

Capaciteitsplan 2027 - 2030

Huisartsgeneeskunde

Verantwoording

Capaciteitsplan 2027 - 2030

Huisartsgeneeskunde

Verantwoording

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.....	4
1.1	Achtergrond Capaciteitsorgaan	4
1.2	Ramingsmodel	4
1.3	Ramingsproces.....	8
1.4	Indeling Capaciteitsplan Verantwoording.....	10
2	Inleiding en huidige situatie	11
2.1	Huisartsgeneeskunde en context: centrale positie in de eerstelijnszorg	11
2.2	Huidig aanbod huisartsgeneeskunde.....	11
2.2.1	Aantal geregistreerd en werkzame huisartsen	11
2.2.2	Deeltijdfactor en aantal fte	12
2.2.3	Conclusie aanbod ten opzichte van vorige ramingen	12
2.2.4	Tijdsbestedingsonderzoek 2024.....	23
2.3	Onvervulde vraag.....	28
2.3.1	Inleiding	28
2.3.2	Conclusie onvervulde vraag ten opzichte van vorige raming.....	31
3	Verwacht aanbod van huisartsen	33
3.1	Inleiding.....	33
3.2	Opleiding tot huisarts.....	33
3.2.1	Aantal in opleiding.....	33
3.2.2	Opleidingsduur	34
3.3	Intern rendement opleiding.....	35
3.3.1	Intern rendement voor aios die vanaf 2025 instromen	36
3.3.2	Intern rendement voor de huidige aios in opleiding	36
3.4	Extern rendement opleiding	36
3.5	Uitstroom van werkzame huisartsen	38
3.6	Buitenland.....	39
3.7	Overige ontwikkelingen aanbod van huisartsen.....	40
3.7.1	Toekomstige fte-factor.....	40
3.8	Conclusie verwachte verandering van het aanbod van huisartsen	40
4	Verwachte vraag naar huisartsen	41
4.1	Inleiding.....	41
4.2	Demografische ontwikkelingen	41
4.2.1	Inleiding	41
4.2.2	Resultaten demografieberekening 2025	41
4.3	Niet-demografische ontwikkelingen	44
4.3.1	Selectie van niet-demografische ontwikkelingen	44
4.3.2	Bronnen en aanpak.....	45
4.3.3	Epidemiologie.....	45
4.3.4	Sociaal-culturele ontwikkelingen	46
4.3.5	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	48

4.3.6	Efficiency.....	50
4.3.7	Horizontale substitutie.....	51
4.3.8	Verticale substitutie.....	52
4.3.9	Arbeidstijdverandering.....	53
4.3.10	Onzekere ontwikkelingen	54
4.4	Conclusie niet-demografische ontwikkelingen	55
4.5	Conclusie verwachte verandering van de vraag.....	56
5	Conclusie en instroomadvies	58
5.1	Inleiding.....	58
5.2	Huidige situatie: meer aanbod, maar ook meer vraag.....	58
5.3	Verandering in aanbod: stijging vlakt wat af door meer uitstroom en te lage instroom.....	60
5.4	Verandering in vraag: vergrijzing en grotere rol voor de huisartsen(zorg).....	62
5.5	Instroomadvies: zoeken naar balans tussen ambitie, haalbaarheid en realiteit	63
5.6	Overwegingen.....	67
Bijlagen		68
	Bijlage 1: Overzicht van de parameterwaarden	69
	Bijlage 2: Overzicht definities parameterwaarden	72
	Bijlage 3: Samenstelling Kamer Huisartsen.....	75
	Bijlage 4: Geraadpleegde experts en organisaties	76
	Bijlage 5: Afkortingen en Begrippenlijst	77
	Bijlage 6: Lijst met figuren en tabellen	79
	Bijlage 7: Literatuurlijst en verwijzingen	81

1 Inleiding

Dit verantwoordingsdocument bevat extra informatie en een overzicht van de gebruikte methoden bij het bepalen van de toekomstige benodigde capaciteit voor de huisartsgeneeskunde. Dit document vult daarmee het Kernrapport Huisartsgeneeskunde 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 kan uiten. 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) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt over de mate waarin zorgsectoren financieel mogen groeien.¹ 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.

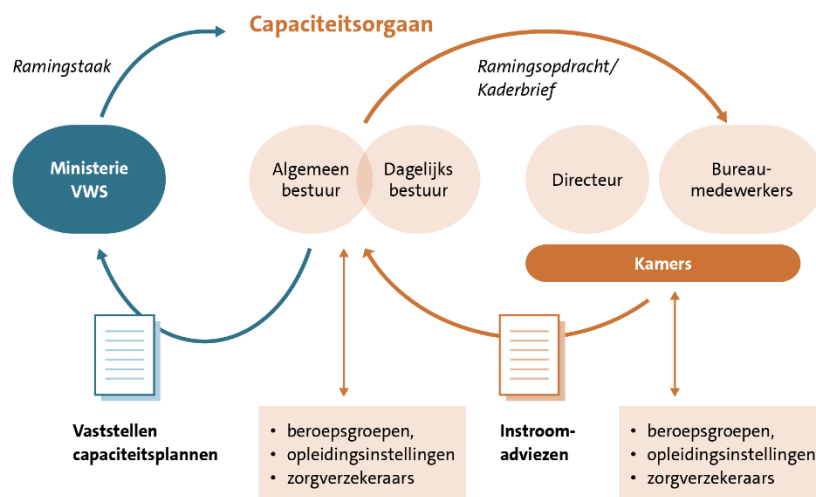
¹ ActiZ e.a., *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)* (2025); ActiZ e.a., *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'* (2022).

Het Capaciteitsorgaan stelt hiervoor ramingen op voor circa tachtig beroepsgroepen. Deze ramingen worden eenmaal per drie jaar opgesteld. Het betreft daarbij de volgende beroepsgroepen:

- afgestudeerde artsen in geneeskunde en tandartsen;
- huisartsen;
- specialist ouderengeneeskunde en arts VG;
- medisch specialisten;
- sociaal geneeskundigen;
- BIG-professionals in de geestelijke gezondheidszorg;
- verpleegkundig specialisten en physician assistants;
- mondhygiënisten en tandheelkundige specialisten;
- Gespecialiseerde verpleegkundigen en andere medisch ondersteunende beroepen in de medisch-specialistische zorg 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

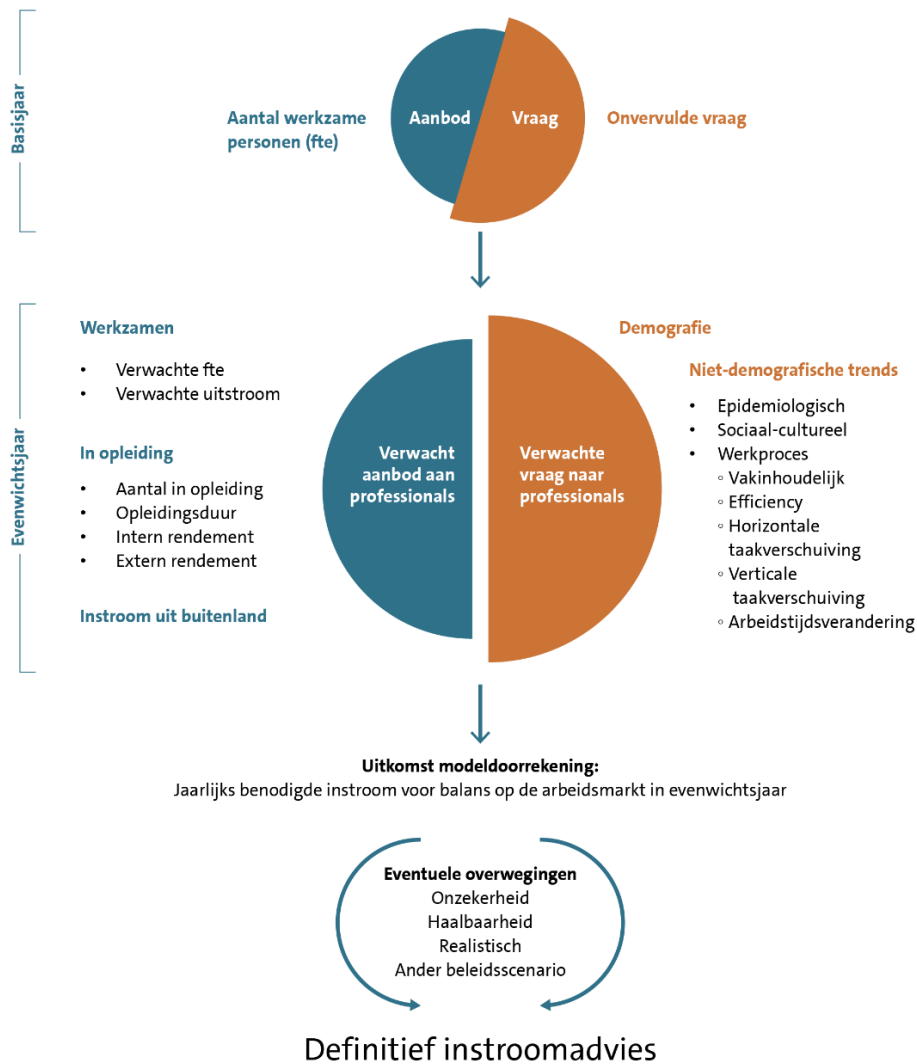
De ramingen geven een inschatting van het aantal zorgprofessionals dat in de toekomst nodig zal zijn. Voor het opstellen van deze ramingen maakt het Capaciteitsorgaan gebruik van een model dat circa vijftig parameters omvat. Dit ramingsmodel is weergegeven in Figuur 2.

De parameters hebben betrekking op:

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

Voor elk van deze circa vijftig parameters wordt een waarde vastgesteld. Op basis van de gezamenlijke inschattingen berekent het Capaciteitsorgaan vervolgens met een ramingsmodel (zie Figuur 2) 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 drie 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 van zorgbehoevende ouderen 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

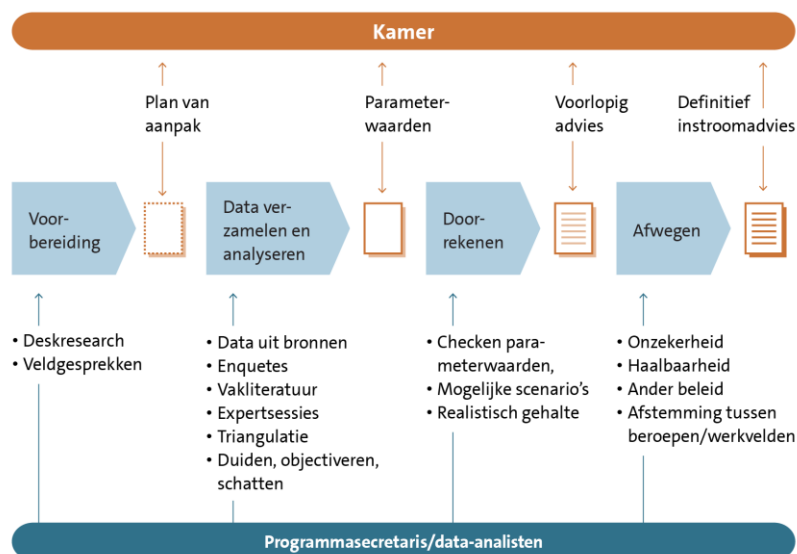
Veldpartijen zijn intensief betrokken bij het opstellen van de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Deze betrokkenheid is van belang, aangezien professionals uit de praktijk van zorg en preventie als geen ander kunnen inschatten welke ontwikkelingen zich voordoen, hoe deze met elkaar samenhangen en welke daarvan de grootste invloed hebben. Zorginstellingen 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 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 expert opinions en reacties van de Kamer;
- De programmasecretarissen van het Capaciteitsorgaan stemmen hun werkwijze onderling af en bespreken waar ramingen/inschattingen elkaar overlappen/afstemming behoeven.
- 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 en de rol van programmasecretaris en Kamer

1.4 Indeling Capaciteitsplan Verantwoording

Na dit inleidende hoofdstuk volgen nog 4 hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: Inleiding en huidige situatie

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

Hoofdstuk 3: Verwacht aanbod van huisartsen

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

Hoofdstuk 4: Verwachte vraag naar huisartsen

Hoofdstuk 4 biedt inzicht in de verwachte ontwikkelingen en verandering van de vraag naar huisartsen. De toekomstige vraag wordt bepaald door de huidige vraag naar huisartsen 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 huisartsen aan het einde van de ramingsperiode.

Hoofdstuk 5: Conclusie en instroomadvies

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

Na de hoofdstukken volgen de bijlagen, zoals een overzicht van de parameterwaarden en de literatuurlijst.

2 Inleiding en huidige situatie

Dit hoofdstuk beschrijft eerst de context van de huisartsgeneeskunde en vervolgens de stand van zaken per 1 januari 2025 aan werkende huisartsen en de on vervulde vraag. Het huidige aanbod en de on vervulde vraag vormen tezamen de huidige vraag.

2.1 Huisartsgeneeskunde en context: centrale positie in de eerstelijnszorg²

De huisartsenzorg vormt de basis van de Nederlandse gezondheidszorg en moet van hoge kwaliteit en voor iedereen beschikbaar zijn. De kern van het huisartsenvak ligt in het bieden van medisch-generalistische zorg, waarbij vier kernwaarden centraal staan: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk.

Huisartsen bieden als medisch-generalisten in de eerstelijns persoonsgerichte zorg, afgestemd op de kenmerken en behoeften van de patiënt, met focus op lichamelijke en psychische klachten. In de huisartsenpraktijk wordt door triagering en in samenspraak met de patiënt bepaald of zorg in de eerste lijn kan worden geboden of dat specialistische of andere zorg nodig is.

Huisartsen bieden 24/7 zorg waarbij gestreefd wordt naar persoonlijke continuïteit of team continuïteit, afhankelijk van de situatie in de huisartsenpraktijk, in de vorm van een vaste hulpverlener die de patiënt kent en volgt. Dergelijke persoonlijke continuïteit moet leiden tot passende zorg. De vijf kerntaken van de huisarts zijn: medisch-generalistische zorg, spoedeisende huisartsenzorg, terminaal-palliatieve zorg, preventieve zorg en zorgcoördinatie.

Het werkveld van de huisarts kenmerkt zich door nabijheid en doelmatigheid. Het huisartsteam bestaat, afhankelijk van de lokale situatie, uit (tenminste) huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners, verpleegkundig specialisten, physician assistants en/of praktijkmanagers. Samenwerking vindt plaats op verschillende niveaus: binnen de praktijk, in de wijk (hechte wijkverbanden) en in de regio via regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en met zorginstellingen actief in andere zorgsectoren.

2.2 Huidig aanbod huisartsgeneeskunde

Startpunt voor een raming is een beeld van het huidige aantal (werkzame) huisartsen en het aantal fte dat zij gemiddeld werken. Hiervoor zijn een aantal stappen nodig:
aantal BIG-geregistreerden → aantal werkzamen → aantal fte-werkzamen.

2.2.1 Aantal geregistreerd en werkzame huisartsen

Het BIG-register (en het RGS-register) houdt bij hoeveel huisartsen geregistreerd zijn als huisarts.³ Op 31-12-2024 stonden **15.763 huisartsen geregistreerd in het BIG-register**. Niet alle huisartsen die in het BIG-register staan, zijn daadwerkelijk werkzaam als huisarts. Dit komt doordat BIG-registraties voor vijf jaar geldig zijn en doorlopen, terwijl huisartsen gedurende die vijf jaar (tijdelijk) niet meer of minder werkzaam zijn door bijvoorbeeld pensionering, arbeidsongeschiktheid, ontslag,

² Gebaseerd op LHV, InEen, NHG, *Visie Huisartsenzorg 2035* (2025).

³ CIBG, *BIG-register*, 2025, <https://www.bigregister.nl>.

overlijden of uitstroom naar een ander beroep. Het BIG-register overschat daarmee het aantal werkzame huisartsen en dus het huidige aanbod. Voor een raming van toekomstige vraag naar huisartsen is informatie over het aantal werkzame huisartsen nodig. Voor het bepalen van het huidige aantal werkzame huisartsen zijn twee bronnen gebruikt; dit is dezelfde aanpak als bij de vorige raming. Het gaat om de volgende twee bronnen:

- Data van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH) over het aantal werkzame huisartsen⁴;
- Data uit de Permanente huisartsenregistratie, Praktijkenquête en Tijdsbestedingsonderzoek-2024 van het Nivel⁵.

Beide bronnen hebben lacunes en vullen elkaar aan. De Nivel-data bevat alleen de zogeheten regulier gevestigden en mist daarmee de wisselende waarnemers (als ze niet ook werkzaam zijn als vaste waarnemer). De SPH-cijfers zijn in vergelijking met Nivel wat vollediger, maar onderschatten het aantal werkzamen ook. Dit komt omdat een kleine groep huisartsen niet bij het SPH het pensioen opbouwt maar elders, omdat zij bij een gezondheidscentrum werken. Het gaat om ongeveer 4,5% van de huisartsen die op deze manier pensioen opbouwt. De combinatie van de data van Nivel en SPH levert op dat er op 1-1-2025 **14.347 werkzame huisartsen** zijn.

2.2.2 Deeltijdfactor en aantal fte

Niet alle 14.347 werkzame huisartsen werken fulltime. Uit het Tijdsbestedingsonderzoek-2024, in opdracht van het Capaciteitsorgaan uitgevoerd door het Nivel, blijkt dat huisartsen eind 2024 gemiddeld 48 uur per week werkten.⁶ Op basis van de eigen opgave van huisartsen in hetzelfde tijdsbestedingsonderzoek van Nivel is de fte-factor vastgesteld op **0,75 fte**. Toegepast op het aantal werkzame huisartsen betekent dit dat op 1-1-2025 het **aantal fte werkzame huisartsen 10.769 fte** bedroeg.

Het aantal werkzame uren is gemiddeld 48 uur per week. Dit is vier uur meer dan volgens het vorige tijdsbestedingsonderzoek van 2018 (zie verder paragraaf 2.2.4).

2.2.3 Conclusie aanbod ten opzichte van vorige ramingen

Het aantal huisartsen geregistreerd in het BIG-register op 1-1-2025 is 15.763. Daarvan is grofweg 91% ook werkzaam als huisarts. Dat betekent dat er op 1-1-2025 14.347 huisartsen ook werkzaam waren. Uitgaande van een fte-factor van 0,75 zijn op 1-1-2025 10.769 fte huisartsen werkzaam in het vak.

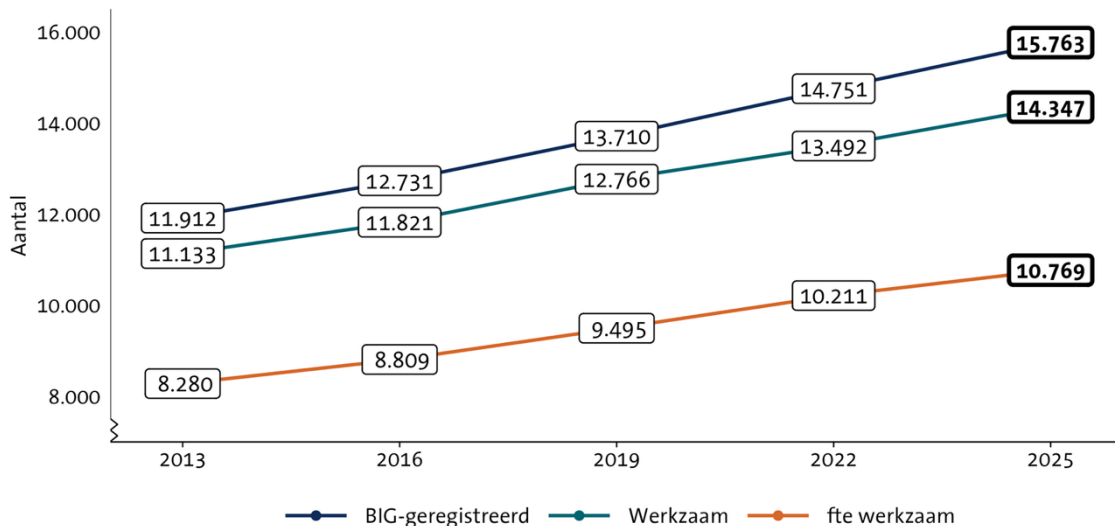
Ontwikkelingen aantal huisartsen

In Figuur 4 staan de aantallen geregistreerde, werkzame en aantal fte huisartsen sinds 2013.

⁴ Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH), *Dataset pensioenbestand* (2025).

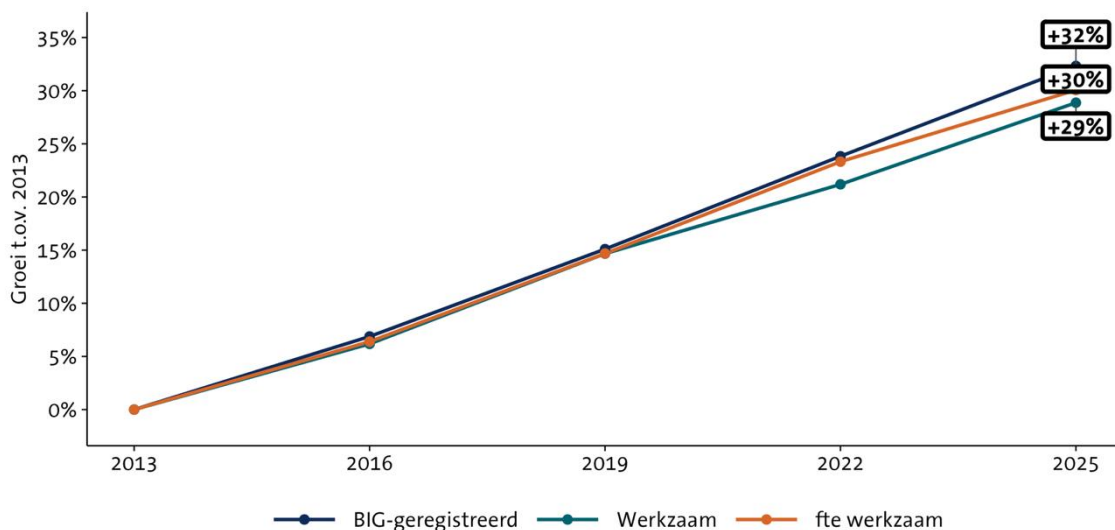
⁵ Nivel, *Nivel Huisartsenpraktijkenenquête 2024* (2025).

⁶ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013* (2025).



Figuur 4: aantallen BIG-geregistreerde, werkzame en aantal fte huisartsen 2013-2025

De drie lijnen in Figuur 4 met aantallen BIG-geregistreerde, werkzame en aantal fte huisartsen lopen niet geheel parallel wat duidelijker wordt als gekeken wordt naar procentuele ontwikkelingen in Figuur 5.



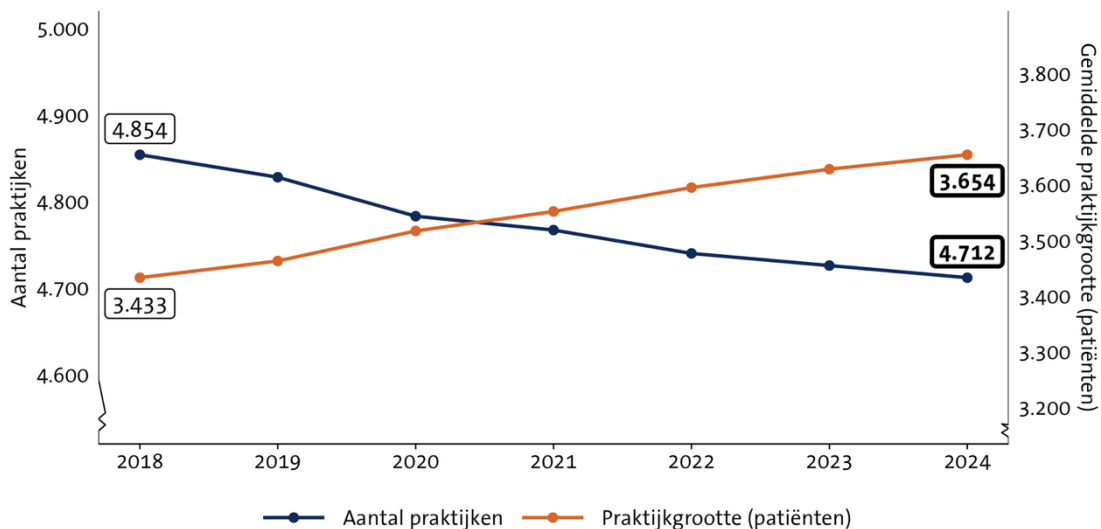
Figuur 5: ontwikkelingen in aantallen BIG-geregistreerde, werkzame en aantal fte huisartsen 2013-2025 (2013=100).

Ten opzichte van 2013 zijn de aantallen BIG-geregistreerden en het aantal fte werkzame huisartsen in 2025 met respectievelijk 32% en 30% gestegen: zie Figuur 5. De stijging van het aantal werkzaam loopt daarbij iets achter met een stijging van 29%. Tot 2019 lopen de ontwikkelingen bijna

gelijk op. Vanaf 2022 is het werkzame huisartsen wat minder toegenomen dan het aantal BIG-registraties. Een mogelijke verklaring daarvoor zou de combinatie kunnen zijn van de impact van COVID-19 waardoor tijdelijk meer huisartsen dan voorheen zijn gestopt en uitstroom door pensioering.

Huisartspraktijken

Het aantal huisartspraktijken is, in tegenstelling tot het aantal huisartsen, sinds 2018 gedaald van 4.854 naar 4.712 praktijken in 2024, een daling van bijna 3%.⁷ Dit betekent dat het gemiddeld aantal patiënten per praktijk ook is gestegen met 6,4% sinds 2018. In Figuur 6 is deze beweging goed te zien.



Figuur 6: ontwikkelingen aantal praktijken, fte werkzame huisartsen en patiënten.⁸

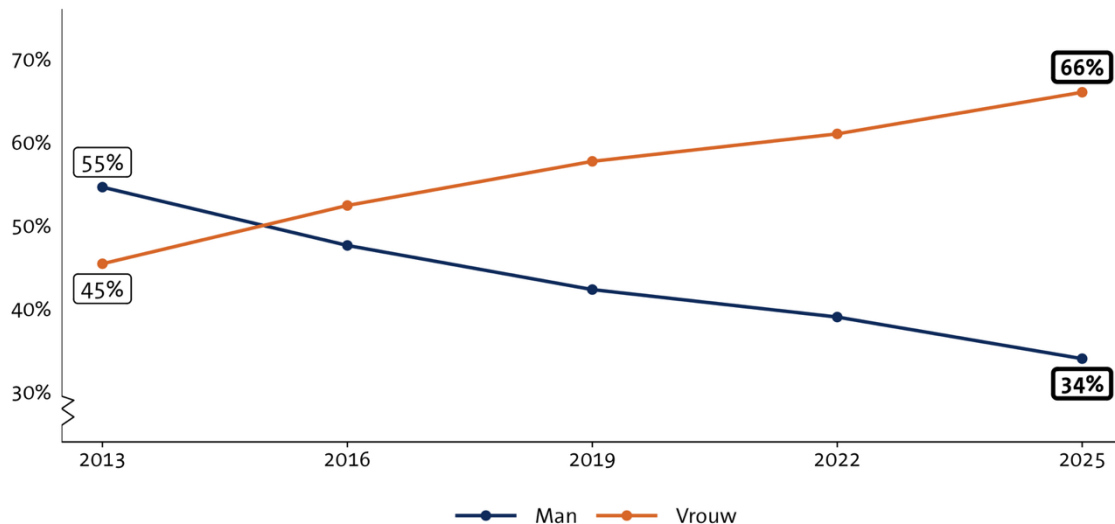
De huisartsenzorg schaaft zogezegd op: minder praktijken, toename van het aandeel groepspraktijken binnen de totale groep van praktijken en meer patiënten per praktijk.

Ontwikkelingen binnen de huisartsenpopulatie

Binnen de huisartsenpopulatie zelf is de verhouding tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke huisartsen het laatste decennium drastisch veranderd (zie Figuur 7). Rond 2014-2015 was deze gelijk, in 2024 is 66% van de huisartsenpopulatie vrouwelijk. Gelet op de vertegenwoordiging van vrouwen in de opleiding zal het aantal vrouwelijke huisartsen de komende jaren nog gaan toenemen.

⁷ Vektis, *Huisartsendashboard*, 2025, <https://www.vektis.nl/huisartsenzorg/dashboard/>.

⁸ Vektis, *Huisartsendashboard*.



