

Capaciteitsplan 2027-2030

Verantwoording

Specialist
Ouderengeneeskunde

Capaciteitsplan 2027-2030

Verantwoording

Specialist Ouderengeneeskunde

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	6
1.1	Achtergrond Capaciteitsorgaan	6
1.2	Ramingsmodel	6
1.3	Ramingsproces	10
1.4	Indeling Capaciteitsplan Verantwoording	12
2	Huidig aanbod en onvervulde vraag in 2025 (basisjaar)	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Specialist ouderengeneeskunde: centrale rol in integrale zorg	13
2.3	Huidig aanbod specialist ouderengeneeskunde	15
2.3.1	Overzicht parameterwaarden aanbod: omvang en kenmerken	15
2.3.2	Aantal geregistreerde en werkzame specialisten ouderengeneeskunde	16
2.3.3	Deeltijdfactor en aantal fte	17
2.3.4	Regionale spreiding	18
2.3.5	Conclusie aanbod ten opzichte van vorige raming	19
2.4	Onvervulde vraag	20
2.4.1	Inleiding	20
2.4.2	Bronnen voor bepalen onvervulde vraag	20
2.4.3	Parameter onvervulde vraag	23
2.4.4	Conclusie onvervulde vraag ten opzichte van vorige raming	23
3	Verwacht aanbod van specialisten ouderengeneeskunde	24
3.1	Inleiding	24
3.2	Opleiding tot specialist ouderengeneeskunde	24
3.2.1	Overzicht parameterwaarden opleiding: aantal aios en opleidingsduur	24
3.2.2	Aantal in opleiding	25
3.2.3	Gemiddelde instroom gestegen	25
3.2.4	Opleidingsduur	26
3.3	Intern rendement opleiding	27
3.4	Extern rendement opleiding	28
3.5	Uitstroom van werkzamen	29
3.5.1	Verdeling naar leeftijd en geslacht	29
3.5.2	Uitstroom uit het beroep	30
3.6	Conclusie verwacht aanbod ten opzichte van vorige raming	30
4	Verwachte vraag naar specialisten ouderengeneeskunde	32
4.1	Inleiding	32
4.2	Demografische ontwikkelingen	33
4.2.1	Berekening waarden demografie	33
4.2.2	Vektis gegevens zorggebruik raming 2025	34
4.2.3	Berekening actuele zorggebruik op basis van zorgindicaties: LZ en ELV	34
4.2.4	Berekening actuele zorggebruik op basis van zorgindicaties: GRZ	36

4.2.5	Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2025	36
4.2.6	Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2025 plus tot en met 2045	36
4.3	Niet-demografische ontwikkelingen	37
4.3.1	Epidemiologie	38
4.3.2	Sociaal cultureel	38
4.3.3	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	42
4.3.4	Efficiency	43
4.3.5	Horizontale substitutie	45
4.3.6	Verticale substitutie	46
4.3.7	Arbeidstijdverandering	46
4.4	Conclusie verwachte vraag ten opzichte van vorige raming	46
5	Resultaten raming specialist ouderengeneeskunde en instroomadvies	48
5.1	Inleiding	48
5.2	Huidig aanbod en on vervulde vraag in 2025 (basisjaar)	48
5.3	Ontwikkeling verwacht aanbod	48
5.4	Ontwikkeling verwachte vraag	49
5.5	Voorkeursadvies op basis van het demografiescenario en volledige vraagscenario	50
5.6	Haalbaarheid van de instroom	51
5.6.1	Onvoldoende belangstellenden voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde	51
5.6.2	Voldoende opleidingscapaciteit opleidingsinstituten	52
5.6.3	Betekenis haalbaarheid voor het voorkeursadvies	52
5.7	Beleidsscenario AZWA	53
5.8	Het instroomadvies	56
5.8.1	Onderbouwing van het instroomadvies	56
5.8.2	Aanbevelingen	57
Bijlagen		58
	Bijlage 1: Effect van de verschillende ontwikkelingen op de totale instroom	58
	Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden 2019, 2022 en 2025	60
	Bijlage 3: Overzicht parameterwaarden (definities en begrippen)	62
	Bijlage 4: Afkortingen en Begrippenlijst	65
	Bijlage 5: Samenstelling Kamer Specialist Ouderengeneeskunde en Algemeen Bestuur	67
	Bijlage 6 Geraadpleegde experts en organisaties	68

1 Inleiding

Dit verantwoordingsdocument bevat extra informatie en een overzicht van de gebruikte methoden bij het bepalen van de toekomstige benodigde capaciteit voor de specialist ouderengeneeskunde. Dit document vult daarmee het Kernrapport Specialist Ouderengeneeskunde aan.

1.1 Achtergrond Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan bestaat sinds 1999. In deze periode zijn instroomadviezen uitgebracht aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Deze instroomadviezen hebben betrekking op het aantal zorgprofessionals dat zou moeten instromen in een (vervolg)opleiding, zodat vraag en aanbod binnen de betreffende beroepsgroepen zo goed mogelijk op elkaar aansluiten. De ministeries nemen geen directe rol in bij de totstandkoming van deze adviezen. Wel stellen zij eisen aan de inhoud en totstandkoming ervan. Zo moeten de instroomadviezen zo objectief mogelijk zijn en dienen relevante veldpartijen te worden betrokken, zodat er draagvlak ontstaat binnen het werkveld.

Het Capaciteitsorgaan betreft deze veldpartijen op diverse manieren bij het opstellen van de instroomadviezen. Allereerst wordt inzichtelijk gemaakt hoe op zo objectief mogelijke wijze prognoses over de toekomst worden opgesteld, op basis van beschikbare of uitgevraagde informatie. Naast deze data zijn ook de inzichten van deskundigen noodzakelijk om een goed beeld van de toekomstige ontwikkelingen te verkrijgen.

In de afgelopen jaren is in toenemende mate sprake van schaarste, die zich op verschillende manieren uit. Zo kan er sprake zijn van een tekort aan zorgprofessionals, bijvoorbeeld doordat te weinig mensen bereid of in staat zijn een (vervolg)opleiding te volgen. In dat geval spreken we van de haalbaarheid van de instroom. Daarnaast kan schaarste betrekking hebben op financiële middelen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA)¹ en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)² zijn afspraken gemaakt over de mate waarin zorgsectoren financieel mogen groeien. Deze financiële beperkingen kunnen van invloed zijn op de toekomstige vraag naar de inzet van bepaalde beroepsgroepen.

1.2 Ramingsmodel

Diverse ministeries, met name die van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), stellen financiële middelen beschikbaar voor de opleiding van verschillende groepen zorgprofessionals. Om te kunnen bepalen hoeveel middelen zij hiervoor jaarlijks moeten reserveren, verzoeken deze ministeries het Capaciteitsorgaan om te adviseren over het aantal zorgprofessionals dat jaarlijks met een (vervolg)opleiding zou moeten of mogen starten. Het Capaciteitsorgaan stelt hiervoor ramingen op voor circa 80 beroepsgroepen. Deze ramingen worden eenmaal per 3 jaar opgesteld. Het gaat daarbij de volgende beroepsgroepen:

- afgestudeerde artsen in geneeskunde en tandartsen;
- huisartsen;

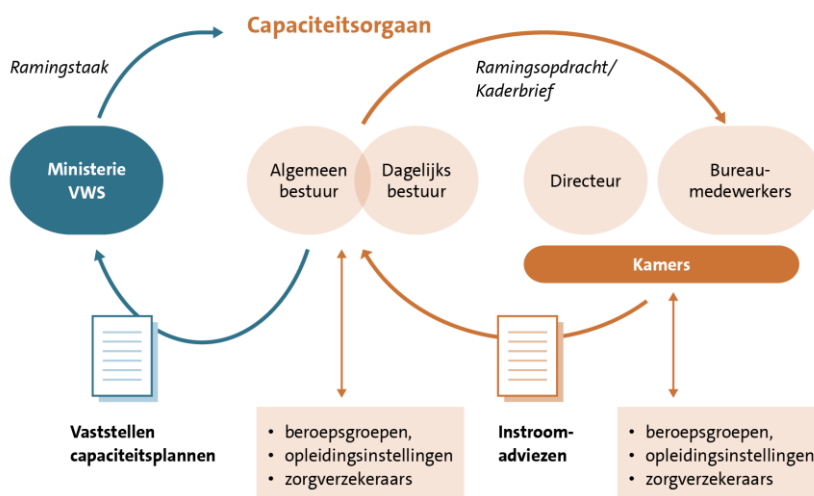
¹ Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl

² Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Definitief) | Rapport | Rijksoverheid.nl

- specialisten ouderengeneeskunde;
- artsen VG;
- medisch specialisten;
- sociaal geneeskundigen;
- BIG-professionals in de geestelijke gezondheidszorg;
- verpleegkundig specialisten en physician assistants;
- mondhygiënist en tandheelkundige specialisten;
- gespecialiseerde verpleegkundigen en andere medisch ondersteunende beroepen in de ziekenhuizen en ambulancezorg.

De taak en samenstelling van het Capaciteitsorgaan zijn weergegeven in Figuur 1. Bij het uitvoeren van de ramingstaak maakt het Capaciteitsorgaan zelf geen beleid, maar geeft het een onafhankelijk en onderbouwd advies.

Taak en samenstelling van het Capaciteitsorgaan



Figuur 1: Taak en samenstelling Capaciteitsorgaan

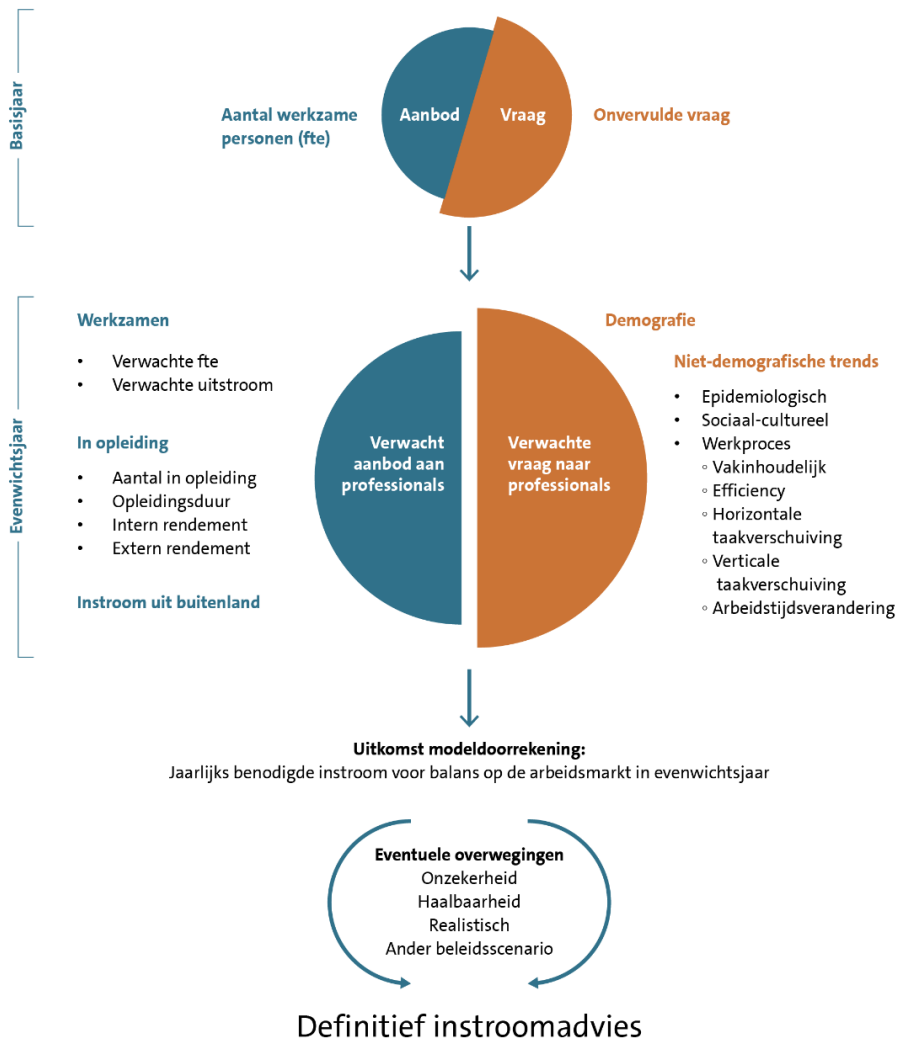
De ramingen geven een inschatting van het aantal zorgprofessionals dat in de toekomst nodig zal zijn. Voor het opstellen van deze ramingen maakt het Capaciteitsorgaan gebruik van een model dat circa 50 parameters omvat. Dit ramingsmodel is weergegeven in figuur 2.

De parameters hebben betrekking op:

- het aantal momenteel werkzame zorgprofessionals en de bestaande tekorten of overschotten;
- de verwachte toekomstige beschikbaarheid van zorgprofessionals, waarbij rekening wordt gehouden met uitstroom, buitenlandse instroom en het aantal personen dat zich in opleiding bevindt;
- de benodigde aantallen zorgprofessionals op basis van demografische trends die worden doorgetrokken naar de toekomst;
- de benodigde aantallen zorgprofessionals wanneer tevens niet-demografische ontwikkelingen worden meegenomen.

Voor elk van deze circa 50 parameters wordt een waarde vastgesteld. Op basis van de gezamenlijke inschattingen berekent het Capaciteitsorgaan vervolgens hoeveel zorgprofessionals in de toekomst naar verwachting nodig zullen zijn, en welke instroom in de opleidingen daarbij passend is.

Ramingsmodel Capaciteitsorgaan



Figuur 2: Vereenvoudigde weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan

Het basisjaar vormt de uitgangssituatie van waaruit de ramingen worden opgesteld. Het evenwichtsjaar is het jaar waarin wordt gezocht naar een balans tussen het verwachte aanbod van en de verwachte vraag naar zorgprofessionals. Met name voor de schattingen van het aanbod en de vraag in dit evenwichtsjaar wordt gewerkt met aannames, bijvoorbeeld ten aanzien van demografische ontwikkelingen.

Het opstellen van voorspellingen is geen exacte wetenschap, zeker wanneer sprake is van aanzienlijke onzekerheid. Zo zijn bevolkingsprognoses afhankelijk van aannames over factoren als geboorte,

sterfte en migratie, factoren die op de lange termijn kunnen veranderen. Dit betekent dat er bij het inschatten van toekomstige ontwikkelingen altijd sprake is van onzekerheid. Juist door die onzekerheid expliciet mee te wegen, dragen prognoses bij aan een betere voorbereiding op de toekomst. Deze inherente onzekerheid vormt tevens de reden om de ramingen elke 3 jaar te actualiseren.

Om inzicht te krijgen in de toekomstige ontwikkeling van zowel het aanbod als de vraag, maakt het Capaciteitsorgaan gebruik van kwantitatieve databronnen en kwalitatieve expertinzichten. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar de mogelijke impact van maatschappelijke en technologische veranderingen, zoals de ontwikkeling dat zorgbehoevende ouderen langer zelfstandig thuis wonen of de invloed van artificiële intelligentie op de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Voor dergelijke ontwikkelingen zijn vaak geen betrouwbare schattingen uit het verleden beschikbaar. Wanneer veranderingen beperkt blijven, kunnen eerdere waarden van parameters een redelijk beeld geven van de toekomstige situatie. Wanneer zorg en preventie echter ingrijpend veranderen, neemt de relevantie van historische gegevens af en wordt in sterkere mate een beroep gedaan op de kennis en ervaring van experts. De kern van het ramen bestaat dan uit het duiden, wegen en combineren van deze expertinzichten met de beschikbare kwantitatieve informatie uit andere bronnen.

1.3 Ramingsproces

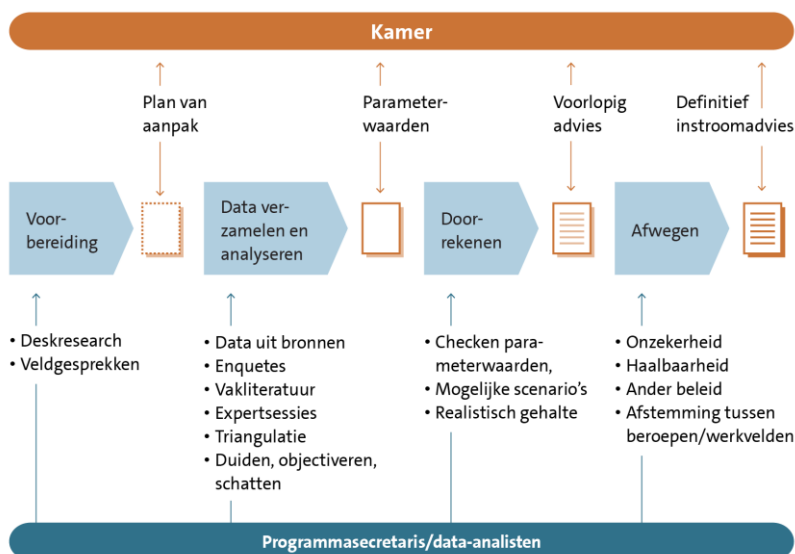
Veldpartijen zijn intensief betrokken bij het opstellen van de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Deze betrokkenheid is van belang, aangezien professionals uit de praktijk van zorg en preventie als geen ander kunnen inschatten welke ontwikkelingen zich voordoen, hoe deze met elkaar samenhangen en welke daarvan de grootste invloed hebben. Zorgorganisaties anticiperen in hun strategisch personeelsbeleid op toekomstige ontwikkelingen. Beroepsverenigingen signaleren veranderingen binnen hun vakgebieden. Verzekeraars maken strategische keuzes voor de toekomst, mede in samenhang met het landelijke zorg- en preventiebeleid. Gezamenlijk geven deze veldpartijen mede vorm aan de toekomst van de zorg. Daarbij is het van belang onderscheid te maken tussen wat veldpartijen wensen en wat als realistische verwachting kan worden beschouwd bij het opstellen van de prognoses.

Om te zorgen dat de ramingen zo objectief mogelijk blijven en realistisch zijn, zijn in de werkwijze van het Capaciteitsorgaan een aantal waarborgen ingebouwd (zie figuur 3).

- De ramingen komen onafhankelijk tot stand; ministeries bemoeien zich niet met hoe het Capaciteitsorgaan de ramingstaak uitvoert;
- Het Capaciteitsorgaan werkt met Kamers met een evenredige vertegenwoordiging van diverse veldpartijen zoals neergelegd in de statuten;
- De voorbereiding en uitvoering van de raming ligt bij medewerkers van het bureau die onafhankelijk zijn van veldpartijen; programmasecretarissen genoemd. Bij elke raming zijn twee programmasecretarissen betrokken;
- De programmasecretaris laat zich ondersteunen door data-analisten en onderzoekers binnen of buiten het bureau;
- De programmasecretaris maakt gebruik van diverse bronnen en legt die naast elkaar (triangulatie) om te komen tot een inschatting van incidentele en structurele trends;

- Met name voor die parameters waar (grote) onzekerheid over bestaat, houdt de programmasecretaris er rekening mee dat belangen en wensen doorklinken in de inbreng van experts en reacties van de Kamer;
- De programmasecretarissen stemmen hun werkwijze onderling af en bespreken waar ramingen/inschattingen elkaar overlappen dan wel waar afstemming nodig is;
- De programmasecretaris bespreekt 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;
- De programmasecretaris levert de uitkomsten van de waarden van parameters aan bij het Nivel die de doorrekening maakt;
- De programmasecretaris 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 definitieve instroomadvies meldt de overwegingen waarop het is gebaseerd;
- Het Algemeen Bestuur stelt het instroomadvies definitief vast.

Ramingsproces



Figuur 3: Ramingsproces, de rol van de programmasecretaris en Kamer

1.4 Indeling Capaciteitsplan Verantwoording

Na dit inleidende hoofdstuk volgen nog vier hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: Huidig aanbod en onvervulde vraag in 2025 (basisjaar).

Hoofdstuk 2 gaat in op de huidige stand van zaken met betrekking tot het aanbod van- en de bestaande vraag naar specialisten ouderengeneeskunde als startpunt van de raming. Als peildatum geldt 1 januari 2025.

Hoofdstuk 3: Verwacht aanbod van specialisten ouderengeneeskunde

Dit hoofdstuk beschrijft de te verwachten veranderingen in het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde. Factoren die dit aanbod kunnen beïnvloeden zijn de opleiding, het intern rendement van de opleiding, het extern rendement van pas-gediplomeerden en de uitstroom van werkzame artsen. Deze factoren beïnvloeden het beschikbare aantal specialisten ouderengeneeskunde aan het einde van de ramingsperiode.

Hoofdstuk 4: Verwachte vraag naar specialisten ouderengeneeskunde

Hoofdstuk 4 biedt inzicht in de verwachte ontwikkelingen en verandering van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. De toekomstige vraag wordt bepaald door de huidige vraag naar specialisten ouderengeneeskunde te corrigeren voor demografische-, epidemiologische-, sociaal-culturele- en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Met daarbij ontwikkelingen op het gebied van efficiency, horizontale- en verticale substitutie en voorziene arbeidstijdveranderingen voor de werkzamen. Deze factoren beïnvloeden het benodigde aantal specialisten ouderengeneeskunde aan het einde van de ramingsperiode.

Hoofdstuk 5: Resultaten raming specialist ouderengeneeskunde en instroomadvies

In het laatste hoofdstuk worden de resultaten van de raming 2025 toegelicht. Ook de keuze van de Kamer Specialist Ouderengeneeskunde voor het instroomadvies met de daarbij behorende argumenten wordt beschreven. Dit is het advies dat wordt aangeboden aan de Minister van VWS en het zorgveld.

