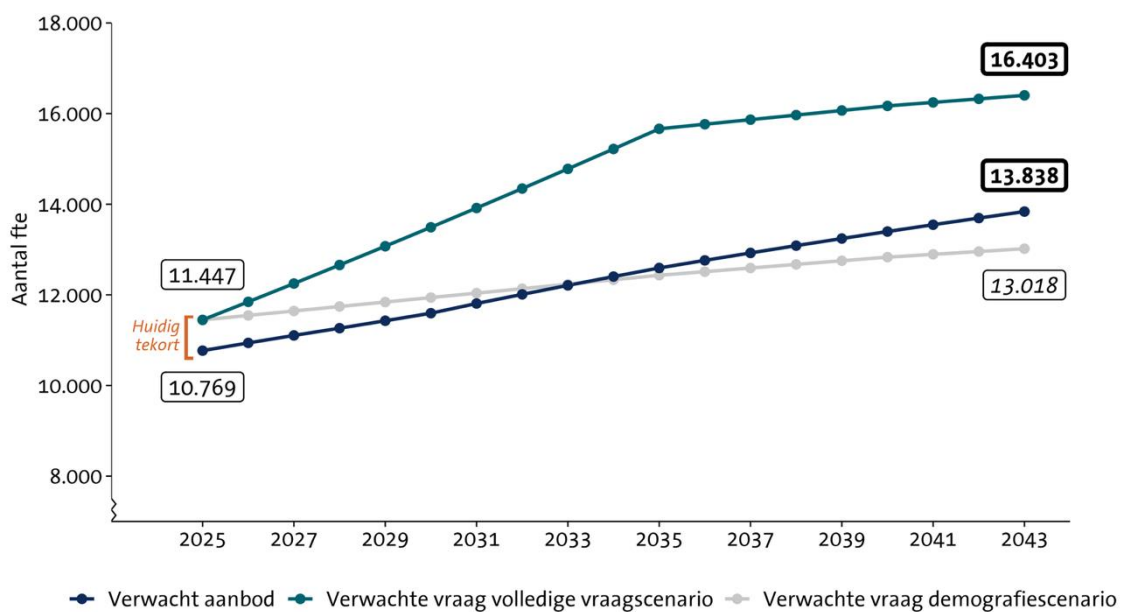
¹⁰ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024* (2024).

Digitalisering en AI zullen naar verwachting de komende jaren steeds meer impact hebben - van administratieve processen tot medische ondersteuning, postverwerking, triagering en zelfzorgapplicaties. Deze innovaties kunnen de vraag naar huisartsen verminderen.

Schaalvergroting van huisartsenpraktijken biedt kansen voor efficiëntere zorgverlening. Het kan echter ook leiden tot meer niet-patiëntgebonden taken voor vooral de praktijk voerende huisarts. Per saldo wordt verwacht dat efficiëntere inzet van personeel en middelen leidt tot een lagere benodigde huisartsencapaciteit.

Verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag overstijgen het verwachte aanbod

In Figuur 5 staat de ontwikkeling tot 2043 van de verwachte vraag (grijze en groene lijn) naar huisartsen en het beschikbare aanbod (blauwe lijn).



Figuur 5: vraag in fte voor het demografiescenario en volledige vraagscenario.

Volgens het demografie-scenario komt de verwachte vraag in 2043 uit op 13.018 fte. Als in de verwachte vraagontwikkelingen alleen rekening gehouden zou hoeven worden met demografie, hoeft de instroom dus niet opgehoogd te worden. Volgens het volledige vraagscenario, zowel demografische als niet-demografische ontwikkelingen worden meegenomen, komt de verwachte vraag in 2043 uit op 16.403 fte. Deze vraag is hoger dan het verwachte aanbod in 2043 die, als uitgegaan wordt van de huidige instroom van 720, in 2043 uitkomen op 13.838 fte.