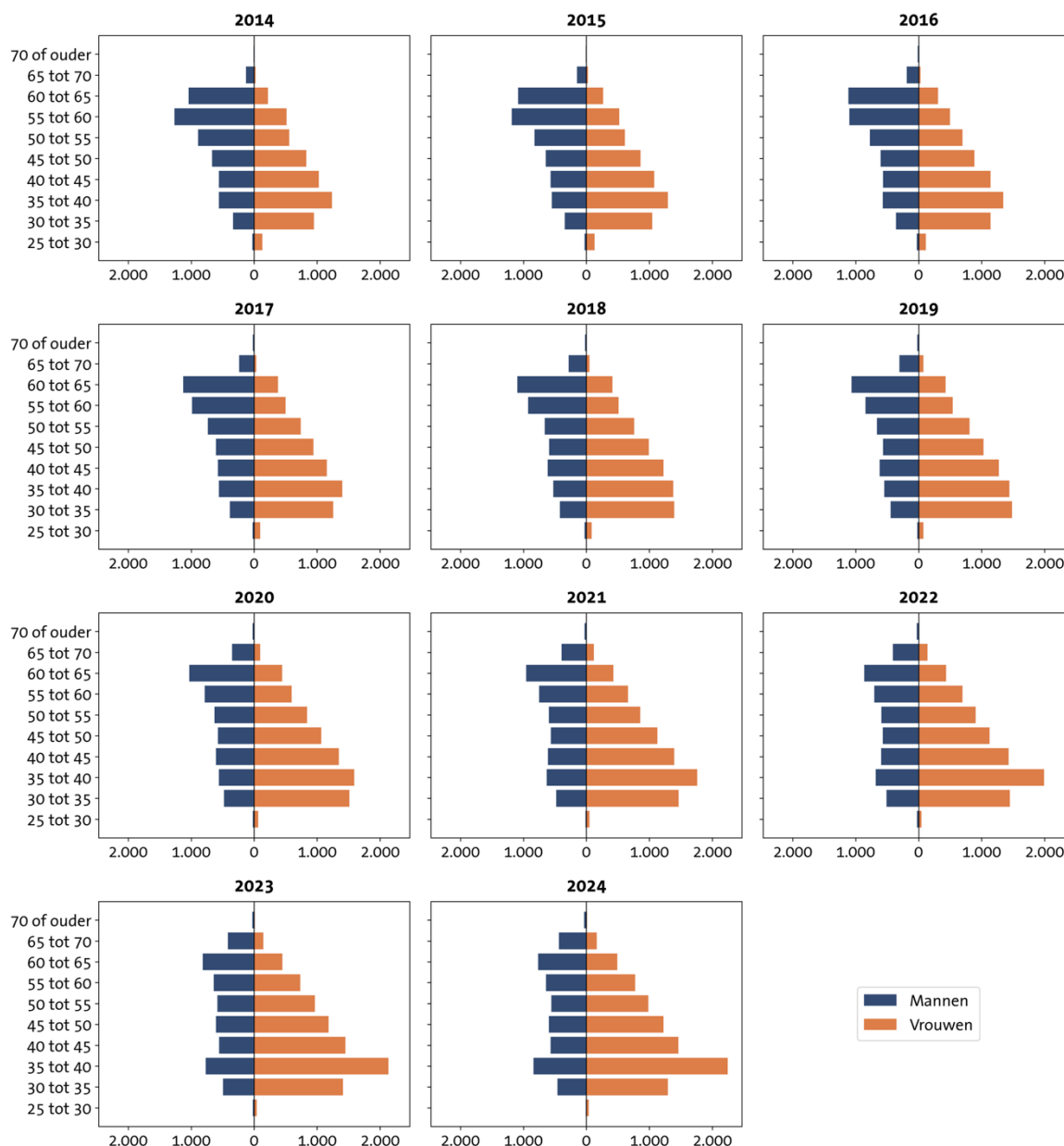
Figuur 7: verhouding mannelijke en vrouwelijke huisartsen (2013-2024)⁹

Ter vergelijking: bij de medisch specialisten is de gemiddelde verhouding 51% vrouwen en 49% mannen en is het aandeel mannen sinds 2022 met 4 procentpunt afgenomen.¹⁰ Bij de instromers in de geneeskunde-opleiding is de verhouding man-vrouw met 34%-66% identiek aan de verhouding bij de huisartsen.

Figuur 8 toont bevolkingspiramides van werkzame huisartsen in Nederland voor de jaren 2014 tot en met 2024. Elke piramide geeft de verdeling van werkzame huisartsen naar leeftijd en geslacht. Duidelijk te zien is dat de rechterkant van de piramides steeds 'voller' wordt: het aandeel vrouwen neemt toe. Vergeleken met 2014 zijn er nagenoeg geen huisartsen in het leeftijdscohort 25-30 jaar: huisartsen beginnen later als huisarts vergeleken met 2014. Vanaf 2018 zitten er meer vrouwen dan mannen in de leeftijdscohorten 25-45 jaar

⁹ Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), *Registerdata*, 2025; CBS, *CBS-Statline 84776NED*, 2025, <https://open-data.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84776NED/table?dl=C764E>; CIBG, *BIG-register*: bewerking Capaciteitsorgaan.

¹⁰ Capaciteitsorgaan, *Capaciteitsplan 2027-2030. Medische en klinisch technologisch specialismen* (2025).



Figuur 8: Bevolkingspiramides werkzame huisartsen (2014-2024).¹¹

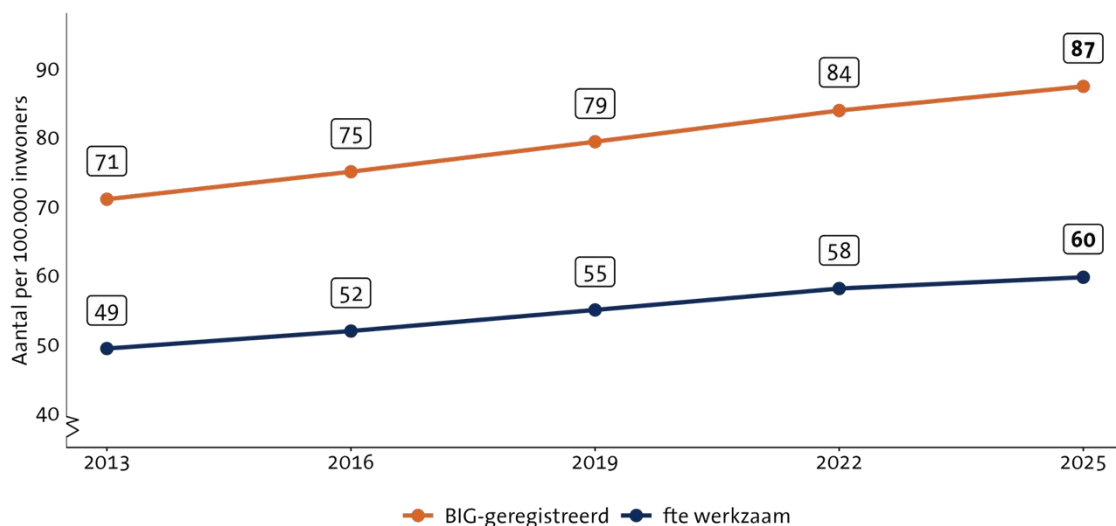
De gemiddelde leeftijd van vrouwelijke huisartsen in 2024 is ruim 44 jaar, die voor de mannen is bijna 50 jaar; het totaal is 46,5 jaar. De gemiddelde leeftijd van mannen is in vergelijking met 2013 iets verlaagd, in 2013 waren zij gemiddeld iets boven de 50 jaar. De gemiddelde leeftijd van vrouwen is in vergelijking met 2013 ruim lager, in 2013 waren zij gemiddeld ruim 43 jaar. Dit is ook logisch omdat de leeftijdsopbouw van vrouwen geleidelijk meer is gaan lijken op die bij mannen. Overall is de beroepsgroep huisartsen gemiddeld jonger geworden vergeleken met 2013.

¹¹ CBS, CBS-Statline 84776NED: bewerking Capaciteitsorgaan.

Ter vergelijking: mannelijke huisartsen zijn gemiddeld even oud als mannelijke medische specialisten terwijl vrouwelijke medisch specialisten gemiddeld wat ouder en bijna 46 jaar oud zijn.¹²

Verhouding tussen aantal huisartsen en aantal inwoners

Het absoluut aantal huisartsen is gestegen de afgelopen jaren. In Figuur 9 staat wat de gevolgen daarvan zijn voor de verhouding tussen het geregistreerde aantal en aantal fte werkzame huisartsen per 100.000 inwoners van Nederland.¹³ In 2013 waren er 49 huisartsen per 100.000 inwoners en dat is in 2025 gestegen naar 60. Het aantal fte werkzame huisartsen was in 2013 49 op de 100.000 inwoners en dat is in 2025 gestegen naar 60 fte werkzame huisarts per 100.000 inwoners.



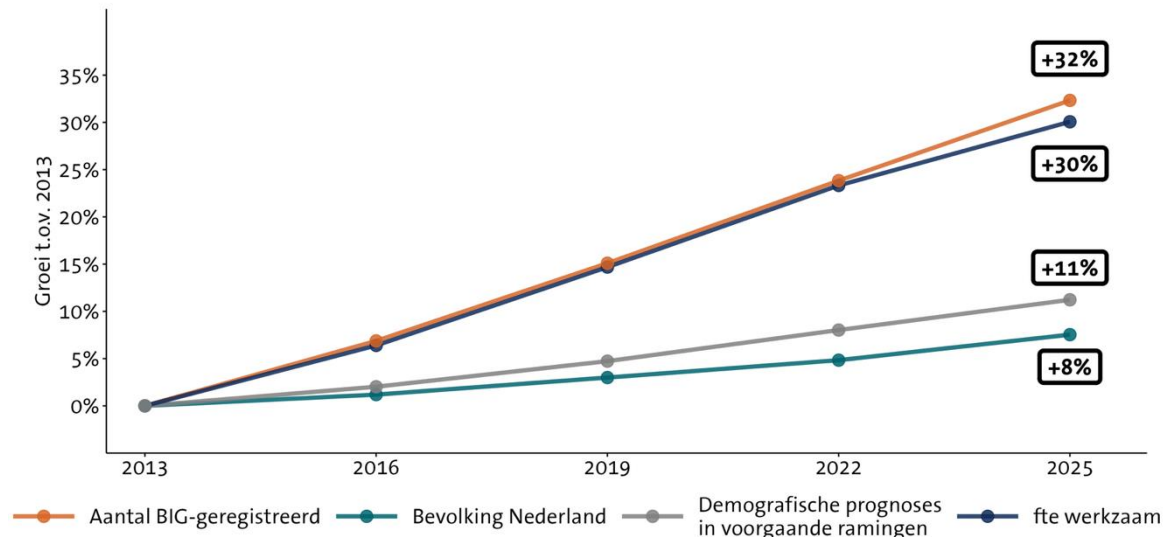
Figuur 9: verhouding tussen het aantal huisartsen per 100.000 inwoners van Nederland (2013-2023).¹⁴

Zowel het aantal geregistreerde als het aantal fte werkzame huisartsen is dus harder gestegen dan de Nederlandse bevolking. Dit is ook zichtbaar in Figuur 10 waarin de groeipercentages van het aantal geregistreerde huisartsen en het aantal fte werkzame huisartsen zijn afgezet tegen demografische prognoses van de groei van de Nederlandse bevolking sinds 2013.

¹² Capaciteitsorgaan, *Capaciteitsplan 2027-2030. Medische en klinisch technologisch specialismen*.

¹³ Voor inschattingen van de verhouding tussen een aantal huisartsen en een aantal inwoners geldt dat gemoedsbezwaarden, verdragsverzekerden, militairen, gedetineerden en asielzoekers niet onder het aantal verzekerden vallen, maar wel aan een huisartsenpraktijk gebonden kunnen zijn. In de praktijk zullen de exacte verhoudingscijfers wat verschillen.

¹⁴ CBS, *Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio* Gewijzigd op: 26 mei 2025, 2025, <https://open-data.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/03759ned/table?dl=CAA68>: bewerking Capaciteitsorgaan.

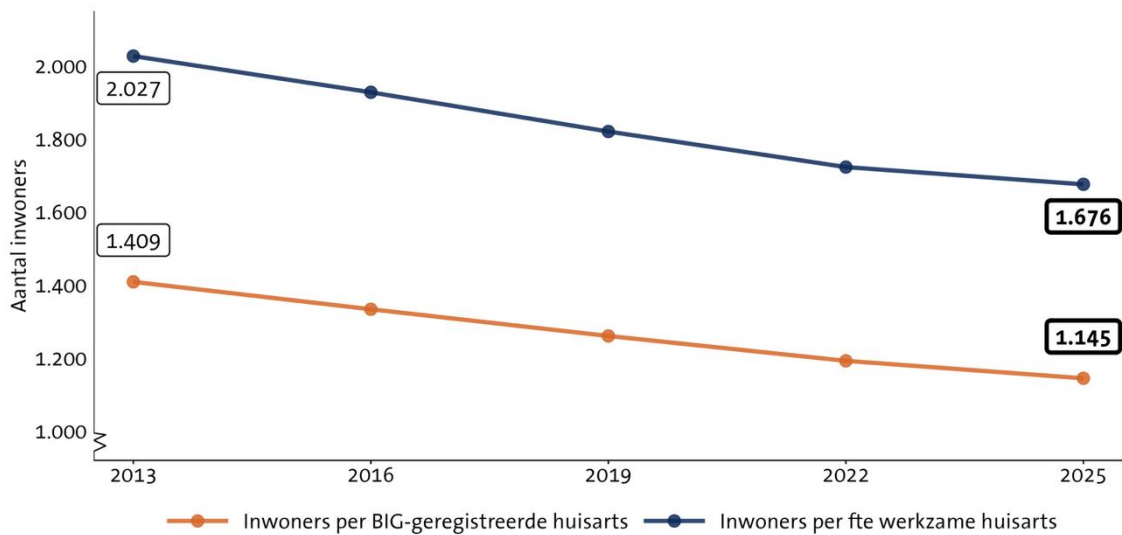


Figuur 10: Groei aantal BIG-geregistreerde huisartsen en aantal fte werkzame huisartsen afgezet tegen bevolkingsgroei en demografische prognoses uit voorgaande ramingen 2013-2025 (2013=100).¹⁵

Geconcludeerd kan worden dat in de periode 2013-2025 de percentuele groei van het aantal huisartsen, zowel qua geregistreerden 32% als werkzamen in fte 30%, die van de percentuele bevolkingsgroei van 8% en ook die van demografische prognoses uit voorgaande ramingen van 11% overstijgt. Ten opzichte van 2018, bij het vorige tijdsbestedingsonderzoek, is het aantal werkzame uren gestegen van 44 uur naar 48 uur (zie voor verdere toelichting op het tijdsbestedingsonderzoek paragraaf 2.2.4).

Ook het aantal inwoners per huisarts is veranderd door de stijging van het aantal huisartsen: zie Figuur 11. In 2013 bedroeg het aantal inwoners per geregistreerde huisarts 2.027 en per fte werkzame huisarts 1.409 inwoners. Dat is in 2025 gedaald naar 1.676 cq. 1.145 inwoners. Het aantal huisartsen is dus sterker toegenomen dan het aantal inwoners en dus patiënten.

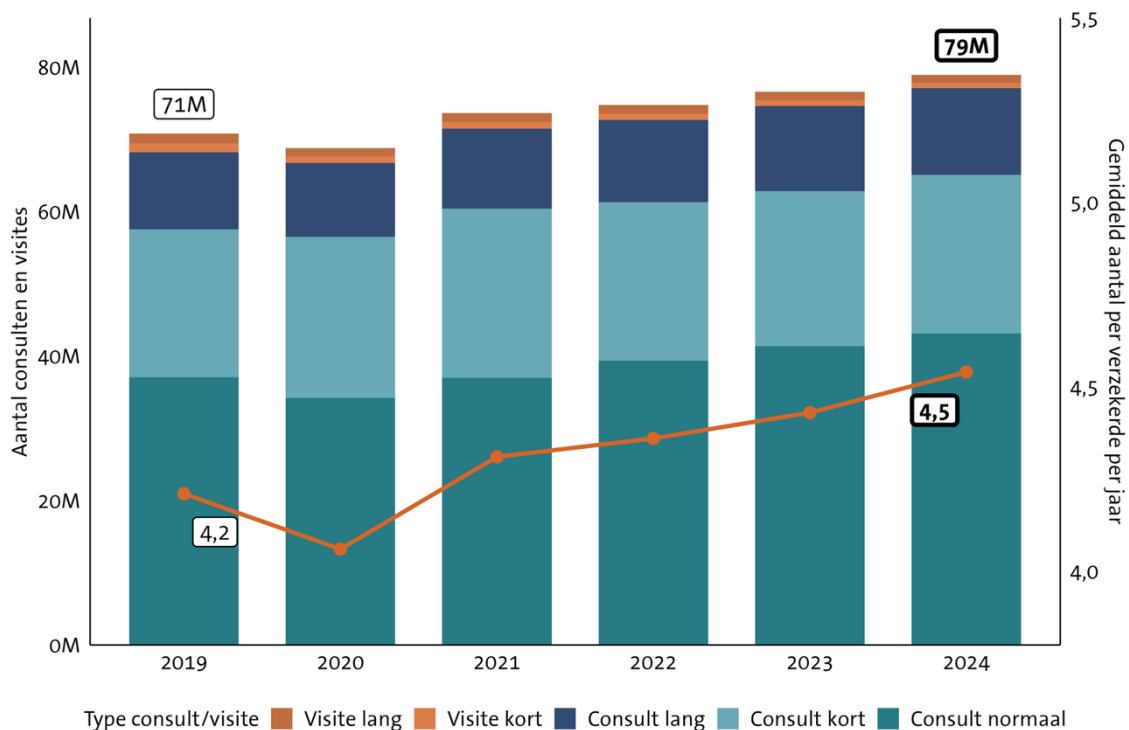
¹⁵ CIBG, BIG-register; Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*; CBS, CBS-Statline 86041NED, 2025, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86041NED/table?dl=BB3D7>.



Figuur 11: ontwikkeling aantal inwoners per huisarts (fte en BIG-geregistreerd) 2013-2025¹⁶

De stijging van het aantal huisartsen gaat gepaard met een stijging van de vraag naar huisartsenzorg: zie bijvoorbeeld Figuur 12. Daarin staat de ontwikkeling van het aantal consulten sinds 2019 en het gemiddelde aantal consulten per patiënt: beide zijn toegenomen. De dip in 2020 komt door de gevolgen van COVID-19.

¹⁶ CBS, CBS-Statline 03759NED, 2025, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/03759ned/table?dl=CAA68>; CIBG, BIG-register. :bewerking Capaciteitsorgaan



Figuur 12: Ontwikkeling aantal consulten totaal en per verzekerde binnen kantoor tijd (2019-2024).¹⁷

Het aantal consulten binnen kantoor tijd is sinds 2019 met 10,6% toegenomen tot bijna 83 miljoen in 2024. Het gemiddelde aantal consulten per patiënt (de oranje lijn op de rechter y-as) is gestegen tot 4,5 consulten per jaar, een toename van 7,8% sinds 2019. De totale kosten voor huisartsenzorg stijgen in 2024 met 10,8% naar 5,23 miljard euro.

De hierboven beschreven ontwikkeling dat het aantal huisartsen sterker is toegenomen dan de bevolking, is onder andere het gevolg van bewuste investeringen in het uitbreiden van de huisartsen-capaciteit (in 2020: 3945,4 miljoen euro en in 2024: 5233,4 miljoen euro). De toegankelijkheid van de huisartsenzorg is verbeterd als reactie op de ervaren toegenomen druk op de zorg, de versterking van de eerstelijnszorg, extramuralisering, vergrijzing en toename van palliatieve zorg.¹⁸ Tegelijkertijd is er nog steeds sprake van een structureel tekort aan huisartsen (zie paragraaf 2.3).

Spreading van huisartsen over Nederland

Dit Capaciteitsplan bevat een instroomadvies dat geldt voor het hele land. Uiteraard zijn er in allerlei opzichten regionale verschillen. Niet al die verschillen zijn bekend en ook niet altijd goed te onderzoeken.¹⁹ Het regionale aanbod van huisartsen is redelijk goed bekend, maar veel aspecten van de vraag naar huisartsen zijn lastiger te onderzoeken. Zo is een regionale vacaturegraad lastig te

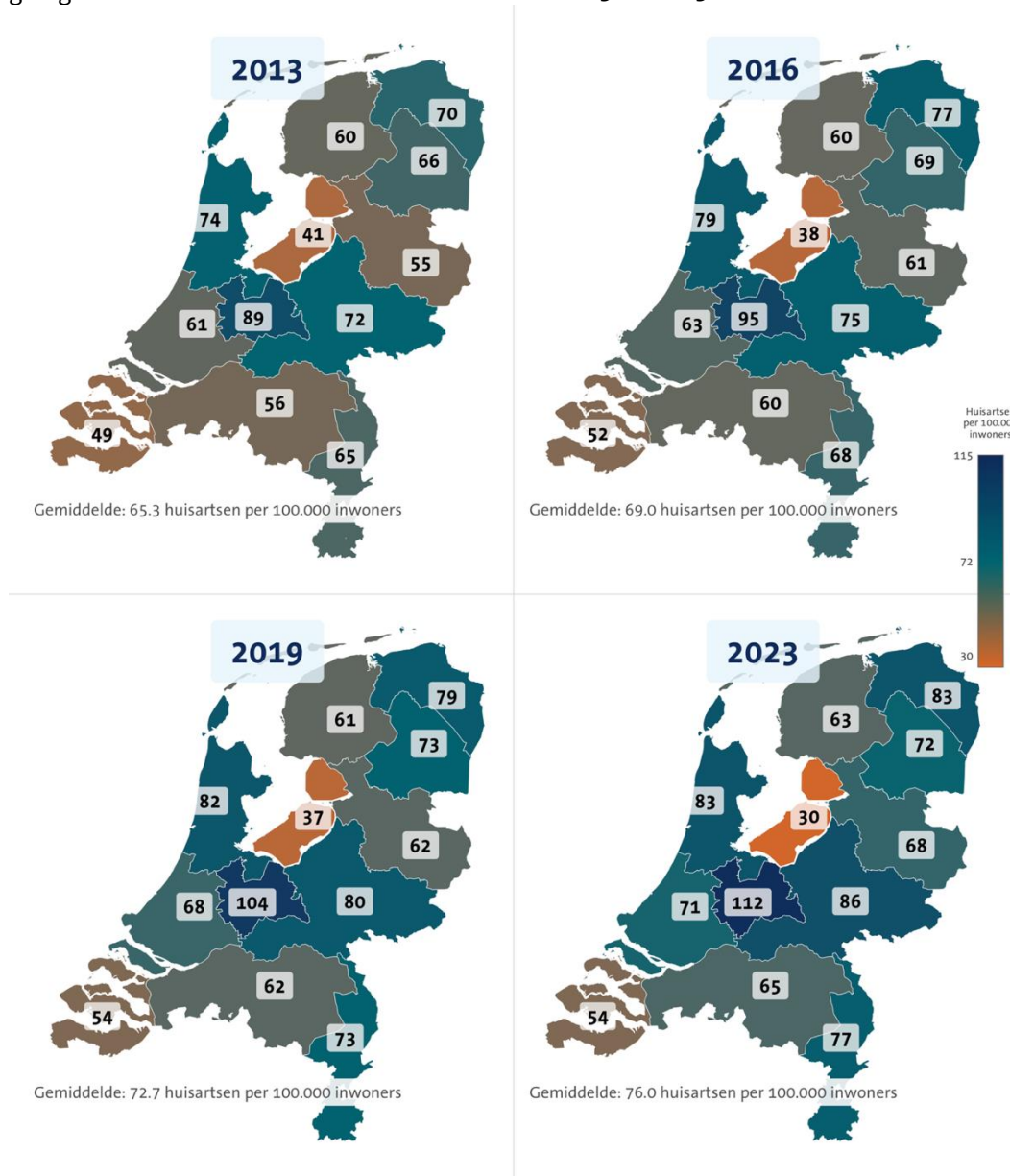
¹⁷ Vektis, *Huisartsendashboard*: bewerking Capaciteitsorgaan.

¹⁸ Zie bijvoorbeeld Nivel, *Palliatieve zorg in Nederland. Kenmerken van de populatie en gebruik van ziekenhuis- en huisartsenzorg in 2023* (2025); Nivel, *Zorggebruik door 65-plussers in de eerste lijn* (2023).

¹⁹ Zie in dit verband bijvoorbeeld Mulder, Lianne, *Selecteren voor de Toekomst - Iedereen een Huisarts* (2025).

bepalen en te duiden omdat de arbeidsmarkt voor huisartsen vaak breder strekt dan een of twee provincies. Ook vraagontwikkelingen van niet-demografische aard kunnen per provincie verschillen en zijn moeilijk in te schatten, in tegenstelling overigens tot demografische ontwikkelingen.

In Figuur 13 staat de verandering in de regionale spreiding van (de woonadressen van) BIG-geregistreerde huisartsen over Nederland tussen 2013 en 2023.

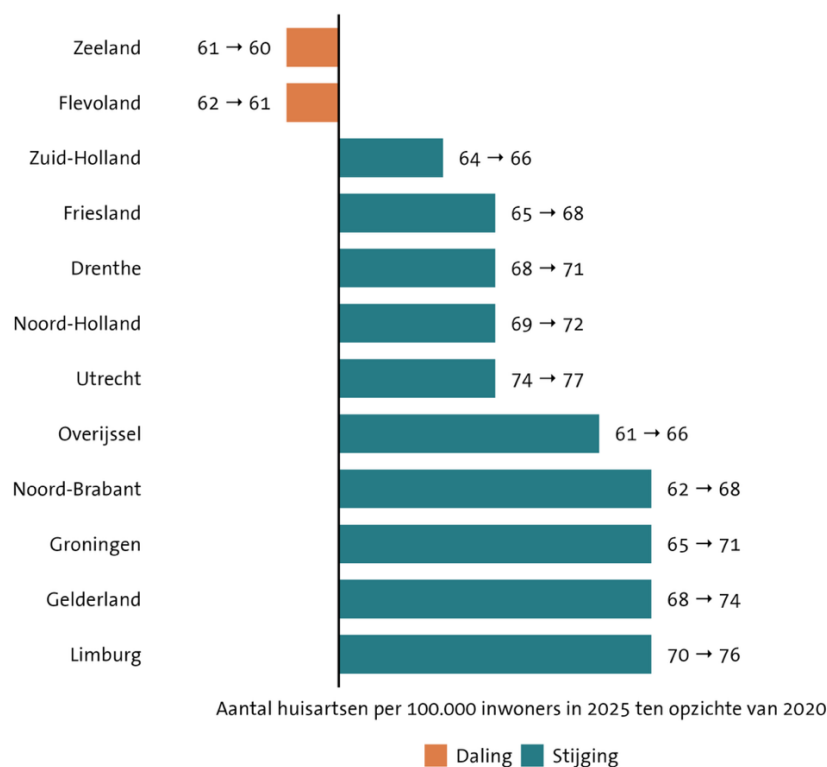


Figuur 13: Spreiding van het aantal BIG-geregistreerde huisartsen per 100.000 inwoners 2013 t/m 2023²⁰

²⁰ CBS, CBS-Statline 84779NED, 2025, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84779NED/table?dl=B843A>: bewerking Capaciteitsorgaan.

Het gemiddelde aantal huisartsen per 100.000 inwoners is sinds 2013 in elke provincie gestegen behalve in Flevoland. Dit wordt verklaard doordat de bevolkingsgroei in Flevoland bijna twee keer zo groot is als gemiddeld in Nederland en sneller is gestegen dan het aantal huisartsen in Flevoland. Ook wonen huisartsen werkzaam in Flevoland relatief vaak net buiten Flevoland. De regionale spreidingsbeelden in Figuur 13 zijn niet te zien als regionale tekorten (of overschotten) omdat er dan ook meer inzicht nodig is in de vraag naar huisartsen(zorg).

Bovenstaande beeld wordt goeddeels bevestigd in data van het Nivel over de ontwikkeling van de dichtheid van zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA/vaste waarnemers tussen 2020 en 2025: zie Figuur 14. In deze data ontbreekt wel de groep wisselende waarnemers, deze wordt niet door het Nivel uitgevraagd, waardoor er geen volledige vergelijking mogelijk is. Ook is Figuur 14 gebaseerd op praktijkadressen en niet op woonadressen.



Figuur 14: Dichtheid regulier zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA/vaste waarnemers per provincie per 100.000 inwoners.²¹

²¹ Nivel, *Cijfers beroepsgroep huisartsen* (2025), <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-beroepsgroep-huisartsen>: bewerking Capaciteitsorgaan (arbeidsmarktregio's zijn omgezet naar provincies).

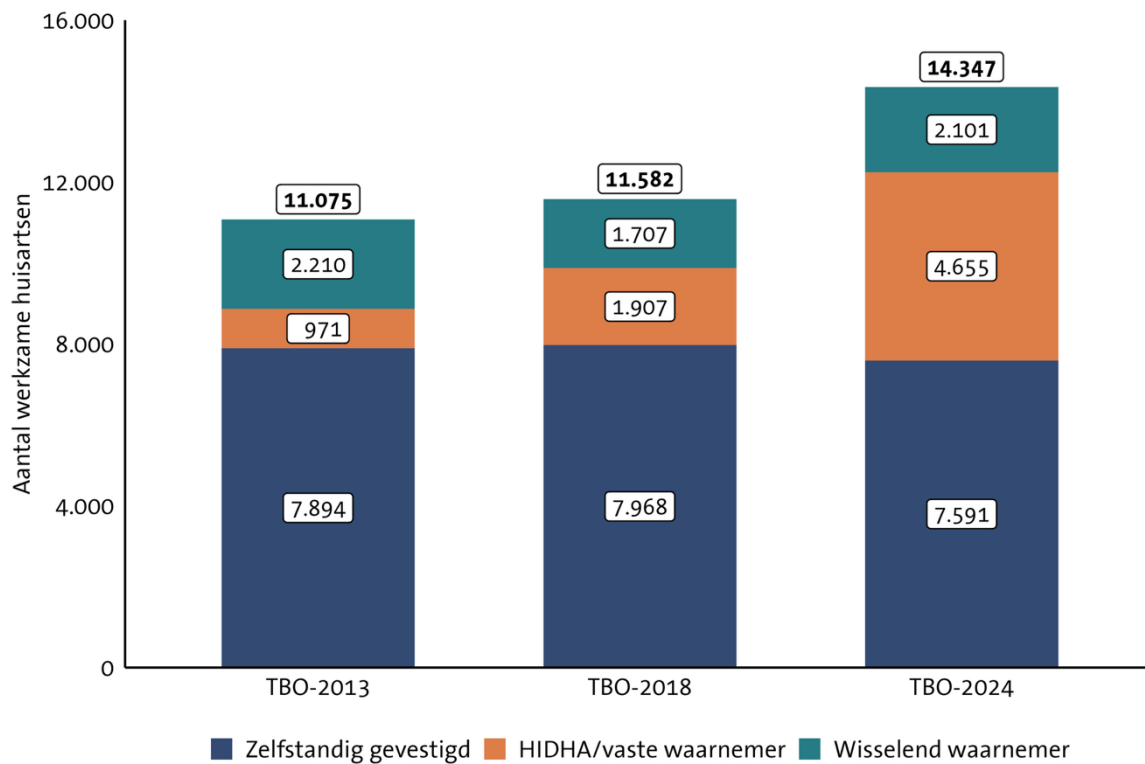
2.2.4 Tijdsbestedingsonderzoek 2024

In opdracht van het Capaciteitsorgaan heeft het Nivel eind 2024 voor de derde keer het tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd (TBO-2013, TBO-2018, TBO-2024).²² Naast het onderzoeken hoeveel uur per week een huisarts gemiddeld werkt en hoe deze tijd verdeeld is over de verschillende activiteiten is onder andere ook gekeken naar verschillen op basis van werkzame positie als praktijkhouder, HIDHA of waarnemer. Deze paragraaf geeft een korte weergave van de bevindingen uit het TBO-2024.