Na de hoofdstukken volgen nog zes bijlagen, waaronder een overzicht van de parameterwaarden, afkortingen en begrippenlijst.

2 Huidig aanbod en onvervulde vraag in 2025 (basisjaar)

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat eerst in op de context van de specialist ouderengeneeskunde. Daarna wordt het huidige aanbod aan werkende specialisten ouderengeneeskunde beschreven en de huidige vraag naar specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2025 (het basisjaar), in termen van het aanbod en 'onvervulde vraag.' Het huidige aanbod en de onvervulde vraag vormen tezamen de huidige benodigde vraag.

2.2 Specialist ouderengeneeskunde: centrale rol in integrale zorg

De specialist ouderengeneeskunde vervult een centrale rol in de medische zorg voor kwetsbare ouderen en mensen met complexe, chronische aandoeningen. Deze specialist is van oudsher werkzaam binnen de intramurale langdurige zorg, zoals verpleeghuizen en revalidatie, maar neemt in toenemende mate ook een belangrijke positie in binnen de eerstelijnszorg, de herstelgerichte zorg en transmurale zorgtrajecten.³ Met een combinatie van generalistische expertise, multidisciplinaire samenwerking en het vermogen om met complexe zorgvragen om te gaan, draagt de specialist ouderengeneeskunde bij aan het leveren van passende zorg aan een snel vergrijzende bevolking.⁴

Integrale benadering bij complexe problematiek

Het werk van de specialist ouderengeneeskunde kenmerkt zich door een brede, integrale benadering van zorg. De diagnostiek en behandeling richten zich op lichamelijke, psychische, sociale en functionele aspecten.⁵ Dit is nodig omdat veel ouderen kampen met multimorbiditeit, zoals dementie, Parkinson en diabetes. Naar schatting heeft 86% van de 75-plussers meer dan één chronische aandoening.⁶ De specialist ouderengeneeskunde beoordeelt deze complexe problematiek in samenhang, waarbij zowel de medische situatie als de kwaliteit van leven meegenomen worden.

Preventie en vroegsignalering

Binnen het verpleeghuis is de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor de medische zorg en werkt nauw samen met het multidisciplinaire zorgteam. In overleg met het team wordt een individueel zorgplan opgesteld, afgestemd op de wensen en behoeften van de bewoner. Palliatieve zorg is een belangrijk onderdeel, gericht op het verlichten van klachten en het bieden van begeleiding en ondersteuning in de laatste levensfase, zowel voor de patiënt als voor diens familie en naasten. Ook geriatische revalidatiezorg of herstelgerichte zorg, bijvoorbeeld na een CVA of een heupfractuur, valt onder het domein van de specialist ouderengeneeskunde. Hierbij staan het herstel van functioneren, kwaliteit van bestaan en behoud van zelfstandigheid centraal.⁷

³ <https://www.nza.nl/onderwerpen/s/stand-van-de-zorg-2025/kortdurende-zorg>

⁴ De specialist ouderengeneeskunde | Verenso

⁵ Rapport

⁶ Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Leeftijd en geslacht | Multimorbiditeit | Volksgezondheid en Zorg

⁷ Dossier - Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' | Zorginstituut Nederland

Multidisciplinaire samenwerking en taakverdeling

De specialist ouderengeneeskunde werkt samen met onder andere verpleegkundigen, verzorgenden, GZ-psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten en maatschappelijk werkers. Steeds vaker worden medische taken en het regiebehandelaarschap overgedragen aan verpleegkundig specialisten (VS) en/of physician assistants (PA). Daarnaast wordt het regiebehandelaarschap meer dan voorheen belegd bij de GZ-psycholoog.

Toenemende rol buiten het verpleeghuis

Ouderen blijven steeds langer thuis wonen of in geclusterde woonvormen, dit is niet alleen omdat ouderen dat zelf willen, maar hier wordt ook nadrukkelijk op ingezet door de overheid.⁸ Waar de specialist ouderengeneeskunde traditioneel gezien vooral binnen verpleeghuizen werkzaam was, is er de afgelopen jaren ook een duidelijke toename zichtbaar in de inzet buiten de muren van het verpleeghuis. Omdat steeds meer ouderen zwaardere zorg thuis ontvangen, verschuift de medisch-generalistische zorg van het verpleeghuis naar de wijk. Dit gebeurt in samenwerking met onder andere de huisarts en de POH-ouderen. Daarnaast is goede afstemming met gemeenten en Wmo-loketten nodig om ook passende maatschappelijke ondersteuning te bieden.

Acute zorg

Doordat mensen langer thuis blijven wonen, wordt de zorgvraag en complexiteit rondom oudere patiënten binnen de acute zorgsetting duidelijker zichtbaar. In 2023 waren ouderen verantwoordelijk voor ongeveer 17% van alle SEH-bezoeken, waarbij vooral de oudste leeftijdsgroepen, zoals 90-plus-sers, bovengemiddeld vaak gebruikmaken van de acute zorg.⁹ De specialist ouderengeneeskunde werkt in toenemende mate in de acute en eerstelijnszorg, bijvoorbeeld rond complexe thuissituaties, opname en ontslagmomenten waar dit nodig samen met huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere betrokken zorgprofessionals.¹⁰

Maatschappelijke meerwaarde

Naast de medische impact heeft de inzet van de specialist ouderengeneeskunde ook maatschappelijke en economische gevolgen. Hun betrokkenheid kan bijdragen aan het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames, het beheersen van kosten en het verbeteren van de kwaliteit van bestaan van kwetsbare ouderen.¹¹

Financiering van de ouderenzorg, knelpunten

De rol en inzet van de specialist ouderengeneeskunde worden mede bepaald door de organisatie van de ouderenzorg, die op haar beurt wordt beïnvloed door de wijze van financiering. De ouderenzorg wordt bekostigd via twee hoofdwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg

⁸ Monitor zorg voor ouderen - Nederlandse Zorgautoriteit;
<https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/publicaties/2022/10/10/programma-langer-thuis>
Wlz-ouderenzorg bekeken door ministeriële bril | Zorgenstelsel.nl
Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) | Rapport | Rijksoverheid.nl
Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg | Publicatie | Rijksoverheid.nl

⁹ Acute zorg | Gebruik | SEH | Volksgezondheid en Zorg

¹⁰ https://www.actiz.nl/sites/default/files/2023-09/Notitie_zorginhoudelijke_beschrijving_eerstelijnsverblijf_januari_2023.pdf

¹¹ Langer thuis wonen verhoogt echt de druk op ziekenhuiszorg medischcontact

(Wlz).¹² De Zvw dekt geneeskundige en kortdurende zorg, waaronder huisartsenzorg, wijkverpleging en de inzet van de specialist ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis. De Wlz is bedoeld voor mensen met een blijvende behoefte aan intensieve zorg en toezicht, doorgaans met een indicatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ).¹³ In het verpleeghuis wordt de zorg vrijwel altijd bekostigd vanuit de Wlz, waarbij de specialist ouderengeneeskunde deel uitmaakt van het integrale Wlz-tarief.¹⁴ In de praktijk zorgt de scheiding tussen Zvw en Wlz in bepaalde gevallen voor knelpunten. Een groeiende groep thuiswonende ouderen met complexe en langdurige zorgvragen valt tussen twee domeinen; hun zorg is te intensief voor de eerstelijnszorg, maar valt nog niet binnen de Wlz.

Om deze kloof te verkleinen, heeft de NZa in 2024 nieuwe beleidsmaatregelen aangekondigd waarmee geneeskundige zorg door de specialist ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis structureel kan worden vergoed.¹⁵ Deze aanpassing, die per 1 januari 2025 van kracht is geworden, ondersteunt de beleidsdoelstelling om ouderen langer thuis te laten wonen en de benodigde zorg te ontvangen. Vanaf 1 januari 2026 voert de NZa nieuwe regels in die de positie van de specialist ouderengeneeskunde verder versterken. De poortfunctie wordt uitgebreid en er komt een nieuwe prestatiecode waarmee de specialist ouderengeneeskunde de huisarts kan adviseren zonder direct patiëntcontact. Ook wordt de regierol van de specialist ouderengeneeskunde in de ambulante geriatrische revalidatiezorg officieel vastgelegd.¹⁶

2.3 Huidig aanbod specialist ouderengeneeskunde

2.3.1 Overzicht parameterwaarden aanbod: omvang en kenmerken

In Tabel 1 staan de waarden die in de ramingen van 2019, 2022 en deze raming zijn gebruikt voor de parameters voor de omvang en van de beroepsgroep specialist ouderengeneeskunde en het aantal werkenden.

Tabel 1: Parameterwaarden aanbod: omvang en kenmerken beroepsgroep specialist ouderengeneeskunde sinds 2019

	Parameter	Capaciteitsplan 2021-2024 (2019)*	Capaciteitsplan 2024-2027 (2022)	Capaciteitsplan 2027-2030 (2025)
1	Werkzame specialisten	1.672	1.677	1.876
2	Percentage werkzame vrouwen	68%	71%	72%
3	Aantal fte	1.436	1.501	1.677
4	Gemiddelde fte man	0,92	0,98	0,98
5	Gemiddelde fte vrouw	0,83	0,86	0,86
6	Gemiddelde fte totaal	0,86	0,90	0,89
Bron: CBS Statline, 2019, 2022, 2025, bewerking Capaciteitsorgaan				

¹² Verschillen tussen de Wmo, Zvw en Wlz | Van Wmo/Zvw naar Wlz | Regelhulp - Ministerie van VWS

¹³ Wet langdurige zorg (Wlz) | Verpleeghuizen en zorginstellingen | Rijksoverheid.nl

¹⁴ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2025 - BR/REG-25133 - Nederlandse Zorgautoriteit

¹⁵ Welke regels gelden voor de langdurige zorg in 2025? | Nederlandse Zorgautoriteit

¹⁶ <https://www.verenso.nl/nieuws/nza-bevestigt-en-versterkt-rol-specialist-ouderengeneeskunde-in-nieuwe-regelgeving>

2.3.2 Aantal geregistreerde en werkzame specialisten ouderengeneeskunde

Tabel 2 laat zien dat er op 1 januari 2025 2.085 specialisten ouderengeneeskunde staan geregistreerd bij de RGS. De beroepsgroep is gestaag gegroeid met 34% tussen 2015 en 2025. De groeipercentages per jaar fluctueren iets door schommelingen in de in- en uitstroom en bedraagt 3,4% gemiddeld per jaar. Het percentage vrouwen is in de afgelopen jaren verder toegenomen en ligt nu op 72%. Dit percentage zal naar verwachting nog verder toenemen aangezien 80% van de artsen in opleiding (aios) vrouw is.

Tabel 2: aantal en geslacht geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari van peiljaar

Parameter	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal	1.560	1.555	1.605	1.675	1.735	1.795	1.845	1.840	1.900	1.970	2.085
Index	100	100	102	107	111	115	118	118	121	126	134
% vrouwen	64	65	66	67	68	69	69	71	71	72	72

Bron: RGS, mei 2025

Het aantal in Nederland werkzame artsen is meestal lager dan het aantal geregistreerde artsen binnen een specialisme. Specialist kunnen in het buitenland werkzaam zijn of recent zijn gestopt met de uitoefening van hun vak. De titel specialist ouderengeneeskunde kent tal van kwaliteitswaarborgen. Alle specialisten moeten voortdurend voldoen aan een aantal criteria om de titel te blijven mogen voeren. Sinds 1995 vindt om de vijf jaar herregistratie plaats. Het aantal specialisten die niet meer werkzaam zijn als specialist ouderengeneeskunde maar nog wel geregistreerd staan, zijn meestal in de afgelopen een tot vijf jaar gestopt.

De berekening van het huidige aantal werkzame specialist ouderengeneeskunde is gebaseerd op CBS Statline, waarin per medisch specialisme het aantal personen wordt aangegeven dat werkzaam en geregistreerd is als specialist, in dit geval de specialist ouderengeneeskunde. De berekening betreft zowel de specialisten ouderengeneeskunde die werkzaam zijn in de zorg (bijvoorbeeld in verpleegthuizen of medische praktijken) als specialisten die werken in zorgverwante takken (bijvoorbeeld in het onderwijs, overheid en zorgverzekeraars). In het ramingsjaar 2025 zijn alleen de aantallen per 1 januari 2024 bekend. Zodoende wordt op basis van de jaren 2020 tot en met 2024 het gemiddeld percentage werkzame specialisten berekend. Dit percentage wordt in combinatie met het huidige aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2025 uit de CIBG (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg)¹⁷ gebruikt om te komen tot het huidige aantal werkzaam in het basisjaar.¹⁸

In tabel 3 is het aandeel werkzame specialisten ouderengeneeskunde ten opzichte van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde weergegeven in de periode 2015 tot en met 2025. Het CBS werkt de data jaarlijks bij. De update voor de raming is gebaseerd op de actuele gegevens

¹⁷ CIBG is een uitvoeringsorgaan van het ministerie van VWS. Het ondersteunt het ministerie bij de uitvoering van wet- en regelgeving en beleid op het gebied van gezondheid en welzijn.

¹⁸ Voor de werkzamen gelden al diegenen die 1 euro of meer als inkomsten hebben. Ook specialisten die maar weinig werken of die deels met pensioen zijn, worden meegenomen als werkenden

van het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), de gemeentelijke Basisregistratie Personen (BPR) en de Belastingdienst. De gegevens van het meest recente jaar zijn altijd voorlopig. Voor de berekening van het percentage werkzamen heeft het Capaciteitsorgaan daarom het gemiddelde over de laatst beschikbare 5 jaar gebruikt. Het percentage werkzamen komt daarmee op 90%, vrijwel gelijk aan het percentage bij de vorige raming in 2022 (91%).

Tabel 3: percentage werkzame specialisten ouderengeneeskunde

Parameter	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal	91%	93%	92%	89%	88%	87%	89%	91%	90%	90%	90%

Bron: CBS Statline, mei 2025, CIBG, bewerking Capaciteitsorgaan

Bovenstaand cijfermateriaal leidt tot de volgende aanbodparameterwaarden voor de raming 2027-2030:

1. Aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2025: $90\% \times 2.085 = \mathbf{1.876}$
2. Percentage werkzame vrouwen/mannen: **respectievelijk 72% en 28%**

2.3.3 Deeltijdfactor en aantal fte

In tabel 4 is de ontwikkeling van de deeltijdfactor voor specialisten ouderengeneeskunde naar geslacht weergegeven voor de afgelopen 4 jaar. Voor de berekeningen is gebruik gemaakt van de meest recente CBS-gegevens. De gegevens uit 2025 zijn nog voorlopig.

Tabel 4: Werkuren en deeltijdfactor van specialisten ouderengeneeskunde

Jaar	2022	2023	2024	2025
Gem. gewerkte uren man	35	35	35	35
Gem. gewerkte uren vrouw	31	31	31	31
Deeltijdfactor mannen	0,98	0,97	0,98	0,98
Deeltijdfactor vrouwen	0,86	0,86	0,86	0,86
Deeltijdfactor totaal	0,89	0,88	0,89	0,89

Bron: CBS Statline, mei 2025, 2025: bewerking Capaciteitsorgaan

Het CBS registreert per jaar en naar geslacht van de werkzame specialisten ouderengeneeskunde het aantal gewerkte uren per week, in totaal en per sector. Het aantal uren per sector is vergeleken met het aantal fulltime CAO-uren binnen die sector. Zo ontstaat een gewogen aantal uren per sector. Als we deze gewogen uren voor alle sectoren bij elkaar optellen, krijgen we het gewogen gemiddelde aantal uren per fte. In 2024 komt dit neer op 35,3 uur voor mannen en 31 uur voor vrouwen. Daarna is per jaar gekeken hoeveel uur specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld per week werken. Dit aantal is gedeeld door het gewogen gemiddelde fte. Op die manier is de deeltijdfactor per jaar berekend, apart voor mannen, vrouwen en het totaal.

De deeltijdfactor van de mannelijke specialisten ouderengeneeskunde in de laatste jaren bedraagt gemiddeld 0,98 fte. De deeltijdfactor van de vrouwen is gemiddeld 0,86 fte. Voor de raming nemen we het gemiddelde van de deeltijdfactoren over vijf jaar. Het totaal gemiddelde fte is 0,89. Deze parameterwaarden zijn vergelijkbaar met de vorige raming.

De deeltijdfactor gecombineerd met het aantal werkzaam en de man-vrouw-verdeling levert de huidige capaciteit in fte aan specialisten ouderengeneeskunde op:

72% vrouwen x 1.876 werkzaam x 0,86 = 1.162 fte

28% mannen x 1.876 werkzaam x 0,98 = 515 fte

Totale capaciteit per 1 januari 2025: 1.677 fte.

2.3.4 Regionale spreiding

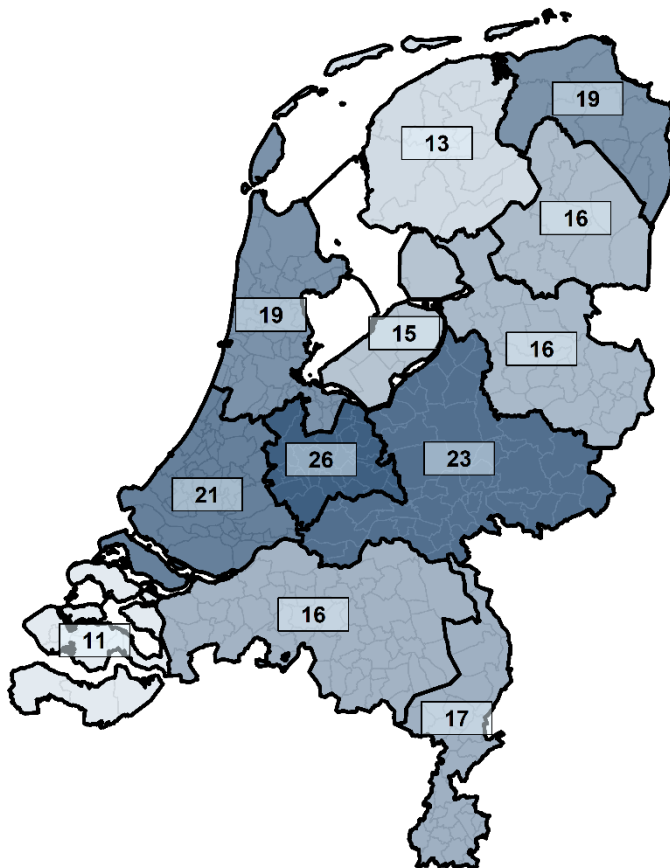
De beschikbaarheid van specialisten ouderengeneeskunde is niet gelijkmatig verdeeld over Nederland. Er zijn duidelijke regionale verschillen.¹⁹ In figuur 4 staat het aantal specialisten ouderengeneeskunde per 10.000 aantal inwoners van 80 jaar en ouder in die provincie. Dit cijfer is berekend op basis van data van het CBS. Gekeken is naar de woonplaats van de specialist ouderengeneeskunde. Er kunnen dus kleine afwijkingen zijn door artsen die in een andere provincie werken dan wonen. In de meer perifeer gelegen regio's Zeeland en Friesland is het aantal specialisten ouderengeneeskunde per tachtigplussers het laagst. Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland tellen relatief de meeste specialisten ouderengeneeskunde per tachtigplussers. Dit sluit aan bij het algemene beeld dat specialisten zich bij voorkeur vestigen in het centrum van Nederland.²⁰ Ook zijn artsen vaak beter vertegenwoordigd in regio's waar een opleidingsinstituut is.²¹ Voor de specialist ouderengeneeskunde zijn dat Amsterdam, Leiden/Rotterdam, Nijmegen, Groningen, Maastricht. Zo heeft Groningen beduidend meer specialisten ouderengeneeskunde dan Friesland en Drenthe. Ook Limburg steekt in verhouding iets gunstiger af dan de andere perifere regio's.²²

¹⁹ <https://www.eur.nl/media/2021-12-persbericht-duurzame-medische-zorg-de-regio-rapport>

²⁰ Regionale spreiding Nederland van medisch specialisten - Capaciteitsorgaan

²¹ De regionale mobiliteit en binding van medisch specialisten: Het belang van opleiden en onderwijs voor de regionale gezondheidszorg - de research portal van de Rijksuniversiteit Groningen

²² De verdeling van de aiossen over de verschillende opleiding eind 2023 (bron SOON) is: Amsterdam: 178. Nijmegen 133, Leiden/Rotterdam 124, Groningen 43, Maastricht 40.



Figuur 4: aantal SO per 10.000 inwoners van 80 jaar en ouder in de betreffende provincie

Bron: CBS, 2025. Bepaald op woonplaats van specialist ouderengeneeskunde

2.3.5 Conclusie aanbod ten opzichte van vorige raming

Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde is de afgelopen jaren verder gegroeid tot 2.085 waarvan circa 90% werkzaam is. Daarmee komt het huidige aanbod uit op ongeveer 1.876 werkzame specialisten en 1.677 fte. De beroepsgroep kent steeds meer vrouwen (72%) en werkt gemiddeld 0,89 fte. Regionaal zijn er duidelijke verschillen zichtbaar: vooral in perifere provincies als Zeeland, Drenthe en Friesland is de beschikbaarheid lager, terwijl in het midden van het land er in verhouding meer specialisten ouderengeneeskunde zijn, onder andere door de aanwezigheid van opleidingsinstituten.

2.4 Onvervulde vraag

2.4.1 Inleiding

Voor de raming wordt de huidige zorgvraag vastgesteld op basis van het huidige aanbod van de specialist ouderengeneeskunde en de eventuele 'onvervulde vraag'. De onvervulde vraag laat zien of er op 1 januari 2025 te weinig of juist te veel specialisten ouderengeneeskunde zijn. Dit uit zich in zowel langdurig openstaande vacatures als langere wachttijden voor patiënten. De huidige zorgvraag kan ook kleiner zijn dan het bestaande aanbod, in dat geval is sprake van een negatieve onvervulde vraag. Dit komt onder meer tot uitdrukking in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep of het ontbreken van wachttijden.