5 Instroomadvies: zoeken naar balans tussen ambitie, haalbaarheid en realiteit

De verwachte veranderingen in aanbod en vraag komen samen in het instroomadvies. Hoofdstuk 5 brengt deze bewegingen bij elkaar in de vorm van hoeveel instromers nodig zijn voor meer balans tussen aanbod en vraag naar huisartsen. Verwacht wordt dat de volledige vraag (toekomstige demografische plus de niet-demografische vraag) naar huisartsen sneller groeit dan het toekomstige aanbod (zie Figuur 5).

Doorrekening van het volledige vraagscenario resulteert in een **instroomadvies van 1.026 instromers per jaar vanaf 2027** en gaat uit van een tijdelijke trend en een evenwichtsperiode van 18 jaar. Dit advies is lager dan het vorige advies van 1.190 uit 2022, dat ook uitgaat van een tijdelijke trend en een evenwichtsperiode van 18 jaar. Het lagere advies betekent nadrukkelijk niet dat de tekorten in de huisartsgeneeskunde en de aanpak daarvan minder urgent zijn. Onderzoek van de Algemene Rekenkamer in 2025 bevestigt dit.¹¹

Sterker nog: meerdere indicaties ondersteunen deze urgentie. Zo is het aantal werkuren, anders dan eerdere verwachtingen, niet afgenomen maar juist gestegen. Huisartsen werken, zo blijkt uit het Nivel-onderzoek naar tijdbesteding van de huisartsen, nu gemiddeld 48 uur per week voor 0,75 fte, een stijging van 4 uur sinds 2018.¹² Het bestaande tekort aan huisartsen is structureel hoog met een vacaturegraad van 6,3%. Dit is lager dan de vacaturegraad in 2022, maar dit komt vooral door de inzet van andere beroepen in de huisartsenzorg die echter niet onbegrensd door kan gaan. Verder neemt de urgentie voor het inlopen van het huidige tekort toe door gegroeide beleidsambities zoals de gewenste versterking eerstelijnszorg en afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en 3,5% groei voor de huisartsenzorg conform het in najaar 2025 afgesloten Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA).

Het instroomadvies van 1.026 instromers valt, ondanks deze groeiende urgentie, lager uit dan het advies van 1.190 instromers van 3 jaar geleden. Dit komt door veranderende omstandigheden zoals lagere demografische verwachtingen en een ander inzicht over het aantal uren dat huisartsen werken. Aan de andere kant zorgt een hogere uitstroom dat wat meer huisartsen vervangen moeten worden. Maar de uiteindelijke optelsom resulteert in een lager instroomadvies dan bij de vorige raming.

Het lagere instroomadvies van 1.026 instromers blijft substantieel hoger dan de gerealiseerde instroom in de afgelopen jaren van rond de 720 instromers. De opleidingscapaciteit vormt daarbij geen knelpunt. Dat komt door het ingroeipad dat in 2023 door VWS en veldpartijen is afgesproken en dat heeft gezorgd voor voldoende opleidingsplaatsen bij zowel opleidingen als huisartspraktijken. De huidige opleidingscapaciteit vormt dus géén knelpunt. Het aantal instromers is wel een knelpunt.

¹¹ Algemene Rekenkamer, *Focus op huisartsentekort*.

¹² Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*.

Het verschil tussen de realisatie in de afgelopen jaren van rond de 720 en het voorliggende advies van 1.026 instromers is namelijk zo groot dat het instroomadvies op dit moment niet haalbaar is. Tegelijkertijd reflecteert het instroomadvies van 1.026 instromers datgene wat op basis van de huidige stand van zaken en best mogelijke inschatting van de toekomstige verwachtingen nodig is én de benodigde urgentie.

De haalbaarheid van een instroomadvies is mede afhankelijk door ander flankerend beleid. Het instroomadvies wordt dan meer een 'stip op de horizon' én ook een instrument om partijen te stimuleren en tot (andere) actie aan te zetten. Hieronder worden de effecten van veranderingen in flankerend beleid in de vorm van beleidsscenario's toegelicht en doorgerekend.