Het aantal huisartsen is duidelijk toegenomen maar de verhoudingen tussen de aantallen zelfstandig gevestigden en wisselende waarnemers en vooral huisartsen in loondienst is sinds 2013 veranderd: zie Figuur 15. Het aantal zelfstandigen is afgenomen terwijl de groep wisselende waarnemers is gegroeid. De grote groei van de categorie huisartsen in loondienst tussen 2018 en 2024 lijkt deels te worden veroorzaakt door de toepassing van de Wet-DBA om zogeheten schijnzelfstandigheid te bestrijden. Veel min of meer vaste waarnemers zijn daardoor in loondienst gegaan. Ook is het denkbaar dat een nieuwe generatie jongere huisartsen kiest voor een andere werk-privé-balans en daarom kiest voor loondienst al toont onderzoek ook aan dat ook een groot deel van deze generatie de wens heeft om binnen tien jaar na afstuderen zelfstandig praktijkhouder te zijn.²³ Het is waarschijnlijk dat de trend naar grotere gezondheidscentra en praktijken bijdraagt aan de daling van het aantal zelfstandigen en een groei van het aantal huisartsen in loondienst.

²² Nivel, *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen* (2014); Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*; Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: en een vergelijking met 2013* (2018).

²³ Lovah, *Lovah enquête 2022. Een enquête onder AIOS Huisartsgeneeskunde* (2023).

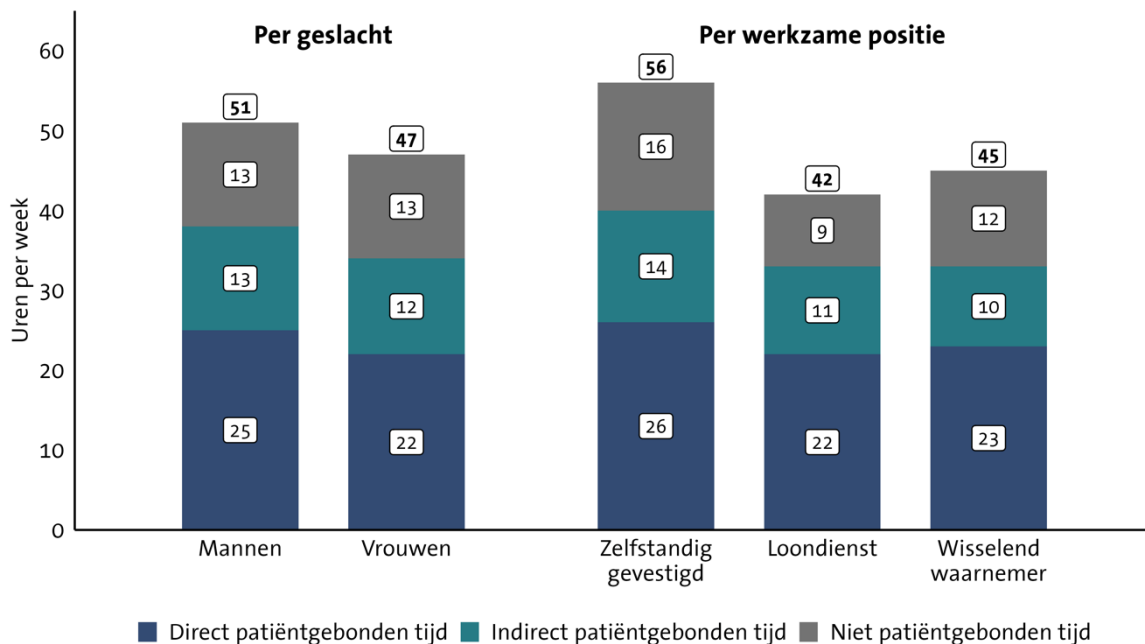


Figuur 15: Aantal werkzame huisartsen in 2013, 2018 en 2024 naar werkzame positie²⁴

De groei tussen 2013 en 2018 en tussen 2018 en 2024 verschilt van elkaar. Dat komt doordat de periode tussen TBO-2018 en TBO-2024 één jaar langer is. Ook weerspiegelt de kleinere groei tussen 2013-2018 de lagere opleidingsinstroom van 2005-2012 (500-600/jaar) terwijl de grotere groei tussen 2018-2024 juist de verhoogde instroom vanaf 2012-2021 (720-750/jaar) weerspiegelt.

In Figuur 16 is te zien dat mannelijke huisartsen gemiddeld 51 uur per week werken en vrouwelijke huisartsen gemiddeld 47 uur. Gemiddeld werken huisartsen 48 uur per week. De verhoudingen tussen de tijdsbesteding aan hoofdtaken voor mannen en vrouwen verschillen niet veel.

²⁴ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*: figuur 24, bewerking Capaciteitsorgaan.

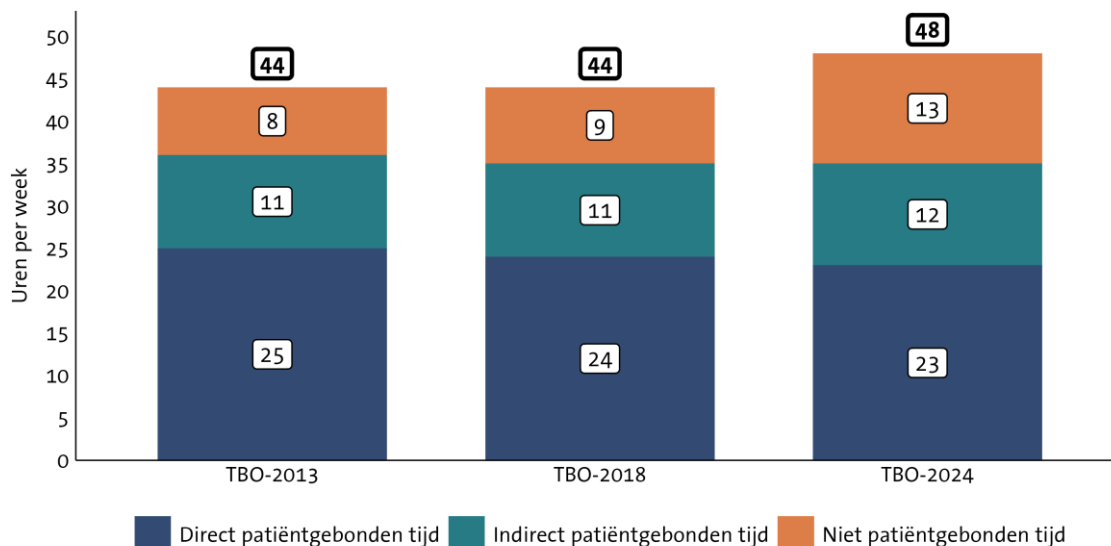


Figuur 16: Uren per week voor de drie hoofdtaken, per geslacht en per werkzame positie²⁵

Dit wordt anders als naar de verschillen per werkzame positie gekeken wordt. Loondienst en wisselend waarnemers besteden proportioneel meer tijd aan directe patiëntenzorg (51-52%) dan zelfstandig gevestigden (46%), ondanks dat zelfstandigen absoluut het meeste direct patiëntencontact hebben (26 uur). Wisselend waarnemers besteden het minste tijd aan indirect patiëntgebonden werk (10 uur), wat logisch is gezien hun rol (geen eigen praktijk, minder dossiervoering/coördinatie). Zelfstandig gevestigden besteden 7 uur meer per week aan niet-patiëntgebonden taken dan loondienst (16 vs. 9 uur). Loondienst huisartsen werken minste uren (42/week) maar besteden hoogste percentage aan directe patiëntenzorg (52%).

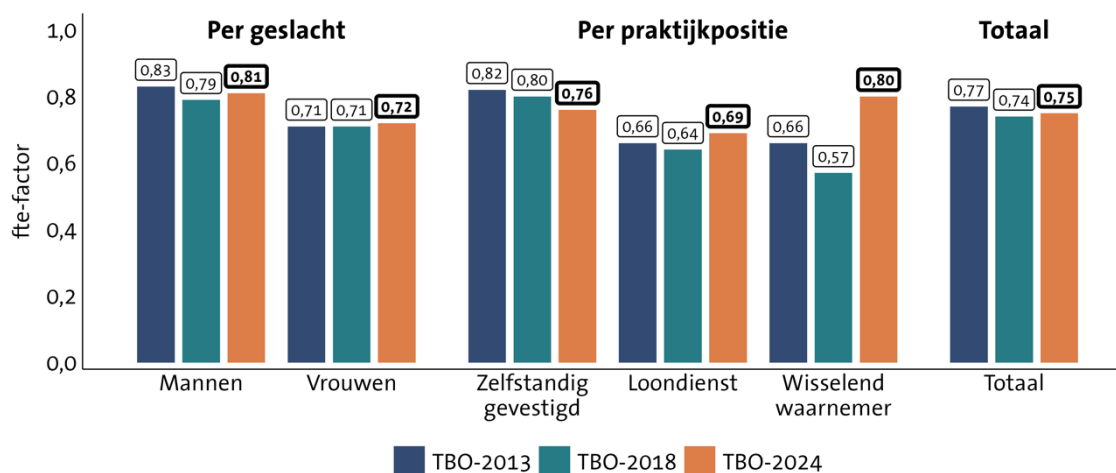
Sinds TBO-2013 en TBO-2018 is het totaal aantal werkzame uren en ook de verhoudingen tussen de drie hoofdtaken veranderd: zie Figuur 17. De totale werkweek is gegroeid van 44 naar 48 uur (+9,1%) sinds 2013. Direct patiëntcontact is in absolute zin met 2 uur gedaald, de relatieve daling is 8,9 procentpunt.

²⁵ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*: samenvoeging figuur 14 en 18, bewerking Capaciteitsorgaan.



Figuur 17: Verhouding in tijd tussen de drie hoofdtaken voor alle huisartsen 2013, 2018 en 2024²⁶

De toename van het aantal uren niet patiëntgebonden is het meest opmerkelijk. Dat relatief aandeel is namelijk gegroeid van 18% naar 30%. Verdere uitsplitsing laat zien dat de zelfstandig gevestigde huisartsen een groot deel van de extra uren die ze aan niet patiëntgebonden taken besteden, besteden aan de taken die zij hebben als ondernemer. De toename van het aantal werkzame uren naar 48 uur per week wordt grotendeels besteed aan niet patiëntgebonden taken.



Figuur 18: Fte-factor per huisarts in 2013, 2018 en 2024 naar werkzame positie en geslacht²⁷

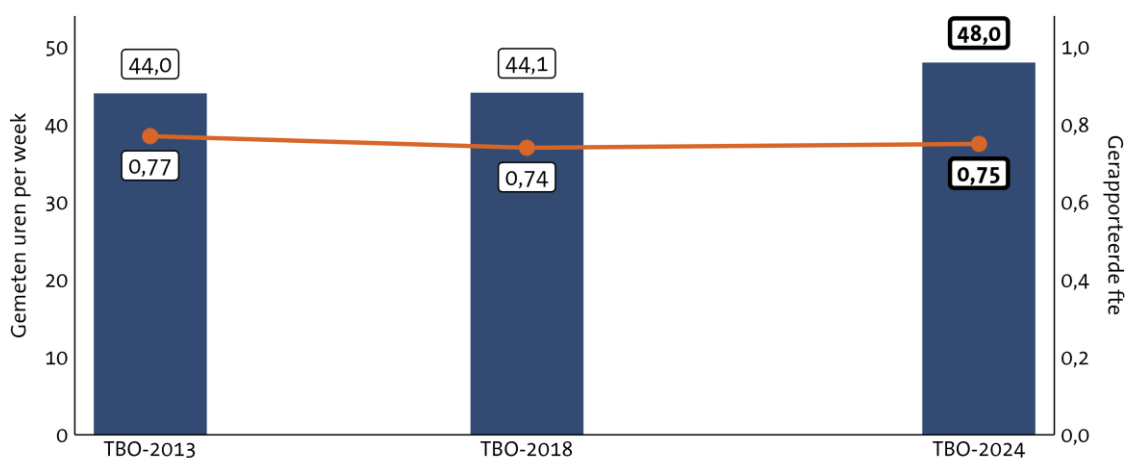
²⁶ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*: figuur 27, bewerking Capaciteitsorgaan.

²⁷ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*: figuur 28, bewerking Capaciteitsorgaan.

Het aantal fte dat zelfstandig gevestigden huisartsen zelf rapporteren is sinds 2018 afgenomen naar 0,76 fte. De gemiddelde fte-factor voor huisartsen in loondienst en de wisselend waarnemers is sinds 2018 toegenomen naar respectievelijk 0,69 en 0,80. Voor de totale groep (meest rechts) is de fte-factor van 0,75 fte uit TBO-2024 vergelijkbaar met de 0,74 fte uit TBO-2018.

Fte-factor: discussie en aanbeveling

Een van de parameterwaarden waarvoor input uit de Tijdsbestedingsonderzoeken is gebruikt, is de fte-factor. In Figuur 19 staat de ontwikkeling van de fte-factor sinds TBO-2013.



Figuur 19: Trend in fte en uren in de drie Tijdsbestedingsonderzoeken van 2013, 2018 en 2024²⁸

Wat opvalt is dat het aantal werkzame uren sterker stijgt, maar dat de gerapporteerde fte heel licht stijgt ten opzichte van 2018 en zelfs daalt vergeleken met 2013. Tabel 1 illustreert dat nog scherper aan de hand van een vergelijking tussen TBO-2018 en TBO-2024 wat betreft het aantal werkzame uren en de fte-factor.

Tabel 1: vergelijking van aantal werkzame uren en gerapporteerde fte tussen TBO-2018 en TBO-2024.²⁹

	TBO-2018	TBO-2024	verschil
Gemiddelde aantal werkzame uren	44	48	9,1%
Door huisartsen gerapporteerde fte	0,74	0,75	1,4%

Het aantal werkzame uren neemt met 9,1% toe, terwijl de door huisartsen gerapporteerde fte-factor met maar 1,4% toeneemt. In principe zouden beide percentages echter grofweg gelijk moeten zijn. Dat dit niet zo is, komt door de gebruikte meetmethode. In alle drie de Tijdsbestedingsonderzoeken is de fte-factor namelijk gebaseerd op het door de huisartsen zelf gerapporteerde aantal fte dat ze werken naar aanleiding van de vraag: “hoeveel fte werkt u per week als huisarts? (Onder fte verstaan we uw ‘deeltijdfactor’, bijvoorbeeld: als u vier dagen per week werkt betekent dit dat u 0,8

²⁸ Nivel, De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013: figuur 29, bewerking Capaciteitsorgaan.

²⁹ Nivel, De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013; Nivel, De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018.

fte werkt)”. Deze vraagstelling heeft als nadeel dat vaststelling van de fte over de tijd heen minder objectief is en niet gekoppeld is bijvoorbeeld aan een standaard aantal referentie-uren. Naar aanleiding daarvan is de vraag gerezen of deze methode voor deze raming gebruikt moet worden om de fte-factor vast te stellen. Besloten is om voor deze raming, ook bij gebrek aan andere data, deze methode te handhaven. Dat vergroot de consistentie met de vorige raming.

Duidelijk is evenwel dat de gebruikte vraagstelling voor de fte-factor niet meer de meest adequate is voor het vaststellen van een meer objectieve fte-factor. Bij een volgend TBO zal dit dus aangepast gaan worden. Benadrukt moet worden dat het voor de raming, en de hoogte van het instroomadvies, niet uitmaakt zolang maar consequent met dezelfde fte-factor wordt gerekend. Ook doet deze meer subjectieve bepaling van de fte-factor niets af aan het wel objectief uitgevraagde aantal werkzame uren en de ontwikkelingen daarin.

2.3 Onvervulde vraag

2.3.1 Inleiding

De parameter onvervulde vraag (OVV) geeft aan of er op 1 januari 2025 te weinig of juist te veel huisartsen zijn. Dit wordt uitgedrukt in een vacaturegraad. Dit percentage geeft aan hoeveel fte vacatures er op 1-1-2025 moment langdurig openstaan. Daarbij dient opgemerkt te worden dat er een landelijke waarde wordt vastgesteld. Data per regio zijn te kleinschalig om betrouwbare regionale waarden voor de OVV vast te stellen. De OVV kan dus per regio variëren.

Voor het inschatten van de OVV wordt de Praktijkenquête van het Nivel als primaire bron gebruikt.³⁰ De Praktijkenquête is een langlopende en betrouwbare uitvraag al loopt de respons van de Praktijkenquête de laatste jaren wat terug. De lagere respons wordt ondervangen door het gemiddelde aantal vacatures afkomstig van de praktijken die hebben deelgenomen aan de Praktijkenquête, toe te passen op alle huisartspraktijken. Verder is het waarschijnlijk dat juist de praktijken met een tekort minder goed reageren. Dit corrigeren we door te kijken naar andere aanvullende bronnen zoals diverse onderzoeken van Nivel en het Vacaturedashboard Capaciteitsorgaan.

2.3.1.1 Praktijkenquête Nivel

De primaire data voor vaststelling van de onvervulde vraag komt uit de meest recente Praktijkenquête van het Nivel (uitgevoerd in november 2024). Daaruit blijkt dat de deelnemende huisartspraktijken gemiddeld 4,6 uur open hebben staan aan langdurig openstaande vacatures voor huisartsen. Verder zijn er begin 2025 4.801 huisartspraktijken in Nederland.³¹ Dit maakt dat er in totaal 22.085 uren aan vacatures openstaan. Om van dit aantal uren tot een vacaturegraad te komen wordt het aantal fte vacatures gedeeld door het aantal fte werkzame huisartsen: zie Tabel 2.

³⁰ Nivel, *Praktijkenquête Huisartsenzorg 2024* (2025).

³¹ “De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2024. Toelichting en samenvatting van het onderzoek onder huisartspraktijken in 2024, met landelijke uitkomsten, trends en regionale factsheets”, Nivel (2025).

Tabel 2: Onvervulde vraag op basis van data uit Praktijkenquête Nivel³²

Aantal werkzame huisartsen	Fte-factor	Aantal uren 1 fte	Aantal fte werkzaam 2025	Aantal fte moeilijk te vervullen vacatures (totaal aantal open uren / aantal uren 1 fte)	Vacaturegraad (aantal fte vacatures / aantal fte werkzamen)
14.347	0,75	64 ³³	10.769	359,1	3,2%
<i>praktijken hebben 4,6 uur openstaan aan moeilijk te vervullen vacatures</i>					4,6
<i>aantal praktijken</i>					4.801
<i>totaal aantal openstaande uren</i>					22.085

Op basis van data afkomstig uit de Praktijkenquête bedraagt de vacaturegraad 3,2% bij een fte-factor van 0,75. Zoals aangegeven onderschat de Praktijkenquête de werkelijke vacaturegraad omdat juist praktijken die te maken hebben met een hoge vacaturegraad niet of minder zullen deelnemen aan de praktijkenquête. Daarom betrekken we naast de Praktijkenquête ook het Vacaturedashboard Capaciteitsorgaan.

2.3.1.2 Vacaturedashboard Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan houdt een vacaturedashboard bij van online en gepubliceerde vacatures van onder andere huisartsen³⁴. Dat zijn uiteraard niet alle vacatures omdat niet alle vacatures worden uitgezet en online geplaatst. Deze data wordt echter wel als betrouwbaar genoeg ingeschat om trends in aantallen vacatures vast te stellen. Startpunt voor de trend is de vacaturegraad voor de raming 2022: dit was een enkel datapunt en bedroeg toen 8%.³⁵ De keus voor een enkel datapunt hangt samen met de aanpak waarin de OVV wordt bepaald ten opzichte van het aantal huisartsen op datzelfde moment i.c. 1-1-2022 van raming 2022.

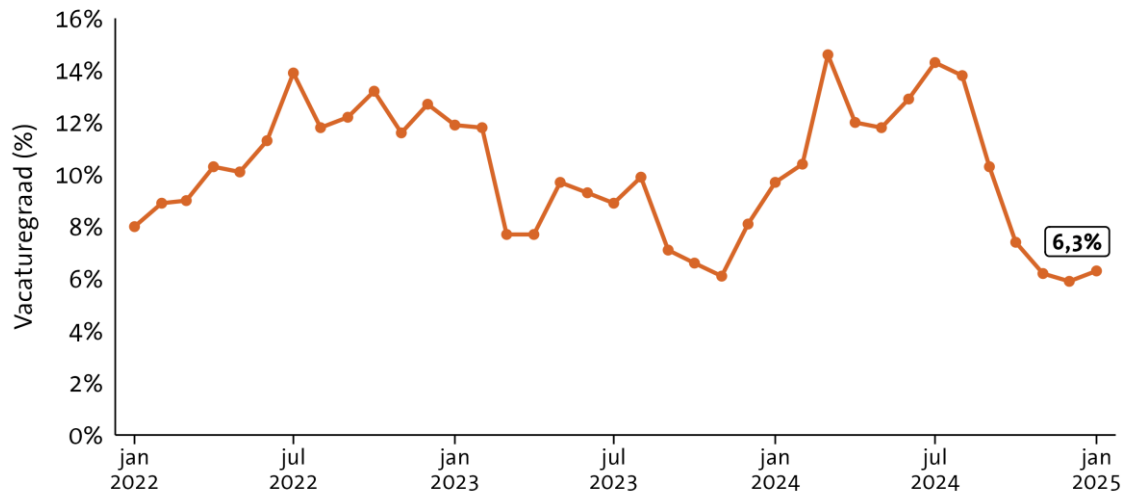
Op basis van de procentuele mutaties per maand in het aantal online vacatures in het vacaturedashboard sinds 1 januari 2022 en startend vanuit de vacaturegraad van 8%, is de vacaturegraad begin 2025 gedaald naar 6,3%. Figuur 20 geeft dat weer. De trendlijn geeft per maand weer wat de procentuele mutaties zijn ten opzichte van het aantal vacatures in de voorafgaande maand en geeft dus geen absolute aantallen vacatures weer.

³² Praktijkenquête Nivel, bewerking Capaciteitsorgaan

³³ Het gemiddelde aantal werkzame uren is 48 uur per week op basis van 0,75 fte. 1 fte komt daarmee uit $(1/0,75) \cdot 48 = 64$ uur.

³⁴ Capaciteitsorgaan, *Vacaturedashboard Capaciteitsorgaan*, 2025, <https://capaciteitsorgaan.nl/publicaties/vacaturedashboard-2019-2025/>.

³⁵ Capaciteitsorgaan, *Capaciteitsplan 2024-2027 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde* (2022).



Figuur 20: trendlijn vacaturegraad sinds 2022³⁶

Dit is ruim hoger dan de waarde van 3,2% volgens de Praktijkenquête wat in lijn is met de verwachting dat de Praktijkenquête een onderschatting is en daarmee een ondergrens aangeeft.

De vacaturegraad is dus gedaald sinds 2022 op basis van de Praktijkenquête Nivel en de ontwikkeling volgens het Vacaturedashboard. Tegelijkertijd is de vraag naar huisartsenzorg niet afgenomen en is deze nog steeds hoog is, zoals blijkt uit indicatoren als:

- Structureel hoge onvervulde vraag;³⁷
- Stijging van het aantal inwoners dat geen huisarts heeft;³⁸
- Een structureel hoog aantal praktijken met een patiëntenstop. Dit aantal is sinds 2022 stabiel hoog rond de 59%;³⁹
- Stijging van het aantal consulten: zie Figuur 12.
- Het aandeel praktijken waar huisartsen een hoge werkdruk ervoeren, schommelt de laatste jaren rond de 77-78%;⁴⁰
- Bij 60% van de praktijken was er door capaciteitsproblemen sprake van een patiëntenstop, een even hoog percentage als in 2023.⁴¹

³⁶ Capaciteitsorgaan, *Vacaturedashboard Capaciteitsorgaan*.

³⁷ HuisartsVandaag, *Wachlijsten in de huisartsenzorg verder toegenomen, ook andere zorgsectoren staan onder druk*, 25 maart 2024; Skipr, *NZA: toegang tot huisartsenzorg verder onder druk*, 21 maart 2024. NZa, *Stand van de zorg 2025* (2025). NZa, *Monitors toegankelijkheid van zorg* (2022).

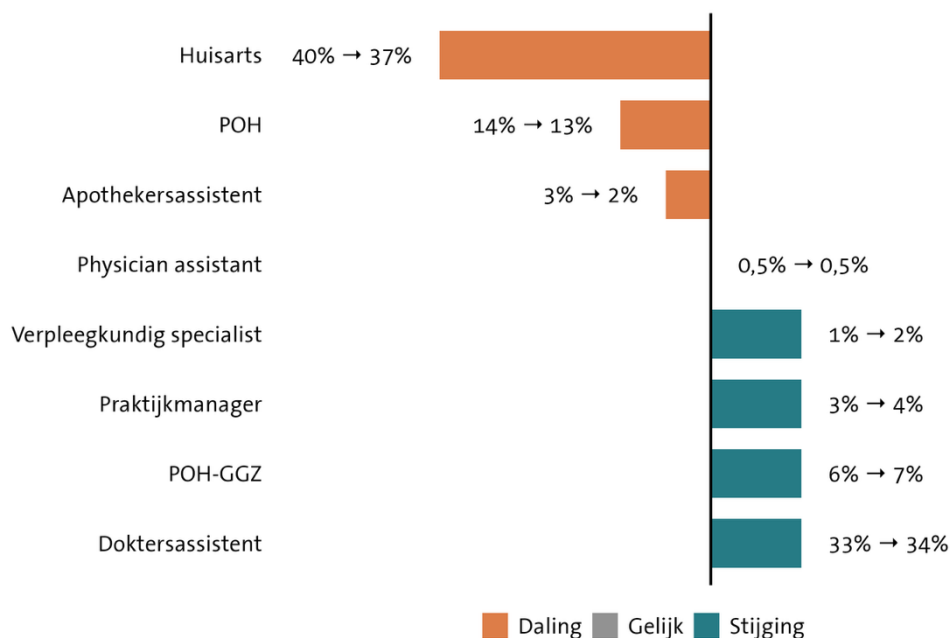
³⁸ Vektis, *Huisartsendashboard*.

³⁹ Vektis, *Huisartsendashboard*; Skipr, *Ruim helft huisartsenpraktijken had patiëntenstop eind 2024*, 3 april 2025.

⁴⁰ Nivel, *Nivel-cijfers huisartsen en huisartsenpraktijken: aantal, samenstelling, arbeidsmarkt en meer. Nivel Beroepenregistraties in de Zorg* (2025), <https://www.nivel.nl/nl/beroepenregistraties-de-gezondheidszorg/nieuw-nivel-cijfers-huisartsen-en-huisartsenpraktijken>.

⁴¹ NU.nl, *Voor een tandarts of huisarts in de buurt sta je steeds vaker voor dichte deur*, 16 november 2023; Tweede Kamer, *Antwoord Kuipers op vragen van het lid Dijk over bericht dat ruim twee op de drie huisartsen een patiëntenstop hebben*, 27 november 2023; Nivel, *Nivel-cijfers huisartsen en huisartsenpraktijken: aantal, samenstelling, arbeidsmarkt en meer. Nivel Beroepenregistraties in de Zorg*.

Deze indicatoren geven aan dat de vraag naar huisartsenzorg niet afneemt terwijl tegelijkertijd wel blijkt dat de vacaturegraad bij huisartsen is gedaald van 8% in 2022 naar 6,3% in 2025. Dit lijkt vooral te komen doordat meer taakverschuivingen naar andere zorgprofessionals plaatsvinden in de huisartsenzorg. Het aandeel van huisartsen in het aantal gewerkte uren in een gemiddelde praktijk is namelijk nauwelijks veranderd de laatste jaren: in 2019 was dit 40% en in 2023 was dit 37%.⁴² Ook de inzet van doktersassistenten is niet veel veranderd: 33% in 2019 en 34% in 2023. Het aandeel werk dat gedaan wordt door praktijkondersteuners huisarts (POH) is iets gedaald, terwijl het aandeel van de POH-GGZ juist is gestegen net als het aandeel van praktijkmanagers en physician assistants. Zie Figuur 21 voor het overzicht van verschuivingen van alle professionals in het aandeel in de gewerkte uren in de huisartsenpraktijk tussen 2021 en 2024.



Figuur 21: verschuivingen in de aandelen gewerkte uren in de huisartsenpraktijk tussen 2021 en 2024.⁴³

Hoewel de vacaturegraad sinds 2022 van 8,0% is gedaald naar 6,3% is de vraag naar huisartsenzorg sinds 2022 toegenomen. Deze daling kan grotendeels verklaard worden door meer inzet van andere professionals in de huisartsenzorg en wat ook terug te zien is in de parameterwaarde verticale substitutie, zie paragraaf 4.3.8.