Als graadmeter voor de onvervulde vraag kijken we voor de specialist ouderengeneeskunde naar het voorkomen van moeilijk vervulbare vacatures. Dit geeft namelijk een indicatie dat er mogelijk werk blijft liggen of dat er niet optimaal gewerkt kan worden. Ook de inzet van basisartsen kan wijzen op onvervulde vraag. Verder kan de instroom van specialisten uit het buitenland een teken zijn van onvervulde vraag. Dit laatste is echter niet van toepassing op de specialist ouderengeneeskunde, omdat dit specialisme alleen in Nederland een officiële status heeft.

2.4.2 Bronnen voor bepalen onvervulde vraag

Voor het bepalen van de onvervulde vraag onder de specialist ouderengeneeskunde maken we gebruik van verschillende bronnen (triangulatie).

- De werkgeversenquête;
- De arbeidsmarktmonitor van het Capaciteitsorgaan;
- Vacatures in het kader van de regionale uitvragen in Drenthe en Zeeland;
- De wachtlijsten voor verpleeghuiszorg.

Hieronder lichten we de verschillende bronnen toe.

De werkgeversenquête

Onderzoeksbureau Ipsos heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan in 2024/2025 onderzoek gedaan onder zorginstellingen in onder meer de VVT.²³ Doel van het onderzoek was inzicht in de huidige en toekomstige inzet van de specialist ouderengeneeskunde en aanverwante en/of ondersteunende beroepen, waaronder bijvoorbeeld de VS, PA, GZ-psycholoog en basisarts. In deze enquête is gevraagd naar het actuele aantal fte aan vacatures voor de verschillende beroepen. Het aantal vacatures dat langer dan drie maanden onvervuld blijft in relatie tot het aantal werkzame fte in dat beroep geeft een indicatie van de onvervulde vraag in die beroepsgroep. Deze enquête gebruiken we als primaire bron en geeft de volgende resultaten:

²³ Aan de enquête hebben 60 VVT-instellingen meegewerkt. De helft zowel in de verpleeghuiszorg als de wijkverpleging. Organisaties die deel hebben genomen aan de pilots zijn hierin niet meegenomen.

Tabel 5: Vacaturegraad voor verschillende beroepen in de VVT

	FTE vacatures	Totale vacature- graad	Langdurige vaca- turegraad
SO (fte in dienst = 282,8)	21,1	7,5%	6,2%
Anios/basisartsen (fte in dienst = 132,5 fte)	17,7	13,4%	11,2%
VS-AGZ (fte in dienst = 143,9)	7	4,9%	2,5%
GZ-psychologen (fte in dienst = 123,1)	13,4	10,9	6,4%
PA (fte in dienst = 29,1)	2,9	10%	7,1%

Bron: Ipsos, werkgeversenquête 2024/2025

Als er vacatures zijn voor de specialist ouderengeneeskunde, dan staan de meeste meer dan 3 maanden open. Eind 2024 was de langdurige vacaturegraad 6,2% voor deze beroepsgroep. Dit is aanzienlijk lager dan bij de vorige raming. Toen was het percentage 15%. Voor de VS AGZ en VS GGZ gelden ook lagere percentages. Voor de PA is het percentage vacatures iets hoger dan drie jaar geleden. Voor alle drie de beroepen geldt wel dat het om een beperkt aantal fte gaat.

Bij de vorige raming is niet gekeken naar het aantal vacatures voor artsen die niet in opleiding zijn (anios of basisartsen). Dit is echter wel van belang, aangezien sommige respondenten aangeven aan dat ze anios inzetten als ze geen specialist ouderengeneeskunde kunnen vinden. Dit is feitelijk verborgen onvervulde vraag. Het blijkt echter ook lastig om voldoende anios te vinden. De langdurige vacaturegraad voor deze groep is 11,2%.

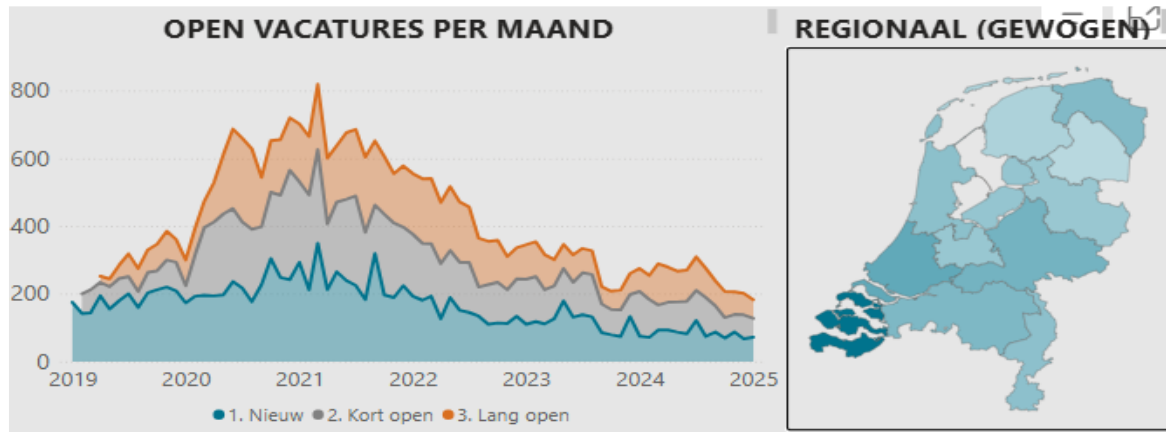
De arbeidsmarktmonitor van het Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan houdt een dashboard met vacatures bij op de website. Dit dashboard bevat alleen online en gepubliceerde vacatures en omvat daardoor niet alle vacatures. Ook kan onderschatting plaatsvinden doordat een vacature waarin meerdere specialisten ouderengeneeskunde worden gevraagd, telt als één vacature. Anderzijds kunnen er dubbeltellingen inzitten als een vacature op meerdere plaatsen met een verschillende vacaturetekst wordt geplaatst. Daarnaast worden waarschijnlijk niet meer alle vacatures uitgezet, omdat werkgevers niet verwachten dat deze vervuld zullen worden. De informatie uit het dashboard gebruiken we daarom vooral om de ontwikkelingen in de vacaturegraad te zien.

Het beeld uit het dashboard sluit aan bij de ontwikkeling in de werkgeversenquête, zie figuur 5. In 2021 zijn er aanzienlijk meer vacatures dan in 2024. Ook uit het dashboard komt een gemiddeld percentage van 6% langdurige vacatures voor 2024. Het totaal aantal vacatures is wel beduidend hoger dan wat uit de werkgeversenquête komt.

Gezien het gegeven dat het grootste deel van de vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde langdurig openstaat en het totaal aantal vacatures op basis van het dashboard hoger is dan het percentage in de werkgeversenquête, kiezen we voor het totale percentage vacatures uit de

werkgeversenquête om mee verder te rekenen in plaats van alleen het percentage langdurig openstaande vacatures: 7,5%.



Figuur 5: vacatureontwikkeling 2019 tot en met 2024

Regionale uitvragen in Drenthe en Zeeland

Het Capaciteitsorgaan heeft in 2024 in Drenthe en Zeeland in het kader van regionale pilots een uitgebreide uitvraag onder VVT-organisaties gedaan met vragen over de arbeidsmarkt voor het zorgpersoneel. Deelnemers aan dat onderzoek zijn niet opnieuw benaderd voor de werkgeversenquête. In de regionale uitvragen zijn op een andere wijze eventuele tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde uitgevraagd. Er is niet naar vacatures gevraagd, maar naar ervaren tekorten in verschillende functies. In Zeeland blijkt volgens opgave van de VVT-organisaties dat ongeveer twee derde van de fte specialisten ouderengeneeskunde die nodig is ook daadwerkelijk gevuld is. In Drenthe is dit ongeveer 20%. Drenthe en met name Zeeland hebben te maken met grotere tekorten dan in veel andere regio's. Gezien het feit dat deze provincies niet zijn meegenomen in de werkgeversenquête, terwijl de tekorten in deze regio's veel hoger zijn dan in andere delen van het land, is het landelijk percentage van 7,5% van de werkgeversenquête waarschijnlijk een onderschatting.

2.4.2.1 Parameterwaarde op basis van vacatureruimte

Niet alle vacatures worden geplaatst, bijvoorbeeld omdat de werkgevers niet verwachten dat er voldoende reactie op een vacature komt. Uit de werkgeversenquête komt naar voren dat twee op de vijf werkgevers andere keuzes zouden maken als er geen schaarste zou zijn aan financiële middelen en/of zorgprofessionals. Zo lossen ze tekorten op door taakverschuiving, een andere functiemix en het inzetten van anios. Ze zouden echter liever meer mensen opleiden en/of aannemen. Dat geldt zowel voor specialist ouderengeneeskunde als voor VS, PA en GZ-psychologen. Uit de werkgeversenquête komt wel naar voren dat het ook lastig is om voldoende anios te vinden, waarvoor het percentage openstaande vacatureruimte hoger is dan voor de specialist ouderengeneeskunde. En omdat uit de onderzoeken in Drenthe en Zeeland een grotere onvervulde vraag komt, die waarschijnlijk ook geldt voor andere perifere regio's stellen we het percentage bij naar 10%.

2.4.2.2 De wachtlijsten voor verpleeghuiszorg

Het aantal bedden in de langdurige zorg is gelimiteerd op 130.000.²⁴ Het aantal mensen met een indicatie voor verpleegzorg in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) neemt echter nog steeds toe. Dit betekent ook dat er mogelijk feitelijk meer vraag is naar behandeling door de specialist ouderengeneeskunde dan nu wordt geleverd.

Zorgverzekeraars Nederland monitoren ieder kwartaal de wachtlijsten voor de Wlz.²⁵ In het 4e kwartaal van 2024 komt naar voren dat het aantal cliënten met een indicatie voor verpleging en verzorging in de laatste 5 jaar is toegenomen met 27.000 cliënten tot een totaal van 198.471. Dat is een toename van 16%. In 2024 nam het aantal wachtenden op de wachtlijst af tot 19.971. Een daling van ongeveer 8%. Een groot deel van de wachtenden (92%) wacht op een plaats bij een voorkeursaanbieder. Daarnaast heeft 94% van de cliënten met een indicatie VV die wachten op zorg al wel een vorm van zorg, zoals overbruggingszorg of zorg vanuit een instelling. Hierbij is mogelijk ook de specialist ouderengeneeskunde betrokken.

Op basis van bovenstaande betrekken we de wachtlijsten niet in de bepaling van de onvervulde vraag. De reden daarvoor is dat:

1. De groei van het aantal mensen die zorg nodig hebben, is al opgenomen in de demografie.
2. De cliënten op de wachtlijst ontvangen in de meeste gevallen al een vorm van zorg, waarbij mogelijk de specialist ouderengeneeskunde betrokken is.

2.4.3 Parameter onvervulde vraag

Op basis van bovenstaande gegevens en overwegingen is de parameterwaarde voor onvervulde vraag vastgesteld op **10%**. In de vorige twee ramingen waren de percentages respectievelijk: +15% (2022) en +13,25% (2019).

Tabel 6: Onvervulde vraag

Onvervulde vraag	2019	2022	2025
Specialist ouderengeneeskunde	+13,25%	+15%	+10%

2.4.4 Conclusie onvervulde vraag ten opzichte van vorige raming

Hoewel het aanbod groeit, blijft er sprake van een aanzienlijke onvervulde vraag. De langdurige vacaturegraad onder specialisten ouderengeneeskunde is gedaald ten opzichte van de vorige raming, maar blijft relatief hoog. Op basis van aanvullende analyses, waaronder regionale uitvragen in Drenthe en Zeeland, is de totale onvervulde vraag in deze raming vastgesteld op +10%, tegen +15% in de vorige raming. Daarmee is er wat minder schaarste, maar blijft deze nog steeds hoog en structureel van aard.

²⁴ Hoe staat het met: de wachtlijsten voor verpleeghuizen? | ActiZ

²⁵ Wachtlijsten langdurige zorg - Zorgverzekeraars Nederland

3 Verwacht aanbod van specialisten ouderengeneeskunde

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de te verwachten veranderingen in het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde. Factoren die het aanbod beïnvloeden zijn de opleidingsgegevens (zoals het aantal aios, opleidingsduur en het intern rendement van de opleiding), het extern rendement van de groep die net uit de opleiding komt en de uitstroom van werkzame artsen. Tabel 7 laat zien welke waarden voor deze parameters zijn gebruikt in de huidige raming en in de twee vorige ramingen. In de volgende paragrafen worden de parameterwaarden voor de huidige raming toegelicht.

Tabel 7: parameterwaarden veranderingen aanbod specialisten ouderengeneeskunde

	Parameter	Capaciteitsplan 2019			Capaciteitsplan 2022			Capaciteitsplan 2025		
		M	V	T	M	V	T	M	V	T
1	Uitstroom werkzamen									
	Na 5 jaar	23%	15%	17%	29%	18%	21%	31%	19%	22%
	Na 10 jaar	53%	33%	40%	57%	37%	42%	46%	33%	36%
	Na 15 jaar	67%	47%	54%	68%	52%	57%	57%	47%	49%
	Na 20 jaar	82%	64%	70%	79%	67%	71%	74%	64%	66%
2	Intern rendement vanaf basisjaar			76%			82%			84%
3	Intern rendement aios al in opleiding			92%			88%			86%
4	Extern rendement man/vrouw/totaal in %	M	V	T	M	V	T	M	V	T
	Na 1 jaar	99%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	97%	97%
	Na 5 jaar	92%	92%	92%	92%	92%	92%	94%	89%	90%
	Na 10 jaar	86%	85%	86%	86%	85%	85%	87%	84%	84%
	Na 15 jaar	84%	78%	79%	84%	78%	79%	84%	79%	80%

Bron: CBS, microdata, bewerking Capaciteitsorgaan

3.2 Opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

3.2.1 Overzicht parameterwaarden opleiding: aantal aios en opleidingsduur

Tabel 8 laat zien welke waarden in de ramingen van 2019, 2022 en de huidige raming zijn gebruikt voor opleidingsparameters als 'het aantal aios in opleiding' en de 'feitelijke opleidingsduur.' In de volgende paragrafen worden de parameterwaarden voor 2025 toegelicht.

Tabel 8: parameterwaarden opleiding specialist ouderengeneeskunde

	Parameter	Capaciteitsplan 2021-2024 (2019)*	Capaciteitsplan 2024-2027 (2022)	Capaciteitsplan 2027-2030 (2025)
1	Gemiddeld in opleiding per leerjaar	99,4	132	143
2	Percentage vrouwen/mannen in opleiding	81% / 19%	80% / 20%	74% / 26%
3	Instroom gemiddeld tussenjaren ('25/'26)	104	150	154
4	Instroom gemiddeld vanaf bijsturingsjaar ('27)	106	150	154
5	Opleidingsduur feitelijk vanaf basisjaar ('25)	3,4 jaar	3,3 jaar	3,5 jaar

Bron: RGS, mei 2025

* Tussen haakjes staat het jaar van publicatie van de raming. Daarvoor staan de jaren waarop het instroomadvies betrekking had/heeft. Deze notatie wordt ook in alle volgende tabellen gehanteerd.

3.2.2 Aantal in opleiding

De registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) biedt inzicht in hoeveel aios ouderengeneeskunde op 1 januari van elk kalenderjaar in opleiding zijn, naar geslacht. Tabel 9 geeft dit weer.

Tabel 9: aantal aios ouderengeneeskunde in opleiding op peildatum

Peildatum	#totaal	%vrouw	%man
2022-01-01	436	80%	20%
2025-01-01	503	74%	26%

Bron: RGS, mei 2025

Op 1 januari 2025 zijn er 503 aios ouderengeneeskunde. Uit deze gegevens zijn twee parameterwaarden af te leiden:

1. Gemiddelde aantal nog in opleiding per leerjaar per 1 januari 2025 (huidige aios). Dit is het totaal aantal aios op de peildatum gedeeld door de feitelijke opleidingsduur: **503/3,5 = 143.**²⁶
2. Geslachtsverdeling in opleiding per 1 januari 2025. Op de peildatum 1-1-2025 is **76%** van de aios vrouw, tegen **24%** man.

3.2.3 Gemiddelde instroom gestegen

De RGS registreert ook de in- en uitstroom van aios per jaar en cohort (tabel 10). Daarbij onderscheiden zij aios die de opleiding afronden en gediplomeerd zijn, en aios die de opleiding voortijdig beëindigen, zonder diploma.

²⁶ Opleidingsduur zie paragraaf 3.2.4

Tabel 10: in- en uitstroom van aios ouderengeneeskunde per kalenderjaar per cohort

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aios ingeschreven	112	113	94	106	129	138	150	148	168	166
Aios afgerond	90	90	80	88	104	112	101	45	1	1
Aios beëindigd	22	23	14	16	20	19	23	11	7	3
Aios nog in opleiding	0	0	0	2	5	7	26	92	151	162

Bron: RGS, mei 2025

Hieruit zijn de volgende instroomparameterwaarden af te leiden:

1. Verwachte instroom in de opleiding per jaar in 2025/2026 (toekomstige aios in 'tussenjaren')
2. Verwachte instroom in de opleiding per jaar van het jaar 2027 (toekomstige aios vanaf 'bijsturingsjaar')

Gerekend over de afgelopen drie jaren is de gemiddelde jaarlijkse instroom 161 aios. Het gemiddelde over de meest recente vijf jaar komt uit op 154 aios. Er is een flinke groei in de instroom te zien sinds 2017. Desondanks ligt de jaarlijkse instroom ook in deze raming nog ver onder het aantal opleidingsplaatsen dat VWS momenteel bekostigt.²⁷ Er worden de laatste jaren inspanningen verricht door onder meer beroepsvereniging Verenso en de gezamenlijke organisatie van opleidingsinstituten SOON om de bekendheid en aantrekkelijkheid van het beroep en de opleiding te verbeteren. Er zijn gerichte campagnes zoals ouderengeneeskunde.nu en Next Level Dokter. Daarnaast wordt zij-instroom nog steeds gestimuleerd, waarbij artsen met een ander specialisme zich via een verkort traject kunnen specialiseren in de ouderengeneeskunde. Hier is belangstelling voor, maar omscholing is niet altijd een makkelijk traject.²⁸ Hoewel in 2022 een motie door de Tweede Kamer is aangenomen om te zorgen voor een vast coschap ouderengeneeskunde binnen het basiscurriculum van de geneeskundeopleiding, is dit nog niet landelijk doorgevoerd. Gezien deze initiatieven en de zichtbare groei in de instroom in de afgelopen jaren is de verwachting dat de komende jaren de belangstelling voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde onder basisartsen verder zal toenemen. Voorzichtigheidshalve wordt de verwachte jaarlijkse instroom voor de komende jaren, zowel voor de tussenjaren als daarna bij onveranderd beleid, ingeschat op 154 aios. Deze waarde ligt daarmee iets hoger dan in de raming van 2022: 150 aios.

De uitkomst voor de instroomparameterwaarde verwachte instroom in de opleiding per jaar in 2025/2026 en verwachte instroom in de opleiding per jaar van het jaar 2027 is **154** aios.

3.2.4 Opleidingsduur

De nominale duur van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is drie jaar. Per 1 maart 2023 is het mogelijk voor artsen met een afgeronde vervolgopleiding om een aangepast verkort opleidingstraject te volgen. SOON ziet meer artsen met een afgeronde medische vervolgopleiding interesse tonen in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.²⁹

²⁷ Instroom aantal aios ouderengeneeskunde blijft stabiel in 2024

²⁸ 'Het systeem is niet gebouwd voor artsen die van specialisme switchen' | medischcontact

²⁹ Artsen kunnen sneller specialist ouderengeneeskunde worden - Skipr

Voor de raming is het van belang te bepalen hoe lang het duurt voordat aios als afgestudeerde specialisten ouderengeneeskunde op de arbeidsmarkt komen. Daarom wordt de gemiddelde feitelijke duur van de opleiding, van start- tot einddatum, berekend. Dit is ongeacht of aios fulltime of part-time werken/studeren en zonder correcties voor opleidingsonderbrekingen.

De gemiddelde studieduur wordt berekend over alle personen in de geselecteerde jaarcohorten die hun diploma hebben gehaald; de aios die nog bezig zijn met de opleiding worden hierbij niet meegenomen. Per afgestudeerde wordt de duur in dagen van startdatum tot einddatum berekend. Vervolgens wordt over alle afgestudeerden in de meegenomen jaarcohorten de gemiddelde duur in dagen berekend. De duur in dagen wordt vervolgens omgerekend in jaren. Voor de specialist ouderengeneeskunde is de berekening uitgevoerd voor de gediplomeerden uit de jaarcohorten vanaf 2015. De gemiddelde opleidingsduur blijkt 3,5 jaar te zijn. In de vorige raming was dit 3,3 jaar (in 2019 3,4 jaar).

De uitkomst voor de parameterwaarde opleidingsduur is:

3. Opleidingsduur voor instroom vanaf 2025 (verwacht op basis van feitelijke opleidingsduur):
3,5 jaar

3.3 Intern rendement opleiding

Het intern rendement geeft weer welk aandeel van de aios de opleiding jaarlijks succesvol afrondt. Hoe hoger het intern rendement, hoe meer specialisten ouderengeneeskunde er op een zeker moment nieuw op de arbeidsmarkt komen.