Beleidsscenario's

Beleidsscenario's kunnen helpen bij de gedachtenvorming over de inzet van ander flankerend beleid om het instroomadvies, de vraag naar of het aanbod van huisartsen te beïnvloeden. Hieronder staan vijf als-dan-beleidsscenario's die aannames bevatten die in de huidige context niet direct te implementeren of realistisch zijn en waarvan de uitkomst met grote onzekerheid is omgeven. Ook kunnen beleidsscenario's effecten van bepaald beleid bevatten die al reeds meegewogen en verwerkt zijn in het instroomadvies van 1.026. Wat deze beleidsscenario's minimaal laten zien, is dat veranderingen in flankerend beleid, vraag en aanbod in de huisartsenzorg meer in balans kunnen brengen.

Hieronder wordt onderscheid gemaakt tussen beleidsscenario's die direct ingrijpen op de hoogte van de instroom in de opleiding en beleidsscenario's die ingrijpen op de vraag naar en aanbod van huisartsen.

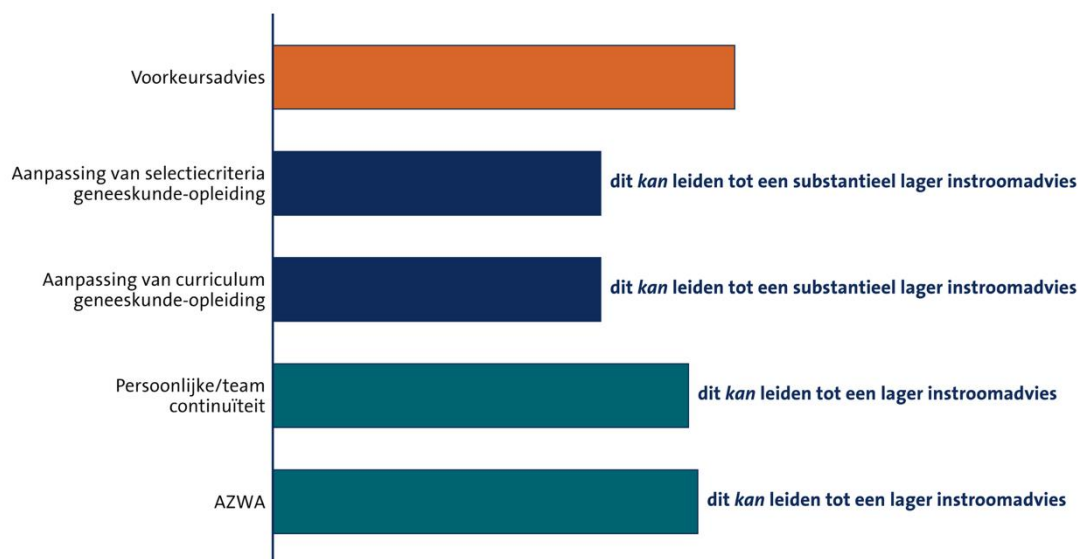
Beleidsscenario's die direct ingrijpen op de benodigde hoogte van de instroom in de opleiding maar pas op hun vroegst vanaf 2032 effect hebben:

1. Verhoging van de instroom in de opleiding-geneeskunde:
 - Aanname: als wordt aangenomen dat 25% van de basisartsen kiest voor de huisartsopleiding dan kan met 4.100 instromers in de opleiding-geneeskunde het instroomadvies van 1.026 instromers gerealiseerd worden.
2. Aanpassing selectiecriteria geneeskunde-opleiding: meer nadruk in selectie op motivatie voor huisartsenzorg en medisch-generalistische zorg, minder focus in selectie op competenties gericht op medisch specialistische zorg:
 - Aanname: dergelijk beleid verhoogt het aantal instromers in de huisartsopleiding en voorkomt voortijdige uitstroom.
3. Aanpassing curriculum van de geneeskunde-opleiding: meer aandacht voor huisartsgeneeskunde en betere timing en/of duur coschappen in huisartspraktijken.
 - Aanname: dergelijk beleid verhoogt het aantal instromers in de huisartsopleiding en voorkomt voortijdige uitstroom.