2.3.2 Conclusie onvervulde vraag ten opzichte van vorige raming

Het aantal huisartsen is gegroeid, maar niet genoeg om te compenseren voor de toegenomen vraag naar huisartsenzorg. De arbeidsmarkt voor huisartsen(zorg) blijft daardoor onder druk staan. Dat er nog steeds sprake is van een tekort blijkt uit het aantal vacatures van begin 2025. Omdat de

⁴² Algemene Rekenkamer, *Focus op huisartsentekort* (2025); Nivel, *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022. Toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets* (2023).

⁴³ Voor 2021: Nivel, *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022. Toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets*. Voor 2024: Nivel, *Nivel-cijfers huisartsen en huisartsenpraktijken: aantal, samenstelling, arbeidsmarkt en meer. Nivel Beroepenregistraties in de Zorg*.

vacaturedata uit de Praktijkenquête een onderschatting is, en de vraag structureel hoog is gebleven, is de vacaturegraad als verhouding tussen het aantal vacatures en het aantal werkzame huisartsen ingeschat op **6,3%**. Dit betekent dat op 1-1-2025 verondersteld wordt dat er een tekort van 678 fte huisartsen (900 personen) is. De vacaturegraad bij de vorige raming van 2022 was 8,0%.

3 Verwacht aanbod van huisartsen

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de te verwachten veranderingen in het aanbod van huisartsen. Dit gaat over factoren als het aantal aios in opleiding, opleidingsduur en het interne rendement van de opleiding, het extern rendement van de groep die pas uit de opleiding komt en de uitstroom van werkzame artsen en de instroom vanuit het buitenland.

3.2 Opleiding tot huisarts

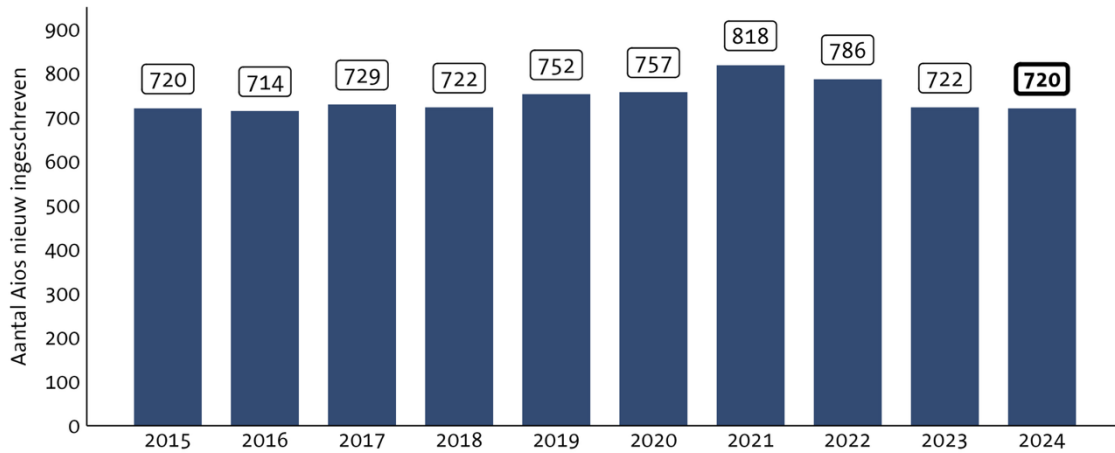
3.2.1 Aantal in opleiding

Bron voor de gegevens over het aantal basisartsen in opleiding is de registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Definitie aantal in opleiding op peildatum 1 januari 2025

Het totaal aantal personen in opleiding op peildatum 1 januari 2025 is berekend door te bepalen hoeveel personen voor 1 januari 2025 zijn gestart met de opleiding en nog niet de opleiding hebben afgerond of vroegtijdig zijn gestopt. Vervolgens is het totaal aan personen in opleiding per leerjaar op peildatum 1 januari 2025 bepaald door het totaal aantal in opleiding op 1 januari 2025 te delen door de gemiddelde opleidingsduur.

Uit de RGS-data is af te leiden dat er op 1 januari 2025 2339 aios huisartsgeneeskunde zijn. Het gemiddelde aantal nog in opleiding per leerjaar per 1-1-2025 (huidige aios) is het totaal aantal aios op de peildatum gedeeld door de feitelijke opleidingsduur: $2339/3,25 = 720$ (afgerond). De berekening van de opleidingsduur staat in paragraaf 3.2.2. Ook geeft de RGS-data inzicht in de geslachtsverdeling in opleiding per 1-1-2025. Op de peildatum 1-1-2025 is 74% van de aios vrouw, tegen 26% man.



Figuur 22: Instroom in de opleiding huisartsgeneeskunde per kalenderjaar.⁴⁴

Figuur 22 laat zien dat de instroom zich sinds 2023 rond de 720 bevindt. In 2021 en 2022 was er weliswaar een dubbele piek van respectievelijk 818 en 786 instromers maar dit is incidenteel en waarschijnlijk gerelateerd aan COVID-19: ook andere zorgopleidingen kennen een dergelijke piek. Gerekend over de afgelopen 3 jaren is de gemiddelde jaarlijkse instroom 743 aios. Het gemiddelde over de meest recente 5 jaar komt uit op 760 aios. De laatste twee jaar is een dalende lijn te zien in de instroomcijfers en de verwachting is dat de instroom de komende jaren niet significant zal stijgen. Daarom is gekozen voor een (realistisch) instroomaantal van 720 conform de instroom in 2024. Op basis van dezelfde afweging wordt ook de verwachte jaarlijkse instroom voor de komende jaren (verwachte instroom in de opleiding per jaar in 2025/2026 en de verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf 2027) ingeschat op 720 aios.

In de vorige raming is uitgegaan van een gemiddelde instroom van 798. Het gemiddelde voor deze raming is 78 personen per jaar lager oftewel bijna 10% minder dan bij de vorige raming. Initiatieven vanuit veldpartijen waaronder KNMG, Huisartsenopleiding Nederland (HON) en SBOH zijn gericht op verhoging van de instroom in de opleiding tot huisarts en andere extramurale medisch specialismen.⁴⁵ Vooralsnog hebben deze initiatieven nog niet geleid tot meer instroom in de opleiding.

3.2.2 Opleidingsduur

Definitie opleidingsduur

De opleidingsduur is de gemiddelde opleidingsduur van alle afgestudeerde personen gestart in de cohortjaren, waarvan inmiddels 90% is uitgekristalliseerd, dan wel door diplomering dan wel voor

⁴⁴ Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), *Registerdata*.

⁴⁵ Werkgroep 'Meer extramurale artsen', *Actieplannen Meer Extramurale Artsen 2024* (2024); SBOH, *Brief suggesties regeerakkoord vergroten instroom extramurale artsenberoepen*, 18 januari 2024; KNMG, *Gezamenlijke aanpak om tekorten extramurale artsen op te lossen*, 28 maart 2024; NFU, *Gezamenlijke aanpak om tekorten extramurale artsen op te lossen*, 28 maart 2024. Zie ook Ministerie van VWS, *Kamerbrief over toegankelijkheid van huisartsenzorg, met o.a. bijlage 'Rapport Selecteren voor de Toekomst - Iedereen een Huisarts'*, 5 november 2025.

uitval: zie de rijen “Aios afgerond” en “Aios beëindigd” in Tabel 3. Dat betekent dat maximaal 10% van de aios uit die cohorten nog bezig mag zijn: zie rij Aios nog in opleiding” in Tabel 3. Vervolgens wordt gekeken naar de opleidingsduur van minimaal 3 zo recent mogelijke jaarcohorten groter dan 100 die al vrijwel volledig zijn uitgekristalliseerd. Voor het totaal van de drie jaren wordt gekeken naar de gemiddelde feitelijke duur van de opleiding, van start- tot einddatum.

Het hanteren van de opleidingsduur in de raming is nodig om te bepalen hoe lang het duurt voordat aios als afgestudeerde huisarts op de arbeidsmarkt komen. Die duur is tenminste zo lang als de gemiddelde feitelijke duur van de opleiding, van start- tot einddatum. Dit is ongeacht of aios fulltime of parttime werken/studeren en zonder correcties voor opleidingsonderbrekingen.

Tabel 3: in- en uitstroom van aios huisartsgeneeskunde per kalenderjaar per cohort.⁴⁶

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aios nieuw ingeschreven	720	714	729	722	752	757	818	786	722	720
Aios afgerond	671	680	683	671	681	677	637	223	3	0
Aios beëindigd	49	34	43	47	58	49	53	50	29	11
Aios nog in opleiding	0	0	3	4	13	31	128	513	690	709

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 huisartsgeneeskunde is de berekening uitgevoerd voor de gediplomeerden uit de jaarcohorten vanaf 2015.

De gemiddelde opleidingsduur blijkt 3,25 jaar te zijn. In de vorige raming was dit 3,2 jaar. De opleidingsduur is dus heel licht gestegen gebleven.

3.3 Intern rendement opleiding

Het interne rendement geeft weer welk aandeel van de aios de opleiding gemiddeld jaarlijks succesvol afrondt. Hoe hoger het interne rendement, hoe meer huisartsen er op zeker moment nieuw op de arbeidsmarkt komen. Omdat de raming loopt tot het evenwichtsjaar van 2043 moet onderscheid gemaakt worden tussen het interne rendement voor twee groepen:

1. De groep aios die vanaf 2025 instromen;
2. De groep aios die tot en met 2024 zijn ingestroomd en bij het uitbrengen van deze raming dus nog met de opleiding bezig zijn (of zijn uitgevallen);

⁴⁶ Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), *Registerdata*: bewerking Capaciteitsorgaan.

3.3.1 Intern rendement voor aios die vanaf 2025 instromen

Het intern rendement vanaf nu tot het 1ste bijsturingsjaar (=2027) en daarna, wordt berekend over dezelfde cohortjaren als bij de opleidingsduur. Bij het bepalen van de uitval wordt de eerstejaarsuitval meegerekend. De uitstroom die plaatsvindt gedurende hetzelfde kalenderjaar als waarin is ingestroomd mag in theorie meteen vervangen worden. Dit gebeurt niet bij de huisartsenopleiding. Deze kent vaste instroommomenten (maart en september) en de begeleiding is sterk individueel en gekoppeld aan een specifieke praktijk en opleider. Dit maakt tussentijdse vervanging binnen hetzelfde opleidingsjaar feitelijk niet uitvoerbaar.

3.3.2 Intern rendement voor de huidige aios in opleiding

Het intern rendement van de huidige groep aios die tot en met 2024 zijn ingestroomd en bij het uitbrengen van deze raming nog met de opleiding bezig zijn, is een aparte parameter in het rekenmodel. Het intern rendement van de huidige groep in opleiding wordt bepaald als een gewogen gemiddelde van het 'conditioneel' intern rendement van personen die nog bezig zijn met de opleiding per nog incompleet jaar. Hiermee wordt rekening gehouden met de uitval die al heeft plaatsgevonden in deze recente incomplete jaren waarvan nog een groot deel bezig is met de opleiding. Waarbij we veronderstellen dat uiteindelijk ook voor die incomplete jaren, het intern rendement gelijk zijn zal zijn aan het intern rendement van de complete cohortjaren. Het intern rendement van de huidige groep in opleiding wordt vervolgens berekend als een gewogen gemiddelde van conditioneel intern rendement van personen die nog bezig zijn met de opleiding per (incompleet) jaar.

De uitkomsten voor de parameters intern rendement zijn:

- Intern rendement voor personen in opleiding vanaf 2025: 94%;
- Intern rendement voor huidige aios (instroom t/m 2024): 94%.

3.4 Extern rendement opleiding

Het extern rendement betreft het aandeel van de aios dat 1, 5, 10 of 15 jaar na afstuderen nog werkzaam zal zijn in het beroep van huisarts.

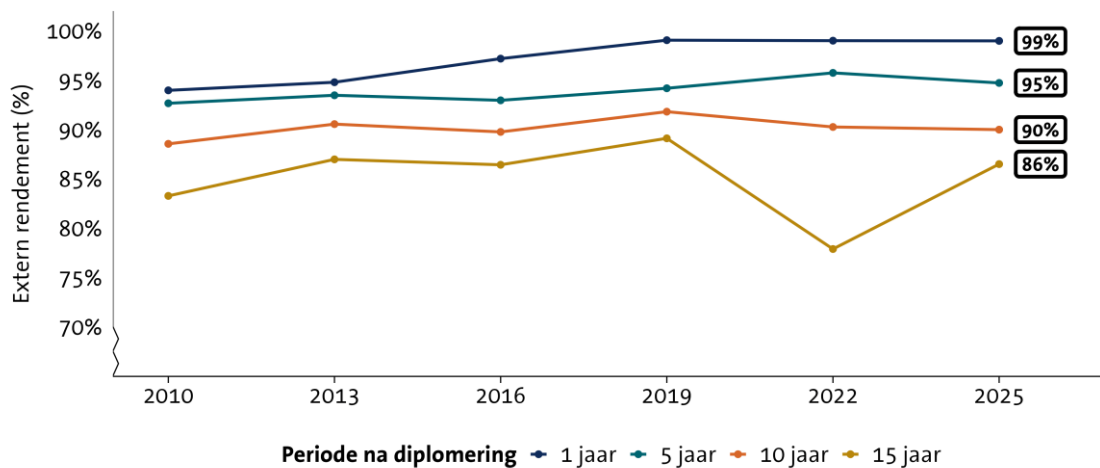
Voor het extern rendement is specifiek gekeken naar jonge werkhouders (t/m 39 jaar). Voor 5 en 10 jaar is het gemiddelde uitvalpercentage over meerdere startjaren gebruikt. De 15-jaars extern rendement is via interpolatie bepaald. Het 1-jaars extern rendement kon niet goed worden gemeten, maar is geschat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

Tabel 4: Extern rendement huisartsen.⁴⁷

Parameter	Capaciteitsplan 2019		Capaciteitsplan 2022		Raming 2025	
	M	V	M	V	M	V
Extern rendement na 1 jaar	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Extern rendement na 5 jaar	94%	94%	95%	96%	96%	94%
Extern rendement na 10 jaar	93%	91%	91%	90%	93%	89%
Extern rendement na 15 jaar	91%	89%	72%	80%	91%	85%

Leeswijzer: 85% van de vrouwen die nu in opleiding is, is over 15 jaar nog steeds werkzaam als huisarts.

Het extern rendement van mannen en vrouwen is in vergelijking met de vorige raming(en) redelijk stabiel: zie Tabel 4 voor de waarden voor mannen en vrouwen. Wat opvalt is het grote verschil tussen het extern rendement na 15 jaar voor mannen: in 2022 bedroeg dat 72%, nu is dat 91%. Hier is geen afdoende verklaring voor te geven en ook kan niet meer achterhaald worden waarom het percentage van 72% specifiek in 2022 afwijkt van eerdere ramingen en de huidige. Dit komt onder andere door de toegankelijkheid van CBS-data nadat analyse heeft plaatsgevonden. Omdat de waarde van 91% voor deze raming in lijn is met de waarde voor het 15-jaar extern rendement in de raming van 2019 van 91% (en de waarden in de jaren daarvoor) wordt vermoed dat de waarde van 72% (raming 2022) een menselijke fout betreft. Het netto-effect op de uitkomst van de raming van 2022 is overigens zeer beperkt met maximaal 1-2% effect op het instroomadvies.



Figuur 23: extern rendement totaal (gewogen gemiddelde mannen en vrouwen) over 1, 5, 10 en 15 jaar (2010-2025).⁴⁸

In Figuur 23 staan de totale externe rendementen die in vorige ramingen zijn gebruikt waarbij de afwijkende waarde voor het extern rendement in 2022 na 15 jaar opvalt.

⁴⁷ Resultaten 2025 gebaseerd op eigen berekeningen Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan in projectnummer 9071 op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025.

⁴⁸ Waarden voor externe rendementen van 2010, 2013, 2016, 2019 en 2022 zijn afkomstig uit Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde (2010); Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde (2013); Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2016 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde (2016); Capaciteitsorgaan,

3.5 Uitstroom van werkzame huisartsen

De verwachte uitstroom uit het beroep heeft betrekking op de huidige groep huisartsen. De uitstroom in de komende 20 jaar is een belangrijk gegeven omdat degenen die uitstromen, worden vervangen door nieuwe huisartsen mits de vraag naar huisartsen gelijk blijft of stijgt.

Voor het berekenen van de uitstroom is data beschikbaar van zowel de SPH als CBS. De data van de SPH alleen is voor het berekenen van de uitstroom onvoldoende omdat deze data logischerwijs alleen maar uitstroom door pensioen registreert terwijl er ook andere redenen voor uitstroom zijn zoals uitval, overlijden, overstap naar een ander vak en dergelijke. Voor de berekening van de uitstroom (en het extern rendement) is daarom gebruik gemaakt van cijfers van het CBS waarbij de data van SPH als check op de ondergrens fungeert.

De uitstroom is berekend door per leeftijd en geslacht te volgen wie na 5, 10, 15 of 20 jaar nog in hetzelfde beroep (met dezelfde BIG-registratie) werkt. Voor 10 jaar is bijvoorbeeld gekeken wie van de werkzame huisartsen in 2013 in 2023 nog werkzaam is. De 20-jaars uitstroom is afgeleid door twee opeenvolgende 10-jaarskansen te combineren, terwijl de 15-jaars uitstroom via interpolatie tussen de 10- en 20-jaarskansen is bepaald. Alle uitstroomcijfers zijn gewogen naar het aantal werkzamen in het meest recente jaar.

Tabel 5: Parameterwaarden uitstroom huisartsen.⁴⁹

Parameter	Capaciteitsplan 2019		Capaciteitsplan 2022		Raming 2025	
	M	V	M	V	M	V
Uitstroom in 5 jaar	19,4%	6,8%	17%	6%	22,6%	11,6%
Uitstroom in 10 jaar	38,8%	16,2%	36%	16%	37,3%	23,2%
Uitstroom in 15 jaar	52,8%	27,3%	53%	28%	50,2%	37,1%
Uitstroom in 20 jaar	65,8%	41,2%	65%	37%	63,2%	51,0%

Leeswijzer: 63,2% van de mannen die nu werkzaam zijn als huisarts, is naar verwachting over 20 jaar niet meer werkzaam als huisarts.

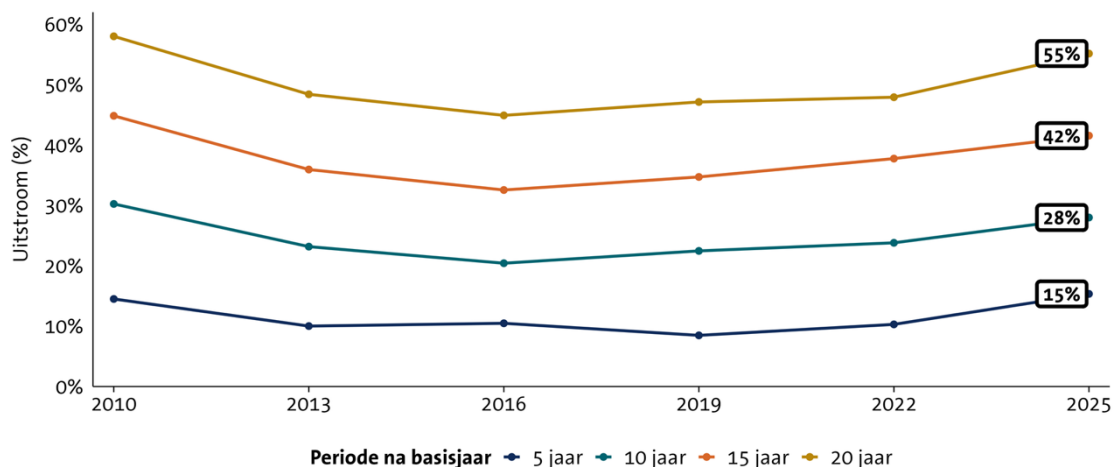
Uitstroom hangt sterk samen met de leeftijdsopbouw van een beroepsgroep wat de lagere uitstroom van de gemiddeld jongere vrouwelijke huisartsen vergeleken met de oudere mannelijke huisartsen verklaart. Die is bij vrouwen 51% en bij mannen 63%.

In vergelijking met de vorige raming is een sterke toename zichtbaar in uitstroom van vrouwen met name die over 5 jaar. De uitstroom van mannen is betrekkelijk stabiel, met uitzondering van de 5 jaar-uitstroom; daar is een opvallende stijging te zien. Deze verschillen worden mogelijk veroorzaakt door het gegeven dat vrouwen steeds meer lijken op mannen als het gaat om uitstroomgedrag. De cijfers van de afgelopen jaren wijken af van de eerdere, omdat vrouwen in het verleden veel minder vertegenwoordigd waren, vooral in de oudere leeftijdsgroepen (50+), waar de meeste uitstroom

Capaciteitsplan 2021-2024; Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde (2019); Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2024-2027 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde.

⁴⁹ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan in projectnummer 9071 op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH), Dataset pensioenbestand.

plaatsvond. In het verleden was de uitstroom voor vrouwen bij een 20-jaarsperspectief rond de 35%, omdat het merendeel van de 45-plussers toen met pensioen zou gaan. Dit betekende dat veel van de vrouwen onder de 45 jaar waren, wat zorgde voor een scheve verdeling van de leeftijdsopbouw. Door de toenemende feminisering in het beroep verschuift dit, waardoor er een meer evenwichtige leeftijdsopbouw ontstaat bij vrouwelijke huisartsen.



Figuur 24: uitstroom totaal (gewogen gemiddelde mannen en vrouwen) over 5, 10, 15 en 20 jaar (2010-2025).

Alle totale uitstroomwaarden nemen in vergelijking met de vorige ramingen toe. De gemiddelde uitstroom over twintig jaar is van 48% bij de vorige raming toegenomen naar 55%.

3.6 Buitenland

Bij de parameter “in buitenland opgeleid”, ook wel buitenlandse instroom genoemd, gaat het om het aantal huisartsen dat in het buitenland is opgeleid en de komende ramingsperiode in Nederland gaat werken als huisarts. Alle huisartsen die nu in Nederland werkzaam zijn, ook als ze in het buitenland zijn opgeleid, worden meegeteld in het aanbod van huisartsen.

De instroom uit het buitenland schommelt sinds 2019 tussen de 9 en 18 personen met een gemiddelde van 13,8 instroom per jaar.⁵⁰ Er is geen indicatie dat het aantal huisartsen dat is opgeleid in het buitenland en in Nederland gaat werken, toe gaat nemen. Daarom is de parameter buitenlandse instroom vastgesteld op **14** personen per jaar, waarbij dezelfde fte-factoren worden gehanteerd als bij de overige huisartsen.

⁵⁰ Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), *Registerdata*.

3.7 Overige ontwikkelingen aanbod van huisartsen

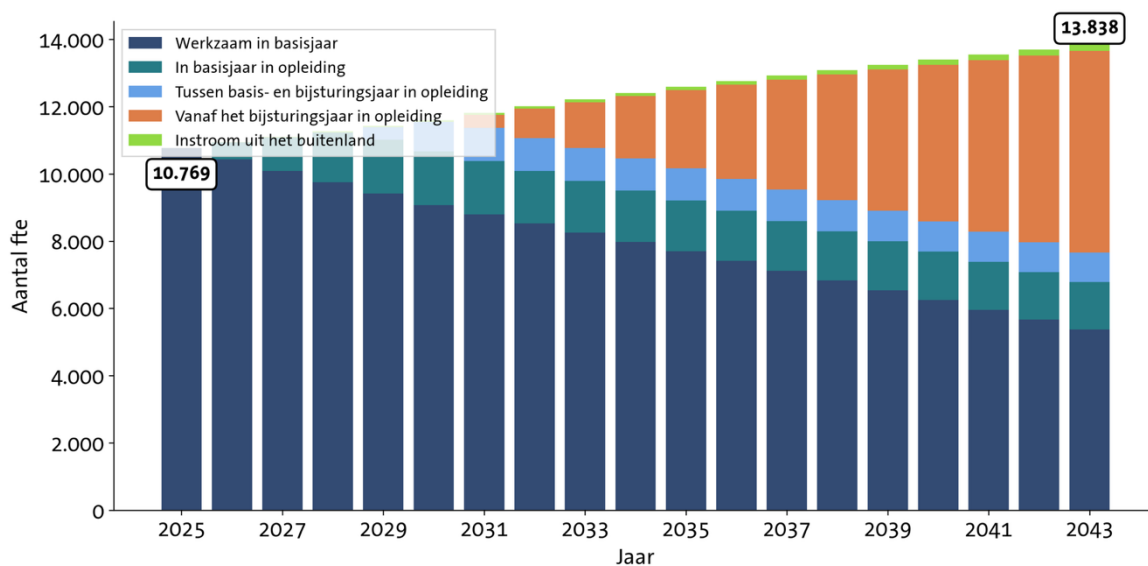
3.7.1 Toekomstige fte-factor

De fte-factor verandert in de loop van de jaren, zoals ook Figuur 18 illustreert. Het is mogelijk om verwachte veranderingen in de fte-factor te modelleren en door te rekenen. Daarvoor moeten dan wel concrete en geschikte indicaties en inschattingen voorhanden zijn.

Er zijn verschillende ontwikkelingen gaande of aanstaande waarvan het plausibel is dat dat deze op kortere of langere termijn tot mutaties in de fte-factor en het aantal werkzame uren per week voor huisartsen gaan leiden. Tegelijkertijd is het eveneens voorstelbaar dat de impact van dergelijke ontwikkelingen varieert gedurende de ramingsperiode en de impact zich daardoor “uitmiddelt”. Als voorbeeld: huisartsen werken op korte termijn rond de 48 uur per week gemiddeld, maar gaan later in de ramingsperiode op middellange termijn minder werken. Niet onbelangrijk bij het aanpassen van de toekomstige fte-factor is dat dat een grote impact heeft op het instroomadvies terwijl de toekomstige fte-factor tegelijkertijd moeilijk is in te schatten. Op grond van bovenstaande overwegingen is besloten dat het het meest ‘veilig’ en ook meest realistisch is om de toekomstige gemiddelde fte-factor van huisartsen in de komende ramingsperiode gelijk te stellen aan de factor van nu 0,75.

3.8 Conclusie verwachte verandering van het aanbod van huisartsen

Het aantal fte werkzame huisartsen in Nederland stijgt naar verwachting van 10.769 fte naar 13.838 fte in 2043: zie Figuur 34. Deze groei is gebaseerd op de huidige (lage) instroom van rond de 720 instromers per jaar wat onvoldoende is voor de groei van de vraag naar huisartsen (zie hoofdstuk hieronder).



Figuur 25: verwachte aanbod huisartsen in fte (2025 t/m 2043).

4 Verwachte vraag naar huisartsen

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de verwachte ontwikkeling van de vraag naar huisartsen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige vraag naar huisartsen vast op basis van het huidige aanbod van huisartsen, dat wil zeggen het aantal fte's aan werkzame huisartsen per peildatum 1 januari 2025. Dit wordt aangevuld met de onvervulde vraag, oftewel het tekort (of overschot) aan huisartsen, op het moment van de peildatum van 1 januari 2025 (zie paragraaf 2.3). De verwachte toekomstige vraag naar huisartsen wordt vervolgens bepaald door de huidige vraag naar huisartsen te corrigeren voor demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen op het gebied van horizontale en verticale substitutie en voorziene veranderingen in de arbeidstijd van de werkzamen.

De verwachte toekomstige vraag naar huisartsen wordt door allerlei ontwikkelingen beïnvloed. Naast toekomstige demografische ontwikkelingen (paragraaf 4.2) zullen zich epidemiologische ontwikkelingen (paragraaf 4.3.3) en zogenaamde niet-demografische ontwikkelingen (paragraaf 4.3) voordoen. Het laatste type ontwikkelingen spelen zich af op het niveau van de samenleving (bijvoorbeeld sociaal-culturele ontwikkelingen, en arbeidstijdsverandering zoals vastgelegd in Cao's) en ontwikkelingen die zich voordoen in het werkproces (bijvoorbeeld vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale en verticale substitutie). Deze ontwikkelingen kunnen een dempende of stuwende impact hebben op de vraag naar huisartsen. Voor elk cluster van ontwikkelingen wordt de concrete impact ingeschat. Dit gebeurt op basis van literatuuronderzoek, data van verschillende origine en input vanuit expertbijeenkomsten (zie Bijlage 4).

4.2 Demografische ontwikkelingen

4.2.1 Inleiding

Demografie gaat om de toekomstige omvang en samenstelling van de Nederlandse bevolking. Wanneer de bevolking groeit neemt, ceteris paribus, de zorgvraag, en dus de behoefte aan beroepsbeoefenaren toe. Ook de verdeling van leeftijdscategorieën en geslacht bepaalt de toekomstige behoefte aan zorg: een vergrijpsde bevolking vraagt om anders opgeleide beroepsbeoefenaren dan een jeugdige bevolking. Beroepsbeoefenaren bedienen dus elk een bepaalde patiëntenpopulatie qua leeftijd en geslacht.

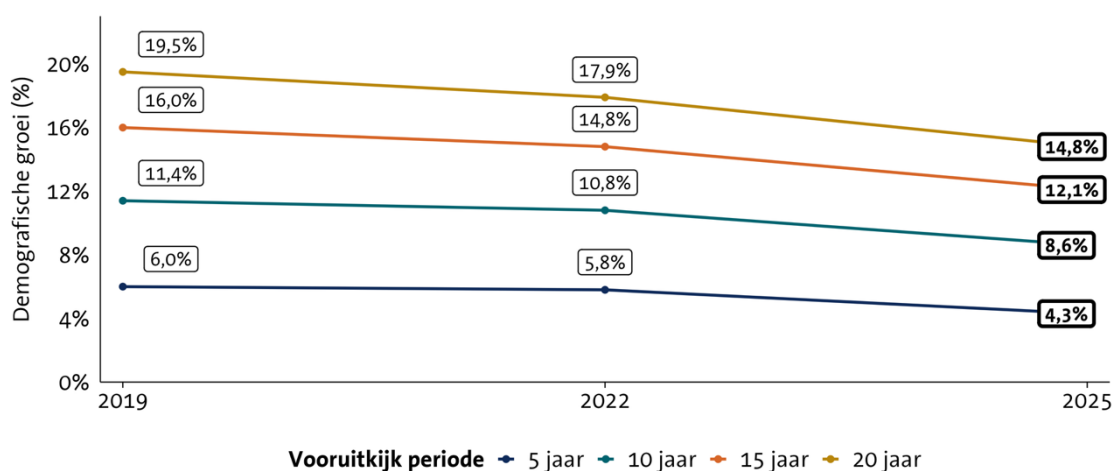
Uitgangspunt bij deze demografieberekeningen is dat de ontwikkeling van de bevolking naar leeftijd en geslacht geprojecteerd wordt op het huidige zorggebruik waarbij de huisarts betrokken is. Hierbij wordt aangenomen dat de leeftijd- en geslacht *specifieke* zorgconsumptie in de nabije toekomst (20 jaar) niet verandert. De *totale* zorgconsumptie kan wel veranderen door veranderingen in de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking.