Het intern rendement wordt berekend op basis van de meest recente jaarcohorten die de opleiding hebben afgerond. Een cohort wordt alleen meegenomen als minstens 90% van de aios de opleiding heeft afgerond (met diploma) of beëindigd (zonder diploma). Het laatste jaar dat aan deze voorwaarde voldoet, is 2020. Voor elk van de meegenomen jaren wordt berekend hoeveel aios de opleiding succesvol hebben afgerond, in verhouding tot het totaal aantal aios dat de opleiding heeft afgerond of beëindigd.

Het intern rendement voor aios die tot en met 2024 zijn ingestroomd en nog in opleiding zijn, is afzonderlijk berekend. Normaliter stijgt hun verwachte intern rendement, naarmate zij langer in opleiding zijn en dichter bij afronding komen. Voor de berekening is gekeken naar de meest recente 5 jaren waarvan minimaal 90% van de aios de opleiding heeft afgerond of beëindigd. Uit deze jaren is per leerjaar een 'voortschrijdend' intern rendement bepaald: het aantal aios dat uiteindelijk afrondt, gedeeld door het aantal aios dat in dat leerjaar nog in opleiding is. Omdat er elk jaar aios uitvallen, loopt dit voortschrijdend rendement per leerjaar op. Vervolgens is bepaald in welk leerjaar de aios zich bevinden die op de peildatum nog in opleiding zijn. Het aandeel aios per leerjaar is vervolgens vermenigvuldigd met het bijbehorende voortschrijdend intern rendement. De som van deze uitkomsten vormt het intern rendement voor de aios ouderengeneeskunde die op de peildatum in opleiding zijn.

De uitkomsten voor de parameters intern rendement zijn:

Intern rendement voor personen in opleiding op 1 januari 2025: **84%**

Intern rendement voor huidige aios (instroom t/m 2024): **86%**

3.4 Extern rendement opleiding

Voor de berekening van het extern rendement is gebruik gemaakt van microdata-gegevens van het CBS. Uitgangspunt hierbij is dezelfde definitie van werkzaamheid als in de gebruikte Statline tabellen voor aantallen werkzamen en gewerkte uren. De uitstroom is berekend door per leeftijd en geslacht te volgen wie na vijf en tien jaar nog in hetzelfde beroep en met dezelfde BIG-registratie werkzaam is. Voor tien jaar is bijvoorbeeld gekeken wie van de werkzamen in 2013 ook in 2023 nog werkzaam is. Vervolgens zijn de uitstroomkansen naar leeftijdsklasse/geslacht gewogen naar het aantal werkzamen in het meest recente jaar, om zo een zo goed mogelijk schatting te krijgen van de verwachte uitstroom van de huidige groep van werkzame specialisten ouderengeneeskunde.

Omdat de reeks van het CBS over werkzamen beschikbaar is vanaf het jaar 2013, is de 20-jaars uitstroom afgeleid door twee (in opeenvolgende leeftijdsklassen) 10-jaars kansen te combineren, waarbij vervolgens weer een uitstroompercentage van de gehele groep is bepaald middels weging van deze 20-jaars uitstroomkansen naar leeftijd/geslacht met de huidige samenstelling van werkzamen. De 15-jaars uitstroom is via interpolatie van de 10- en 20-jaars kansen bepaald.

Het extern rendement betreft dan het aandeel van de aios dat een, vijf, tien of vijftien jaar na afstuderen nog werkzaam zal zijn in het beroep.

Voor het extern rendement is specifiek gekeken naar jonge werkzamen (t/m 39 jaar). Voor 5 en 10 jaar is het gemiddelde uitvalpercentage over meerdere startjaren gebruikt. Het 15-jaars extern rendement is via interpolatie bepaald. Het 1-jaars extern rendement kon niet goed worden gemeten, maar is geschat als een vijfde van het 5-jaars extern rendement.

Tabel 11: extern rendement specialist ouderengeneeskunde

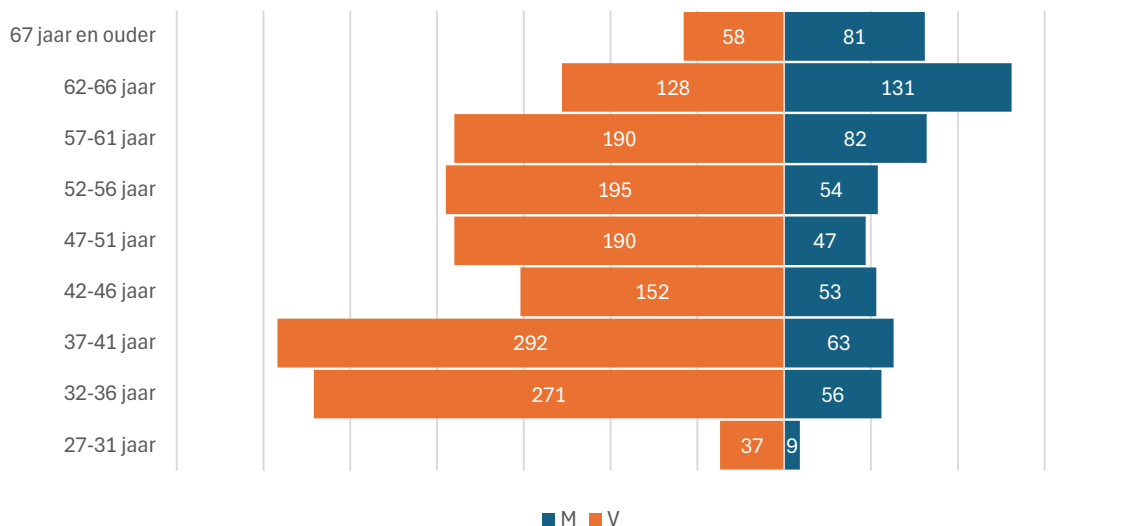
Parameter	Capaciteitsplan 2019			Capaciteitsplan 2022			Capaciteitsplan 2025		
	M	V	T	M	V	T	M	V	Totaal
Extern rendement na 1 jaar	98,6%	99,3%	99,2%	98,5%	98,3%	98,3%	97,6%	96,7%	96,9%
Extern rendement na 5 jaar	92,2%	93,5%	93,3%	92,7%	91,4%	91,6%	94,4%	89,4%	90,3%
Extern rendement na 10 jaar	90,5%	88,2%	88,6%	85,3%	82,8%	83,2%	87,9%	83,7%	84,4%
Extern rendement na 15 jaar	87,6%	83,6%	84,4%	81,3%	76,8%	77,5%	84,4%	79,3%	80,2%

3.5 Uitstroom van werkzamen

De verwachte uitstroom uit het beroep in de komende twintig jaar is een belangrijk gegeven, omdat de personen die uitstromen worden moeten vervangen door nieuwe specialisten ouderengeneeskunde bij een gelijkblijvende vraag naar deze beroepsgroep.

3.5.1 Verdeling naar leeftijd en geslacht

In figuur 6 staat de opbouw van de groep geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht per 1 januari 2025.



Figuur 6: verdeling naar leeftijd en geslacht

Bron: RGS, mei 2025

De gemiddelde leeftijd van de specialist ouderengeneeskunde is per 1 januari 2025 49 jaar. In de jaren 2016, 2019 en 2022 was dit 50 jaar: een heel lichte daling. De vrouwen zijn gemiddeld jonger

dan de mannen. Dat blijkt ook uit de figuur, bij de vrouwelijke specialist ouderengeneeskunde vinden we de grootste groep bij de 32 tot en met 41-jarigen. Bij de mannen is de categorie van 62 tot en met 66 jaar relatief het grootst.

Een hoog percentage oudere specialisten ouderengeneeskunde betekent dat er gemiddeld een hoge uitstroom vanwege pensionering verwacht wordt. Vooral bij de mannen is uitstroom vanwege de leeftijd te verwachten. Op basis van de historische gegevens over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep per 5-jaars periode worden voorspeld. Het resultaat van die analyse volgt hieronder.

3.5.2 Uitstroom uit het beroep

De uitstroomkansen zijn bepaald met CBS-cijfers door per leeftijd en geslacht te volgen hoeveel werkenden na vijf, tien, vijftien en twintig jaar nog in hetzelfde BIG-geregistreerde beroep werkzaam zijn. De 20-jaars uitstroom is berekend door twee opeenvolgende 10-jaars kansen te combineren; de 15-jaars uitstroom via interpolatie tussen de 10- en 20-jaars kansen. Alle cijfers zijn gewogen naar het aantal werkzamen in het meest recente jaar.

Tabel 12: uitstroom werkzame specialist ouderengeneeskunde

Parameter	Capaciteitsplan 2019			Capaciteitsplan 2022			Capaciteitsplan 2025		
	M	V	T	M	V	T	M	V	Totaal
Uitstroom in 5 jaar	23%	15%	17%	29%	18%	21%	31%	19%	22%
Uitstroom in 10 jaar	53%	33%	40%	57%	37%	42%	46%	33%	36%
Uitstroom in 15 jaar	67%	47%	54%	68%	52%	57%	57%	47%	49%
Uitstroom in 20 jaar	82%	64%	70%	79%	67%	71%	74%	64%	66%

Bron: CBS, bewerking Capaciteitsorgaan mei 2025

In vergelijking met de vorige raming is de uitstroomkans na vijf jaar zowel bij de mannen als vrouwen vrijwel gelijk. De uitstroomkans na tien, vijftien en twintig jaar is wel ten opzichte van de vorige ramingen gedaald. Dit komt onder vooral door de instroom van jongere artsen.

3.6 Conclusie verwacht aanbod ten opzichte van vorige raming

Het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde wordt beïnvloed door de instroom vanuit de opleiding, de uitstroomkans uit het beroep en rendementen tijdens en na de opleiding. In de huidige raming is het aantal aios in opleiding verder gestegen tot 503. Dit betekent gemiddeld 143 aios per leerjaar, een duidelijke groei ten opzichte van de vorige raming (132 aios). Ook de instroom is licht toegenomen, van 150 naar 154 aios per jaar.

De feitelijke opleidingsduur is in deze raming iets langer geworden (3,5 jaar tegenover 3,3 jaar in 2022). Het intern rendement is licht gestegen: 84% voor nieuwe cohorten (dit was 82%) en 86% voor de huidige groep in opleiding. Ook het externe rendement blijft hoog en stabiel, al is na vijf jaar een lichte daling zichtbaar (van 91,6% naar 90,3%), terwijl het rendement over tien, vijftien en twintig jaar juist iets zijn verbeterd.

Na vijf jaar is de uitstroomkans vrijwel gelijk gebleven (22% totaal) met de vorige raming, maar over langere perioden is deze gedaald. Na tien jaar werkt naar schatting nog 64% van de specialisten ouderengeneeskunde in het vak, waar dat in 2022 nog 58% was. De gemiddelde leeftijd van de beroepsgroep daalde licht, van 50 naar 49 jaar, doordat de instroom van jongere, vooral vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde blijft toenemen.

In vergelijking met de raming 2022 is het beeld genuanceerd positief. De gemiddelde instroom is hoger en het intern rendement verbeterd. De feitelijke opleidingsduur is echter iets toegenomen en het extern rendement in de eerste vijf jaar na afstuderen wat gedaald. De uitstroom door pensionering over langere termijn is iets lager. Per saldo betekent dit dat het toekomstige aanbod naar verwachting iets sterker zal groeien dan in de vorige raming werd aangenomen.

4 Verwachte vraag naar specialisten ouderengeneeskunde

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. De vraag naar specialisten ouderengeneeskunde betreft het aantal fte's aan specialisten ouderengeneeskunde dat nodig is om aan de behoefte, oftewel de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige vraag naar specialisten ouderengeneeskunde vast op basis van het huidige aanbod van specialisten ouderengeneeskunde, dat wil zeggen het aantal fte's aan werkzame specialisten ouderengeneeskunde per peildatum 1 januari 2025. Dit wordt aangevuld met de on vervulde vraag, oftewel het tekort (of overschot) aan specialisten ouderengeneeskunde, op het moment van de peildatum (zie paragraaf 2.3).

De verwachte toekomstige vraag naar specialisten ouderengeneeskunde wordt vervolgens bepaald door de huidige vraag naar specialisten ouderengeneeskunde te corrigeren voor demografische (zie paragraaf 4.2), epidemiologische (zie paragraaf 4.3), sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen op het gebied van horizontale en verticale substitutie en voorziene veranderingen in de arbeidstijd van de werkzamen (zie paragraaf 4.4).

Deze ontwikkelingen kunnen een dempende of stuwende impact hebben op de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde. Deze impact wordt voor het rekenmodel vervolgens verwerkt in een parameter met een waarde. Tabel 13 laat zien welke waarden voor deze parameters zijn gebruikt in de huidige raming en in de twee daaraan voorafgaande ramingen. In de volgende paragrafen worden de parameterwaarden voor de huidige raming (2025) toegelicht.

Tabel 13: parameterwaarden demografische en niet demografische ontwikkelingen 2019, 2022 en 2025, per jaar

Ontwikkeling	Capaciteitsplan 2021-2024 (2019)	Capaciteitsplan 2024-2027 (2022)	Capaciteitsplan 2027-2030 (2025)
Demografie			
Na 5 jaar	15%	17%	15%
Na 10 jaar	33%	36%	34%
Na 15 jaar	56%	57%	52%
Na 20 jaar	77%	74%	68%
Epidemiologie	+0,3% tot +0,8%	+0,8%	0%
Sociaal cultureel	+0,1% tot +0,8%	+0,7%	+2,5%
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+0,4% tot +0,8%	+0,8%	+0,4%
Efficiency	- 0,5% tot - 1,5%	-0,5%	-0,5%
Horizontale substitutie	+0,5% tot +2,0%	+1,0%	-0,1%
Verticale substitutie	- 1,0% tot - 2,0%	-1,5%	-1,5%
Arbeidstijdverandering (ATV)	0%	0%	0%

4.2 Demografische ontwikkelingen

Demografie gaat om de toekomstige omvang en samenstelling van de Nederlandse bevolking. Wanneer de bevolking groeit neemt de zorgvraag, en dus de behoefte aan zorgprofessionals toe. Ook de verdeling van leeftijdscategorieën en geslacht bepaalt de toekomstige behoefte aan zorg: een vergrijnde bevolking heeft andere zorgvragen en vraagt om anders opgeleide zorgprofessionals dan een jeugdige bevolking.

Uitgangspunt bij deze demografieberekeningen is dat de ontwikkeling van de bevolking naar leeftijd en geslacht geprojecteerd wordt op het huidige zorggebruik waarbij, in dit geval, de specialist ouderengeneeskunde betrokken is. Hierbij is de vooronderstelling dat de leeftijd- en geslacht specifieke zorgconsumptie in de nabije toekomst niet verandert. De totale zorgconsumptie kan wel veranderen door veranderingen in de leeftijd- en geslachtsopbouw van de bevolking.

4.2.1 Berekening waarden demografie

De parameterwaarde voor demografie is op dezelfde wijze bepaald als bij de vorige raming. De bepaling van de parameterwaarde is zoals gezegd gebaseerd op de zorgconsumptie naar leeftijd en geslacht. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de prestaties voor de Wlz en ELV en de DBC's voor geriatrische revalidatie.

Concreet is voor de huidige raming op basis van de specifieke zorgconsumptie uit 2024 en de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (december 2024) een projectie gemaakt van de zorgconsumptie naar leeftijd en geslacht in het basisjaar 2025 en vervolgens voor 5, 10, 15 en 20 jaar na 2025.

4.2.2 Vektis gegevens zorggebruik raming 2025

Voor deze raming (2025) is gebruik gemaakt van gegevens van Vektis over het gebruik van zorg waarbij de specialist ouderengeneeskunde betrokken is ('behandeling'). Het betreft specifiek declaratiegegevens van de volgende categorieën zorgindicaties:

- Zorgzwaartepakketten (ZZPs) VV vijf tot met tien inclusief behandeling, alsmede VPT en MPT (WLz)
- Extramurale behandeling (WLz, Zvw)
- Eerstelijnsverblijf (ELV) en GZSP (Zvw)³⁰
- Geriatrische revalidatie (GRZ; Zvw)

4.2.3 Berekening actuele zorggebruik op basis van zorgindicaties: LZ en ELV

Tabel 14 bevat de prestaties voor de langdurige zorg (LZ), te weten ZZP/VPT/MPT en extramurale behandeling en voor eerstelijnsverblijf (ELV). Deze prestaties zijn gewogen middels (een schatting van) het bedrag van de behandelcomponent. De behandelbedragen per prestatie zijn in eerste instantie via een aantal stappen bepaald, op basis van de NZa-tarieven op 1 januari 2019.

1. Voor iedere prestatie is van het bijbehorende tarief vastgesteld wat daarvan de looncomponent is;
2. Van de looncomponent is vastgesteld wat daarvan het behandelaandeel is;
3. Door voor elke prestatie het loonbedrag te vermenigvuldigen met het aandeel behandeling ontstaat er een 'behandeltarief';
4. Het percentage dat het behandeltarief is van het totale tarief is vervolgens gebruikt om het 'behandeltarief' voor 2024 te berekenen.

Tabel 14: meegenomen prestaties WLz/ELV en weegfactor (tarief) voor eerste deel zorgindicaties SO

Prestatie	Omschrijving	Indicatie	Leve-rings-vorm	Leve-ringseen-heid	Tarief eenheid	Multiplika-tie eenheid	tarief 2024 in €	Aandeel behandeling	Behandelta-rief in €
H335	Beh basis spec. oud.	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	minuten	uur	0,02	€ 192,10		€ 192,10
H802	Dagbeh ouderen som en pg	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	dagdeel (4 uur)	dagdeel	1,00	€ 80,41		€ 80,41
V053	VPT 5VV	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 301,15	€ 30,23	€ 30,23

³⁰ In 2020 zijn de prestaties voor GZSP (H802, S802, S804 en H335) naar de zorgverzekeringswet overgeheveld.

V063	VPT 6VV	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 269,67	€ 30,16	€ 30,16
V073	VPT 7VV	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 369,53	€ 39,70	€ 39,70
V083	VPT 8VV	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 475,94	€ 39,29	€ 39,29
V097	VPT 9bVV	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 318,86	€ 74,21	€ 74,21
V103	VPT 10VV	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 543,82	€ 39,50	€ 39,50
Z053	ZZP 5VV	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 350,97	€ 33,48	€ 33,48
Z063	ZZP 6VV	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 326,73	€ 34,10	€ 34,10
Z073	ZZP 7VV	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 425,62	€ 42,96	€ 42,96
Z083	ZZP 8VV	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 528,57	€ 41,94	€ 41,94
Z097	ZZP 9bVV	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 377,13	€ 84,11	€ 84,11
Z103	ZZP 10VV	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1,00	€ 588,74	€ 41,13	€ 41,13
A0001	Laag	nee	ELV	etmaal		1,00	€ 197,05	€ 0,15	€ 29,56
A0002	Hoog	nee	ELV	etmaal		1,00	€ 303,02	€ 0,09	€ 27,27
A0003	Palliatief	nee	ELV	etmaal		1,00	€ 407,92	€ 0,09	€ 36,71
1000	SO GZSP			uur		0,02	€ 194,55		€ 194,55
ZN053	zvp vv-incl nbf			etmaal		1,00	€ 217,70	9,5%	€ 20,77
ZN063	zvp vv-6 nbf			etmaal		1,00	€ 332,48	10,4%	€ 34,70
ZN073	zvp vv-6 nbf			etmaal		1,00	€ 433,27	10,1%	€ 43,73
ZN083	zvp vv-6 nbf			etmaal		1,00	€ 538,48	7,9%	€ 42,73
ZN097	zvp vv-6 nbf			etmaal		1,00	€ 383,06	22,3%	€ 85,44
ZN0103	zvp vv-6 nbf			etmaal		1,00	€ 600,20	7,0%	€ 41,93
VN053	VPT 5VV incl.BH incl.DB en incl. nbf			etmaal		1,00	€ 299,78	10,0%	€ 30,09
VN063	VPT 6VV incl.BH incl.DB en incl. nbf			etmaal		1,00	€ 268,49	11,2%	€ 30,03
VN073	VPT 7VV incl.BH incl.DB en incl. nbf			etmaal		1,00	€ 367,87	10,7%	€ 39,52
VN083	VPT 8VV incl.BH incl.DB en incl. nbf			etmaal		1,00	€ 473,62	8,3%	€ 39,10
VN097	VPT 9bVV incl.BH incl.DB en incl. nbf			etmaal		1,00	€ 318,19	23,3%	€ 74,05
VN103	VPT 10VV incl.BH incl.DB en incl. nbf			etmaal		1,00	€ 540,77	7,3%	€ 39,28

Bron: op basis van de NZa-tarieven op 1 januari 2024

Op basis van de prestatie H335 (behandeling basis specialist ouderengeneeskunde) is een uurtarief vastgesteld. Door de zorgindicaties als bedrag te delen door het uurtarief zijn zorgindicaties in uren

verkregen. Door de totale tijd te aggregeren naar behandeljaar, leeftijd en geslacht wordt een totaal zorggebruik naar leeftijd en geslacht bepaald. Het relatieve zorggebruik naar leeftijd en geslacht is verkregen door het zorggebruik van een leeftijd-geslachtgroep te delen door het totale zorggebruik. Deze hoeveelheid zorggebruik kan gecombineerd worden met de zorgindicaties GRZ. Ook hiervan is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in tijd berekend.

4.2.4 Berekening actuele zorggebruik op basis van zorgindicaties: GRZ

Bij de voorgaande raming zijn vanuit de Vektis data ook de geriatrische revalidatie activiteiten meegenomen, waarbij de betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde in de omschrijving staat. Het betreft twee activiteiten, deze staan in tabel 15.