Andere beleidsscenario's en akkoorden die ingrijpen op het aanbod van en vraag naar huisartsen. Ook voor deze beleidsscenario's geldt dat eventuele effecten op de langere termijn liggen, uitgezonderd het AZWA dat geacht wordt voor sommige afspraken al in 2026, 2027 en 2028 effect te hebben.

4. Streven naar en versterking van “persoonlijke continuïteit of team continuïteit, afhankelijk van de situatie in de huisartsenpraktijk” (Visie Huisartsenzorg 2035)¹³:
 - Aanname: langdurigere verbinding tussen patiëntenpopulatie en de huisarts en taakverschuivingen binnen het huisartsteam verlaagt volgens onderzoek aantal herhaalconsulten, (specialistisch) zorggebruik en zorgkosten.¹⁴
5. Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA): het AZWA, deels voortzetting van IZA, omvat beleid gericht op het meer balanceren van aanbod van en vraag naar huisartsen.
 - Aanname: door structurele borging versterking eerstelijns onder andere door hechte wijkverbanden, kan de vraag naar huisartsen verminderen (D2);
 - Aanname: als huisartsen als praktijkhouders, in loondienst of in een andere vorm van ‘patiënthouderschap’ met een vaste populatie werken, kan de vraag naar huisartsen verminderen (D3).

Op basis van bovenstaande aannames zijn specifieke waarden voor de relevante parameters aangepast. In Figuur 6 staan daaraan gekoppelde verwachtingen over de hoogte van het instroomadvies.



Figuur 6: Mogelijke effecten beleidsscenario's ten opzichte van het instroomadvies van 1.026 instromers.

¹³ LHV, InEen, NHG, *Visie Huisartsenzorg 2035* (2025).

¹⁴ Onder andere Denis J Pereira Gray e.a., 'Continuity of Care with Doctors—a Matter of Life and Death? A Systematic Review of Continuity of Care and Mortality', *BMJ Open*, juni 2018; Otto R. Maarsingh, 'The Wall of Evidence for Continuity of Care: How Many More Bricks Do We Need?', *The Annals of Family Medicine*, mei 2024; Lex Jj Groot e.a., 'Improving Personal Continuity in General Practice: A Focus Group Study', *British Journal of General Practice*, januari 2025.

6 Overwegingen

Het instroomadvies van 1.026 instromers per jaar vanaf 2027 is niet makkelijk te realiseren, maar is wel nodig gelet op de urgentie en de noodzaak voor voldoende huisartsenzorg.¹⁵ De in het AZWA toegekende financiële middelen voor de gehele huisartsenzorg lijken hierbij in financieel opzicht steunend te zijn.

Juist ook hierom kan overwogen worden om beleid in te zetten dat de haalbaarheid van het instroomadvies van 1.026 plekken verbetert. Met bovenstaande beleidsscenario's zijn (grote) inschattingen gemaakt van mogelijke effecten van dergelijke maatregelen. De beleidsmaatregelen richten zich vooral op de aanpak van het grootste knelpunt, namelijk de achterblijvende instroom. Zonder gericht en versterkt (flankerend) beleid om de instroom te verhogen is het instroomadvies niet haalbaar. En zonder voldoende instroom zal het aantal huisartsen gaan dalen door de grotere uitstroom en zullen toekomstige beleidsambities, samengevat als versterking van de eerstelijnszorg, moeilijk haalbaar blijken.

Tot slot, landelijke tekorten kunnen per regio variëren. Regionale versterking van- en variatie op landelijk (flankerend) beleid met name op het terrein van de instroom in de opleiding liggen daarom voor de hand.¹⁶

¹⁵ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg* (2023).

¹⁶ Nivel, *Waar wil de (jonge) huisarts werken? Resultaten van een enquête naar de voorkeursregio's voor opleiding en werk van aios en pas afgestudeerde huisartsen*. (2025).

**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