4.2.2 Resultaten demografieberekening 2025

Concreet is voor de huidige raming de specifieke zorgconsumptie uit 2024 (Vektis prestatiecodes per leeftijd- en geslachtscategorie) en de meest recente bevolkingsprognoses van het CBS (december

2024) gebruikt.⁵¹ Voor de selectie van Vektis prestatiecodes is afgestemd met experts vanuit de beroepsgroep. Van de data van Vektis en CBS is eerst een weging gemaakt van de zorgconsumptie naar leeftijd en geslacht in het basisjaar 2025 en vervolgens is dit geprojecteerd en getotaliseerd in procentuele groei per 5, 10, 15 en 20 jaar. Op deze manier wordt de procentuele verandering in het zorggebruik - en daarmee in de behoefte aan capaciteit huisartsen - voor de komende 5 tot 20 jaar ten opzichte van het basisjaar 2025 berekend, wanneer alleen demografische veranderingen een rol spelen.

laat de vastgestelde parameterwaarden zien met daarbij ter vergelijking ook de groeipercentages uit de vorige twee ramingen (2022 en 2019).



Figuur 26: verwachte demografische ontwikkelingen voor huisartsen (2019-2022-2025).⁵²

De verwachte procentuele demografische groei valt lager uit dan de prognoses bij de vorige twee ramingen: zie

. De bevolkingsprognoses van het CBS voor deze raming vallen lager uit dan vorige prognoses. Dit komt door een combinatie van factoren: wat lagere geboortecijfers, stijgende sterftcijfers, tijdelijke relatief grote effecten van migratie en vergrijzing van de bevolking.⁵³

Voor de prognose bij raming-2022 is de prognose 2020-2070 gebruikt en voor de huidige raming wordt de prognose 2024-2070 gebruikt.⁵⁴ Hieronder staan twee figuren waarin beide prognoses worden vergeleken:

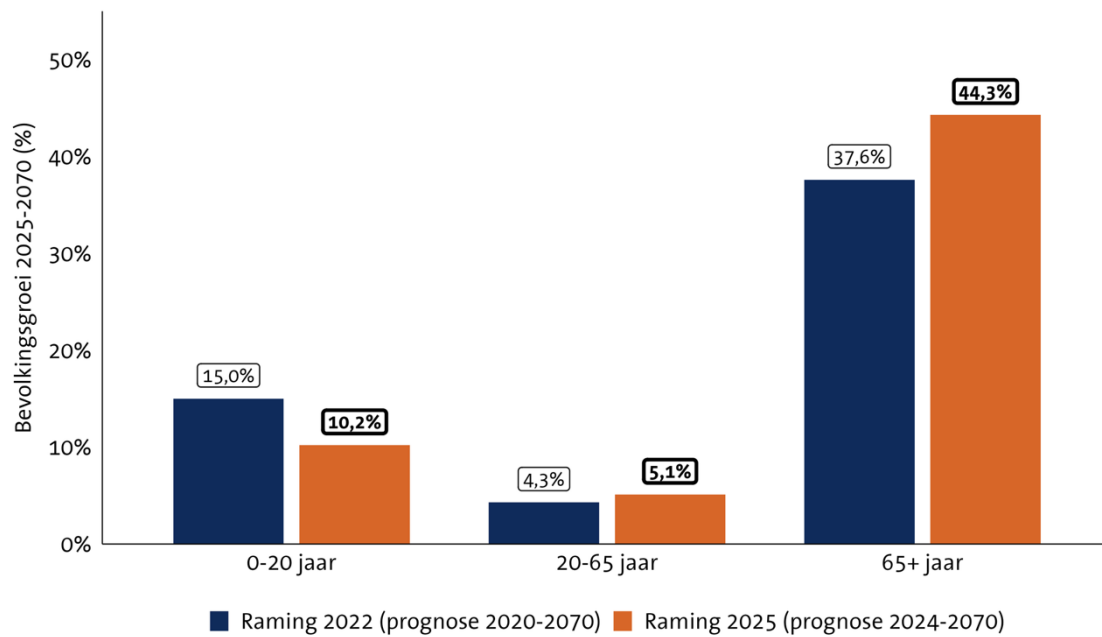
- Figuur 27: een vergelijking over drie leeftijdscohorten (0-20, 20-65, 65+);
- Figuur 28: een vergelijking van de ontwikkeling van de Nederlandse bevolkingsomvang.

⁵¹ CBS, CBS-Statline 86041NED; Vektis, Dataset zorggebruik (2025).

⁵² CBS, CBS-Statline 86041NED; Vektis, Dataset zorggebruik.

⁵³ CBS, Kernprognose 2024–2070: een miljoen inwoners erbij in 2037, 17 december 2024, <https://www.cbs.nl/nl-nl/long-read/statistische-trends/2024/kernprognose-2024-2070-een-miljoen-inwoners-erbij-in-2037>.

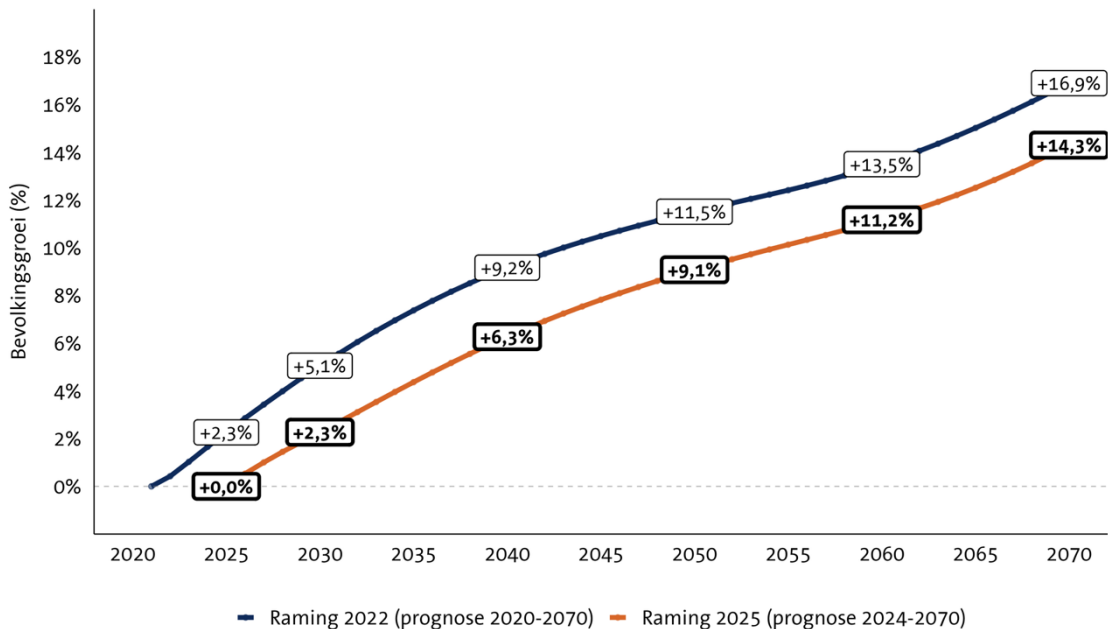
⁵⁴ CBS, Kernprognose 2022–2070: Door oorlog meer migranten naar Nederland, 16 december 2022, <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/kernprognose-2022-2070-door-oorlog-meer-migranten-naar-nederland>; CBS, Kernprognose 2024–2070: een miljoen inwoners erbij in 2037.



Figuur 27: Groei per leeftijdscohort - CBS Prognoses raming-2022 en raming-2025 vergeleken.⁵⁵

In Figuur 27 is te zien dat verwacht wordt dat het cohort 0-20 jaar daalt in vergelijking met vorige prognose en dat het cohort 65+jaar stijgt. Dit weerspiegelt de verwachtingen van een lager geboortecijfer en stijgende sterftcijfers.

⁵⁵ CBS, *Kernprognose 2024–2070: een miljoen inwoners erbij in 2037*; CBS, *Kernprognose 2022–2070: Door oorlog meer migranten naar Nederland*.



Figuur 28: Bevolkingsgroei CBS-prognoses raming-2022 en raming-2025 vergeleken.⁵⁶

In Figuur 28 staat de ontwikkeling van de Nederlandse bevolkingsomvang volgens de prognoses voor deze raming (2024-2027) vergeleken met de prognoses die bij de vorige raming gebruikt zijn (2020-2070). De prognose voor 2024-2070 verwacht een lagere demografische groei dan de prognose die voor de vorige raming van 2022 is gebruikt.

4.3 Niet-demografische ontwikkelingen

In vorige ramingen werden niet-demografische ontwikkelingen in afzonderlijke parameters vervat. 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 vervat onder één parameter "niet-demografische ontwikkelingen." Vanwege het belang van historische vergelijking worden de relevante ontwikkelingen hieronder nog wel onder de 'oude' kopjes vervat.

4.3.1 Selectie van niet-demografische ontwikkelingen

Om niet-demografische ontwikkelingen mee te kunnen nemen in de raming, 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. Verder hebben alle (veld)partijen in de zorg ideeën over ontwikkelingen die zij zeer wenselijk en/of nodig achten. Dergelijke 'wensgedachten' kunnen echter niet in een raming meegenomen worden als ze niet breed gedeeld

⁵⁶ Prognose 2020-2070: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84871NED/table?dl=47FAD>. Prognose 2025-2070: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86040NED/table?dl=B3FC7>

worden en/of te onzeker zijn. Het wel meenemen van dergelijke ongewisse zaken maakt de uitkomst van een raming te onbetrouwbaar. Er moet dus ook een zekere mate van consensus zijn bij veldpartijen over een bepaalde ontwikkeling en de impact daarvan. Verder worden ontwikkelingen meegenomen die een significante impact hebben voor de komende 10-12 jaar: ontwikkelingen waarvan ingeschat wordt dat deze een relatief kleine impact hebben worden dus niet meegenomen. Voor input in het rekenmodel komen dus ontwikkelingen in aanmerking waar de meerderheid van het veld het over eens is dat een relevante ontwikkeling is en die bovendien al enigszins zichtbaar, impactvol is én in te schatten is.

4.3.2 Bronnen en aanpak

Voor de beschrijving en een inschatting van de impact van de niet-demografische ontwikkelingen is gebruik gemaakt van triangulatie, wat betekent dat er waar mogelijk meerdere bronnen zijn gebruik zoals bijeenkomsten met experts, veldgesprekken, nieuwsberichten, grijze-, wetenschappelijke- en vakliteratuur, et cetera: zie ook Bijlagen 4 en 7.

Het kan voorkomen dat ontwikkelingen inhoudelijk bij meerdere parameters passen. Om dubbelstellingen te voorkomen worden ze onder één specifiek kopje gezet, terwijl ze inhoudelijk gezien ook onder andere kopjes kunnen vallen. Voor de uitkomst van het instroomadvies maakt het niet uit tot welke parameter een ontwikkeling wordt gerekend. Voor de volledigheid worden in paragraaf 4.3.10 ontwikkelingen genoemd waarvan de inschatting van de impact te onzeker wordt geacht. De impact wordt dan op nul gezet.

4.3.3 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: bij epidemiologie betreft het trends in ziekteprevalentie en -complexiteit die verder gaan dan wat enkel door de demografie en vraagontwikkelingen verklaard kunnen worden.

Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV-2024) van het RIVM vormt de verdere toename van chronische aandoeningen de belangrijkste epidemiologische ontwikkeling.⁵⁷ Het gaat dan met name om artrose (verwacht wordt een verdubbeling naar 3 miljoen in 2050), obesitas, dementie, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten.⁵⁸ Soms doen deze (en andere) aandoeningen zich tegelijkertijd voor en is er dus sprake van multimorbiditeit welke vaak gepaard gaat met polyfarmacie.⁵⁹ De VTV-2024 rapporteert dat momenteel 26% van de 65-plussers kampt met complexe aandoeningen die twee ziektedomeinen beslaan, en 11% zelfs drie of meer domeinen. Dit zal volgens het RIVM de komende decennia alleen maar toenemen. Bij patiënten met domein-overstijgende

⁵⁷ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024* (2024), <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl>.

⁵⁸ NZa, *Stepped care en regionale verschillen in artrosezorg, een analyse van de zorg voor knie- en heupartrose in de huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedie* (2025).

⁵⁹ Zorginstituut Nederland / GIP Databank, *GIP Databank Polyfarmacie*, 12 december 2025.

multimorbiditeit en/of polyfarmacie is vaak een centrale rol voor huisartsen weggelegd wat de behoefte aan huisartsen stuwt.

Hoewel de toenemende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg wordt meegewogen bij andere vraagontwikkelingen, zit er ook een epidemiologische kant aan. Dit is dat de VTV-2024 verwacht dat de mentale gezondheid van vooral jongere generaties de komende jaren impact zal hebben die (al dan niet via de POH-GGZ) voor een deel bij de huisarts terecht komt.

Gelet op bovenstaande is de parameterwaarde voor epidemiologie voor de huidige raming vastgesteld op 1,0%. Dat is 0,25 procentpunt hoger dan de vorige raming.

4.3.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

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 benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden.

Complexere zorgvraag

De gemiddelde zorgvraag per patiënt in de huisartsenzorg wordt complexer.⁶⁰ Deze toename in complexiteit is het gevolg van een samenloop van diverse maatschappelijke, beleids- en zorginhoudelijke factoren.⁶¹ Onder andere mensen met psychiatrische problematiek en mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben in toenemende mate beperkte toegang tot intramurale woonvoorzieningen.⁶² Patiënten in deze categorieën moeten langer zelfstandig wonen en doen daarmee vaker, gedeeltelijk of volledig, een beroep op huisartsenzorg. Een vergelijkbare ontwikkeling is zichtbaar bij oudere patiënten die in het verleden in aanmerking kwamen voor verpleeghuiszorg, maar hier nu geen toegang toe hebben of daar bewust niet voor kiezen. Mensen blijven tegenwoordig dus langer zelfstandig wonen, terwijl zij in het verleden eerder in een 24-uurs-zorgvoorziening werden opgenomen.⁶³ Tegelijkertijd leidt de stijgende levensverwachting ertoe dat patiënten vaker meerdere soorten medicatie gebruiken die op elkaar inwerken, wat de kans op complicaties vergroot. Ook neemt het aantal patiënten met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) nog steeds toe, met name onder ouderen.⁶⁴ Als gevolg hiervan neemt het aandeel patiënten met een complexe zorgvraag die een beroep doen op de huisarts, structureel toe.⁶⁵

⁶⁰ Het gaat in dit verband puur om de ontwikkelingen zoals ze hierboven staan: dit zijn feitelijk 'verzwarende' omstandigheden voor het feit dat Nederland aan het vergrijzen is en die niet in de demografische ontwikkelingen terugkomen. Vergrijzing op zichzelf is meegenomen in de demografische parameters.

⁶¹ Algemene Rekenkamer, *Focus op huisartsentekort*.

⁶² Katrien Pouls, *Primary mental healthcare for people with mild intellectual disabilities* (2024); Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement Zorg voor mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem* (2022).

⁶³ NZa, *Stand van de zorg 2025*; Ministerie van VWS, WOZO. *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen* (2022).

⁶⁴ NTVG, *Hoe houden we de huisartsenzorg toegankelijk?*, februari 2024.

⁶⁵ Illustratief hiervoor is dat huisartsenzorg aan verpleeghuisbewoners tegenwoordig meetelt voor herregistratie. Zie Medisch Contact, *Huisartsenzorg aan verpleeghuisbewoners telt nu mee voor herregistratie*, 5 maart 2024.

Meer hulpbehoevende patiënten door poliklinische behandeling en behandelcentra

De complexiteit van de gemiddelde huisartspatiënt wordt verder ook wat verhoogd, doordat patiënten tegenwoordig vaker poliklinisch worden behandeld in ziekenhuizen. Ook speelt mee dat meer patiënten worden behandeld in zelfstandige behandelcentra.⁶⁶ In beide gevallen kunnen patiënten hulpbehoevender thuiskomen, waar ze soms in een grijs gebied terechtkomen: ze komen niet in aanmerking voor zorg vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ), maar zijn te kwetsbaar om volledig zelfstandig te functioneren. Dit fenomeen op zich leidt tot meer vraag naar huisartsenzorg. Maar het zijn vooral de crisissituaties die hieruit voortvloeien en die in eerste instantie bij de huisarts terecht kunnen komen. Dit vergroot de behoefte aan huisartsen.

Meer zorg door verschuiving van de tweede- naar de eerstelijns

Er is meer zorg van andere sectoren naar de huisartszorg gegaan en het is de bedoeling dat deze trend de komende jaren doorzet.⁶⁷ Deels komt dat, zoals in de vorige alinea al is aangegeven doordat vaker poliklinisch in ziekenhuizen en in zelfstandige behandelcentra wordt behandeld. Daarnaast spelen de wachtlijsten in de GGZ een rol: patiënten kunnen niet instromen in de GGZ voor diagnose en/of behandeling en staan in de tussentijd onder verantwoordelijkheid van de huisarts en dan met name bij de POH-GGZ. Ook bestaat de indruk dat patiënten die behandeld zijn in de GGZ en stabiel worden bevonden, sneller worden ‘overgedragen’ aan de huisarts. Dit stuwt de behoefte aan huisartsenzorg.⁶⁸

Bij de verschuiving van zorg speelt ook de vraag of het wel of niet om passende huisartsenzorg gaat.⁶⁹ Daarin spelen verschillende initiatieven vanuit met name de beroepsgroep zelf een rol zoals goede toegankelijke en uniforme informatie over verwijfsafspraken maar ook het HuisartsenInter-ventieTeam(HIT). Deze ontwikkelingen zorgen voor een lichte afname van de vraag naar huisartsen.

Inzet mantelzorgers wordt op den duur minder

Mantelzorgers nemen een toenemend deel van de zorgvraag voor hun rekening.⁷⁰ De rek daarin is beperkt omdat de samenleving juist individualistischer is geworden. Mantelzorgers zijn niet altijd beschikbaar of bereid om deze zorg te leveren. Dit creëert een spanning tussen de toenemende zorgbehoefte welke door professionals wordt verzorgd en de beschikbare ondersteuning vanuit het sociale netwerk. Het aantal potentiële mantelzorgers (grotendeels 50-74-jarigen) zal tegen 2040 fors gaan afnemen door de ontgroening van Nederland (zie Figuur 27 voor de demografische

⁶⁶ Informatie over Ziekenhuiszorg | Gebruik van: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *Informatie over Volksgezondheid en Zorg* (2025), <https://www.vzinfo.nl>.

⁶⁷ ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, GGD GHOR Nederland, InEen, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Landelijke Huisartsen Vereniging, MIND, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuis.nl, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)*; Zorgvisie, LHV uit zorgen over *Visie eerstelijnszorg 2030*, 16 januari 2024; Skipr, *Langverwachte visie eerstelijnszorg gereed samenwerken en gelijkgericht inkopen*, 20 december 2023; Ministerie van VWS, *Visie eerstelijnszorg 2030* (2023).

⁶⁸ Tweede Kamer, *Antwoord Kuipers op vragen van het lid Dijk over bericht dat ruim twee op de drie huisartsen een patiëntenstop hebben*.

⁶⁹ Zorginstituut Nederland, *Notitie Wel of niet vergoeden digitale huisartsenzorg uit basispakket* (2023); Huisarts en Wetenschap, *Pleidooi voor programma Passende huisartsenzorg*, 19 mei 2025, <https://www.henw.org/artikelen/hogste-tijd-voor-een-programma-passende-huisartsenzorg>.

⁷⁰ CBS, *Vader en moeder op leeftijd* (2024).

ontwikkelingen). Kortom, het aandeel mantelzorg zal (soms noodgedwongen) nog wel iets door-
groeien maar tegen het einde van de ramingsperiode dalen. Tot die tijd kan mantelzorg een deel van
de ondersteunende en verzorgende taken (huishouden, Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen,
begeleiding) en niet medisch-diagnostische taken overnemen of vertragen, maar het verhoogt ook
het risico van verschraling van de kwaliteit van de zorg. Dit verhoogt weer het risico op crises en dan
is vaak alsnog inzet nodig van zorgprofessionals in de acute zorg of van de huisarts. Verwacht wordt
dat de verwachte ontwikkelingen rondom mantelzorg zorgen voor een lichte stijging van de be-
hoefte aan huisartsen(zorg).

Zelfzorg, leefstijl en preventie worden steeds belangrijker

Daarnaast worden zelfzorg, leefstijl en preventie steeds belangrijker: de verantwoordelijkheid en ei-
gen regie komt meer bij de patiënt zelf te liggen. Zelfzorg, mits de gevonden informatie betrouw-
baar is zoals bij [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl), draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Dat geldt in principe ook voor leef-
stijl en preventie welke ook al jaren als speerpunt worden genoemd. In de praktijk lijkt het effect
(nog) beperkt te zijn maar dat zal vanwege de ontgroening en vergrijzing (noodgedwongen) gaan
toenemen. Gelet op de relatief nieuwe kerntaak van de huisarts met betrekking tot preventieve zorg
en rondom leefstijlinterventies zal dit voorlopig leiden tot een wat hogere behoefte aan huisartsen
en over langere tijd leiden tot juist minder zorgvraag wat ook in lijn is met de ontwikkeling van pre-
ventie van individuele interventies naar collectieve en leefomgeving-gerichte aanpakken.⁷¹

Patiënten worden steeds mondiger en maakbaarheid

Patiënten worden mondiger en verwachten ze meer zo geven meerdere experts aan.⁷² Patiënten
hebben vaker hulpvragen waarbij niet altijd sprake is van medische noodzaak en die soms in het so-
ciaal domein horen. Op de achtergrond wordt dit versterkt door een niet altijd realistisch idee van
maakbaarheid ook vanuit de zorg. De omgang hiermee vereist een andere manier van werken van
huisartsen en zal leiden tot een licht hogere gemiddelde inzet per patiënt.

Per saldo resulteert deze combinatie van factoren in een toename van de benodigde capaciteit bin-
nen de huisartsgeneeskunde gedurende de ramingsperiode. In vorige ramingen werden boven-
staande ontwikkelingen grotendeels ook gesignaleerd en ze spelen nog steeds. Daarom is de para-
meterwaarde sociaal-cultureel vastgesteld op +1,90% per jaar (raming 2022: +1,20%).

4.3.5 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

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

⁷¹ NZa, *Stand van de zorg 2025*.

⁷² NTVG, *Hoe houden we de huisartsenzorg toegankelijk?*; De Groene Amsterdammer, *Wie wil er nou nog een eigen praktijk?*, 4 mei 2022.

Verschuiving naar regionale en geïntegreerde zorgcoördinatie

De organisatie van patiëntenzorg ontwikkelt zich in toenemende mate richting regionale en integrale samenwerking (medisch generalistische zorg).⁷³ Deze trend vertaalt zich in een duidelijke beweging naar zorgverlening in de wijk, waarbij huisartsen, wijkverpleegkundigen, sociaal werkers en andere eerstelijns- of maatschappelijke zorgverleners nauwer met elkaar moeten samenwerken al dan niet binnen een Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV). Zorg wordt daarmee steeds meer lokaal georganiseerd, met een geïntegreerde aanpak als uitgangspunt. Hoewel deze ontwikkeling bijdraagt aan zowel kwaliteitsverbetering als efficiëntere zorgverlening en minder regeldruk, neemt tegelijkertijd de complexiteit van zorgcoördinatie toe.⁷⁴ Er is meer afstemming nodig tussen verschillende betrokken partijen, wat naar verwachting leidt tot een toename in het aantal en de frequentie van multidisciplinaire overleggen (MDO's). Uitwisseling van patiëntgegevens tussen betrokken zorginstellingen blijkt regelmatig nog niet goed te gaan ondanks invoering van de Wegiz (Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg) in 2023.⁷⁵ Mede daardoor ontstaat in de praktijk vaak onduidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling binnen het zorgproces. In veel van dit soort gevallen komt de regierol bij de huisarts en/of het ondersteunend huisartsteam te liggen. Deze centrale positie in de zorgketen vraagt zeker op de korte termijn extra tijdsinvestering en coördinatiecapaciteit vanuit de huisartsenpraktijk.

Impact van zorg voor anderstalige patiënten

Een andere factor die de capaciteitsvraag binnen de huisartsenzorg beïnvloedt, is de toename van zorgvragen van anderstalige patiënten, waaronder arbeidsmigranten en overige migranten. Dit brengt specifieke uitdagingen met zich mee, zoals taalbarrières, de inzet van tolken, laaggeletterdheid, beperkte gezondheidsvaardigheden en knelpunten bij het inzetten van digitale zorgmiddelen. Het vraagt van huisartsen en hun team aanvullende competenties en een andere benadering in consultvoering en zorgverlening. Deze toenemende diversiteit binnen de populatie leidt naar verwachting tot extra werkdruk en resulteert in een stijgende behoefte aan huisartsen.⁷⁶

In de vorige raming is de toenemende coördinatie binnen de praktijken ook genoemd. Ook speelde COVID-19 destijds nog, en werd een grote toename van taken voor huisartsen op het gebied van infectieziekten (preventie) verwacht, maar daar wordt nu geen significante impact van verwacht. Vanuit betere coördinatie en (digitale) communicatie is de verwachting dat dit over de gehele ramingsperiode de behoefte aan huisartsen wat zal verminderen. Daarom is deze parameterwaarde vastgesteld op -0,30% (raming 2022: +0,80%).

⁷³ LHV en anderen, *Convenant Samenwerking MGZ Medisch-generalistische zorg voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg in de ouderen- en gehandicaptenzorg* (2024).

⁷⁴ ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialist, GGD GHOR Nederland, InEen, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Landelijke Huisartsen Vereniging, MIND, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuis.nl, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord* (AZWA).

⁷⁵ Skipr, *Ook Eerste Kamer stemt unaniem voor Wegiz*, 18 april 2023; NHG, *Naar Toekomstbestendige Organisatie Huisartsenzorg* (2024), <https://www.nhg.org/wp-content/uploads/2024/03/Rapport-Naar-Toekomstbestendige-Organisatie-Huisartsenzorg.pdf>.

⁷⁶ Ministerie van VWS, *GALA Gezond en Actief Leven Akkoord* (2023).

4.3.6 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 huisartsen beïnvloeden:

Digitalisering en Artificiële Intelligentie (AI)

De ontwikkeling van digitalisering en Artificiële Intelligentie (AI) binnen de huisartsenzorg is duidelijk zichtbaar. Deze technologieën hebben op dit moment (medio 2025) vooral invloed op administratieve processen zoals verslaglegging. AI-toepassingen ondersteunen nu al het invullen van het huisartsinformatiesysteem (HIS), wat leidt tot efficiënter gebruik van de consulttijd. Ook wordt AI al ingezet voor triageprocessen. Naar verwachting zullen deze digitale innovaties gedurende de komende ramingsperiode steeds vaker ingezet worden voor medische en inhoudelijke ondersteuning, bijvoorbeeld bij het interpreteren van beeldmateriaal, vroegtijdige signalering en prioritering van risicopatiënten en via zelfzorgapplicaties en andere taken.⁷⁷ Hoewel deze technologieën structureel bijdragen aan tijdwinst, vergen zij ook een initiële investering van zorgverleners in termen van scholing, aanleren van nieuwe werkwijzen en het verwerven van aanvullende competenties. De verwachte netto impact is een positieve bijdrage aan de efficiency van de huisartsenzorg, hetgeen leidt tot een afname van de benodigde formatie. Tegelijkertijd is het tempo van deze ontwikkeling onzeker, mede door juridische knelpunten zoals privacyregulering en beroepsaansprakelijkheid.⁷⁸ Ook is verdere afstemming en verbetering van ICT-systemen nodig. Over de gehele ramingsperiode wordt echter een daling van de benodigde huisartsencapaciteit verwacht door digitalisering en AI ook omdat zorggebruikers gemiddeld digitaal vaardiger gaan worden en meer digitale zorg lijken te willen.⁷⁹

Wijzigingen in patiëntgebonden activiteiten

Huisartsen maken strategische keuzes in de inrichting van hun patiëntenzorg. Zo is het aantal huisbezoeken, met name bij oudere patiënten, aanzienlijk gedaald.⁸⁰ Dit is een van de voorbeelden van een herinrichting van patiëntgebonden werkzaamheden, gericht op efficiëntere zorglevering. Dit draagt bij aan een verminderde vraag naar huisartsencapaciteit. Aan de andere kant is het gebruik van e-consulten toegenomen. Hoewel deze vorm van contact patiënten in staat stelt om gemakkelijker zorgvragen te stellen, ook in gevallen waarin zij voorheen geen contact zouden opnemen, voorkomt het in andere gevallen juist onnodige fysieke consulten. De netto impact van e-consulten op

⁷⁷ de Dokter, *AI in Huisartsenpraktijk* (2024). Zie bijvoorbeeld Susan Moschogianis e.a., 'Seven Opportunities for Artificial Intelligence in Primary Care Electronic Visits: Qualitative Study of Staff and Patient Views', *The Annals of Family Medicine* 23, nr. 3 (2025): 214-22, <https://doi.org/10.1370/afm.240292> en Gellert Katonai e.a., 'AI and Primary Care: Scoping Review', *Journal of Medical Internet Research* 27 (augustus 2025): e65950-e65950, <https://doi.org/10.2196/65950>.