Tabel 15: meegenomen zorgactiviteiten geriatrische revalidatie voor tweede deel zorgindicaties SO

Zorgactiviteit	Omschrijving	Op nota	Eenheid	Aantal eenheden
194814	Specialist Ouderengeneeskunde – triage	J	MN	15
194815	Specialist Ouderengeneeskunde – Pat.geb. handelen (excl. triage door Specialist Ouderengeneeskunde)	J	MN	5

Bron: op basis van de NZa-tarieven op 1 januari 2024

De activiteit 194815 wordt op 5 minutenbasis geregistreerd. De triage-activiteit 194814 wordt niet per 5 minuten geregistreerd. Verondersteld is dat een triage gemiddeld 15 minuten duurt. Door de totale tijd te aggregeren naar behandeljaar, leeftijd en geslacht wordt het totale zorggebruik naar leeftijd en geslacht bepaald. Het relatieve zorggebruik naar leeftijd en geslacht is te verkrijgen door het zorggebruik van een leeftijd-geslachtgroep te delen door het totale zorggebruik. Dit zorggebruik kan gecombineerd worden met de zorgindicaties LZ en ELV, waarvan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde ook in tijd berekend is.

4.2.5 Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2025

Voor de vorige raming zijn de gewogen aandelen zorgindicaties uitgesplitst naar ZZP/VPT/MPT/extramuraal, ELV en GRZ voor elk van de leeftijd-geslachtgroepen op basis van de gemiddelde declaratiegegevens uit 2018 en 2019. Het meeste gewicht van de zorgindicaties zit bij de leeftijdsgroep 85 tot met 89 jaar. Dit is in lijn met de relatieve omvang en zorgbehoefte van deze groep. Voor deze meting hebben we dezelfde verhoudingen gebruikt. Het aandeel ELV, GRZ en ZZP/VPT verschilt tussen de leeftijdsgroepen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het aandeel geriatrische revalidatie in de zorgindicaties afneemt naarmate de leeftijd van de patiënten hoger ligt. De ZZP/VPT/MPT/extramuraal/GZSP enerzijds en de GRZ anderzijds zijn apart berekend. Om te komen tot één parameterwaarde hebben we gekozen voor een verdeling van respectievelijk 85% en 15%.

4.2.6 Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2025 plus tot en met 2045

De volgende stap in de demografieberekening was het herijken van de zorgindicaties uit 2022 naar het zorggebruik in het basisjaar van de raming. Daartoe is op basis van de meest recente

bevolkingsprognose van het CBS gekeken hoe de bevolkingsopbouw tussen 2022 en 2024 is gewijzigd. Het percentage groei of krimp in de bevolking per leeftijd-geslachtgroep is toegepast op de aandelen zorgindicaties in 2022. Vervolgens zijn de voorziene veranderingen in de bevolkingsopbouw tot en met 2045 in beeld gebracht. Het percentage groei of krimp in de bevolking per leeftijd-geslachtgroep in de jaren tussen 2025 en 2045 is toegepast op de in de vorige stap berekende aandelen zorgindicaties in 2024. De gedachtegang is dat de voorziene groei in het zorggebruik vertaald kan worden in de verwachte toename in benodigde capaciteit specialisten ouderengeneeskunde. Voor de raming is gebruik gemaakt van de demografische groeipercentages vijf, tien, vijftien en twintig jaar na het basisjaar. Het geïndexeerde zorggebruik na twintig jaar, in 2045 ten opzichte van 2025, is in totaal 67,8% gegroeid. Dit betekent een afvlakking ten opzichte van de vorige raming.

Tabel 16: demografieparameters voor specialist ouderengeneeskunde 2025 t.o.v. 2022

	2030 % groei	2035 % groei	2040 % groei	2045 % groei
Op basis van WLz/ELV/GZSP	15,5%	35,5%	54,5%	71,3%
Op basis van geriatri-sche revalidatie	13,4%	27,4%	38,9%	48,3%
Op basis van 85% WLz/ELV/GZSP en 15% revalidatie	15,2%	34,1%	52,1%	67,8%
	2027	2032	2037	2042
Resultaten 2022	16,5%	36,2%	56,5%	74,1%

Bron: CBS, Vektis, bewerking Capaciteitsorgaan

4.3 Niet-demografische ontwikkelingen

In vorige ramingen werden niet-demografische ontwikkelingen in afzonderlijke parameters weergegeven. Het gaat dan om de parameters epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen op het gebied van efficiency, horizontale substitutie, verticale substitutie en arbeidstijdverandering. Bij de bespreking hieronder worden de onderliggende thema's van deze ontwikkelingen benoemd.

In deze ramingscyclus worden de afzonderlijke parameters weergegeven onder één parameter "niet-demografische ontwikkelingen." Hiertoe is besloten, omdat de ontwikkelingen vaak moeilijk afzonderlijk in kaart zijn te brengen, omdat ze elkaar beïnvloeden.³¹ Vanwege het belang van historische vergelijking worden de relevante ontwikkelingen hieronder nog wel onder de 'oude' kopjes gezet. Ter referentie wordt telkens een vergelijking gemaakt met de ontwikkelingen die zijn opgetekend tijdens de vorige raming en de waarden die toen zijn toegekend.

Bij het bepalen van de toekomstige zorgvraag en werkproces is rekening gehouden met relevante ontwikkelingen rondom het beroep van de specialist ouderengeneeskunde. Voor de beschrijving en

³¹ Kaderbrief verwijzing

een inschatting van de impact van de niet-demografische ontwikkelingen is gebruik gemaakt van triangulatie, wat betekent dat er waar mogelijk meerdere bronnen zijn gebruikt.³²

Om ontwikkelingen op het terrein van sociaal-cultureel en werkproces mee te kunnen nemen, gelden een aantal voorwaarden. Het moet gaan om ontwikkelingen waarbij al begonnen moet zijn met implementatie en/of ontwikkelingen die zich al min of meer gemanifesteerd hebben. Het is bekend dat alle (veld)partijen in de zorg ideeën hebben over ontwikkelingen die zij wenselijk achten. Dergelijke ‘wensgedachten’ nemen we niet mee als er nog geen sprake is van implementatie. Verder worden ontwikkelingen meegenomen die naar verwachting een significante impact hebben voor de komende 10 jaar.

4.3.1 Epidemiologie

Epidemiologie bestudeert de verspreiding en determinanten van ziekten in een bevolking, oftewel veranderingen in de incidentie, prevalentie of het natuurlijk beloop van ziekten. Epidemiologische, demografische en andere vraagontwikkelingen kunnen in elkaars verlengde liggen. Tot epidemiologie rekenen we daarom ontwikkelingen die niet of niet uitsluitend door veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking of vanuit andere vraagontwikkelingen verklaard kunnen worden. Anders gezegd epidemiologie betreft trends in ziekteprevalentie en -complexiteit die verder gaan dan wat enkel door de demografie en vraagontwikkelingen verklaard kan worden.

De belangrijkste epidemiologische ontwikkelingen die van invloed zijn op de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde zijn de verdere toename van chronische aandoeningen (waaronder demantie, artrose en hart- en vaatziekten), multimorbiditeit en complexe aandoeningen, met name veroorzaakt door de snel groeiende vergrijzing. In dit geval betekent dit dat er een grote overlap is in epidemiologie (chronische en complexe aandoeningen, multimorbiditeit) en demografie (vergrijzing).

Bovengenoemde epidemiologische ontwikkelingen worden al meegenomen in de parameter demografie (gevolgen vergrijzing) en deels in de parameter niet-demografische ontwikkelingen die hierna volgt (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen die langer thuis wonen). Om dubbeltelling te voorkomen, is de waarde van de parameter epidemiologie voor de huidige raming op **0%** vastgesteld.

4.3.2 Sociaal cultureel

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder meer voort uit veranderende wensen en eisen vanuit de maatschappij en de politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van de zorg. Hieronder volgen de belangrijkste sociaal-culturele ontwikkelingen en trends die de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde beïnvloeden.

³² Bijeenkomsten met experts, veldgesprekken, nieuwsberichten, grijze-, wetenschappelijke- en vakliteratuur, etc.

Complexere aandoeningen en toenemende multimorbiditeit

De Nederlandse bevolking vergrijst in een tempo dat steeds nadrukkelijker voelbaar wordt in de langdurige zorg.³³ Hoewel ouderen over het algemeen vitaler ouder worden, neemt met de stijgende levensverwachting ook de kans toe op intensieve zorgbehoefte.³⁴ Met name de toename van complexe aandoeningen en multimorbiditeit vormt hierbij een belangrijk aandachtspunt.³⁵ Steeds meer ouderen worden geconfronteerd met aandoeningen zoals dementie, Parkinson en diverse vormen van lichamelijke, psychische en gedragsproblematiek.³⁶ Doordat mensen langer thuis blijven wonen, resulteert dit in de verpleeghuizen in een dubbele dynamiek: er is sprake van een hogere doorstroom van patiënten met ernstige somatische aandoeningen en er verblijven ouderen met vergevorderde cognitieve achteruitgang, zoals zware dementie. Daar komt bij dat ook mensen met een verstandelijke beperking of met langdurige psychiatrische problematiek steeds ouder worden. De druk op zorgaanbieders neemt hierdoor steeds verder toe.³⁷ Het aantal ouderen met een Wlz-indicatie voor langdurige zorg is de afgelopen jaren toegenomen, terwijl de capaciteit van vaste verpleeghuisplaatsen relatief stabiel bleef.³⁸ Dit vertaalt zich in langer thuis wonen, lange wachtlijsten en druk op alternatieve zorgvormen.³⁹

Beleidskaders: IZA, WOZO, HLO en AZWA

Er zijn diverse beleidsprogramma's opgestart en akkoorden gesloten om bovenstaande uitdagingen het hoofd te bieden. Het Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) is een langlopend transitieprogramma.⁴⁰ Belangrijke akkoorden zijn onder meer het Integraal Zorgakkoord (IZA)⁴¹ uit 2023, dat in 2024 is verbreed tot het Integraal Zorg- en Welzijnsakkoord (IZWA). In september 2025 zijn hierin het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)⁴² nieuwe afspraken aan toegevoegd. In samenhang met het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO)⁴³ heeft het AZWA als doel de zorg toegankelijk, kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar te houden, nu en in de toekomst. Hierin neemt de ouderenzorg een belangrijke plaats in. Om deze doelstelling te realiseren, wordt ingezet op versterking van de samenwerking in de eerstelijnszorg, meer regionale afstemming in de medische generalistische zorg, vermindering van administratieve lasten en verdere digitalisering. Dit met het oog op het faciliteren van langer zelfstandig wonen voor ouderen, met passende ondersteuning daar waar nodig. In paragraaf 5.8 wordt specifiek ingegaan op de mogelijke impact van het AZWA op de capaciteit van specialisten ouderengeneeskunde.

³³ <https://longreads.cbs.nl/regionale-prognose-2022/vergrijzing>

³⁴ Uit de CBS-data voor de gezonde levensverwachting naar geslacht, leeftijd en onderwijsniveau komt naar voren dat mensen gemiddeld nog steeds ouder worden, maar slechts in beperkte mate ook meer jaren een goede gezondheid ervaren. Hierbij geldt dat hoger opgeleiden gemiddeld langer leven in een goede gezondheid, maar voor alle opleidingsniveaus is dezelfde trend zichtbaar: nog steeds ouder, maar niet veel meer gezonde jaren: StatLine - Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau

³⁵ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0160.pdf>

³⁶ VTV-2024 | Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024

Ouder Worden 2040; <https://www.rivm.nl/nieuws/in-2050-verdubbeling-aantal-mensen-met-dementie-en-artrose>

³⁷ Geraadpleegde deskundigen, sessies januari en februari 2025

³⁸ <https://www.zn.nl/app/uploads/2025/07/Rapport-Wachtlijsten-Verpleeghuiszorg-Q1-2025.pdf>

³⁹ <https://www.nationalezorggids.nl/ouderenzorg/minder-vraag-naar-verpleeghuiszorg-ondanks-toenemende-vergrijzing> Zorginstituut: 'Meer passende woonzorg vermindert druk op verpleeghuizen' | Zorginstituut Nederland

⁴⁰ kst-29389-123.pdf; voortgangsrapportage WOZO

⁴¹ Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁴² Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Definitief) | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁴³ Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg | Publicatie | Rijksoverheid.nl

Toenemend belang van eerstelijnszorg en regionale samenwerking: medisch generalistische zorg

De eerstelijnszorg, met de huisartsenzorg als centrale spil, wordt steeds belangrijker in de ouderenzorg.⁴⁴ Ouderen doen in toenemende mate een beroep op zorg vanuit huis of vanuit woonvormen, waarbij de complexiteit van de zorgvraag toeneemt. Wanneer deze complexiteit de mogelijkheden van reguliere huisartsenzorg overstijgt, wordt de specialist ouderengeneeskunde steeds vaker ingezet.⁴⁵ In het land ontstaan diverse regionale netwerken en samenwerkingsmodellen waarin huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde intensiever samenwerken. Deze netwerken hebben onder meer als doel de toegankelijkheid van specialistische expertise te verbeteren, bijvoorbeeld door betere onderlinge communicatie en heldere taakafspraken.

Een concrete beleidsondersteuning van deze ontwikkeling is het convenant MGZ.⁴⁶ Daarin verzekeren de deelnemende partijen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van medisch generalistische zorg voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg. De samenwerking tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts VG ontwikkelt zich hiermee van ad-hoc naar structureel. Per 1 januari 2025 is deze ontwikkeling versterkt door de invoering van een nieuwe betaaltitel voor trajectbekostiging.⁴⁷ Deze maakt het mogelijk om specialisten ouderengeneeskunde als medebehandelaar naast de huisarts in de eerste lijn in te zetten. Dit kan zowel via VVT-organisaties als via zelfstandige praktijken. Deze beleidsmaatregel vormt een belangrijke impuls voor de verdere integratie van specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg.

Beperkte groei en verwachte afname van mantelzorg

Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van ouderen, zowel in de thuissituatie als binnen zorgorganisaties. In verpleeghuizen ligt hun rol voornamelijk in het overnemen van niet-zorgtaken ter ondersteuning van het zorgteam. De behandeltaak blijft bij professionals, waaronder de specialist ouderengeneeskunde. Daardoor leidt intensievere inzet van mantelzorg in verpleeghuizen niet tot minder inzet van de specialist ouderengeneeskunde. In de eerste lijn nemen mantelzorgers wél een toenemend aandeel van de zorg op zich, met name bij het ondersteunen van zelfstandig wonende ouderen. Toch zijn er duidelijke grenzen aan deze inzet. De samenleving is individualistischer geworden; mantelzorgers zijn niet altijd beschikbaar of bereid om langdurig zorg te leveren⁴⁸ of wordt het geven van mantelzorg als te belastend ervaren.⁴⁹ Bovendien zal het aantal potentiële mantelzorgers, met name uit de leeftijdsgroep 50-74 jaar, richting 2040 aanzienlijk dalen, vanwege de afname van het aantal jongeren.

Hoewel mantelzorg voorlopig nog enigszins kan groeien, wordt richting het einde van de ramingsperiode een afname verwacht. In de tussentijd kan mantelzorg bijdragen aan het ontlasten of

⁴⁴ Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl

Kan alleen een huisarts verantwoordelijk zijn voor de geneeskundige zorg in het eerstelijnsverblijf (ELV)? | Zorginstituut Nederland

⁴⁵ Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde - LHV; Visie eerstelijnszorg 2030 | Verenso

⁴⁶ Convenant: betere toegang Medisch Generalistische Zorg - Zorgverzekeraars Nederland
Voortgangsrapportage MGZ

⁴⁷ <https://www.nza.nl/onderwerpen/s/stand-van-de-zorg-2025/kortdurende-zorg>

⁴⁸ 7. Ontwikkelingen sociale basis | CBS

⁴⁹ <https://www.cnv.nl/nieuws/cnv-onderzoek-1-op-5-werkende-mantelzorgers-zit-tegen-een-burn-out-aan>

uitstellen van formele zorg, maar kent het ook risico's. Wanneer mantelzorgers overvraagd raken,⁵⁰ kan dit leiden tot kwaliteitsverlies en zorgcrises. In dergelijke gevallen is vaak alsnog acute inzet van de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde of het ziekenhuis nodig.

Sterkere rol van het sociale domein en wijkgerichte ondersteuning

Naast de formele zorg in eerste en tweede lijn, speelt ook het sociale domein een toenemende rol in de ondersteuning van ouderen.⁵¹ Dit domein richt zich op het sociaal-maatschappelijke welzijn, met de gemeente als voornaamste uitvoerende partij.⁵² De overheid heeft de afgelopen jaren expliciet beleid gevoerd om het sociale domein te versterken, met nadruk op welzijn, participatie en zelfredzaamheid.⁵³ In de komende jaren wordt verwacht dat wijkgerichte zorginitiatieven verder zullen worden uitgebouwd. Lokale voorzieningen en ondersteuning op buurtniveau worden belangrijker om ouderen in staat te stellen langer zelfstandig te blijven wonen. Hierbij ligt de nadruk op preventie, leefstijlbevordering en het versterken van sociale netwerken.⁵⁴

Implicaties voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde

De positie van de specialist ouderengeneeskunde verandert. Waar deze specialist traditioneel primair binnen de verpleeghuiszorg en revalidatie actief was, verschuift de inzet steeds meer richting ambulante zorg, extramurale ondersteuning en welzijnsgerichte interventies. Deze verbreding sluit aan bij de beleidsmatige koers richting “zelf als het kan, thuis als het kan”, waarbij de focus verschuift van uitsluitend medische zorg naar een integrale benadering van gezondheid, preventie en zingeving. De specialist ouderengeneeskunde ontwikkelt zich tot een verbindende schakel tussen verpleeghuis, huisarts, wijkteam en sociaal domein.⁵⁵ Binnen de context van het IZA en AZWA wordt samenwerking in de regio benadrukt. Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners, waaronder de specialist ouderengeneeskunde zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het leveren van passende zorg.⁵⁶ Het is dan ook nodig dat de specialist ouderengeneeskunde laagdrempelig en doelgericht ingezet kan worden wanneer de complexiteit van een zorgsituatie daarom vraagt. In bepaalde gevallen kan de specialist ouderengeneeskunde tijdelijk de regie overnemen of als medebehandelaar optreden, bijvoorbeeld bij meervoudige ouderenzorgvragen die de eerstelijnszorg overstijgen.⁵⁷ De introductie van de nieuwe betaaltitel Zorgtraject kwetsbare patiënten ondersteunt deze ontwikkeling en onderstreept de toenemende relevantie van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg en in de samenwerking met andere zorgprofessionals. Al deze ontwikkelingen leiden tot een hogere behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde.

Bij de raming van 2022 werd de verwachte impact op de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde door de sociaal-culturele ontwikkelingen geschat op +0,7%. Deze waarde passen we ook toe

⁵⁰ <https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/sites/3/2024/11/Infographic-Dementiemonitor-landelijk-rapport-2024-ONLINE.pdf>

⁵¹ <https://www.rivm.nl/publicaties/zorg-en-sociaal-domein-themaverkenning-vtv-2024>

⁵² <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0047.pdf>

⁵³ Beleidsplan Sociaal Domein 2024 – 2027 | Lokale wet- en regelgeving

⁵⁴ <https://www.rijksfinancien.nl/jaarverslag/2024/XVI/onderdeel/7834786>

⁵⁵ https://www.verenso.nl/assets/Belangenbehartiging/250328_handreiking-gzsp_def.pdf

⁵⁶ Introductie | Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart - SCP;

<https://www.lhv.nl/thema/huisarts-patient/ouderenzorg>

⁵⁷ <https://oud.verenso.nl/magazine-februari-2025/no-1-februari-2025/wetenschap/van-preventie-tot-coördinatie-de-sleutelrol-van-de-specialist-ouderengeneeskunde-in-de-crisiszorg>

bij deze raming **(+0,7%)**. De impact van de samenwerking met de huisarts, die eerder (in 2022 ter hoogte van +1,0%) bij horizontale substitutie werd vermeld, wordt bij deze raming meegenomen bij de sociaal-culturele ontwikkelingen, omdat het niet over substitutie gaat, maar over samenwerken. Verwacht wordt dat de komende jaren vooral in de medisch generalistische zorg extra groei zit en is dit percentage verhoogd: **+1,8%**. De parameterwaarde sociaal-cultureel is vastgesteld op een totaal van **+2,5%** (per jaar).

4.3.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen geeft de toe-of afname aan in de behoefte aan een beroepsgroep als gevolg van technische, wetenschappelijke of andere inhoudelijke ontwikkelingen en wijzigingen in het vak en de uitvoering van het werk. Hieronder volgen de belangrijkste vakinhoudelijke ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde beïnvloeden.

Toegenomen complexiteit, regierol en kennisdeling binnen en buiten de muren van de langdurige zorg

De rol van de specialist ouderengeneeskunde zal de komende jaren breder en meer regisserend zijn. Naast het directe, individuele patiëntencontact, krijgt de specialist ouderengeneeskunde in toenemende mate een coördinerende, begeleidende en aansturende functie binnen multidisciplinaire teams.⁵⁸ Deze verschuiving vereist een verdieping van kennis en uitbreiding van competenties op het gebied van samenwerking, communicatie en leiderschap.

Binnen de intramurale setting verplaatst de focus van de specialist ouderengeneeskunde zich meer en meer richting de zorg voor patiënten met complexe problematiek. Daarbij treedt de specialist ouderengeneeskunde vaker op als supervisor en inhoudelijk begeleider van onder andere de VS en PA. De verpleeghuiszorg transformeert tegelijkertijd richting intensieve, vaak palliatieve zorg. Dit vraagt om expertise in symptoombestrijding, communicatie met patiënten en familie rondom het levens-einde en ethische besluitvorming in de laatste levensfase.

Ook in de eerstelijnszorg en medisch generalistische zorg wordt de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde intensiever. De meerwaarde van deze samenwerking ligt in het complementair inzetten van elkaars expertise, bijvoorbeeld bij de diagnostiek van dementie, het behandelen van leeftijdsgebonden aandoeningen en het optimaliseren van medicatiebeleid bij polyfarmacie. Specialisten ouderengeneeskunde nemen hierin een actieve rol door hun geriatrie kennis over te dragen aan huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals.

Toenemende behoefte aan technologische competenties en digitale vaardigheden

Digitalisering en technologische innovatie zetten de ouderenzorg in toenemende mate in beweging. De toepassing van digitale administratiesystemen, telemedicine, robotica en kunstmatige intelligentie (AI) krijgt een steeds prominentere plek binnen de dagelijkse praktijkvoering.⁵⁹ Om adequaat en

⁵⁸ 2110_ver-specialist-ouderengeneeskunde-2030_2023.pdf

⁵⁹ <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2025-05/Monitor%20Digitale%20Zorg%20-%20Stand%20van%20zaken%20Digitale%20zorg%20in%202024.pdf>

veilig gebruik te maken van deze technologieën in diagnostiek, behandeling en zorgcoördinatie, is gerichte kennisontwikkeling nodig.⁶⁰ Het vraagt niet alleen om technische vaardigheden, maar ook om inzicht in de ethische, juridische en organisatorische implicaties van technologie in de zorg voor kwetsbare ouderen. Vanuit het idee dat de consulterende en begeleidende rol nog toe gaan nemen en de voortgaande digitalisering en technologie extra benodigde kennis- en tijdsinvestering nodig heeft, zal dit naar verwachting over de gehele ramingsperiode de impact op de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde iets versterken, maar minder sterk dan bij de vorige raming (deze groei vlakt af).

De genoemde vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn niet nieuw, ze kwamen bij de raming van 2022 ook aan bod. De parameterwaarde voor vakinhoudelijke ontwikkelingen is vastgesteld op **+0,4%** per jaar (ten opzichte van +0,8% bij de vorige raming).

4.3.4 Efficiency

Ontwikkelingen op het vlak van efficiency volgen onder ander uit schaalvergroting, samenwerking, veranderingen in de procesinrichting, administratie of ICT. Het betreft wijzigingen die de productiviteit beïnvloeden, zoals verlichting of verzwaring van administratieve lasten, de verbetering van ICT-systemen, het afstoten van oneigenlijke taken, tijdwinst door minder reistijd of effectiever overleg.

Hieronder worden de belangrijkste efficiency ontwikkelingen en trends genoemd die de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde beïnvloeden:

Verdere ontwikkeling en implementatie van digitale zorg en ICT-toepassingen

De inzet van technologische innovaties zoals telemedicine, zorgrobots, domotica (slimme woonomgevingen) en ondersteunende applicaties voor ouderen draagt in toenemende mate bij aan de efficiency van de ouderenzorg. Ook wordt er meer gebruikgemaakt van ICT-toepassingen die administratieve taken verlichten, zoals gespreksverslaglegging, en samenwerking tussen zorgorganisaties en professionals onderling verbeteren. De COVID-19-pandemie is katalysator geweest voor een versnelde digitalisering.⁶¹ Virtuele consulten, e-therapieën en digitale toepassingen gericht op gezondheid en welzijn zijn inmiddels breed ingeburgerd.⁶²

Technologische vooruitgang wordt in het publieke- en beleidsmatige debat gezien als een sleutel tot het inperken van de toenemende zorgvraag, het verhogen van de doelmatigheid van zorg, en het verminderen van werkdruk en personele inzet.⁶³ Zowel de overheid als zorgorganisaties beschouwen technologische innovatie als een noodzakelijk instrument om de houdbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ouderenzorg in de toekomst te waarborgen.⁶⁴ Maar er bestaan ook twijfels in hoeverre deze technologieën op korte of middellange termijn daadwerkelijk substantieel effect

⁶⁰ Meenemen van digitale en hybride toepassingen over domeinen in de ouderenzorg

⁶¹ [The use of telemedicine with frail elderly patients in the Netherlands - experience of caregivers in an outpatient setting] - PubMed

⁶² <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0008.pdf>

⁶³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2022/08/24/onderzoeksrapport-technologische-innovaties-in-de-zorg>

⁶⁴ In de praktijk bewezen digitale en sociale initiatieven - Zorgverzekeraars Nederland

zullen hebben op de tijdsbesteding van de artsen.⁶⁵ De implementatie van complexe technologische oplossingen vereist aanzienlijke investeringen, niet alleen in de initiële aanschaf, maar ook in structureel onderhoud, doorontwikkeling en met name in de scholing van zorgprofessionals.⁶⁶

Daarbij brengen deze technologische toepassingen ook vraagstukken met zich mee op het gebied van privacy en ethiek. Het gebruik van sensortechnologie voor monitoring en het verzamelen van medische data via digitale platforms roept zorgen op rondom gegevensbescherming en informatiebeveiliging.⁶⁷ Deze technologieën moeten voldoen aan geldende wet- en regelgeving omtrent privacy, en een waarborg bieden voor de veiligheid van gevoelige persoonsgegevens van ouderen.

Hoewel de mogelijkheden die technologie biedt veelvuldig zijn, is het nog onzeker hoe deze innovaties de zorg zullen transformeren, of zij de werkdruk structureel zullen verlichten of dat de personele inzet significant hierdoor kan verminderen. Naar verwachting zal technologie in toenemende mate een ondersteunende rol spelen binnen de zorgverlening, maar deze zal waarschijnlijk aanvullend zijn en geen vervanging vormen voor de menselijke maat in de zorg.⁶⁸

Regionale samenwerking: groeiende meerwaarde, maar ook toegenomen complexiteit

In lijn met bijvoorbeeld de doelstellingen van het IZA en AZWA, en al eerder beschreven, wordt er in toenemende mate ingezet op regionale samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze ontwikkeling kan bijdragen aan een efficiënter ingericht zorgproces. Binnen de ouderenzorg stemmen organisaties steeds vaker gezamenlijk beleid af en zoeken zij de samenwerking op om de beschikbare zorgcapaciteit zo optimaal mogelijk te benutten. Ook in de eerstelijnszorg is sprake van intensivering van samenwerking, wat op termijn zou kunnen leiden tot een doelmatiger organisatie van zorg. Desondanks is het volgens deskundigen vooralsnog lastig vast te stellen in hoeverre deze samenwerkingsvormen op grote schaal daadwerkelijk leiden tot verhoogde efficiëntie of meetbare effecten op de zorguitkomsten. Daarnaast zijn er ook aandachtspunten bij regionale samenwerking: zorgprofessionals waaronder de specialist ouderengeneeskunde besteden meer tijd aan reizen, bijvoorbeeld voor huisbezoeken of zorgverlening in kleinschalige woonvormen, en aan deelname aan onder meer inter- en multidisciplinaire overleggen.

Impact op de rol en toekomstige inzet van specialisten ouderengeneeskunde

De inzet van technologie en digitalisering binnen de ouderenzorg neemt steeds verder toe. Met name digitale administratieve ondersteuning kan op termijn bijdragen aan tijdsbesparing voor de specialist ouderengeneeskunde. De verwachting is dat deze ontwikkeling zich de komende jaren zal voortzetten, afhankelijk van de mate waarin wordt geïnvesteerd in zowel technologie als in de ondersteuning en scholing van zorgprofessionals. Tegelijkertijd is de inzet van technologische middelen vooral aanvullend van aard, technologische innovatie kan het werk van de specialist ouderengeneeskunde faciliteren, maar zal de persoonlijke en professionele betrokkenheid van deze specialist niet vervangen.

⁶⁵ <https://zorgscala.nl/wp-content/uploads/2024/05/regionale-inventarisatie-rapport.pdf>

⁶⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2024/05/27/onderzoek-beoordeling-van-digitale-zorgtechnologieen>

⁶⁷ Artificialle intelligentie en passende zorg

⁶⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/03/31/handleiding-beoordeling-digitale-en-hybride-zorg>

Ook regionale samenwerking biedt mogelijkheden om de beschikbare capaciteit van specialisten ouderengeneeskunde efficiënter in te zetten. Door afstemming en samenwerking tussen zorgorganisaties worden middelen en personele inzet beter verdeeld over regio's.⁶⁹ Desondanks is de daadwerkelijke impact van deze regionale samenwerkingsverbanden op dit moment nog moeilijk vast te stellen. Bovendien vraagt deelname aan regionale structuren, overleg en coördinatie zoals gezegd extra tijdsinvestering van zorgprofessionals.

Net als bij de vorige ramingen is de verwachting dat digitalisering en AI voor een daling van de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde zorgt, maar dat de verwachtingen niet te hoog gespannen moeten zijn. Er wordt wel een positieve impact verwacht door regionale samenwerking, maar op dit moment is dat nog niet echt zichtbaar en kosten de reistijd en overleggen juist extra tijd. Daarom is de efficiencywinst gelijk ingeschat met de vorige raming en is de parameterwaarde efficiency **-0,5%** per jaar.

4.3.5 Horizontale substitutie

Horizontale substitutie betreft het structureel verschuiven van werkzaamheden van een beroepsgroep naar een andere beroepsgroep van een gelijk opleidingsniveau. Als er structureel taken verschuiven tussen de specialist ouderengeneeskunde en bijvoorbeeld medisch specialisten of de huisarts zullen er meer of minder specialisten ouderengeneeskunde nodig zijn. Hieronder worden de meest relevante ontwikkelingen en trends beschreven op het gebied van horizontale substitutie.

Meer inzet van gedragskundigen

Door de toename van patiënten met psychische en psychiatrische problematiek in de ouderenzorg hebben verpleeghuizen vaker gedragskundigen, zoals GZ-psychologen, in dienst of willen hen vaker inzetten. Op dit moment vindt er al in beperkte mate taakverschuiving plaats van de specialist ouderengeneeskunde naar GZ-psychologen als regiebehandelaar.

Impact op de rol en toekomstige behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde

Door de verschuiving van bepaalde werkzaamheden van specialisten ouderengeneeskunde naar gedragskundigen zoals GZ-psychologen in de VVT sector, is de verwachting dat dit de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde iets zal verlagen.

Door een groeiende taakverschuiving van regiebehandelaarstaken van de specialist ouderengeneeskunde naar gedragskundigen in de VVT-sector is de verwachting dat de vraag naar specialist ouderengeneeskunde iets afneemt. Daarom is de parameterwaarde voor horizontale substitutie voor de huidige raming op **-0,1%** per jaar vastgesteld.

⁶⁹ <https://www.vilans.nl/kennis/versterking-regionale-samenwerking-ouderenzorg>; Rolverdeling, verbinding en cliëntvertegenwoordiging binnen Netwerken Integrale Ouderenzorg. Verdiepende casestudie in de regio's Drenthe, Zoetermeer en de Mijnstreek | RIVM; <https://www.eur.nl/nieuws/regionale-samenwerking-als-sleutel-tot-toekomstbestendige-ouderenzorg>

4.3.6 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen van verschillende opleidingsniveaus. Hieronder worden de belangrijkste ontwikkelingen en trends genoemd die de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde beïnvloeden:

Toenemende taakverschuiving: inzet van VS en PA binnen VVT-sector en eerstelijnszorg

Mede door de aanhoudende tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en de toenemende werkdruk binnen de ouderenzorg, wordt vaker ingezet op taakverschuiving binnen zorgteams. Hierbij vervullen met name verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (VS-AGZ) en PA een belangrijkere rol, zowel intramuraal als extramuraal.⁷⁰ Daarnaast worden ook anios, hbo-verpleegkundigen en praktijkondersteuners ouderenzorg (POH-ouderen) ingezet in het zorgproces. In een groeiend aantal VVT-organisaties nemen VS'en, en in mindere mate PA's zorgtaken en/of het regiebehandelaarschap over van de specialist ouderengeneeskunde. Hierdoor ontstaat voor de specialist ouderengeneeskunde meer ruimte om zich te richten op super-/intervisie en hoogcomplexere zorgvraagstukken. De mate waarin deze verticale taakverschuiving plaatsvindt, varieert regionaal. In regio's en organisaties waar het aanbod aan specialisten ouderengeneeskunde vooralsnog toereikend is, vindt minder taakverschuiving naar VS'en en PA's plaats. In regio's met een beperkt aanbod aan specialisten ouderengeneeskunde vindt juist vaker taakverschuiving plaats.⁷¹

Impact op de rol en toekomstige behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde

Er is sprake van voortgaande verticale substitutie naar VS'en en PA's. Zo is er sprake van een stijging van het aantal fte voor de VS'en-AGZ in de VVT. Ook werkgevers zien nog mogelijkheden voor verdere groei in inzet.

Net als in de vorige raming neemt verticale substitutie nog steeds toe. Zolang er voldoende VS'en en PA's zijn, is deze groei mogelijk. De parameterwaarde verticale substitutie is daarom gelijk gesteld met de vorige raming: op -1,5% per jaar.

4.3.7 Arbeidstijdverandering

Gemiddelde arbeidstijd niet veranderd

In de huidige cao van de VVT-sector waarin de specialist ouderengeneeskunde voornamelijk werkzaam is, blijft de gemiddelde arbeidsduur voor een volledige werkweek 36 uur. Er zijn geen signalen dat er sprake is van een structurele arbeidstijdverandering.

Daar er geen cao-wijzigingen zijn ten aanzien van de vorige raming, is de parameterwaarde ATV gesteld op 0% per jaar, analoog aan de vorige raming.

4.4 Conclusie verwachte vraag ten opzichte van vorige raming

Op basis van de bevolkingsprognose van het CBS in combinatie met Vektis-data is de verwachting dat de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde toeneemt met een gemiddelde van 3,4% per

⁷⁰ 220331_Handreiking-Taakherschikking-Ouderenzorg_DEF_bij-nieuwsbericht.pdf

⁷¹ Veldgesprekken 2023 -2025; Expertbijeenkomsten Capaciteitsorgaan januari en februari 2025; werkgeversenquête Capaciteitsorgaan 2025

jaar. Dit impliceert een groei van 68% over 20 jaar. De groeiverwachting valt lager uit dan de 74% in de voorgaande raming, met name als gevolg van een lagere bevolkingsprognose van het CBS.

In de niet-demografische ontwikkelingen wordt een groei verwacht in de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde van +0,8% per jaar. In de vorige raming was dit +0,5%. De extra groei komt met name door een verhoogde inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns- en medisch generalistische zorg.

5 Resultaten raming specialist ouderengeneeskunde en instroomadvies

5.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn de ontwikkelingen beschreven die de basis vormen van het instroomadvies. In overleg met de Kamer Specialist Ouderengeneeskunde zijn deze ontwikkelingen in kaart gebracht en gekwantificeerd naar parameterwaarden. Deze waarden dienen vervolgens als input voor het ramingsmodel (zie paragraaf 1.2). Met behulp van de parameterwaarden zijn twee scenario's doorgerekend voor het benodigde aantal instromers in de opleidingen, namelijk het demografiescenario en het volledige-vraagscenario. Op basis van deze scenario's is het instroomadvies bepaald.

In paragraaf 5.2 wordt de huidige situatie in aanbod en vraag naar specialisten ouderengeneeskunde in het basisjaar nogmaals kort beschreven (als startpunt).⁷² In paragraaf 5.3 volgt de ontwikkeling in het verwachte aanbod en in paragraaf 5.4 de ontwikkeling in de verwachte vraag die berekend zijn in het demografiescenario en volledige vraagscenario. In paragraaf 5.5. staan enkele conclusies.

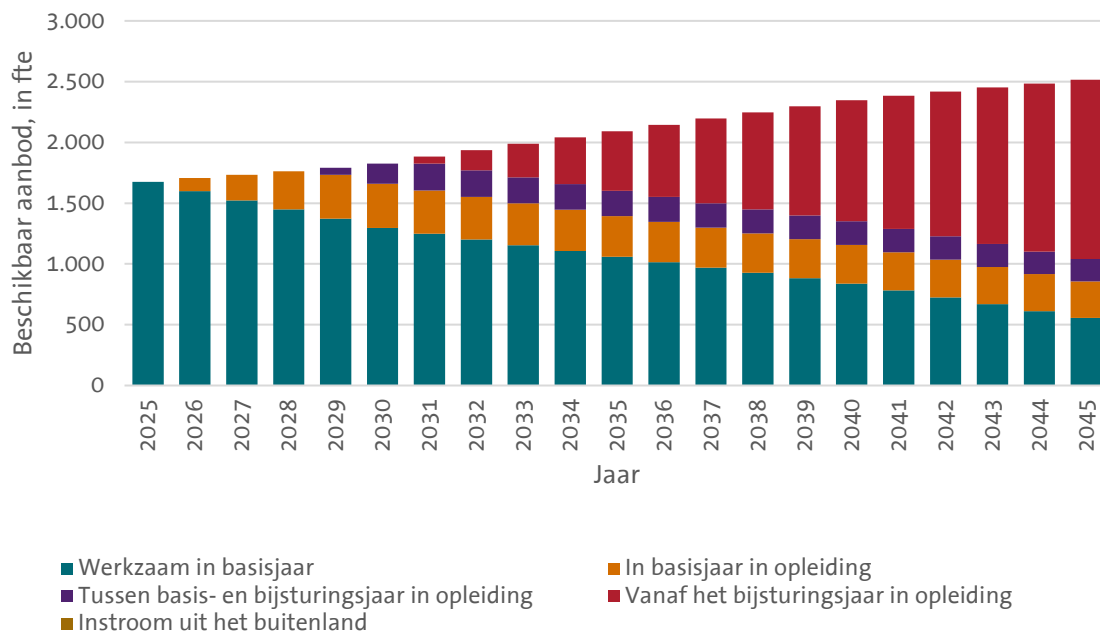
5.2 Huidig aanbod en onvervulde vraag in 2025 (basisjaar)

Het totale aanbod van specialisten ouderengeneeskunde is de afgelopen jaren aanzienlijk gegroeid, zowel in het aantal personen als in fte. Er zijn per 1 januari 2025 1.876 specialisten ouderengeneeskunde werkzaam, een groei van 12% ten opzichte van drie jaar geleden. In fte is dat respectievelijk 1.677 en 1.501 (2022). De onvervulde vraag naar specialisten ouderengeneeskunde vertoonde gedurende de afgelopen twee ramingen een stijgende lijn. In 2019 werd deze nog ingeschat op 13,5% en in 2022 op 15%, maar is in 2025 gesteld op 10%. Hiermee lijkt de eerder oplopende trend van tekorten zich wat af te vlakken. Specialisten ouderengeneeskunde werken gemiddeld 0,89 fte, waarbij een fte uit 36 uur per week bestaat. Dit is vergelijkbaar met de raming van 2022.

5.3 Ontwikkeling verwacht aanbod

In figuur 7 is de ontwikkeling van het verwachte aanbod te zien in fte bij gelijkblijvende instroom. De figuur maakt ook duidelijk hoe het aanbod is opgebouwd: met verschillende kleuren is aangegeven of het aanbod betreft vanuit de huidige groep werkzamen of vanuit verschillende opleidingscohorten.

⁷² Dit is een samenvatting van hoofdstuk 2. Huidig aanbod en onvervulde vraag in 2025 (basisjaar)



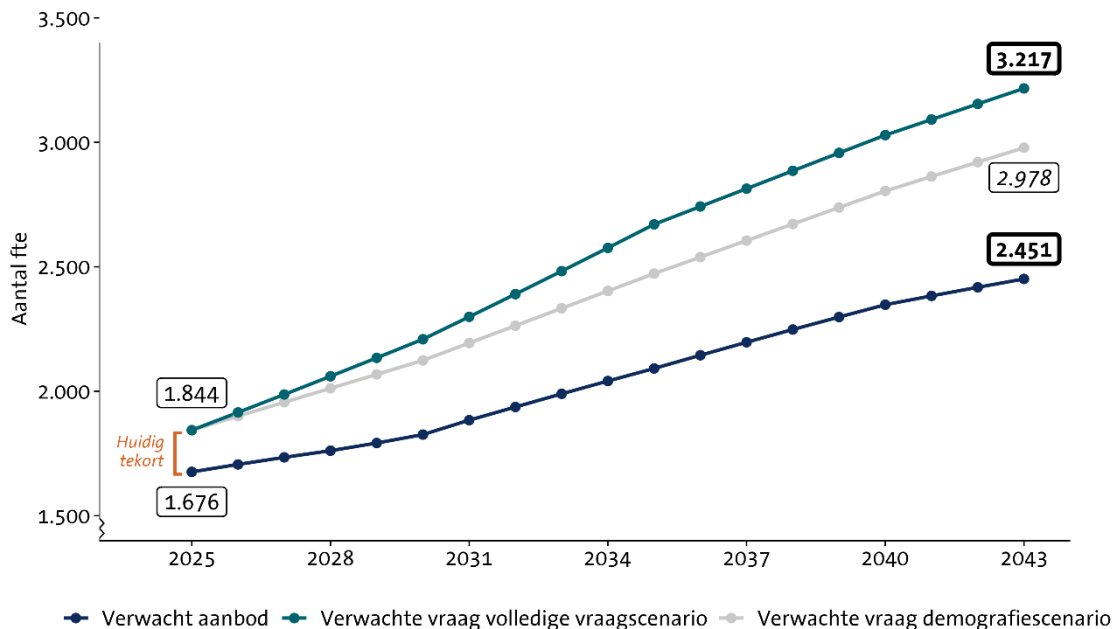
Figuur 7: Voorziene aanbod aan werkzamen per jaar in fte in het ramingsmodel

5.4 Ontwikkeling verwachte vraag

De ontwikkeling van de verwachte vraag is bepaald aan de hand van de demografische ontwikkelingen, via het zogenoemde demografiescenario en met toevoeging van de overige ontwikkelingen, via het zogenoemde volledig vraagscenario. Het demografiescenario berekent de toekomstige benodigde opleidingscapaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde op basis van trends in het aanbod, de opleidingen en de demografie van de Nederlandse bevolking. Alleen al op basis van de bevolkingsgroei en vergrijzing zijn er meer specialisten ouderengeneeskunde nodig om aan de vraag te voldoen (2.978 fte in 2024). De groei van de vraag door demografische ontwikkelingen is wel minder groot dan in 2022: de jaren met de sterkste bevolkingsgroei (2022-2024) liggen volgens de CBS-bevolkingsprognose achter ons.