⁷⁸ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, *IGJ roept zorgaanbieders op ga zorgvuldig om met invoering van generatieve AI-toepassingen*, 10 februari 2025. NRC Handelsblad, *De dokter zit straks gewoon in je achterzak - de digitalisering in de huisartsenzorg*, 13 juni 2023.

⁷⁹ Nivel, *Infographic. Zorggebruikers zouden meer huisartsenzorg en thuiszorg digitaal willen ontvangen. Nivel IZA-monitor: beweging naar een sterkere eerste lijn.*, 12 november 2025, <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/infographic-zorggebruikers-zouden-meer-huisartsenzorg-en-thuiszorg-digitaal-willen>.

⁸⁰ Nivel, *Daling van het aantal huisbezoeken aan ouderen door huisartsen* (2025).

de benodigde capaciteit wordt daarmee ingeschat als zijnde neutraal en niet meegewogen in de raming.

Schaalvergroting binnen huisartsenpraktijken

Er is een duidelijke trend zichtbaar richting grotere huisartsenpraktijken, af te lezen aan het groeiend aantal medewerkers per praktijk.⁸¹ Hierdoor hebben huisartsen steeds vaker te maken met management- en supervisietaken. Deze worden voor een deel afgevangen door een praktijkmanager die steeds vaker wordt ingezet (zie verder paragraaf 4.3.8). Schaalvergroting biedt kansen voor efficiëntere (en meer digitale) zorgverlening, maar resulteert ook in een toename van niet-patiëntgebonden werkzaamheden, wat bevestigd wordt door gegevens uit het Tijdsbestedingsonderzoek-2024.⁸² De netto uitkomst van deze ontwikkeling is een daling in de benodigde huisartsencapaciteit vanwege een efficiëntere inzet van personeel en middelen.

Toename in huisvestingsproblematiek

De knelpunten zoals ruimtegebrek, hoge huisvestingskosten of fysieke ongeschiktheid van locaties voor huisvesting nemen toe.⁸³ Deze problematiek doet zich niet alleen voor in landelijke gebieden, maar ook in steden met hoge vastgoedprijzen. De aanname is dat inadequate huisvesting naar verwachting een negatieve invloed heeft op de inzetbaarheid van huisartsen en hun teams. Suboptimale huisvesting beperkt de beschikbare capaciteit, wat de behoefte aan huisartsen juist kan verhogen. Verwacht wordt dat deze knelpunten de komende jaren de inzet van met name beroepen die taken van de huisarts kunnen overnemen, zal dempen.

Ten opzichte van de vorige ramingen zorgen vooral digitalisering en AI voor een daling van de behoefte aan huisartsen. Huisartsen richten het werk in de praktijk anders in wat de efficiency vergroot. Onvoldoende huisvesting belemmert juist een meer optimale inzet van huisartsen. De parameterwaarde voor efficiency is daarom vastgesteld op -0,5% per jaar (raming 2022: +0,3%).

4.3.7 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 huisarts en bijvoorbeeld medisch specialisten of de specialist ouderengeneeskunde zullen er meer of minder huisartsen nodig zijn. Hieronder worden de belangrijkste ontwikkelingen en trends genoemd op het gebied van horizontale substitutie die de benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden:

Taken zoals diabeteszorg verschuiven van specialisten naar huisartsen

Binnen de eerstelijnszorg vindt nog steeds horizontale substitutie plaats, waarbij taken worden overgedragen tussen professionals met een vergelijkbaar opleidingsniveau. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de voortgaande verschuiving van taken zoals diabeteszorg van medisch specialisten in het

⁸¹ “De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2024. Toelichting en samenvatting van het onderzoek onder huisartsenpraktijken in 2024, met landelijke uitkomsten, trends en regionale factsheets”, Nivel (2025).

⁸² Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*.

⁸³ Werkgroep Huisvesting, *Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra* (2023), <https://open.overheid.nl/documenten/074319dc-edac-4128-b9ae-a0e50d8a0ac2/file>.

ziekenhuis naar huisartsen. Deze ontwikkeling resulteert in een toenemende inzet van huisartsen op terreinen die voorheen buiten hun domein vielen. De mogelijkheid tot verdere taakuitbreiding van de huisarts is echter beperkt. Dit wordt mede ingegeven door de al hoge werkdruk die huisartsen momenteel ervaren. Hoewel de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde binnen de ouderenzorg steeds meer vorm krijgt in de medisch generalistische (eerstelijns)zorg, blijft de impact van deze samenwerking naar verwachting (nog) relatief beperkt door een structureel tekort aan beschikbare specialisten ouderengeneeskunde. Hierbij moet worden opgemerkt dat huisartsen in de praktijk vooral de ontvangende partij zijn binnen deze horizontale substitutieprocessen. Per saldo betekent dit dat de druk op de huisartsenpraktijk toeneemt, wat zich vertaalt in een groeiende behoefte aan extra huisartsencapaciteit.

Horizontale substitutie neemt nog toe, maar de toename is lager door meer inzet van specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijns. Daarom is de parameterwaarde voor horizontale substitutie vastgesteld op +1,60% (raming 2022: +1,2%).

4.3.8 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen van verschillende opleidingsniveaus dus van en naar huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners, physician assistants, verpleegkundig specialisten en ook praktijkmanagers. Hieronder worden de belangrijkste ontwikkelingen en trends genoemd op het gebied van verticale substitutie die de benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden.

Verdere taakverschuivingen binnen huisartsenpraktijken

Binnen huisartsenpraktijken is sprake van een ontwikkeling waarbij andere beroepen dan de huisarts een groter aandeel leveren in de huisartsenzorg. Zoals te zien in Figuur 21 op pagina 31 nemen huisartsen relatief gezien een kleiner aandeel van de huisartsenzorg voor hun rekening. Doktersassistenten, verpleegkundig specialisten en POH GGZ hebben relatief gezien een groter aandeel in het werk in de praktijk gekregen. Gelet op de toenemende vergrijzing zal de inzet van praktijkverpleegkundigen of praktijkondersteuners ouderenzorg naar verwachting in toenemende mate een coördinerende rol hebben in de zorg voor kwetsbare ouderen. De inzet van de POH-GGZ, die qua kosten van 2023 naar 2024 met bijna 30% is gestegen, zal naar verwachting blijven toenemen naar verwachting.⁸⁴ Sowieso wordt verwacht dat het huidige aantal van ongeveer 9.000 praktijkondersteuners zal blijven stijgen.⁸⁵

Inmiddels bedraagt het aantal physician assistants werkzaam in de huisartsenzorg 350 (een stijging van 67% sinds 2022) en het aantal verpleegkundig specialisten AGZ 510 (een stijging van 31% sinds 2022). Verwacht wordt dat de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten AGZ de komende jaren verder zal toenemen.⁸⁶ Daarmee neemt deze zorgprofessionals naar verwachting een

⁸⁴ NZa, *Stand van de zorg 2025*. Nivel, *Jaarcijfers huisartsenzorg 2024. Het aantal consulten bij de POH-GGZ blijft toenemen* (2025).

⁸⁵ *De praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (POH) in beeld: inzicht in de omvang en samenstelling van de POH-beroepsgroep in Nederland* (NIVEL, 2023).

⁸⁶ Capaciteitsorgaan, *Capaciteitsplan 2027-2030. Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg* (2025).

groter deel van de patiëntenzorg van de huisarts over. Dit draagt bij aan een lagere directe vraag naar huisartsen.

Uitbreiding management- en ondernemerstaken

Teamuitbreiding zoals hierboven besproken kan leiden tot een toename van management- en ondernemerstaken binnen de praktijk. Vooral voor zelfstandig gevestigde huisartsen (en in iets mindere mate voor hidsa's) betekent dit een grotere tijdsbesteding aan coördinatie en organisatie, zoals ook is gebleken uit de toename van het aantal uren voor niet-patiëntgebonden taken.⁸⁷ Dit zal naar verwachting voor een klein deel van de taken opgevangen worden door meer inzet van praktijkmanagers.

De exacte invulling van taakverschuivingen binnen de praktijk ligt niet vast zo lang ze maar past binnen de juridische kaders van kwaliteit van zorg en wordt mede bepaald door de lokale situatie. De verwachting is dat vanwege een stijgende zorgvraag en te lage instroom in de huisartsenopleiding de verticale substitutie van huisartsentaken naar andere zorgprofessionals in elk geval de komende jaren zal aanhouden. Verwacht wordt dat een klein deel van de groeiende zorgvraag wordt opgevangen door huisartsen doordat ze meer uren gaan werken. Al met al neemt de vraag naar huisartsen af door meer inzet van andere zorgverleners. Deze ontwikkeling zal op termijn echter stuiten op de grenzen van de beschikbaarheid en opleidingscapaciteit van andere beroepsgroepen, maar deze grens wordt naar verwachting nog niet bereikt binnen de ramingsperiode. Bij sommige beroepsgroepen spelen wel financiële en praktische belemmeringen. Zo is de financiële investering vooral voor kleinere huisartsenpraktijken naar verhouding groot, wat ervaren wordt als een belemmering om op te leiden. De inzet van een PA of VS-AGZ is niet altijd financieel dekkend te krijgen ook omdat er onzekerheid is over de toekomst van de aanvullende stimuleringsubsidie op opleiden. Verder is binnen praktijken niet altijd voldoende ruimte als beschikbaar voor een student en is in kleinere praktijken de begeleiding lastiger rond te krijgen.⁸⁸

Concluderend draagt verticale substitutie structureel bij aan een verminderde behoefte aan huisartsen. Daarom is de parameterwaarde vastgesteld op -1,10% (raming 2022: -0,6%).

4.3.9 Arbeidstijdverandering

De factor arbeidstijdverandering (ATV) in het ramingsmodel bestaat om cao-wijzigingen in de definitie van 1 fte te kunnen modelleren. Wanneer bijvoorbeeld volgens de cao het aantal uren per fte wijzigt van 40 naar 36 uur zal er minder inzet in uren zijn van werknemers waardoor de vraag toeneemt, wanneer je ervan uitgaat dat er nog steeds voor evenveel uren werk is. Bij werknemers die werken volgens een cao gaat het aantal uren per week dat gewerkt wordt in zo'n geval ook daadwerkelijk omlaag en neemt de vraag naar werknemers bij een gelijke werklast dus toe. Er is voor huisartsen in loondienst geen indicatie dat de cao-uren zullen wijzigen. De parameterwaarde voor deze factor is daarmee nul.

⁸⁷ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*.

⁸⁸ Zie bijvoorbeeld Capaciteitsorgaan, *Capaciteitsplan 2027-2030. Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg*.

In de vorige raming van 2022 is de parameter ATV gebruikt met een andere achtergrond namelijk om veranderingen in de fte-factor te modelleren. Concrete aanleiding was de wens dat huisartsen minder uren zouden hoeven werken. Omdat een raming gestoeld dient te zijn op plausibele verwachtingen én de parameter ATV formeel betrekking heeft op wijzigingen in de cao-uren is besloten om de parameter ATV voor deze raming op nul te zetten.

De parameterwaarde voor ATV is vastgesteld op 0%, omdat er geen wijzigingen in de Cao-uren worden verwacht. Een vergelijking met de vorige raming is niet van toepassing, door een andere werkwijze.

4.3.10 Onzekere ontwikkelingen

Hieronder staan ontwikkelingen die mogelijk impact gaan hebben, maar waarvan de inschatting nu te onzeker en moeilijk is. De impact wordt dan op nul gezet. Volledigheidshalve worden deze hier wel genoemd.

Ontwikkelingen rond commerciële ketens

Binnen de context van schaalvergroting is ook het zogeheten 'COMED-model' van commerciële huisartsenzorgketens onderwerp van discussie. Momenteel vindt er een heroriëntatie plaats op de wijze waarop huisartsenzorg binnen deze commerciële structuren georganiseerd wordt. De uitkomst van deze herbezinning is nog onzeker. Vanwege de onduidelijkheid over de toekomstige impact op de benodigde capaciteit wordt deze ontwikkeling buiten de huidige raming gehouden.

De Wet DBA (Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties)

De Wet DBA heeft als doel om schijnzelfstandigheid te bestrijden door duidelijkheid te scheppen over de arbeidsrelatie tussen zelfstandige zorgverleners (zoals zzp'ers in de huisartsenzorg) en de opdrachtgever (bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk). Een toegenomen controle op de naleving van de Wet DBA kan invloed hebben op de huisartsenzorg (zoals door beperkingen in het inhuurbeleid van zzp'ers, verhoging van de administratieve lasten). De invoering en handhaving zijn nog te onzeker om vast te stellen. Daarom is ons voorstel om deze waarde voor nu op nul te bepalen.

Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP)

Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP) is in het Integraal Zorgakkoord 2023-2026 als thema opgenomen. Kernpunten van MTVP zijn 1. Anders werken in de praktijk; 2. Samenwerken met het netwerk; 3. Uitbreiding van personele capaciteit; 4. Het voeren van het goede gesprek. Sinds het begin van 2024 werken bijna alle huisartsenpraktijken met MTVP en vanaf 1 januari 2025 wordt het structureel bekostigd. Doelstelling is onder meer dat met MTVP de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gegarandeerd blijft en daarmee ook de capaciteit van praktijken gehandhaafd. De interventies binnen bovenstaande kernelementen moeten dan vervolgens leiden tot een gemiddeld lager aantal consulten per verzekerde. Vooralsnog heeft MTVP niet het beoogde effect gehad: het gemiddeld aantal consulten in 2024 ten opzichte van voorgaande jaren is gestegen: zie Figuur 12.

Opkomst van Zorgcoördinatiecentra (ZCC)

In het kader van een toekomstbestendig zorglandschap moet de komende jaren in elke regio een Zorgcoördinatiecentrum (ZCC) worden ingericht. Deze centra vormen de spil in de afstemming tussen huisartsen(posten), ambulancezorg, VVT-aanbieders (waaronder ook eerstelijnsvoorzieningen), spoedeisende-hulpafdelingen (SEH's) en acute geestelijke gezondheidszorg. De precieze invulling en werkwijze van de ZCC's bevinden zich nog in de ontwikkelfase. Naar verwachting zal een deel van de acute zorg via deze centra worden opgevangen, wat tot gevolg heeft dat dergelijke zorgvragen niet meer in alle gevallen via de huisarts verlopen. Hoewel coördinatie via ZCC's meer tijd vraagt, kan het ook leiden tot het voorkomen van acute situaties. De invoering van ZCC's is inmiddels echter twijfelachtig en wordt daarom niet meegenomen in de berekeningen.⁸⁹

Verlagen eigen risico

Per 1 januari 2027 moet het eigen risico verlaagd worden. Bij het schrijven van deze tekst (najaar 2025) is het onzeker of de politieke steun daarvoor voldoende is en invoering plaatsvindt. Een lagere drempel voor zorggebruik zou kunnen leiden tot een toename van het aantal huisartsconsulten met als doel het verkrijgen van een verwijzing naar ziekenhuiszorg. Dit zou de werkdruk voor huisartsen kunnen verhogen. Omdat verlaging van het eigen risico onderdeel is van het AZWA, komt dit wel aan de orde bij het beleidsscenario voor het AZWA (zie paragraaf 5.5) maar is de eventuele impact niet in de berekening van het instroomadvies meegenomen.

Extra werkdruk door de Avond, Nacht en Weekenduren (ANW-uren) en Spoedzorg

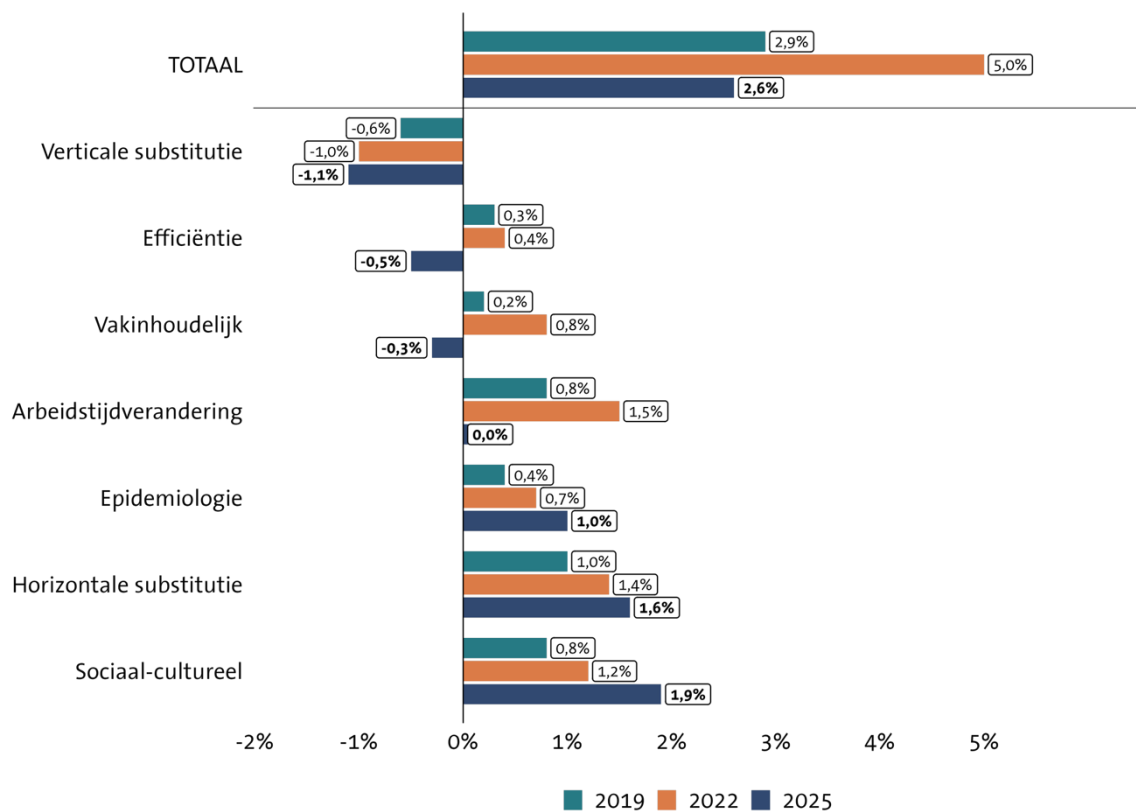
Huisartsen ervoeren de afgelopen jaren de Avond en Weekenddiensten (ANW) en Spoedzorg als steeds zwaarder. Ook waren er te weinig huisartsen die deze diensten wilden draaien en kwamen ANW-diensten boven op de reguliere dag praktijk. Dit was reden in 2020 voor de LHV, VPH, NHG en VPH om het 'Actieplan werkdruk in de ANW' op te stellen en uit te voeren. Inmiddels is de verantwoordelijkheid voor het invullen van diensten beter verdeeld over zowel praktijkhouders als niet-praktijkhouders.⁹⁰ De effecten van het plan lijken positief te zijn, maar daadwerkelijke positieve effecten op een verlaging van de uitstroom zijn logischerwijs nog niet uitgekristalliseerd. Daarom wordt deze ontwikkeling voor nu op waarde nul gezet oftewel geen effect.

4.4 Conclusie niet-demografische ontwikkelingen

In Figuur 29 staan de parameterwaarden voor niet-demografische ontwikkelingen samengevat inclusief een vergelijking met de vorige twee ramingen. De waarden voor de parameters epidemiologie, sociaal-cultureel en horizontale substitutie stijgen en de waarde voor verticale substitutie daalt: op basis hiervan wordt verwacht dat de vraag naar huisartsen toe zal gaan nemen. De daling van de parameterwaarden arbeidstijdverandering, vakinhoudelijk en efficiëntie geven juist aan dat verwacht wordt dat de vraag naar huisartsen zal gaan afnemen. In totaal wordt verwacht dat niet-demografische ontwikkelingen de vraag naar huisartsen de komende jaren met 2,6% zal doen stijgen.

⁸⁹ Skipr, *ROAZ-regio's zien zorgcoördinatieplan van oud-minister Kuipers niet zitten*, 28 augustus 2025, <https://www.skipr.nl/nieuws/roaz-regios-zien-zorgcoördinatieplan-van-oud-minister-kuipers-niet-zitten/>.

⁹⁰ Ministerie van VWS, *Kamerbrief Versterking Eerstelijnszorg*, 25 oktober 2024.



Figuur 29: procentuele veranderingen in niet-demografische ontwikkelingen (2019-2022-2025).

Directe vergelijkingen tussen de waarden voor Verticale substitutie, Efficiëntie, Vakinhoudelijk, Arbeidstijdverandering, Epidemiologie, Horizontale substitutie en Sociaal-cultureel voor deze raming en de twee voorgaande ramingen zijn niet altijd even goed mogelijk. Dit komt bijvoorbeeld doordat bepaalde ontwikkelingen inmiddels niet langer relevant zijn of beter passen onder een ander kopje. De waarden voor het totaal aan niet-demografische ontwikkelingen (geheel bovenaan) zijn daarom het meest geschikt voor vergelijkingen met vorige ramingen.

4.5 Conclusie verwachte verandering van de vraag

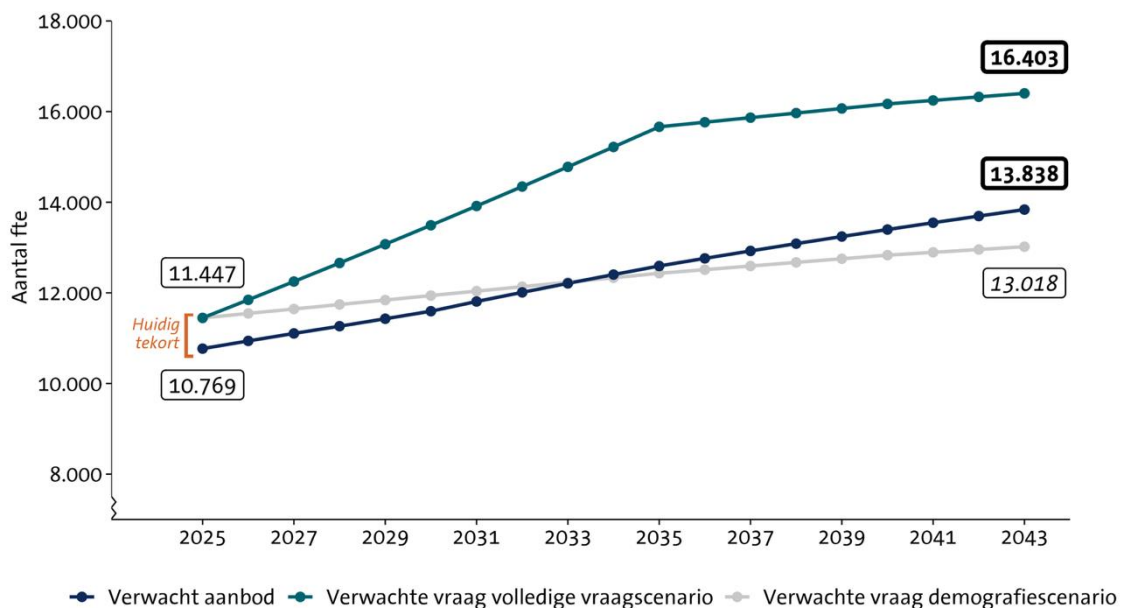
Figuur 26 op pagina 42 geeft aan dat verwacht wordt dat de vraag naar huisartsen door demografische ontwikkelingen de komende jaren zal toenemen. De groei is weliswaar lager dan bij de vorige raming, maar er is nog steeds sprake van een significante groei van **4,3%, 8,6%, 12,1% en 14,8%** voor de komende 5, 10, 15 en 20 jaar.

Figuur 29 geeft aan dat verwacht wordt dat de vraag de huisartsen door niet-demografische ontwikkelingen zal toenemen met **2,6%** per jaar. De groei van de niet-demografische ontwikkelingen is daarmee lager dan bij de vorige raming.

In Figuur 30 staan de verwachte ontwikkelingen in de vraag (grijze en groene lijn) naar huisartsen en het beschikbare aanbod (blauwe lijn) tot 2043.

Volgens de demografische ontwikkelingen (demografie-scenario) komt de verwachte vraag in 2043 naar huisartsen uit op 13.018 fte. Te zien is dat als in de verwachte vraagontwikkelingen alleen

rekening gehouden zou hoeven worden met demografie, de instroom niet opgehoogd zou hoeven te worden. Volgens het meer realistische volledige vraagscenario, zowel demografische als niet-demografische ontwikkelingen worden meegenomen, komt de verwachte vraag in 2043 uit op 16.403 fte. Duidelijk is dat de vraag volgens het volledige vraagscenario (groene lijn) hoger is dan het verwachte aanbod in 2043 die, als uitgegaan wordt van de huidige instroom van 720, uitkomt op 13.838 fte. Dit verschil tussen vraag en aanbod en wat dat doet met het instroomadvies komt aan bod in Hoofdstuk 5.



Figuur 30: vraag in fte voor het demografiescenario en volledige vraagscenario.

Figuur 30 geeft de verwachte vraag weer in fte. Als fte wordt omgezet naar personen, betekent dit, uitgaande van de fte-factor 0,75 fte, het volgende:

- Verwacht aanbod in 2043: 18.451 huisartsen;
- Verwachte vraag volledige vraagscenario in 2043: 21.871 huisartsen;
- Verwachte vraag demografiescenario in 2043: 17.357 huisartsen.

Dit zou betekenen dat volgens het volledige vraagscenario in 2043 een tekort van 3.420 huisartsen wordt verwacht als de instroom op 720 instromers blijft steken en ook geen andere maatregelen worden genomen.

5 Conclusie en instroomadvies

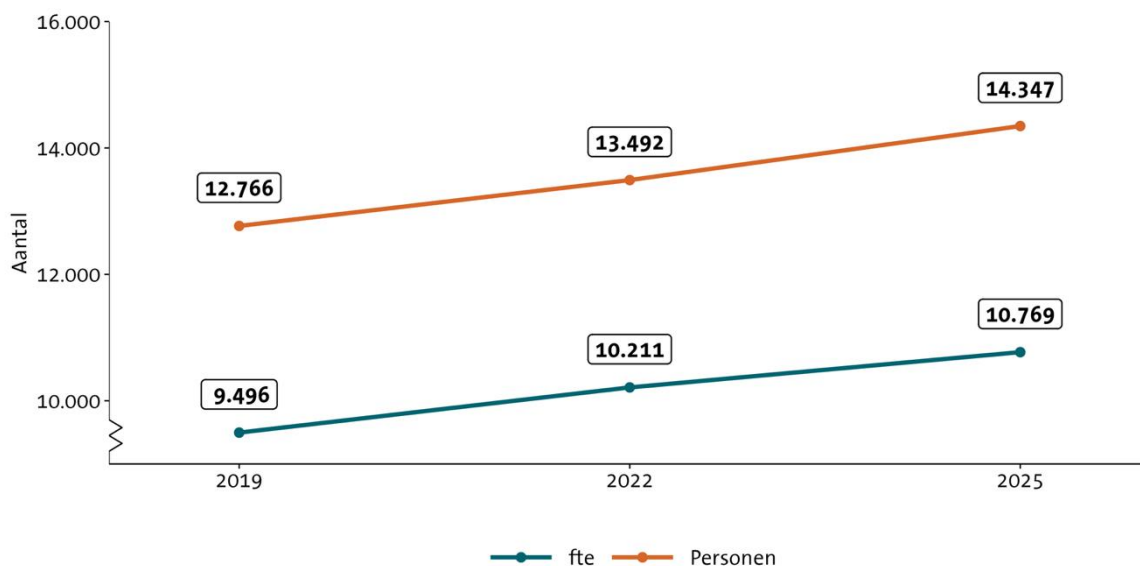
5.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn de ontwikkelingen beschreven die de basis vormen voor het instroomadvies. Ontwikkelingen die betrekking hebben op het aanbod en opleiden van huisartsen zijn in kaart gebracht en gekwantificeerd naar parameterwaarden net als de impact van demografische en niet-demografische ontwikkelingen op de toekomstige vraag naar huisartsen.

Deze waarden dienen als input voor het ramingsmodel (zie paragraaf 1.2). Op basis van de parameterwaarden die zijn ingevoerd in het ramingsmodel kan een instroomadvies worden bepaald. In dit hoofdstuk beschrijven we de conclusies en het instroomadvies.⁹¹

5.2 Huidige situatie: meer aanbod, maar ook meer vraag

Op 1 januari 2025 werken in Nederland 14.347 huisartsen, ruim 6% meer dan in de vorige raming van 2022. Huisartsen werken gemiddeld 0,75 fte. Het aantal werkzame uren voor vrouwelijke huisartsen is 46,6 uur per week en mannelijke huisartsen 50,7 uur: dit verschil neemt geleidelijk af. Gemiddeld werkt een huisarts 48 uur per week wat neerkomt op 0,75 fte. Huisartsen zijn sinds 2018 gemiddeld vier uur meer gaan werken wat een stijging van 9% betekent. Deze vier uur extra gaan vooral naar administratieve taken en niet naar (in)direct patiëntencontact.⁹²



Figuur 31: aantal werkzame huisartsen in personen en in fte (2019-2025).

Meer huisartsen per bewoner

Het aantal huisartsen per 100.000 inwoners stijgt ook. In 2013 waren er 65 huisartsen per 100.000 inwoners in Nederland en inmiddels zijn dat er 76. Tegelijkertijd stijgt ook de vraag naar huisartsen(zorg): het aantal contacten met de huisarts (en de praktijk) per 1.000 ingeschreven personen is

⁹¹ Dit hoofdstuk is gelijk aan het kernrapport Huisartsgeneeskunde.