Het volledige vraagscenario neemt alle trends mee die in het ramingsjaar zichtbaar zijn en waarvan voorzien wordt dat deze in de toekomst aanhouden. Het gaat hier zoals gezegd om meer kwalitatieve zorgvraagontwikkelingen en werkprocesontwikkelingen. Ook in dit scenario wordt een aanhoudende stijging van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde voorzien: 3.217 fte in 2043. Dit aantal ligt hoger dan in 2022, vooral door de verwachte sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de verschuiving van intramurale zorg naar de eerstelijnszorg. Mensen blijven langer thuis wonen en er wordt naar verwachting meer samengewerkt met de huisarts.

In figuur 8 is weergegeven wat de verwachte zorgvraag is in fte in de jaren tot 2043, ten opzichte van het beschikbare aanbod in het demografiescenario en het volledige vraagscenario.



Figuur 8: vraag in fte voor scenario 1, demografie en 2 volledige vraag met tijdelijke trends

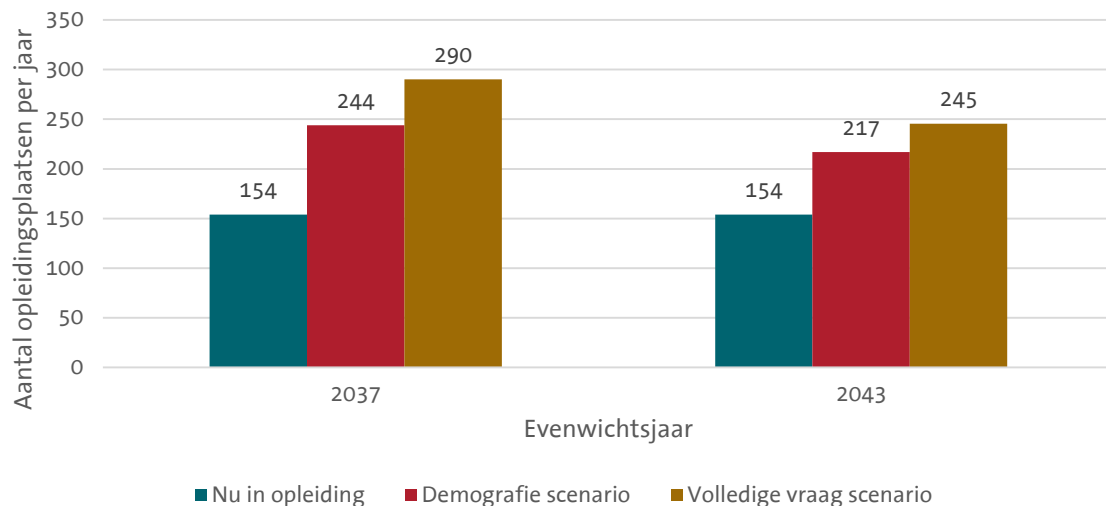
Tabel 18 vat het nog een keer samen. Met de huidige instroom van aios in de opleiding is er al een tekort in de huidige situatie (onvervulde vraag) en dit tekort wordt alleen maar groter als we kijken naar de vraag die berekend is in de demografische- en het volledig vraagscenario.

Tabel 17: aanbod en vraag naar fte specialist ouderengeneeskunde, per evenwichtsjaar en scenario's, tijdelijke trend

	2037, aantal fte			2043, aantal fte		
	Aanbod	Vraag	tekort	Aanbod	Vraag	tekort
1. Demografie	2.197	2.606	409	2.451	2.978	527
2. Volledige vr. tijd.tr.	2.197	2.814	617	2.451	3.217	766

5.5 Voorkeursadvies op basis van het demografiescenario en volledige vraagscenario

Zoals in de vorige paragraaf duidelijk werd, is de huidige instroom onvoldoende om te voldoen aan de verwachte vraag aan specialisten ouderengeneeskunde. In figuur 9 wordt dit nogmaals duidelijk. In dit figuur is tevens de benodigde instroom aan aios ouderengeneeskunde weergegeven bij de verschillende varianten van zowel het demografiescenario als volledige vraagscenario met tijdelijke trends, met evenwicht over 12 en 18 jaar.



Figuur 9: Aantal op te leiden per jaar voor evenwicht in het eerste evenwichtsjaar 2037 en tweede evenwichtsjaar 2043, per scenario en tijdelijke trends

In het demografiescenario komt de benodigde instroom uit op 217 aios in het tweede evenwichtsjaar. In het volledige vraagscenario ligt de benodigde instroom hoger: bij tijdelijke trends is dat 245 aios in het tweede evenwichtsjaar.

5.6 Haalbaarheid van de instroom

Met betrekking tot haalbaarheid zijn de volgende vragen meegenomen bij het bepalen van het instroomadvies:

1. Zijn er voldoende geïnteresseerde en geschikte aios om in te stromen?’
2. Kan er voldoende opleidingscapaciteit worden gerealiseerd (met behoud van kwaliteit)?

Hieronder wordt nader ingegaan op de vragen:

5.6.1 Onvoldoende belangstellenden voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

Het instroomadvies voor de specialist ouderengeneeskunde ligt al jaren ver boven de instroom in de opleidingen. Er zijn niet genoeg artsen die zich aanmelden voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. De aanhoudende onderinstroom heeft volgens de geraadpleegde experts meerdere oorzaken:

1. Te lage instroom vanuit de geneeskundeopleiding: ouderengeneeskunde is nog onvoldoende zichtbaar binnen de geneeskundeopleiding. Veel studenten komen pas laat of niet in aanraking met het werkveld, waardoor de keuze voor dit specialisme uitblijft.
2. Concurrentie met andere specialismen: basisartsen kiezen vaak eerder voor meer bekende medisch specialismen, waardoor de ouderengeneeskunde minder in beeld komt.

Er wordt al jaren actie ondernomen door opleidingsinstituten en het zorgveld om de instroom te vergroten:

1. Wervingscampagnes en loopbaanvoorlichting: onder meer Verenso, SOON en SBOH zetten actief in op zichtbaarheid van het specialisme bij geneeskundestudenten, onder andere via voorlichtingscampagnes, stages en betere positionering binnen de geneeskundecurricula;
2. Zij-instroomroutes: er zijn trajecten opgezet om artsen uit andere specialismen of met relevante werkervaring versneld op te leiden tot specialist ouderengeneeskunde;
3. Verbetering van arbeidsvoorwaarden: er wordt ingezet op het aantrekkelijker maken van het vak, onder andere door meer aandacht voor professionele autonomie, leiderschap en passende beloning.

Het lijkt erop dat deze inspanningen lonen: de instroom neemt toe. Maar het is nog te vroeg om te zeggen of dit structureel is en de instroom blijft nog steeds achter bij de adviezen.

5.6.2 Voldoende opleidingscapaciteit opleidingsinstituten

Nederland heeft vijf erkende opleidingsinstituten voor de postacademische opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde.

1. GERION, Amsterdam UMC (locatie VUmc). Gevestigd in Amsterdam, dit instituut verzorgt de opleiding voor Noord-Holland en Flevoland;
2. UMCG, Opleiding Ouderengeneeskunde Groningen. Deze opleiding is gevestigd in Groningen en bedient voornamelijk het noorden van Nederland;
3. SOOL, Het Leidse Universitair Medisch Centrum (LUMC) organiseert de opleiding voor Zuid-Holland en omstreken. Sommige onderdelen vinden plaats in samenwerking met het Erasmus MC in Rotterdam;
4. Ouderengeneeskunde Maastricht, Universiteit Maastricht. Verantwoordelijk voor het zuidoosten van Nederland;
5. VOSON, Radboudumc Nijmegen. Gevestigd in Nijmegen en verantwoordelijk voor de oostelijke regio's van Nederland.

Deze instituten werken samen binnen SOON (Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland) en verzorgen gezamenlijk de landelijke opleiding. Elk instituut heeft een eigen regio waarin het praktijkplekken, zoals in verpleeghuizen, coördineert en begeleidt.

Er zijn met deze vijf instituten voldoende opleidingsplekken ook bij voorziene stijging van de instroom.

5.6.3 Betekenis haalbaarheid voor het voorkeursadvies

De uitkomsten van het ramingsmodel zijn, ondanks dat deze lager liggen dan het vorige advies, hoger dan de gerealiseerde instroom van gemiddeld 154 instromers per jaar in de afgelopen jaren. Dit verschil roept vragen op over de haalbaarheid van het nieuwe advies.

Binnen de ramingsmethodiek is het mogelijk om grotere urgentie extra te benadrukken door te kiezen voor een kortere evenwichtsperiode van 12 jaar in plaats van 18 jaar. Een kortere periode

betekent dat het tekort sneller wordt ingelopen, maar vraagt ook om een hogere jaarlijkse instroom in de opleiding. Dat klinkt aantrekkelijk in theorie, maar blijkt in de praktijk moeilijk haalbaar. De instroom zou vanaf 2027 met 89% moeten stijgen, terwijl de huidige instroom structureel achterblijft bij eerdere adviezen. Zo lag de gerealiseerde instroom de afgelopen jaren rond de 154 per jaar, tegenover een geadviseerde instroom van 305 aios in 2022.

Gegeven dit verschil ligt het daarom meer voor de hand om uit te gaan van een evenwichtsperiode van 18 jaar, waarbij 245 instromers per jaar vanaf 2027 het voorkeursadvies is. Tegelijkertijd ligt dit voorkeursadvies nog steeds aanzienlijk hoger dan de gerealiseerde instroom in de afgelopen jaren. Zoals in de vorige paragraaf aangegeven is de kloof van meer dan 90 instromers vooral het gevolg van onvoldoende belangstelling van basisartsen om te kiezen voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

De combinatie van een grote kloof tussen behoefte (245) en realiteit (154), en de urgentie om tekorten snel in te lopen, vraagt om aanvullend en stimulerend beleid. Zo is blijvende inzet op het vergroten van de belangstelling voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde nodig en blijft het nodig om de opleidingscapaciteit te waarborgen. De afgelopen jaren laten zien dat gericht beleid daadwerkelijk effect kan hebben: zowel de maximale capaciteit als de gerealiseerde instroom zijn sinds 2014 gestegen.

Een alternatief scenario zoals hieronder wordt besproken is een voorbeeld hoe beleid invloed kan hebben op andere factoren dan alleen instroom, namelijk op vraag en aanbod.

5.7 Beleidsscenario AZWA

In september 2025 is het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) ondertekend. Het AZWA bouwt voort op het Integraal Zorgakkoord (IZA) en voegt nieuwe afspraken toe die zorg en welzijn beter moeten verbinden. Het akkoord heeft als doel de zorg toegankelijk, betaalbaar en uitvoerbaar te houden, ondanks de groeiende druk op het zorgpersoneel. In deze paragraaf gaan we na welke effecten de uitvoering van het AZWA kan hebben op de benodigde capaciteit van specialisten ouderengeneeskunde. Daarbij kijken we niet alleen naar de beleidsintenties, maar ook naar het feit dat veel van de daarin aangekondigde maatregelen, zoals langer zelfstandig wonen en meer samenwerking in de eerstelijns, in de praktijk al in uitvoering zijn en als zodanig al meegewogen zijn in de raming.

In dit scenario hebben we de volgende vragen geanalyseerd:

- 1 Wat zijn de effecten voor de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde als de afspraken in het AZWA worden uitgevoerd?
- 2 In hoeverre is met die effecten al rekening gehouden in de doorberekening van de raming en welke additionele effecten worden beoogd met het AZWA?

De belangrijkste doelstellingen van het AZWA zijn:

- 1 Versterking van samenwerking tussen zorg en welzijn, meer samenhang tussen het medisch en sociaal domein, met nadruk op de wijk;
- 2 Stimulering van technologie en digitalisering, inzet van eHealth, data-uitwisseling en AI om de zorg uitvoerbaar te houden;
- 3 Vermindering van regeldruk en administratieve lasten, professionals moeten meer tijd aan zorg kunnen besteden;
- 4 Bevordering van passende zorg en preventie, nadruk op vitaliteit, zelfredzaamheid en passende ondersteuning;
- 5 Specifiek: het verminderen van het personeelstekort in de zorg. Het akkoord stelt het doel om het tekort in 2028 tot 100.000 personen lager uit te laten komen ten opzichte van ongewijzigd beleid;

Specifiek voor de ouderenzorg richten de afspraken zich op langer zelfstandig wonen, ondersteuning van ouderen in de wijk, en het realiseren van voldoende woonzorgvoorzieningen wanneer thuis wonen niet meer lukt. De integratie van zorg en welzijn moet ertoe leiden dat ouderen minder snel afhankelijk worden van zware intramurale zorg.

Veel van wat het AZWA beoogt, is al grotendeels in uitvoering. Sinds het Programma Langer Thuis (2018–2022)⁷³ en het WOZO-programma wordt gestuurd op langer zelfstandig wonen, substitutie van intramurale zorg en samenwerking in de wijk. Ook de inzet van specialisten ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis neemt toe: via consultatieve teams, eerstelijnsverblijf (ELV), herstelgerichte zorg, medisch generalistische zorg in samenwerking met huisartsen en wijkverpleging.

Daarnaast zijn technologische innovaties (teleconsultatie, digitale triage) en taakherschikking (met VS en PA) onderdeel van het werkproces. Het AZWA formaliseert en versnelt wat al gaande is. De nadruk ligt op opschaling, structurele verankering en landelijke samenhang tussen zorg- en welzijnsdomeinen. Hieronder gaan we in op de mogelijk extra effecten van het AZWA op de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Effecten AZWA op de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde

1. Verbinding van zorg en welzijn in de wijk. De integratie van zorg en welzijn in de wijk vormt de kern van het AZWA wat betreft de ouderenzorg. Het uitgangspunt is dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen met passende ondersteuning in hun eigen leefomgeving. In de praktijk is deze beweging al ver gevorderd: in veel regio's werken huisartsen, wijkverpleging, specialisten ouderengeneeskunde en gemeenten samen binnen integrale ouderenzorgnetwerken. Wat het AZWA hieraan toevoegt, is vooral structurele verankering: de samenwerking tussen zorg en sociaal domein wordt niet langer als experimenteel beschouwd, maar als onderdeel van landelijke uitvoeringsagenda's en bekostigingssystematiek. Voor de specialist ouderengeneeskunde betekent dit vooral een uitbreiding van de extramurale regierol, bijvoorbeeld als consulterende arts of coördinator in wijkteams. De vraag naar deze specialisten zal licht toenemen en de aard van het werk verandert verder richting netwerksamenwerking en generalistische advisering.

⁷³ Programma Langer Thuis | Rapport | Rijksoverheid.nl

2. Digitalisering en technologische innovatie. Verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties maken al steeds meer gebruik van speech-to-tekst technologie, teleconsultatie, monitoring op afstand en digitale gegevensuitwisseling. Het AZWA wil deze beweging opschalen en standaardiseren, onder meer door gegevensuitwisseling te versnellen. Voor de specialist ouderengeneeskunde kan dit enerzijds efficiëntievoordelen opleveren (minder verslaglegging, sneller overleg, eventueel minder reistijd), maar anderzijds ontstaan nieuwe taken rond digitale triage, gegevensbeheer en supervisie op afstand. Per saldo zal technologie de capaciteitsvraag vermoedelijk niet of heel beperkt verminderen. Het kan wel helpen om beschikbare capaciteit effectiever in te zetten.
3. Vermindering van regeldruk en administratieve lasten. Zowel onder het IZA als onder het WOZO zijn programma's gestart om regeldruk te verminderen. Het AZWA koppelt deze reductie nadrukkelijk aan werkplezier en behoud van professionals. Voor de specialist ouderengeneeskunde wordt de verhoogde uitstroom vooral door pensionering veroorzaakt en is dit niet zozeer gerelateerd aan beroepstevredenheid.⁷⁴ Wel kan een verdere administratieve vereenvoudiging bijdragen aan meer tijd voor directe patiëntenzorg. Hoewel dit niet leidt tot extra fte's, neemt de productieve werktijd toe.
4. Versterking van preventie en passende zorg. De nadruk op preventie, vroegsignalering en passende zorg is ook geen nieuw aspect. Veel zorgorganisaties en huisartsenpraktijken passen inmiddels proactieve ouderenzorg toe, waarbij de specialist ouderengeneeskunde betrokken is bij vroegtijdige diagnostiek of gedragsproblematiek bij kwetsbare ouderen.⁷⁵ Het AZWA verbindt deze inspanningen sterker aan het welzijns- en woondomein en vraagt om regionale uitvoeringsagenda's waarin preventie, leefstijl en sociale ondersteuning geïntegreerd worden. De aanvullende impact voor de specialist ouderengeneeskunde is vooral een kwalitatieve verschuiving: vaker betrokken zijn bij triage en beleid rondom preventie. Dit kan leiden tot een lichte stijging van het aantal benodigde fte's. De rol wordt in ieder geval breder en iets groter in omvang.

Samenvattend beeld in het AZWA "what-if" perspectief

Het AZWA richt zich expliciet op versnelling en verdieping van de eerder ingezette transitie, met concrete afspraken over arbeidsmarkt, technologie en administratieve lasten. Voor de specialist ouderengeneeskunde biedt het vooral formalisatie en versnelling. Het verbindt zorg en het sociaal-welzijnsdomein structureel aan elkaar, met nadruk op preventie en wijkgerichte samenwerking.

Op het gebied van 'digitalisering en technologische innovatie' en de 'vermindering van regeldruk en administratieve lasten' kan het akkoord op langere termijn leiden tot meer efficiency, onder meer door de inzet op het verminderen van de administratieve lasten, waarvoor er meer tijd is voor complexe zorg. Hetzelfde geldt voor technologie en AI: dat kan routinematig werk overnemen, waardoor er bijvoorbeeld meer tijd overblijft voor medische beslissingen. Het leidt echter op korte termijn

⁷⁴ PFZW-onderzoek naar uitstroom - Zorgvisie

⁷⁵ handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-2025.pdf

mogelijk juist tot extra inzet: implementatie kost tijd en daarmee extra inzet. En specifiek voor de doelstellingen 'meer verbinding van zorg en welzijn in de wijk' en de 'versterking van preventie en passende zorg,' geeft dit de specialist ouderengeneeskunde meer werk, omdat afstemming en samenwerking met de huisarts en het sociale domein tijd kost, vooral in de opbouwfase.

Wij schatten in dat het akkoord op korte termijn/binnen deze ramingsperiode zal leiden tot een geringe extra vraag bovenop de reeds in de huidige raming verwerkte trend. Het akkoord draagt wat betreft de specialist ouderengeneeskunde niet bij aan het verminderen van het personeelstekort in de zorg, maar mogelijk wel tot een efficiëntere en passende inzet.

5.8 Het instroomadvies

Het Capaciteitsorgaan adviseert deze huidige raming het ministerie van VWS en veldpartijen om jaarlijks **245** aios te laten instromen in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Dit is op basis van het volledige vraagscenario. Wanneer trends zich in de komende jaren doorzetten zoals ingeschat in dit rapport, zorgt dit jaarlijkse aantal instromers voor voldoende capaciteit om over 18 jaar vanaf het bijsturingsjaar een evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Bij opvolging van het advies groeit de beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde de komende 20 jaar van circa 1.670 naar 3.200 fte.

5.8.1 Onderbouwing van het instroomadvies

De keuze voor een instroomadvies van 245 aios houdt rekening met de vele onzekerheden rondom maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen bovenop de demografische ontwikkelingen. Het is aannemelijk dat ontwikkelingen als taakverschuiving, efficiënter inrichten van de zorg en het optimaliseren van de inzet van zorgtechnologie de komende jaren invloed hebben op de vraag naar specialist ouderengeneeskunde. Maar of en hoe deze trends over 10 jaar nog even sterk doorwerken is onzeker. Er is daarom gekozen voor het volledige vraagscenario met tijdelijke trends van tien jaar in deze raming.

Daarnaast sluit een instroomadvies van 245 aios beter aan bij de huidige praktijk. De instroom ligt nu rond de 150 aios, en hoewel groei wordt verwacht dankzij inspanningen op het gebied van bekendheid en werving, zal deze naar verwachting geleidelijk verlopen. Een advies van 245 aios is daarmee realistischer dan eerdere, hogere adviezen. In bijlage 1 staat een overzicht van hoe de verschillende factoren, demografie, aanbod en vraag, hebben bijgedragen aan dit instroomadvies.

De raming voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is bedoeld om te komen tot een advies dat zowel robuust als praktisch toepasbaar is en dat in uiteenlopende scenario's standhoudt. Enerzijds moet het waarborgen dat er voldoende specialisten worden opgeleid om de groeiende zorgvraag in de ouderenzorg op te vangen. Anderzijds houdt het rekening met beperkingen in de instroomcapaciteit en met bredere maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen die zowel de omvang van de zorgvraag als de manier waarop de zorg wordt georganiseerd beïnvloeden.