⁹² Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*.

gestegen. Dit komt ook doordat oudere mensen meer contacten met de huisarts hebben dan jongere mensen.⁹³ Ook het streven naar meer persoonlijke continuïteit, draagt bij aan de groei van het aantal huisartsen.⁹⁴

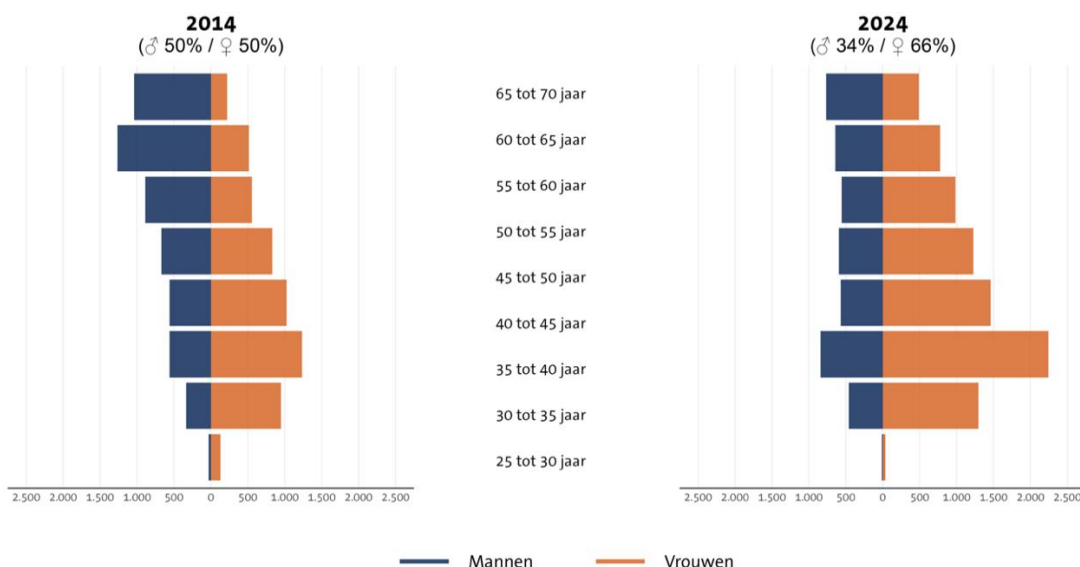
Tekort aan huisartsen leidt tot meer taakverschuivingen

Het aantal huisartsen is gegroeid, maar niet genoeg om te compenseren voor de toegenomen vraag.⁹⁵ De vacaturegraad (verhouding tussen het aantal vacatures en het aantal werkzame huisartsen) van begin 2025 is ingeschat op 6,3%. Dit komt neer op een tekort van 678 fte huisartsen (904 personen). De vacaturegraad is 1,7 procentpunt lager dan de vacaturegraad van 8,0% in de vorige raming.

De daling van de vacaturegraad komt niet door een afgenomen vraag naar huisartsenzorg, maar vooral door meer inzet van andere disciplines in de huisartsenzorg. Deze disciplinemix bestaat uit doktersassistenten, praktijkondersteuners, physician assistants, verpleegkundig specialisten en praktijkmanagers. Het aandeel dat deze andere professionals in de huisartsenzorg werkt is gestegen en bedraagt inmiddels 63%.⁹⁶

Verhouding mannelijke en vrouwelijke huisartsen: 34% - 66%

De beroepsgroep verandert van samenstelling zoals te zien in Figuur 32. Dit figuur vergelijkt de leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling van de werkzame huisartsen in 2014 met die in 2024. In 2014 was de verhouding tussen mannen vrouwen in evenwicht. In 2024 is 66% van de huisartsen vrouw.



Figuur 32: leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling huisartsen (2014 en 2024).

⁹³ CBS, CBS-Statline 80191NED, 2025, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/80191ned/table>.

⁹⁴ NZa, Stand van de zorg 2025.

⁹⁵ Algemene Rekenkamer, Focus op huisartsentekort.

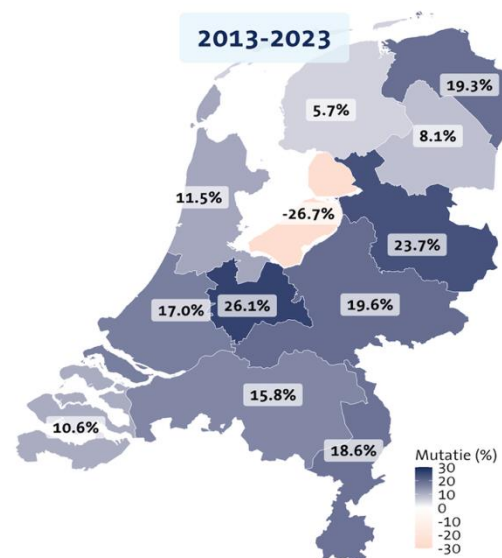
⁹⁶ Nivel, De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022. Toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets.

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

Variatie in regionale spreiding

Hoewel het instroomadvies een advies is voor het hele land, zijn er in allerlei opzichten regionale verschillen. Figuur 3 laat zien hoe de regionale spreiding van (de woonadressen van) huisartsen is veranderd tussen 2013 en 2023.⁹⁷

Sinds 2013 is het gemiddelde aantal huisartsen per 100.000 inwoners in elke provincie gestegen, behalve in Flevoland. Dit komt doordat de bevolkingsgroei in Flevoland bijna twee keer zo groot is als gemiddeld en sneller stijgt dan het aantal huisartsen in Flevoland. Ook wonen huisartsen werkzaam in Flevoland relatief vaak net buiten Flevoland.⁹⁸



Figuur 33: ontwikkeling in regionale spreiding huisartsen per 100.000 inwoners (2013-2023).

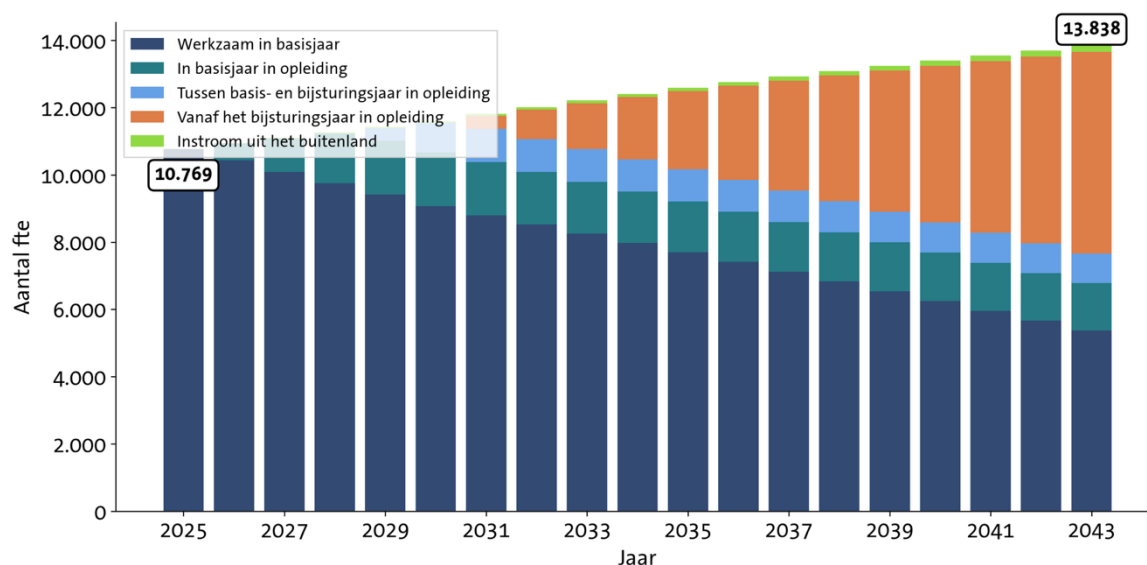
5.3 Verandering in aanbod: stijging vlakt wat af door meer uitstroom en te lage instroom

Doorgaande groei, maar wel hogere uitstroom

Het aantal fte werkzame huisartsen in Nederland stijgt naar verwachting van 10.769 fte naar 13.838 fte in 2043: zie Figuur 34. Deze groei is gebaseerd op de huidige (lage) instroom van rond de 720 instromers per jaar wat onvoldoende is voor de groei van de vraag naar huisartsen (zie hoofdstuk 5.4 hieronder).

⁹⁷ CBS, CBS-Statline 84779NED; CIBG, BIG-register.

⁹⁸ Een regionaal spreidingsbeeld is op zichzelf geen indicatie voor regionale tekorten, omdat bijvoorbeeld de fte-factor van de huisartsen per provincie kan verschillen. Verder gaat het om de woonadressen van huisartsen en niet de adressen van de werklocatie al zullen deze niet ver van elkaar liggen; de Zorgverzekeringswet hanteert dat huisartsen binnen 15 minuten bij de patiënt kunnen zijn. Ook kan de vraag naar huisartsenzorg per provincie verschillen terwijl het juist de verhouding tussen aanbod en vraag is die aangeeft of er sprake is van een tekort.



Figuur 34: verwachte aanbod huisartsen in fte (2025 t/m 2043).

De verwachte groei is lager dan de groei van het aantal huisartsen de afgelopen jaren. De belangrijkste reden daarvoor is de toegenomen uitstroom uit de huidige groep huisartsen (dit is de “groep werkzaam in het basisjaar”; zie Figuur 34). Uitstroom hangt sterk samen met de leeftijdsopbouw van een beroepsgroep. Dat verklaart het verschil in uitstroom tussen de jongere vrouwelijke huisartsen en de gemiddelde oudere mannelijke huisartsen. Die is bij vrouwen 51% en bij mannen 63%. De gemiddelde uitstroom over twintig jaar is toegenomen van 48% in 2022 naar 55% in 2025 wat leidt tot een hogere vervangingsvraag.

Het aantal uren dat huisartsen gemiddeld werken stijgt. In 2018 was dat volgens het Tijdsbestedingsonderzoek-2018 44 uur per week en volgens het Tijdsbestedingsonderzoek-2024 is dat gestegen naar 48 uur per week. Dit is een stijging van 9%.⁹⁹ In de vorige raming van 2022 was de verwachting nog dat huisartsen minder zouden gaan werken gebaseerd op een wens tot minder intensieve werkweken. De nieuwe gegevens uit het Tijdsbestedingsonderzoek-2024 laten echter zien dat het aantal werkzame uren is gestegen naar 48 uur wat een van de redenen is voor het lagere instroomadvies. Verwacht wordt dat deze ontwikkeling op korte termijn niet verandert.

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

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

⁹⁹ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*.

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

Er is demografische groei, maar deze neemt af

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

Complexere zorgvraag, multimorbiditeit en versterking van de eerstelijnszorg

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

De zorgvraag naar huisartsen groeit door vergrijzing en complexere patiënten met meerdere chronische aandoeningen en medicatie. Ziekenhuizen en klinieken behandelen patiënten vaker poliklinisch behandeld.¹⁰⁰ Hierdoor komt een deel van de patiënten hulpbehoevender thuis wat vaker wat leidt tot meer inzet van de huisarts. Ook neemt de niet-medische hulpvraag aan huisartsen toe.

Ouderen, psychiatrische patiënten en mensen met een lichte verstandelijke beperking vallen vaker onder huisartsenzorg door verminderde toegang tot intramurale zorg. Het structurele tekort aan specialisten ouderengeneeskunde versterkt deze verschuiving. Epidemiologische ontwikkelingen zoals toename van artrose, obesitas, dementie, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten verhogen de zorgvraag verder.¹⁰¹

Taakverschuiving naar doktersassistenten, praktijkondersteuners, physician assistants en verpleegkundig specialisten vermindert de directe vraag naar huisartsen en ook praktijkmanagers kunnen taken overnemen. Personeelstekorten in deze ondersteunende functies beperken echter dit effect. Digitalisering en AI zullen naar verwachting de komende jaren steeds meer impact hebben - van administratieve processen tot medische ondersteuning, postverwerking, triagering en zelfzorgapplicaties. Deze innovaties kunnen de vraag naar huisartsen verminderen.

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

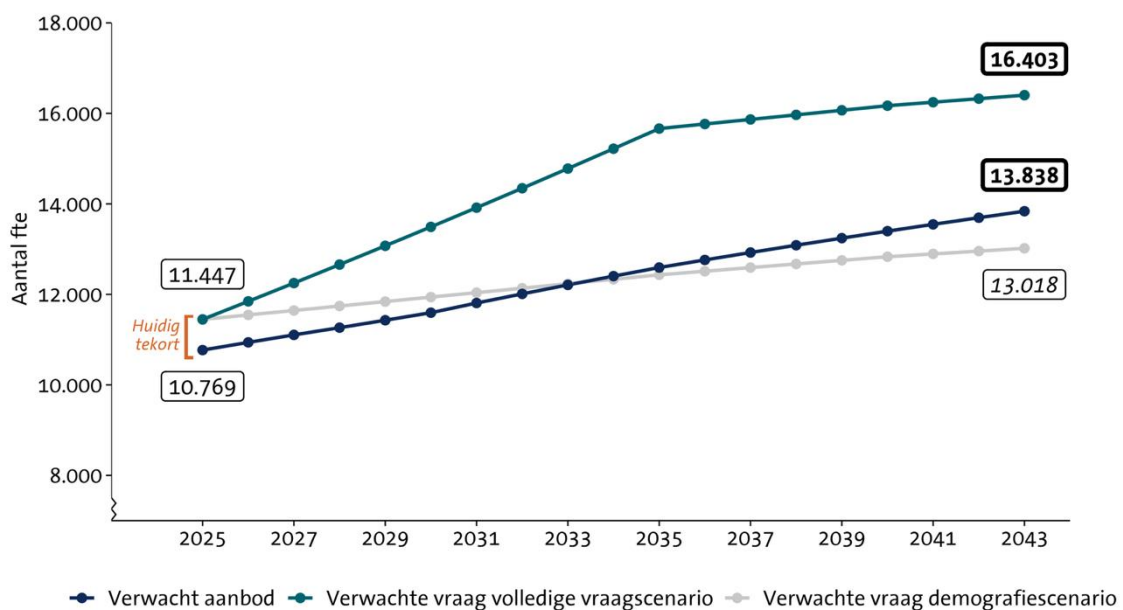
¹⁰⁰ CBS, *CBS-Statline 82471NED*, 2025, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/82471NED/table?dl=6B26B>.

¹⁰¹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024*.

Verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag overstijgen het verwachte aanbod

In Figuur 30 staat de ontwikkeling tot 2043 van de verwachte vraag (grijze en groene lijn) naar huisartsen en het beschikbare aanbod (blauwe lijn).

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



Figuur 35: vraag in fte voor het demografiescenario en volledige vraagscenario.

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

De verwachte veranderingen in aanbod en vraag komen samen in het instroomadvies. Hoofdstuk 5 brengt deze bewegingen bij elkaar in de vorm van hoeveel instromers nodig zijn voor meer balans tussen aanbod en vraag naar huisartsen. Verwacht wordt dat de volledige vraag (toekomstige demografische plus de niet-demografische vraag) naar huisartsen sneller groeit dan het toekomstige aanbod (zie Figuur 30).

Doorrekening van het volledige vraagscenario resulteert in een **instroomadvies van 1.026 instromers per jaar vanaf 2027** en gaat uit van een tijdelijke trend en een evenwichtsperiode van 18 jaar. Dit advies is lager dan het vorige advies van 1.190 uit 2022, dat ook uitgaat van een tijdelijke trend en een evenwichtsperiode van 18 jaar. Het lagere advies betekent nadrukkelijk niet dat de tekorten

in de huisartsgeneeskunde en de aanpak daarvan minder urgent zijn. Onderzoek van de Algemene Rekenkamer in 2025 bevestigt dit.¹⁰²

Sterker nog: meerdere indicaties ondersteunen deze urgentie. Zo is het aantal werkuren, anders dan eerdere verwachtingen, niet afgenomen maar juist gestegen. Huisartsen werken, zo blijkt uit het Nivel-onderzoek naar tijdbesteding van de huisartsen, nu gemiddeld 48 uur per week voor 0,75 fte, een stijging van 4 uur sinds 2018.¹⁰³ Het bestaande tekort aan huisartsen is structureel hoog met een vacaturegraad van 6,3%. Dit is lager dan de vacaturegraad in 2022, maar dit komt vooral door de inzet van andere beroepen in de huisartsenzorg die echter niet onbegrensd door kan gaan. Verder neemt de urgentie voor het inlopen van het huidige tekort toe door gegroeide beleidsambities zoals de gewenste versterking eerstelijnszorg en afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en 3,5% groei voor de huisartsenzorg conform het in najaar 2025 afgesloten Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA).

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

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

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

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

¹⁰² Algemene Rekenkamer, *Focus op huisartsentekort*.

¹⁰³ Nivel, *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*.

Beleidsscenario's

Beleidsscenario's kunnen helpen bij de gedachtenvorming over de inzet van ander flankerend beleid om het instroomadvies, de vraag naar of het aanbod van huisartsen te beïnvloeden.¹⁰⁴ Hieronder staan vijf als-dan-beleidsscenario's die aannames bevatten die in de huidige context niet direct te implementeren of realistisch zijn en waarvan de uitkomst met grote onzekerheid is omgeven. Ook kunnen beleidsscenario's effecten van bepaald beleid bevatten die al reeds meegewogen en verwerkt zijn in het instroomadvies van 1.026. Wat deze beleidsscenario's minimaal laten zien, is dat veranderingen in flankerend beleid, vraag en aanbod in de huisartsenzorg meer in balans kunnen brengen.

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

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

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

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

4. Streven naar en versterking van "persoonlijke continuïteit of team continuïteit, afhankelijk van de situatie in de huisartsenpraktijk" (Visie Huisartsenzorg 2035)¹⁰⁵:
 - Aanname: langdurigere verbinding tussen patiëntenpopulatie en de huisarts en taakverschuivingen binnen het huisartsteam verlaagt volgens onderzoek aantal herhaalconsulten, (specialistisch) zorggebruik en zorgkosten.¹⁰⁶

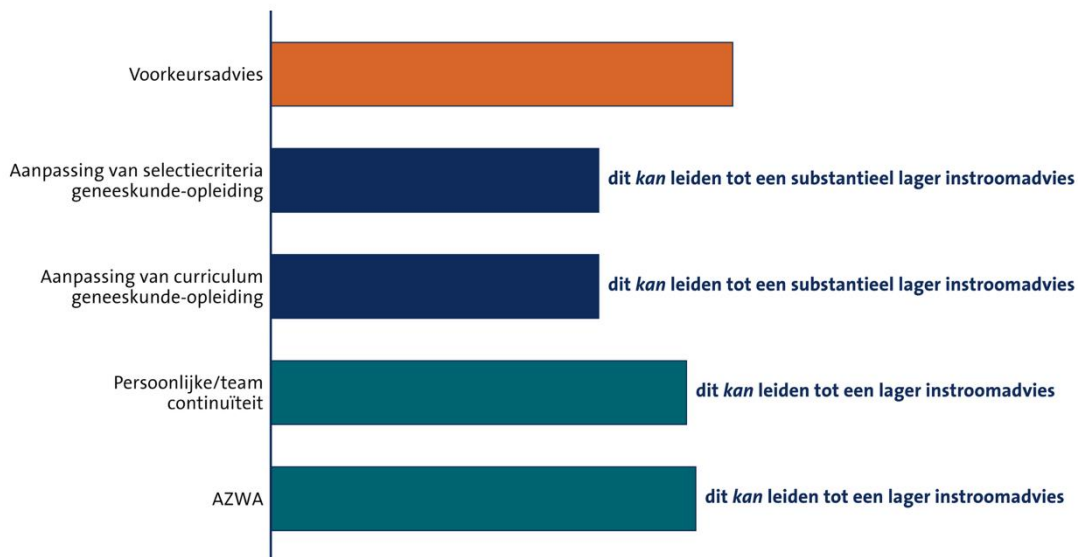
¹⁰⁴ In deel II wordt de methodiek achter de beleidsscenario's nader toegelicht.

¹⁰⁵ LHV, InEen, NHG, *Visie Huisartsenzorg 2035*.

¹⁰⁶ Onder andere Denis J Pereira Gray e.a., 'Continuity of Care with Doctors—a Matter of Life and Death? A Systematic Review of Continuity of Care and Mortality', *BMJ Open*, juni 2018; Otto R. Maarsingh, 'The Wall of Evidence for Continuity of Care: How Many More Bricks Do We Need?', *The Annals of Family Medicine*, mei 2024; Lex J. Groot e.a., 'Improving Personal Continuity in General Practice: A Focus Group Study', *British Journal of General Practice*, januari 2025.

5. Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA): het AZWA, deels voortzetting van IZA, omvat beleid gericht op het meer balanceren van aanbod van en vraag naar huisartsen.
 - Aanname: door structurele borging versterking eerstelijns onder andere door hechte wijkverbanden, kan de vraag naar huisartsen verminderen (D2);
 - Aanname: als huisartsen als praktijkhouders, in loondienst of in een andere vorm van ‘patiënthouderschap’ met een vaste populatie werken, kan de vraag naar huisartsen verminderen (D3).

Op basis van bovenstaande aannames zijn specifieke waarden voor de relevante parameters aangepast. In Figuur 36 staan daaraan gekoppelde verwachtingen over de hoogte van het instroomadvies.



Figuur 36: Mogelijke effecten beleidsscenario's t.o.v. instroomadvies van 1.026 instromers.

5.6 Overwegingen

Het instroomadvies van 1.026 instromers per jaar vanaf 2027 is niet makkelijk te realiseren, maar is wel nodig gelet op de urgentie en de noodzaak voor voldoende huisartsenzorg.¹⁰⁷ De in het AZWA toegekende financiële middelen voor de gehele huisartsenzorg lijken hierbij in financieel opzicht steunend te zijn.

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

Tot slot, landelijke tekorten kunnen per regio variëren. Regionale versterking van- en variatie op landelijk (flankerend) beleid met name op het terrein van de instroom in de opleiding liggen daarom voor de hand.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg* (2023), <https://www.raadvv.nl/documenten/2023/04/04/de-basis-op-orde>.

¹⁰⁸ Nivel, *Waar wil de (jonge) huisarts werken? Resultaten van een enquête naar de voorkeursregio's voor opleiding en werk van aios en pas afgestudeerde huisartsen*. (2025), <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/waar-wil-de-jonge-huisarts-werken-resultaten-van-een-enquete-naar-de-voorkeursregios>.

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht van de parameterwaarden

	Raming 2019 Capaciteitsplan 2021-2024			Raming 2022 Capaciteitsplan 2024-2027			Raming 2025 Capaciteitsplan 2027-2030		
Aantal werkzamen in Basisjaar en ontwikkeling tot aan 2045	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Aantal werkzame personen in het Basisjaar	5.400	7.366	12.766	5.262	8.230	13.492	4.878	9.469	14.347
Geslachtsverdeling werkzame personen in het Basisjaar	42,3%	57,7%	100%	39,0%	61,0%	100%	34,0%	66,0%	100%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het Basisjaar	0,79	0,71	0,74	0,83	0,71	0,76	0,81	0,72	0,75
FTE per werkzame persoon in Basisjaar + 5	0,79	0,71	0,74	0,83	0,71	0,76	0,81	0,72	0,75
FTE per werkzame persoon in Basisjaar + 10	0,79	0,71	0,74	0,83	0,71	0,76	0,81	0,72	0,75
FTE per werkzame persoon in Basisjaar + 15	0,79	0,71	0,74	0,83	0,71	0,76	0,81	0,72	0,75
FTE per werkzame persoon in Basisjaar + 20	0,79	0,71	0,74	0,83	0,71	0,76	0,81	0,72	0,75
Uitstroom van werkzame personen tot aan Basisjaar + 5	13,2%	5,0%	8,5%	17,0%	6,0%	10,3%	22,6%	11,6%	15,3%
Uitstroom van werkzame personen tot aan Basisjaar + 10	33,6%	14,3%	22,5%	36,0%	16,0%	23,8%	37,3%	23,2%	28,0%
Uitstroom van werkzame personen tot aan Basisjaar + 15	48,1%	24,9%	34,7%	53,0%	28,0%	37,8%	50,2%	37,1%	41,5%
Uitstroom van werkzame personen tot aan Basisjaar + 20	60,0%	37,7%	47,1%	65,0%	37,0%	47,9%	63,2%	51,0%	55,1%
Instroom in de opleiding tot Basisjaar									
Gemiddeld aantal nog in de opleiding per leerjaar	183	536	719	210	588	798	187	533	720
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	25,4%	74,6%	100%	26,3%	73,7%	100%	26,0%	74,0%	100%
Opleidingsduur in jaren			3,10			3,20			3,25
Intern rendement			98,0%			94,3%			94,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden	98,9%	99,1%	99,1%	99,0%	99,0%	99,0%	99,2%	98,9%	99,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden	94,4%	94,1%	94,2%	95,0%	96,0%	95,7%	95,9%	94,3%	94,7%
Extern rendement 10 jaar na afronden	93,3%	91,3%	91,8%	91,0%	90,0%	90,3%	93,1%	88,9%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden	90,6%	88,6%	89,1%	72,0%	80,0%	77,9%	90,5%	85,1%	86,5%

Instroom in de opleiding van Basisjaar tot Bijsturingsjaar									
Gemiddelde instroom in de opleiding per leerjaar	183	538	721	210	588	798	187	531	720
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	25,4%	74,6%	100%	26,3%	73,7%	100%	26,0%	74,0%	100%
Opleidingsduur in jaren			3,10			3,20			3,25
Intern rendement			93,8%			94,3%			94,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden	98,9%	99,1%	99,1%	99,0%	99,0%	99,0%	99,2%	98,9%	99,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden	94,4%	94,1%	94,2%	95,0%	96,0%	95,7%	95,9%	94,3%	94,7%
Extern rendement 10 jaar na afronden	93,3%	91,3%	91,8%	91,0%	90,0%	90,3%	93,1%	88,9%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden	90,6%	88,6%	89,1%	72,0%	80,0%	77,9%	90,5%	85,1%	86,5%
Instroom in de opleiding vanaf Bijsturingsjaar									
Verwachte instroom in de opleiding per leerjaar	183	539	722	210	588	798	187	531	720
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	25,4%	74,6%	100%	26,3%	73,7%	100%	26,0%	74,0%	100%
Opleidingsduur in jaren			3,10			3,20			3,25
Intern rendement			93,8%			94,3%			94,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden	98,9%	99,1%	99,1%	99,0%	99,0%	99,0%	99,2%	98,9%	99,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden	94,4%	94,1%	94,2%	95,0%	96,0%	95,7%	95,9%	94,3%	94,7%
Extern rendement 10 jaar na afronden	93,3%	91,3%	91,8%	91,0%	90,0%	90,3%	93,1%	88,9%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden	90,6%	88,6%	89,1%	72,0%	80,0%	77,9%	90,5%	85,1%	86,5%
Buitenland									
Instroom per jaar uit het buitenland			15			0			14
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	28,6%	71,4%	100%	100,0%	0,0%	100%	0,0%	100,0%	100%
Rendement buitenlandse instroom			40,0%			0,0%			100,0%

Vraagontwikkeling vanaf Basisjaar + 20 jaar	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde vraag in basisjaar	3,0%	3,0%	5,0%	7,0%	8,0%	9,0%	6,3%	6,3%	6,3%
Demografische verandering tot aan Basisjaar + 5	6,0%	6,0%	6,0%	5,8%	5,8%	5,8%	4,3%	4,3%	4,3%
Demografische verandering tot aan Basisjaar + 10	11,4%	11,4%	11,4%	10,8%	10,8%	10,8%	8,6%	8,6%	8,6%
Demografische verandering tot aan Basisjaar + 15	16,0%	16,0%	16,0%	14,8%	14,8%	14,8%	12,1%	12,1%	12,1%
Demografische verandering tot aan Basisjaar + 20	19,5%	19,5%	19,5%	17,9%	17,9%	17,9%	14,8%	14,8%	14,8%
Epidemiologische ontwikkelingen per jaar	0,4%	0,4%	0,8%	0,5%	0,7%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%
Sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar	0,8%	0,8%	1,6%	0,8%	1,2%	1,6%	1,9%	1,9%	1,9%
Vakinhoudelijke ontwikkelingen per jaar	0,2%	0,2%	0,5%	0,5%	0,8%	1,0%	-0,3%	-0,3%	-0,3%
Efficiency ontwikkelingen per jaar	0,3%	0,3%	0,5%	0,3%	0,4%	0,5%	-0,5%	-0,5%	-0,5%
Horizontale substitutie per jaar	1,0%	1,0%	1,4%	1,2%	1,4%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%
Verticale substitutie per jaar	-0,6%	-0,6%	-1,4%	-0,6%	-1,0%	-1,4%	-1,1%	-1,1%	-1,1%
Arbeidstijdverandering per jaar	0,8%	0,8%	1,0%	1,3%	1,5%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale vraag scenario (exclusief ATV)	2,1%	2,1%	3,4%	2,7%	3,6%	4,3%	2,6%	2,6%	2,6%
Jaren									
Basisjaar			2019			2022			2025
Bijsturingsjaar			2021			2024			2027
Evenwichtsjaar 1			2031			2034			2037
Evenwichtsjaar 2			2037			2040			2043
Trendjaar			2029			2032			2035

Bijlage 2: Overzicht definities parameterwaarden

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 (en peildatum 1 januari).
Bijsturingsjaar	Het eerste jaar waarvoor de instroom in de opleiding aangepast kan worden: hier 2027.
Evenwichtsjaar	Het jaar waarin binnen de raming zoveel mogelijk balans tussen vraag en aanbod naar zorgprofessionals wordt nagestreefd. In dit geval: 2043, oftewel een 18-jarige evenwichtsperiode.
Trendjaar	Het is mogelijk om niet-demografische ontwikkelingen niet alle jaren van de raming mee te tellen, maar enkel tot het trendjaar.