Structurele knelpunten: verschil tussen advies en instroom

Een terugkerend knelpunt in deze en eerdere ramingen is de structurele discrepantie tussen het geadviseerde aantal opleidingsplaatsen en de daadwerkelijke instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Ondanks voldoende opleidingsplaatsen, blijft de gerealiseerde instroom achter.

De instroom in de opleiding is de afgelopen jaren weliswaar gestaag gegroeid en ligt inmiddels rond de 150. Onder meer SOON, Verenso en het project extramurale artsen proberen de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde veel zichtbaarder te maken onder basisartsen.⁷⁶ Er is goede hoop dat de doorlopende acties om meer bekendheid te geven aan het vak onder geneeskundestudenten en basisartsen en het aantrekken van zij-instromers, de instroom in de opleiding de komende jaren meer zal groeien. Op meerdere universiteiten heeft het vak nu een plek in het curriculum, onder andere via een vast coschap. Dit heeft waarschijnlijk de instroom van aios doen groeien, maar het vorige instroomadvies van 305 aios, en ook die van daarvoor (260 aios per jaar), wordt nog steeds niet behaald.

Spanning tussen zorgvraag en arbeidsmarktcapaciteit

Naast de achterblijvende instroom speelt een tweede structureel spanningsveld: de toenemende en complexer wordende zorgvraag in de ouderenzorg vindt plaats binnen een context van een krimpende beroepsbevolking. Zowel in kwantitatieve zin (dubbele vergrijzing) als in kwalitatieve zin (toenemende multimorbiditeit, psychogeriatrische problematiek) groeit de druk op de langdurige zorg. Deze zorgvraag is echter niet onbeperkt op te vangen door het vergroten van de opleidingscapaciteit van bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde alleen. Het is daarom nodig om in de raming niet alleen het verwachte aantal benodigde specialisten als uitgangspunt te nemen, maar ook expliciet stil te staan bij de maatschappelijke, beleidsmatige en organisatorische context waarin ouderenzorg zich de komende jaren zal ontwikkelen.

5.8.2 Aanbevelingen

Om te komen tot een haalbaar advies kunnen meerdere oplossingsrichtingen in samenhang worden meegenomen. Daarbij valt te denken aan:

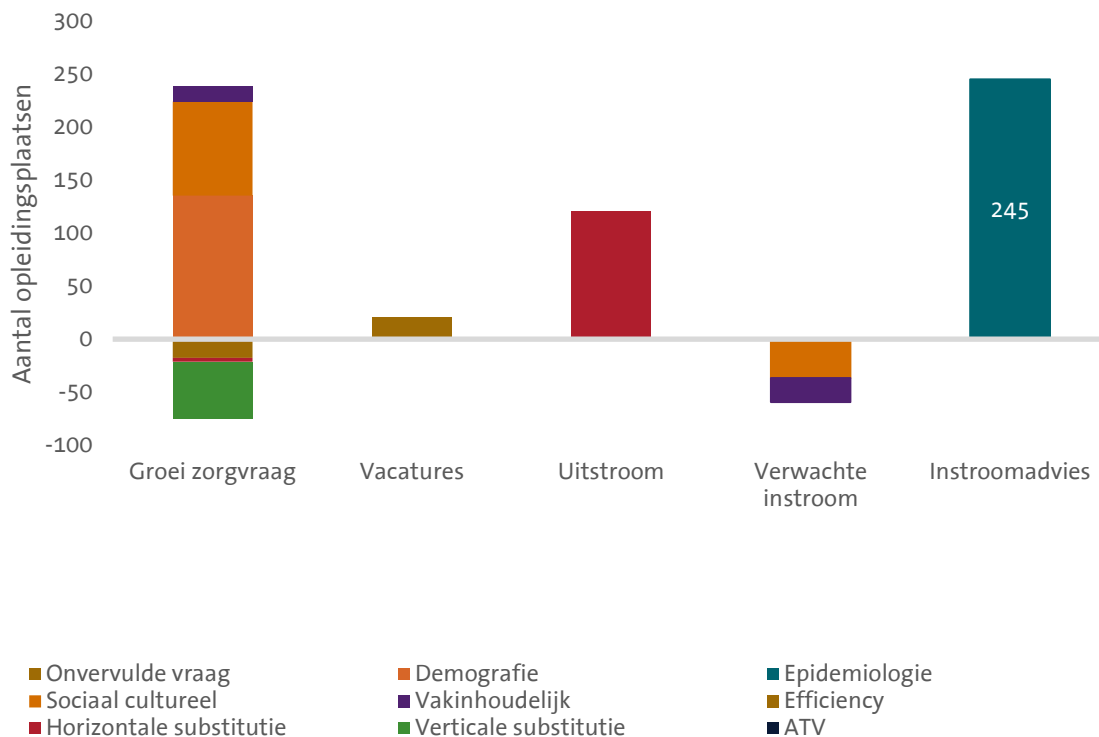
- Brede geriatrische scholing in basis- en vervolgopleidingen: een bredere kennismaking met de ouderenzorg in andere medische en paramedische opleidingen kan bijdragen aan betere zorg voor ouderen en ontlasting van de specialist ouderengeneeskunde;
- Technologische ondersteuning (zie ook AZWA): digitalisering, domotica en e-health-toepassingen kunnen nog meer bijdragen aan efficiëntere zorgverlening en zelfredzaamheid van ouderen. De inzet van technologie kan de aard van het werk van de specialist ouderengeneeskunde veranderen en de benodigde formatie beïnvloeden;
- Beleidsmatige keuzes en maatschappelijke verwachtingen: er is een groeiend besef dat niet alle zorgvraag onbeperkt en op maat geleverd kan worden. Dit vraagt om het voeren van het maatschappelijk en politiek debat over grenzen aan zorg en het maken van keuzes ten aanzien van wat wenselijk en haalbaar is binnen de ouderenzorg.

⁷⁶ Actieplannen Meer extramurale artsen | medischcontact; Extramurale capaciteit – De Geneeskundestudent

Bijlagen

Bijlage 1: Effect van de verschillende ontwikkelingen op de totale instroom

Figuur 12 laat zien welke impact de diverse parameters hebben op het totaal van opleidingsplaatsen. Te zien is dat de meeste opleidingsplaatsen voor de specialist ouderengeneeskunde in de huidige raming nodig zijn vanwege: 1) demografie (vergrijzing), 2) uitstroom van specialisten ouderengeneeskunde uit het beroep met name door pensionering en 3) niet-demografische vraag- en werkprocesontwikkelingen (o.a. sociaal-culturele ontwikkelingen).



Figuur 9: Impact van de ontwikkelingen op de totale instroom

Hieronder staan de volgende ontwikkelingen die bepalend zijn bij de totstandkoming van de instroomadvies nogmaals op een rij:

- Alleen al vanwege de vergrijzing van de bevolking zijn er meer specialisten ouderengeneeskunde nodig om aan de toekomstige vraag te voldoen (zie oranje kolom bij groei zorgvraag);
- Er wordt zowel in de langdurige zorg, maar vooral in de eerstelijns zorg een sterke toename verwacht van de zorgvraag en in de complexiteit van zorg. Dat komt onder andere omdat dat mensen langer zelfstandig wonen en langer leven met meer aandoeningen. Ook het overheidsbeleid zet in op langer thuiswonen. Het beleid zet verder in op preventie, kwaliteit van bestaan en leefstijl (kolom voor sociaal cultureel);

- Als gevolg van de voorziene toename van de zorgvraag en -complexiteit en een achterblijvende instroom in de opleiding wordt er een verdere schaarste van specialisten ouderengeneeskunde voorzien. Er wordt hier op geanticipeerd door de beroepenmix verder te verschuiven van dokter-centered naar team-based care. Hierbij wordt onder andere ingezet op een blijvende rol van de VS en PA in de ouderenzorg door taakverschuiving. Ook wordt op deze manier geprobeerd om te gaan met regionale schaarste (afname vraag vanwege substitutie);
- Begin 2025 was er een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Naar schatting waren er voor iedere honderd werkzame specialisten ouderengeneeskunde tien vacatures. De vacaturegraad is wel lager dan in 2022, maar is nog steeds hoog;⁷⁷
- Een groot deel van de werkzamen naar verwachting de komende jaren uitstroomt door pensionering;
- De instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde lag de laatste jaren onder de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Hoewel er de afgelopen jaren een toename in de belangstelling voor de opleiding waarneembaar is, is dit nog altijd minder dan het aantal specialisten ouderengeneeskunde dat nodig is;
- Het intern rendement verbeterde ten opzichte van de vorige ramingen licht: een iets groter deel van de aios studeert af. Ook werken specialisten ouderengeneeskunde na diplomering langer in het beroep, hoewel er wel een iets hogere uitval na vijf jaar te zien is.

⁷⁷ Het aantal werkzamen of fte aan (langdurig openstaande) vacatures in verhouding met het aantal werkzamen of het aantal fte dat gewerkt wordt (een hoge vacaturegraad).

Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden 2019, 2022 en 2025

Parameterwaarden Opleiding

Parameter	Capaciteitsplan								
	2021-2024 (2019)			2024-2027 (2022)			2027-2030 (2025)		
1	Gemiddeld in opleiding per leerjaar			94,4			132		
2	Percentage vrouwen in opleiding			81%			80%		
3	Instroom gemiddeld tussenjaren ('25/'26)			104			150		
4	Instroom gemiddeld vanaf bijsturingsjaar ('27)			106			150		
5	Opleidingsduur feitelijk vanaf basisjaar ('25)			3,4 jaar			3,3 jaar		
6	Intern rendement vanaf basisjaar			76%			82%		
7	Intern rendement aios al in opleiding			92,1%			88%		
	Extern rendement man/vrouw/totaal in %			M	V	T	M	V	T
8	Na 1 jaar			98,6	99,3	99,2	98,5	98,3	98,3
9	Na 5 jaar			92,2	93,5	93,3	92,7	91,4	91,6
10	Na 10 jaar			90,5	88,2	88,6	85,3	85,3	83,3
11	Na 15 jaar			87,6	83,6	84,4	81,3	81,3	77,7

Parameterwaarden Zorgaanbod: omvang en kenmerken beroepsgroep

Parameter	Capaciteitsplan (jaar van uitgifte)		
	2021-2024 (2019)	2024-2027 (2022)	2027-2030 (2025)
12	Werkzame specialisten		
	1.672	1.677	1.876
13	% werkzame vrouwen		
	68%	71%	72%
14	Aantal fte		
	1.436	1.501	1.677
15	Gemiddelde fte man		
	0,92	0,98	0,98
16	Gemiddelde fte vrouw		
	0,83	0,86	0,86
17	Gemiddeld fte totaal		
	0,86	0,90	0,89
18	Arbeidstijdverandering		
	0%	0%	0%

Parameterwaarden Zorgaanbod: uitstroom, instroom buitenland

Parameter		Capaciteitsplan (jaar van uitgifte)								
		2021-2024 (2019)			2024-2027 (2022)			2027-2030 (2025)		
		Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
19	Uitstroom werkzamen									
20	Na 5 jaar	23%	15%	17%	29%	18%	17%	31%	19%	22%
21	Na 10 jaar	53%	33%	40%	57%	37%	40%	46%	33%	36%
22	Na 15 jaar	67%	47%	54%	68%	52%	54%	57%	47%	49%
23	Na 20 jaar	82%	64%	70%	79%	67%	70%	74%	64%	66%
24	Instroom buitenland	0%			0%			0%		

Parameterwaarden Zorgvraag: demografie en niet-demografische ontwikkelingen

Parameter		Capaciteitsplan		
		2021-2024 (2019)	2024-2027 (2022)	2027-2030 (2025)
25	Demografie			
26	5 jaar	14%	17%	15%
27	10 jaar	33%	36%	34%
28	15 jaar	55%	57%	52%
29	20 jaar	76%	74%	68%
30	Onvervulde vraag	+10,5% tot +16,0%	15%	10%
31	Epidemiologie	+0,3% tot +0,8%	+0,8%	0%
32	Sociaal-cultureel	+0,1% tot +0,8%	+0,7%	+2,5%
33	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+0,4% tot + 0,8%	+0,8%	+0,4%
34	Efficiency	-0,5% tot -1,5%	-0,5%	-0,5%
35	Horizontale substitutie	+0,5% tot +2,0%	+1,0%	- 0,1%
36	Verticale substitutie	- 1,0% tot -2,0%	-1,5%	-1,5%
	Som 3 t/m 8		+0,5%	+0,8%

Bijlage 3: Overzicht parameterwaarden (definities en begrippen)

Definities en begrippen	
Basisjaar	Het jaar waarvoor de berekeningen en schattingen over vraag naar en aanbod van zorgprofessionals bepaald worden, en waar vanuit geraamd wordt voor de toekomst. Het basisjaar is de uitgangssituatie van de raming; hier 2025
Bijsturingsjaar	Het eerste jaar waarvoor de instroom in de opleiding aangepast kan worden: hier 2027.
Evenwichtsjaar (zie keuze toelichting in het rapport)	Het jaar waarin binnen de raming zoveel mogelijk balans tussen vraag en aanbod naar zorgprofessionals wordt nagestreefd. In dit geval: 2043
Trendjaar	Het jaar tot waar de niet-demografische vraagparameters in de raming worden meegenomen. Na het trendjaar is de groei van de niet-demografische vraagparameters nul.

Aanbod van zorgprofessionals

	Externe definitie
Aantal werkzame personen	Het aantal personen dat werkzaam is in het beroep waarvoor de raming wordt opgesteld. Peildatum is doorgaans 1 januari van het basisjaar; hier 2025.
Percentage vrouwen	Het percentage vrouwen dat op de peildatum 1 januari 2025 werkzaam is in het beroep waarvoor de raming wordt opgesteld.
fte	Fulltime equivalent. Aanduiding van de mate waarin men fulltime (1 fte) of parttime (minder dan 1 fte) werkt en hoeveel uren 1 fte omvat.
Uitstroom	Het aandeel van de werkzame personen in het basisjaar dat naar verwachting in de ramingsperiode stopt met werken in het beroep.
Aantal personen in opleiding (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf)	Aantal personen in opleiding in basisjaar en in de toekomst.
Percentage vrouwen in opleiding (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Percentage vrouwen in de opleiding in het basisjaar en in de toekomst (indien relevant).
Opleidingsduur (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Duur van de opleiding in jaren.

Intern rendement (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Het percentage van de gestarte opleidingen dat het einddiploma behaalt.
Extern rendement (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Het percentage personen met een einddiploma dat een bepaalde periode (veelal 1, 5, 10 of 15 jaar) in het beroep werkzaam blijft in Nederland.

Vraag naar zorgprofessionals

Onvervulde vraag	Inschatting van het verschil in het basisjaar tussen de benodigde en beschikbare capaciteit in fte van een bepaalde beroepsgroep, in procenten van de huidige beschikbare fte's in het basisjaar.
Demografie	Inschatting van de procentuele toe- of afname in behoefte aan zorgprofessionals, als gevolg van veranderingen in de omvang van de bevolking, uitgaande van gelijkblijvend zorggebruik naar leeftijd en geslacht.
Niet demografische ontwikkelingen	Inschatting van de procentuele toe- of afname in behoefte aan zorgprofessionals door niet demografische ontwikkelingen. Dit kunnen beleidsontwikkelingen zijn, maar ook ontwikkelingen vanuit patiënten of werkgevers. Het gaat om trends op macro en micro niveau en op zowel de korte als lange termijn. Daarbij kan gedacht worden aan: epidemiologische, sociaal culturele, vaktechnische en financiële ontwikkelingen

De niet demografische ontwikkelingen kunnen (een combinatie van) verschillende aspecten omvatten. Voorbeelden zijn de onderwerpen in de tabel hieronder, maar het kan bijvoorbeeld ook het verwachte effect van bepaalde beleidsplannen zijn. Daarbij vindt een inschatting plaats van het effect op de inzet van de zorgprofessionals: neemt deze toe of juist af?

Epidemiologie	Veranderingen in behoefte aan zorgprofessionals door verandering in het vóórkomen en de verspreiding van ziekten en aandoeningen onder de bevolking naar leeftijd en geslacht.
Sociaal-cultureel	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de zorg. Bijvoorbeeld toenemende mondigheid van patiënten of financiële barrières tot zorg.
Vakinhoudelijk	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen/wijzigingen in de technische en wetenschappelijke aspecten van het vakgebied, zoals deze bijvoorbeeld tot uiting komen in richtlijnen en zorgstandaarden.

Efficiency	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen die gericht zijn op het verhogen van de efficiency van de werkprocessen van de beroepsgroep en de organisaties waarin zij werken. Voorbeelden zijn schaalvergroting, administratieve druk of toename van productiviteit.
Horizontale substitutie	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een vergelijkbaar opleidingsniveau. Bijvoorbeeld van de specialist in de tweede lijn naar de huisarts in de eerste lijn of vice versa.
Verticale substitutie	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een lager opleidingsniveau of vice versa. Bijvoorbeeld van artsen naar verpleegkundig specialisten of physician assistants.
Arbeidstijdverandering	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verandering in het aantal uur dat een beroepsgroep formeel kan of mag werken, vastgelegd in cao's of andere regelgeving.

Bijlage 4: Afkortingen en Begrippenlijst

Tabel 20 bevat (in alfabetische volgorde) in dit Capaciteitsplan (veel) voorkomende afkortingen en begrippen en hun betekenis

Tabel 18: Lijst met afkortingen en begrippen

Afkringing/begrip	Betekenis
AI	Artificial Intelligence
Aios	Arts in opleiding tot specialist
ATV	Arbeidstijdverandering
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
ELV	Eerstelijnsverblijf
Extern rendement	Het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na bepaalde tijd nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid.
fte	Fulltime-equivalent
functiemix	De betrokkenheid van verschillende beroepen bij de behandeling van cliënten
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
ggz	Zorgvorm voor de bevordering van de geestelijke gezondheid
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg; branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
hbo	Hoger beroepsonderwijs
Intern rendement	Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt.
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MPT	Modulair pakket thuis
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
Opleidingsinstellingen	Zorgorganisaties die opleidingsplaatsen bieden voor aios ouderengeneeskunde
Opleidingsinstituut	Onderwijsinstelling die de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde verzorgt
PA	Physician Assistant(s)
Parameter	Variabele waaraan een bepaalde waarde wordt toegekend, om met behulp daarvan andere onbekende grootheden te kunnen berekenen.
Parameterwaarde	Percentage jaarlijks benodigde groei van een beroepsgroep.
RGS	Registratiecommissie geneeskundig specialismen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen; werkgever van aios ouderengeneeskunde
SOON	Samenwerkende Opleidingen Ouderengeneeskunde Nederland
SSB	Sociaal Statistisch Bestand; bevat databestanden over o.a. personen, banen, inkomen en opleidingen. Deze gegevens zijn onderling gekoppeld.
UvN	Universiteiten van Nederland
VPT	Volledig pakket thuis
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket, een term uit de Algemene Wet Bijzondere Zorg (AWBZ). Sinds 1 januari 2015 bestaat de AWBZ niet meer. Het zorgzwaartepakket heet nu zorgprofiel. Een zorgprofiel geeft aan welke zorg cliënten kunnen krijgen als zij een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg (Wlz).

Bijlage 5: Samenstelling Kamer Specialist Ouderengeneeskunde en Algemeen Bestuur

Dit Capaciteitsplan Specialist Ouderengeneeskunde 2027-2030, bestaande uit een Kernrapport en Verantwoording, is tot stand gekomen op basis van uitgebreide dataverzameling door of in opdracht van het Capaciteitsorgaan. De onderzoeksagenda is tot stand gekomen in samenspraak met de Kamer Specialist Ouderengeneeskunde, een gremium binnen het Capaciteitsorgaan met beroepsbeoefenaren, (praktijk)opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Kamer Specialist Ouderengeneeskunde. De Kamer Specialist Ouderengeneeskunde heeft het Kernrapport en de Verantwoording goedgekeurd op 11 november 2025. Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft het Capaciteitsplan Specialist Ouderengeneeskunde vastgesteld op 10 december 2025.

De samenstelling van de Kamer Specialist Ouderengeneeskunde was op 11 november 2025 als volgt

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. A. Jans
Mw. L. de Haan
Dhr. R. Knuiman
Dhr. M. Prevoo
Mw. L. Schapink

Organisaties van opleidingsinstellingen

Mw. J. Bakker
Mw. I. Siegers
Dhr. M. Smalbrugge
Dhr. R. van de Walle

Organisaties van zorgverzekeraars

Mw. D. van Veenendaal
Vacature

Programmasecretarissen

Mw. D. Rietdijk
Mw. M. Brink

Bijlage 6 Geraadpleegde experts en organisaties

Experts

Mw. V. van Atteveld	Dhr. M. Baltes
Mw. K. Biesheuvel	Mw. K. Brouwer
Mw. I. Chaignea-Otten	Mw. C. van den Dool
Mw. J. Egeter	Mw. J. van Esch
Mw. A. Griffioen	Mw. F. Hagelstein
Dhr. E. Jacobs	Mw. L. Jongman
Mw. M. van Kaauwen	Mw. A. Keijzer
Dhr. N. Kemp	Mw. V. Kenter-Hupkes
Mw. J. Kraamer	Mw. D. Martens
Mw. J. Meijer	Mw. P. van der Meulen
Mw. I. Polling	Mw. J. de Raaff
Mw. O. Schut	Mw. S. Sicking
Mw. P. Slaats	Mw. A. Veen-Bos
Dhr. W. Veenendaal	Mw. I. Wolff

Organisaties

ActiZ	InEen
Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO)
Vereniging voor Artsen in Opleiding voor Specialist Ouderengeneeskunde (VASON)	Verenso
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Zorginstituut Nederland (ZINL)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	

**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