Aanbod van zorgprofessionals

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 3: Samenstelling Kamer Huisartsen

Dit Capaciteitsplan Huisartsgeneeskunde 2027-2030 bestaande uit een Kernrapport en een 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 Huisartsen, een gremium binnen het Capaciteitsorgaan met beroepsbeoefenaren, (praktijk)opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Kamer Huisartsen. De Kamer Huisartsen heeft het Kernrapport en de Verantwoording goedgekeurd op 6 november 2025. Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft het Capaciteitsplan Huisartsgeneeskunde vastgesteld op 10 december 2025.

De samenstelling van de Kamer Huisartsen was op 6 november 2025 als volgt

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. P.D. Boekel

Dhr. M. Dijkhof

Mw. J. Heering

Mw. H. ter Veer

Mw. R.L.S. Weersma

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. R.F. Dijkstra

Dhr. J. Muris

Mw. N.D. Scherpbier-de Haan

Dhr. J. Wynia

Organisaties van zorgverzekeraars

Mw. S. Spoelstra

Mw. J. Prinsen

Programmasecretarissen

Dhr. M.G.M. Heck

Mw. D.B. Rietdijk

Bijlage 4: Geraadpleegde experts en organisaties

Dhr. R. van Asselt	Mw. V. van Atteveld
Mw. Y. van den Bosch	Mw. K. Brouwer
Mw. B. den Doelder	Mw. S. Hazenveld
Mw. J. Egeter	Mw. J. van Esch
Mw. A. Griffioen	Mw. E. Jacobs
Dhr. R. Jansen	Dhr. A.H.J. Jaspar
Mw. A. Jongbloet	Mw. L. Jongman
Dhr. G-J. Kemenade	Mw. V. Kenter-Hupkes
Mw. K. Knapen	Mw. A-M. Leemeyer
Mw. J. Loobeeek	Mw. P. Lunter-Driever
Dhr. H.J.G.H. Mulder	Mw. M. Olthof
Mw. I. Polling	Dhr. T.H.N. Rinkes
Dhr. Peer van Rooij	Mw. E. van Sebille
Dhr. A.H.J.M. Sikking	Mw. C. Smit
Dhr. I. Solen	Mw. C. van Til
Mw. L.J. Ubink-Velmaat	Mw. A. Veen-Bos
Mw. M. de Waal	Mw. L. Wassenberg
Mw. E. Wittermans	Mw. I. Wolff
Mw. S. Brühl	Mw. A. Corpeleijn
Mw. M. Holstege	Mw. T. Magnee
Dhr. D. Oudheusden	Dhr. O. Maarsingh

ActiZ	Nederlandse Vereniging voor PraktijkManagement (NVvPM)
Arts en Zorg	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH)
Buurtdokters	Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)
Huisarts Opleiding Nederland (HON)	Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH)
InEen	Vereniging voor Artsen in Opleiding voor Specialist Ouderengeneeskunde (VASON)
Landelijke Huisartsen Opleiders Vereniging (LHOV)	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)	Vertegenwoordigers diverse huisartsenpraktijken
Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH)	Vertegenwoordigers diverse VVT zorgorganisaties
Nederlandse Vereniging van Praktijk-ondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO)	Zorginstituut Nederland (ZINL)
Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten (NVDA)	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bijlage 5: Afkortingen en Begrippenlijst

Afkorting/begrip	Betekenis
AGZ	Algemene Gezondheidszorg (bijv. VS-AGZ = Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg)
AI	Artificial Intelligence, artificiële intelligentie
Aios	Arts in opleiding tot specialist
ANW	Avond, Nacht en Weekenduren (ANW-uren)
ATV	Arbeidstijdverandering
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (vervallen per 1 januari 2015)
AZWA	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
ELV	Eerstelijnsverblijf
fte	Fulltime-equivalent
functiemix	De betrokkenheid van verschillende beroepen bij de behandeling van cliënten
ggz	Zorgvorm voor de bevordering van de geestelijke gezondheid
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg; branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
hbo	Hoger beroepsonderwijs
HIDHA	Huisarts in Dienst van een Huisarts
HON	Huisartsenopleiding Nederland
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IZA	Integraal Zorgakkoord
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MDO	multidisciplinaire overleg
MPT	Modulair pakket thuis
MTVP	Meer Tijd Voor de Patiënt
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor aios huisartsgeneeskunde
Opleidingsinstituut	Onderwijsinstelling die de opleiding tot huisarts verzorgt

OVV	Onvervulde vraag
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.
POH	Praktijkondersteuner Huisarts(en)
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg
RESV	Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband
RGS	Registratiecommissie geneeskundig specialismen
RHO	Regionale Huisartsenorganisatie(s)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen; werkgever van onder andere aios huisartsgeneeskunde
SPH	Stichting Pensioenfonds Huisartsen
SSB	Sociaal Statistisch Bestand; bevat databestanden over o.a. personen, banen, inkomen en opleidingen. Deze gegevens zijn onderling gekoppeld.
TBO	Tijdsbestedingsonderzoek
UvNL	Universiteiten van Nederland
VPT	Volledig pakket thuis
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wegiz	Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg
Wet DBA	Wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZCC	Zorgcoördinatiecentrum
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 6: Lijst met figuren en tabellen

Figuren

Figuur 1: Taak en samenstelling Capaciteitsorgaan	5
Figuur 2: Vereenvoudigde weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan.....	7
Figuur 3: Ramingsproces en de rol van programmasecretaris en Kamer	9
Figuur 4: aantallen BIG-geregistreerde, werkzame en aantal fte huisartsen 2013-2025.....	13
Figuur 5: ontwikkelingen in aantallen BIG-geregistreerde, werkzame en aantal fte huisartsen 2013-2025 (2013=100).	13
Figuur 6: ontwikkelingen aantal praktijken, fte werkzame huisartsen en patiënten.....	14
Figuur 7: verhouding mannelijke en vrouwelijke huisartsen (2013-2024)	15
Figuur 8: Bevolkingspiramides werkzame huisartsen (2014-2024).	16
Figuur 9: verhouding tussen het aantal huisartsen per 100.000 inwoners van Nederland (2013-2023).....	17
Figuur 10: Groei aantal BIG-geregistreerde huisartsen en aantal fte werkzame huisartsen afgezet tegen bevolkingsgroei en demografische prognoses uit voorgaande ramingen 2013-2025 (2013=100).....	18
Figuur 11: ontwikkeling aantal inwoners per huisarts (fte en BIG-geregistreerd) 2013-2025	19
Figuur 12: Ontwikkeling aantal consulten totaal en per verzekerde binnen kantoortijd (2019-2024).	20
Figuur 13: Spreiding van het aantal BIG-geregistreerde huisartsen per 100.000 inwoners 2013 t/m 2023	21
Figuur 14: Dichtheid regulier zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA/vaste waarnemers per provincie per 100.000 inwoners.....	22
Figuur 15: Aantal werkzame huisartsen in 2013, 2018 en 2024 naar werkzame positie	24
Figuur 16: Uren per week voor de drie hoofdtaken, per geslacht en per werkzame positie.....	25
Figuur 17: Verhouding in tijd tussen de drie hoofdtaken voor alle huisartsen 2013, 2018 en 2024	26
Figuur 18: Fte-factor per huisarts in 2013, 2018 en 2024 naar werkzame positie en geslacht	26
Figuur 19: Trend in fte en uren in de drie Tijdsbestedingsonderzoeken van 2013, 2018 en 2024.....	27
Figuur 20: trendlijn vacaturegraad sinds 2022	30
Figuur 21: verschuivingen in de aandelen gewerkte uren in de huisartsenpraktijk tussen 2021 en 2024.	31
Figuur 22: Instroom in de opleiding huisartsgeneeskunde per kalenderjaar.	34
Figuur 23: extern rendement totaal (gewogen gemiddelde mannen en vrouwen) over 1, 5, 10 en 15 jaar (2010-2025).	37
Figuur 24: uitstroom totaal (gewogen gemiddelde mannen en vrouwen) over 5, 10, 15 en 20 jaar (2010-2025).	39
Figuur 25: verwachte aanbod huisartsen in fte (2025 t/m 2043).....	40
Figuur 26: verwachte demografische ontwikkelingen voor huisartsen (2019-2022-2025).	42
Figuur 27: Groei per leeftijdscohort - CBS Prognoses raming-2022 en raming-2025 vergeleken.....	43
Figuur 28: Bevolkingsgroei CBS-prognoses raming-2022 en raming-2025 vergeleken.	44
Figuur 29: procentuele veranderingen in niet-demografische ontwikkelingen (2019-2022-2025).....	56
Figuur 30: vraag in fte voor het demografiescenario en volledige vraagscenario.....	57

Figuur 31: aantal werkzame huisartsen in personen en in fte (2019-2025).....	58
Figuur 32: leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling huisartsen (2014 en 2024).	59
Figuur 33: ontwikkeling in regionale spreiding huisartsen per 100.000 inwoners (2013-2023).	60
Figuur 34: verwachte aanbod huisartsen in fte (2025 t/m 2043).....	61
Figuur 35: vraag in fte voor het demografiescenario en volledige vraagscenario.....	63
Figuur 36: Mogelijke effecten beleidsscenario's t.o.v. instroomadvies van 1.026 instromers.....	66

Tabellen

Tabel 1: vergelijking van aantal werkzame uren en gerapporteerde fte tussen TBO-2018 en TBO-2024.	27
Tabel 2: Onvervulde vraag op basis van data uit Praktijkenquête Nivel	29
Tabel 3: in- en uitstroom van aios huisartsgeneeskunde per kalenderjaar per cohort.	35
Tabel 4: Extern rendement huisartsen.	37
Tabel 5: Parameterwaarden uitstroom huisartsen.	38

Bijlage 7: Literatuurlijst en verwijzingen

- ABF. *Inzetten op de potentie van sociaal werk-alternatieve scenario's*. 2024.
- ActieLeerNetwerk. *Slimme triage in de huisartsenzorg met Artificial Intelligence*. 2023.
- ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, GGD GHOR Nederland, InEen, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Landelijke Huisartsen Vereniging, MIND, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuisnl, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)*. 2025.
- ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. 2022.
- Algemene Rekenkamer. *Focus op huisartsentekort*. 2025.
- Arts en Zorg Groep. *Hybride zorgmodel leidt tot 40% daling in huisartsenbezoeken*. 16 mei 2024.
- AZW. *De Staat van de arbeidsmarkt huisartsen en gezondheidscentra 2023*. 2023.
- Binnenlands Bestuur. *Verkenkend gesprek om 'onnodig medicaliseren' te voorkomen*. 2024.
- BSL. *Hoe lost de zorg zijn personeelstekort op? De stand van zaken in 2024*. 2024.
- Cao Huisartsen in loondienst. 2024.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2010: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. 2010.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. 2013.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2016 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. 2016.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2021-2024; Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. 2019.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2024-2027 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. 2022.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2027-2030. Medische en klinisch technologisch specialisten*. 2025.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2027-2030. Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg*. 2025.
- Capaciteitsorgaan. *Vacaturedashboard Capaciteitsorgaan*. 2025. <https://capaciteitsorgaan.nl/publicaties/vacaturedashboard-2019-2025/>.
- CBS. *CBS-Statline 03759NED*. 2025.
- CBS. *CBS-Statline 80191NED*. 2025.
- CBS. *CBS-Statline 82471NED*. 2025.
- CBS. *CBS-Statline 84776NED*. 2025.
- CBS. *CBS-Statline 84779NED*. 2025.
- CBS. *CBS-Statline 84871NED*. 2025.

- CBS. *CBS-Statline 86041NED*. 2025.
- CBS. *Kernprognose 2022–2070: Door oorlog meer migranten naar Nederland*. 16 december 2022.
- CBS. *Kernprognose 2024–2070: een miljoen inwoners erbij in 2037*. 17 december 2024.
- CBS. *Vader en moeder op leeftijd*. 2024.
- CIBG. *BIG-register*. 2025.
- de Dokter. *AI in Huisartsenpraktijk*. 2024.
- de Dokter. *ANW-zorg vraagt gelijkwaardige verdeling van diensten en stip op horizon*. 2024.
- De Groene Amsterdammer. *Wie wil er nou nog een eigen praktijk?* 4 mei 2022.
- De Juiste Zorg op de Juiste Plek. *Handreiking biedt huisartsen en gezondheidscentra houvast bij zoektocht naar geschikte huisvesting*. 5 december 2023.
- De Volkskrant. *Door de wanpraktijken van huisartsenketen Co-Med hebben patiënten onomkeerbare schade opgelopen*. 26 juni 2024.
- De Volkskrant. *Huisarts gedijt in praktijk van stichting*. 14 juni 2023.
- Domus Medica België. *Domus Medica waarschuwt in memorandum voor dreigend zorginfarct*. 2024.
- Dros, Jesper T., Christel E. Van Dijk, Koen B.E. Böcker, e.a. 'Healthcare Utilization Patterns of Individuals with Depression after National Policy to Increase the Mental Health Workforce in Primary Care: A Data Linkage Study'. *BMC Primary Care* 25, nr. 1 (2024): 158. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02402-8>.
- Follow the Money. *Nog 3000 wachtenden voor u – duizenden Nederlanders zitten zonder huisarts*. 14 juni 2023.
- Groot, Lex Jj, Esther Janssen, Marjan J Westerman, e.a. 'Improving Personal Continuity in General Practice: A Focus Group Study'. *British Journal of General Practice*, januari 2025.
- Hechte Huisartsenzorg. *Documenten en hulpmiddelen voor structureren van de huisartsenzorg*. 6 oktober 2025.
- Hoofdlijnenakkoord PVV VVD NSC BBB. 2024.
- Huisarts en Wetenschap. *Pleidooi voor programma Passende huisartsenzorg*. 19 mei 2025. <https://www.henw.org/artikelen/hoogste-tijd-voor-een-programma-passende-huisartsenzorg>.
- Huisartsopleiding Nederland. *Strategische samenwerkingsagenda 2024 - 2027*. 2024.
- HuisartsVandaag. *Wachtlijsten in de huisartsenzorg verder toegenomen, ook andere zorgsectoren staan onder druk*. 25 maart 2024.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. *IGJ roept zorgaanbieders op ga zorgvuldig om met invoering van generatieve AI-toepassingen*. 10 februari 2025.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. *Meer nodig voor toezicht op bedrijfsketens huisartsenzorg*. 2024.
- Katonai, Gellert, Nora Arvai, en Bertalan Mesko. 'AI and Primary Care: Scoping Review'. *Journal of Medical Internet Research* 27 (augustus 2025): e65950-e65950. <https://doi.org/10.2196/65950>.
- KNMG. *Gezamenlijke aanpak om tekorten extramurale artsen op te lossen*. 28 maart 2024.
- LHV. *Aanbod-Huisartsgeneeskundige zorg 2022*. 2022.
- LHV. *Doorbraak openbare jaarverantwoordingsplicht - 1*. 2024.

- LHV. *Doorverwijzing naar ggz onverminderd problematisch; huisartsen pleiten voor snelle overname behandelverantwoordelijkheid*. 3 juli 2025.
- LHV. *Enquete HuisartsVandaag over fusie VPH Minieme meerderheid VPH-leden toch voor fusie HuisartsVandaag*. 2024.
- LHV. *Handreiking. Team Huisartsenpraktijk. versie 5*. 2021.
- LHV. *Minister besluit tot meer opleidingsplekken huisartsen* -. 2023.
- LHV. *Onderhandelingsresultaat voor 1 cao voor huisartsen in loondienst*. 10 juli 2024.
- LHV. *Positieve ontwikkelingen voor eerstelijnszorg in Hoofdlijnenakkoord*. 2024.
- LHV en anderen. *Convenant Samenwerking MGZ Medisch-generalistische zorg voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg in de ouderen- en gehandicaptenzorg*. 2024.
- LHV, InEen, NHG. *Visie Huisartsenzorg 2035*. 2025.
- LHV, V&VN VS, InEen. *Taakherschikking in de huisartsenzorg: De verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg*. 2024.
- Lovah. *Lovah enquête 2022. Een enquête onder AIOS Huisartsgeneeskunde*. 2023.
- Maarsingh, Otto R. 'The Wall of Evidence for Continuity of Care: How Many More Bricks Do We Need?' *The Annals of Family Medicine*, mei 2024.
- Marieke van Dongen. *Commerciële huisartsenpraktijken (ont)zorgen*. 2024.
- Medisch Contact. *Door praktijkondersteuner minder behandelingen nodig binnen de ggz*. 31 mei 2024.
- Medisch Contact. *Huisartsenzorg aan verpleeghuisbewoners telt nu mee voor herregistratie*. 5 maart 2024.
- Medisch Contact. *'Ik wil het praktijkhouderschap mooier maken'. Interview voorzitter Marjolein Tasche*. 25 april 2024.
- Medisch Contact. *Meerdere artikelen*.
- Ministerie van VWS. *Beslisnota bij Kamervragen huisartsentekort*. 2024.
- Ministerie van VWS. *GALA. Gezond en Actief Leven Akkoord. Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis*. 2023.
- Ministerie van VWS. *Kamerbrief NZa-advies structurele bekostiging meer tijd voor de patiënt*. 21 juni 2023.
- Ministerie van VWS. *Kamerbrief Onderzoek casemanagement dementie*. 2024.
- Ministerie van VWS. *Kamerbrief over toegankelijkheid van huisartsenzorg, met o.a. bijlage 'Rapport Selecteren voor de Toekomst - Iedereen een Huisarts'*. 5 november 2025.
- Ministerie van VWS. *Kamerbrief Versterking Eerstelijnszorg*. 25 oktober 2024.
- Ministerie van VWS. *Kamerbrief Versterking van de eerste lijn ministerie aan Kamer*. 2023.
- Ministerie van VWS. *Kamervragen huisartsentekort*. 15 april 2024.
- Ministerie van VWS. *Kamervragen over de kwalijke praktijken van commerciële overnames van huisartsenpraktijken*. 1 juni 2023.
- Ministerie van VWS. *Visie eerstelijnszorg 2030*. 2023.
- Ministerie van VWS. *WOZO. Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. 2022.
- Moschogianis, Susan, Sarah Darley, Tessa Coulson, Niels Peek, Sudeh Cheraghi-Sohi, en Benjamin C. Brown. 'Seven Opportunities for Artificial Intelligence in Primary Care Electronic Visits: Qualitative Study of Staff and Patient Views'. *The Annals of Family Medicine* 23, nr. 3 (2025): 214-22. <https://doi.org/10.1370/afm.240292>.

- Mulder, Lianne. *Selecteren voor de Toekomst - Iedereen een Huisarts*. 2025.
- Nationale Zorggids. *Huisartsen woest Menzis schaft deel vergoeding praktijkverpleegkundigen af*. 12 juli 2024.
- Nationale Zorggids. *Huisartsengroepen pleiten voor kostendekkende tarieven*. 10 juli 2024.
- NFU. *Gezamenlijke aanpak om tekorten extramurale artsen op te lossen*. 28 maart 2024.
- NHG. *Naar Toekomstbestendige Organisatie Huisartsenzorg*. 2024.
<https://www.nhg.org/wp-content/uploads/2024/03/Rapport-Naar-Toekomstbestendige-Organisatie-Huisartsenzorg.pdf>.
- NHG. *rapport zet in op toekomstbestendige huisartsenzorg - ICT-health Het officiële kennisplatform voor zorginnovatie*. 2024.
- Nieuwsbrief Zorg en Innovatie. *Waarom het prima is dat huisartsen minder visites doen*. 18 december 2024.
- Nivel. *Aantal praktijkondersteuners in de huisartsenzorg sinds 2016 verdubbeld*. 2023.
- Nivel. *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. 2018.
- Nivel. *Burgers zijn in 2023 tevreden over hoe de huisarts hen bejegt, wel zien meer burgers af van zorg vanwege d.* 2024.
- Nivel. *Cijfers beroepsgroep huisartsen*. 2025. <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-beroepsgroep-huisartsen>.
- Nivel. *Commercial chains in general practice*. 2023.
- Nivel. *Daling van het aantal huisbezoeken aan ouderen door huisartsen*. 2025.
- Nivel. *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022. Toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets*. 2023.
- Nivel. *De praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (POH) in beeld: inzicht in de omvang en samenstelling van de POH-beroepsgroep in Nederland*. NIVEL, 2023.
- Nivel. *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013*. 2025.
- Nivel. *Druk op de huisartsenpraktijken onverminderd hoog*. 2025.
- Nivel. *Frequente gebruikers van de huisartsenspoedpost hebben vaak contact vanwege psychische problemen*. 2024.
- Nivel. *Huisartsen en praktijken in kaart. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken; trends tot en met 2023/2024*. 2025.
- Nivel. *Huisartsen leggen steeds minder visites af*. 2024.
- Nivel. *Huisartsenzorg nog steeds overbelast maar minder problemen met ANW-diensten uit de Huisartsenpraktijkenenquête*. 2024.
- Nivel. *Impact coronapandemie op huisartsenzorg meer korte consulten met de huisarts en meer contact met de praktijkondersteuner GGZ minder visites 1*. 2023.
- Nivel. *In 2023 vaker naar de huisarts en minder vaak de huisarts aan huis*. 2024.
- Nivel. *Infographic commerciële HA zorg*. 2023.
- Nivel. *Infographic. Zorggebruikers zouden meer huisartsenzorg en thuiszorg digitaal willen ontvangen. Nivel IZA-monitor: beweging naar een sterkere eerste lijn*. 12 november 2025. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/infographic-zorggebruikers-zouden-meer-huisartsenzorg-en-thuiszorg-digitaal-willen>.
- Nivel. *IZA-monitor laat zien dat de eerste lijn vol in beweging is*. 2025.
- Nivel. *Jaarcijfers huisartsenspoedposten 2023 ouderen maken steeds minder vaak gebruik van de huisartsenspoedpost 1*. 2024.

- Nivel. *Jaarcijfers huisartsenzorg 2024. Het aantal consulten bij de POH-GGZ blijft toenemen.* 2025.
- Nivel. *Kennisvraag- Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen.* 2024.
- Nivel. *Ketenpraktijken hoe verhouden deze zich tot andere organisatievormen 1.* 2024.
- Nivel. *Ketens in de huisartsenzorg hoe monitoren we ze.* 2024.
- Nivel. *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen.* 2014.
- Nivel. *Minder mensen met een depressie in de basis- of specialistische GGZ bij huisartspraktijken waar de POH-GGZ veel wordt ingezet.* 2024.
- Nivel. *Nivel Huisartsenpraktijkenenquête 2024.* 2025.
- Nivel. *Nivel-cijfers huisartsen en huisartsenpraktijken: aantal, samenstelling, arbeidsmarkt en meer. Nivel Beroepenregistraties in de Zorg.* 2025. <https://www.nivel.nl/nl/beroepenregistraties-de-gezondheidszorg/nieuw-nivel-cijfers-huisartsen-en-huisartsenpraktijken>.
- Nivel. *Ook na de coronapandemie wordt in de huisartsenzorg lering getrokken uit veranderingen die tijdens de pandemie zijn doorgevoerd 1.* 2023.
- Nivel. *Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg Van solopraktijk naar keten.* 2023.
- Nivel. *Overgangsklachten in de huisartsenpraktijk meer consulten, meer hormonen.* 21 oktober 2025.
- Nivel. *Palliatieve zorg in Nederland. Kenmerken van de populatie en gebruik van ziekenhuis- en huisartsenzorg in 2023.* 2025.
- Nivel. *Praktijkenenquête Huisartsenzorg 2023.* 2024.
- Nivel. *Praktijkenenquête Huisartsenzorg 2024.* 2025.
- Nivel. *Private Equity: een risico voor de huisartsenzorg?* 2024.
- Nivel. *Validiteit en betrouwbaarheid van de SMS-metingen uit het landelijk tijdsbestedingsonderzoek onder huisartsen.* 2016.
- Nivel. *Voorstudie voor een SMS-gebaseerd tijdsbestedingsonderzoek (TBO) onder huisartsen.* 2013.
- Nivel. *Waar wil de (jonge) huisarts werken? Resultaten van een enquête naar de voorkeursregio's voor opleiding en werk van aios en pas afgestudeerde huisartsen.* 2025. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/waar-wil-de-jonge-huisarts-werken-resultaten-van-een-enquete-naar-de-voorkeursregios>.
- Nivel. *Wijzigen triagecriteria bij het toekennen van urgentieniveau op de huisartsenspoedpost heeft wisselende effecten.* 2024.
- Nivel. *Zorg voor chronische aandoeningen verschuift van medisch specialist naar huisarts.* 2025.
- Nivel. *Zorggebruik door 65-plussers in de eerste lijn.* 2023.
- Nivel. *Zorgverleners zien multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg als basis om farmaceutische zorg te versterken.* 2024.
- NOS Nieuws. *Huisartsentekort? Er zijn meer huisartsen dan ooit.* 15 oktober 2023.
- NOS Nieuws. *Huisvestingsteams helpen huisartsen zoeken naar spaarzame ruimte voor praktijk.* 3 november 2024.
- NRC Handelsblad. *AI helpt de huisarts maar tijdwinst die is er niet is het eerlijke antwoord.* 27 april 2025.

- NRC Handelsblad. *De dokter zit straks gewoon in je achterzak- de digitalisering in de huisartsenzorg*. 13 juni 2023.
- NTVG. *De HAP altijd toegankelijk?* juni 2024.
- NTVG. *Hoe houden we de huisartsenzorg toegankelijk?* februari 2024.
- NU.nl. *Voor een tandarts of huisarts in de buurt sta je steeds vaker voor dichte deur*. 16 november 2023.
- NVDA. *Functieprofielen Doktersassistent verbeterd Nieuwe functie in schaal 6*. 26 augustus 2024.
- NVvPO. *Zorgwekkende uitstroom onder POH vraagt om aandacht*. 2023.
- NZa. *Advies Bekostiging meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg*. 2023.
- NZa. *Bekostiging ondersteunt zorg op maat voor kwetsbare patienten*. 2024.
- NZa. *Beleidsregel experiment patientengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg - BRREG-24152*. 2024.
- NZa. *Brief Verkenning regulering doorverkoop ANW-diensten huisartsen*. 2023.
- NZa. *Monitor Toegankelijkheid van zorg*. 2024.
- NZa. *Monitors toegankelijkheid van zorg*. 2022.
- NZa. *Resultaten kostprijsonderzoek huisartsenzorg 2025*. 2024.
- NZa. *Stand van de zorg 2022*. 2023.
- NZa. *Stand van de zorg 2023*. 2023.
- NZa. *Stand van de zorg 2024*. 2023.
- NZa. *Stand van de zorg 2025*. 2025.
- NZa. *Stepped care en regionale verschillen in artrosezorg, een analyse van de zorg voor knie- en heupartrose in de huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedie*. 2025.
- NZa en Zorginstituut Nederland. *Advies Sectoroverstijgende presentatie*. 2024.
- O'Sullivan, Belinda, Matthew McGrail, Tiana Gurney, en Priya Martin. 'A Realist Evaluation of Theory about Triggers for Doctors Choosing a Generalist or Specialist Medical Career'. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, nr. 22 (2020): 8566. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228566>.
- Pereira Gray, Denis J, Kate Sidaway-Lee, Eleanor White, Angus Thorne, en Philip H Evans. 'Continuity of Care with Doctors—a Matter of Life and Death? A Systematic Review of Continuity of Care and Mortality'. *BMJ Open*, juni 2018.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg*. 2023. <https://www.raadrvs.nl/documenten/2023/04/04/de-basis-op-orde>.
- Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). *Registerdata*. 2025.
- Remers, Toine. *Enhancing streamlining and affordability of care for patients with multimorbidity*. 2024.
- *Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan in projectnummer 9071 op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek*. 2025.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Informatie over Volksgezondheid en Zorg*. 2025. <https://www.vzinfo.nl>.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024*. 2024. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl>.
- RTL Nieuws. *Niet naar je eigen huisarts verwijzing naar digitale dokter is in opkomst*. 12 oktober 2024.

- SBOH. *Brief suggesties regeerakkoord vergroten instroom extramurale artsenberoepen*. 18 januari 2024.
- SBOH. *Jaarbeeld SBOH: feiten en cijfers aios 2023*. 2024.
- Skipr. *Meerdere artikelen*.
- SSFH. *Nieuwe regionale pilot zorgt voor meer doktersassistenten in de huisartsenzorg*. 3 december 2025.
- Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH). *Dataset pensioenbestand*. 2025.
- The Guardian. *Seeing same GP 'improves patient health and cuts workload of doctors'*. 23 februari 2024.
- Tweede Kamer. *Antwoord Kuipers op vragen van het lid Dijk over bericht dat ruim twee op de drie huisartsen een patiëntenstop hebben*. 27 november 2023.
- Tweede Kamer. *Verslag van een schriftelijk overleg. Eerstelijnszorg*. 2024.
- Vektis. *Dataset zorggebruik*. 2025.
- Vektis. *Huisartsendashboard*. 2025. <https://www.vektis.nl/huisartsenzorg/dashboard/>.
- VWS. *Min Aanbieding onderzoek naar financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra CZ-1074606 A*. 2024.
- Werkgroep Huisvesting. *Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra*. 2023. <https://open.overheid.nl/documenten/074319dc-edac-4128-b9ae-a0e50d8a0ac2/file>.
- Werkgroep 'Meer extramurale artsen'. *Actieplannen Meer Extramurale Artsen 2024*. 2024.
- ZN. *Samen werken aan acute zorg. Visie Zorgverzekeraars Nederland op de acute zorg*. 2022.
- ZN. *Visie op toekomst bestendige Huisartsenzorg*. 2024.
- Zorginstituut Nederland. *Notitie Wel of niet vergoeden digitale huisartsenzorg uit basispakket*. 2023.
- Zorginstituut Nederland / GIP Databank. *GIP Databank Polyfarmacie*. 12 december 2025.
- Zorgvisie. *Meerdere artikelen*.

**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