

Capaciteitsplan 2027-2030

Verantwoording

Basisartsen

Capaciteitsplan 2027-2030

Verantwoording

Basisartsen



Colofon

Dit is een rapport van het Capaciteitsorgaan

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

December, 2025

Inhoud

1	Inleiding	1
1.1	Ramingsmodel toegepast voor basisartsen	1
1.2	De vijver aan basisartsen	4
1.3	Clusters van specialismen waarin basisartsen werkzaam zijn	6
1.4	Werkwijze raming	7
1.5	Opbouw van dit rapport	9
2	Aanbod basisartsen in het basisjaar	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Aantal BIG-geregistreerde en werkzame basisartsen	11
2.3	Nadere analyse werkzame (basis)artsen	13
2.3.1	Basisartsen naar clusters van specialismen	13
2.3.2	Basisartsen naar leeftijd	18
2.3.3	Conclusie samenstelling vijver werkzame basisartsen	20
2.4	Het aantal fte werkzamen	20
2.4.1	Hoeveel uur in een fte	21
2.4.2	Berekening fte factor	22
3	Tekorten vraag en aanbod basisartsen basisjaar	26
3.1	Inleiding	26
3.2	Tekorten basisartsen in zorgpraktijk en preventie	27
3.2.1	Werkgeversonderzoek 2024	27
3.2.2	Textkernel	29
3.3	Tekorten vraag en aanbod aios basisjaar	32
3.3.1	Onvervulde opleidingsplekken	32
	Conclusie parameterwaarde onvervulde vraag	34
4	Verwacht aanbod basisartsen evenwichtsjaar	35
4.1	Inleiding	35
4.2	Algemene contextuele ontwikkelingen	35
4.3	Geneeskundeopleiding: instroom, duur en intern rendement	37
4.3.1	Context	37
4.3.2	Instroom geneeskunde	38
4.3.3	Intern rendement en opleidingsduur	39
4.4	Buitenlandse instroom	42
4.5	Extern rendement en uitstroom basisartsen	44
4.5.1	Extern rendement 1, 5, 10 en 15 jaar	44
4.5.2	Uitstroom	46
4.6	Verwacht fte	48
5	Verwachte vraag basisartsen evenwichtsjaar	51
5.1	Inleiding	51
5.2	Demografische vraag naar basisartsen	53

5.3	Verwachte vraag naar aios	54
5.4	Basisartsen van de toekomst breder inzetbaar	54
5.4.1	Effecten zorgakkoorden op zorgvraag nog niet tastbaar	55
5.4.2	Geneeskunde opleiding leidt artsen meer generiek op	56
5.5	Verklarende mechanismen voor de vraag naar anios	57
5.5.1	De aniosplek als opstap voor de vervolgopleiding	57
5.5.2	Bijdrage anios aan de praktijk van zorg en preventie	58
5.6	Verwachte vraag naar basisartsen in praktijk zorg en preventie	59
5.6.1	Verwachte vraag basisartsen cluster 1	59
5.6.2	Verwachte vraag aios en anios cluster 2	61
5.6.3	Verwachte vraag basisartsen cluster 3	63
5.7	Conclusie parameterwaarde niet-demografische ontwikkelingen	65
6	Balans tussen vraag en aanbod basisartsen	66
6.1	Inleiding	66
6.2	Doorrekening afgeleide parameterwaarden	66
6.3	Overwegingen bij advies aantal studenten geneeskunde	68
6.3.1	Overwegingen van onzekerheid en realiteit	68
6.3.2	Overwegingen van haalbaarheid en eventuele alternatieve beleidsscenario's	69
	Literatuurlijst	71
Bijlage 1	Definities gehanteerde begrippen in het ramingsmodel en parameterwaarden	75
Bijlage 2	Verslagen expertsessies	78
Expertessie 1	Lange termijn ontwikkelingen inzet anios/basisartsen	78
Expertessie 2	Ontwikkelingen toekomstig aanbod basisartsen	79
Expertessie 3	Inzet anios/basisartsen in de sociale geneeskunde/ jeugdgezondheidszorg	82
Expertessie 4	Inzet anios/basisartsen in de medisch-specialistische zorg	84
Bijlage 3	Samenstelling Werkgroep en Adviesgroep basisartsen	87

1 Inleiding

In dit document beschrijven we hoe de raming van basisartsen is uitgevoerd en welke keuzen daarbij zijn gemaakt. Deze raming gaat over artsen die geen specialist zijn; ook wel basisartsen genoemd. Het zijn de artsen die de masteropleiding geneeskunde hebben afgerond en in het BIG-register (alleen) als arts staan genoteerd (artikel 3 BIG). Op de precies te hanteren terminologie gaan we verderop in dit rapport nader in.

De raming van basisartsen is nodig voor het advies over de numerus fixus voor de bacheloropleiding geneeskunde en overige instroom in de geneeskunde. Op dit moment bekostigt het ministerie van OCW 3.015 opleidingsplekken: 2.750 numerus fixus bachelor, 175 zijinstroom en 90 plekken onderzoeksmasters geneeskunde. Dit jaar verrichten we voor het eerst een volledige raming van basisartsen. De raming 2025 is daarom te zien als een richtinggevende raming. Het is een 0-meting waar we in komende ramingen op voort bouwen.

In een raming kijken we vooruit naar verwachte ontwikkelingen waar we nu al op in moeten spelen om in de toekomst voldoende basisartsen te hebben. Eerst lichten we hier het ramingsmodel toe. Vervolgens geven we aan hoe we dit ramingsmodel toepassen voor basisartsen.

1.1 Ramingsmodel toegepast voor basisartsen

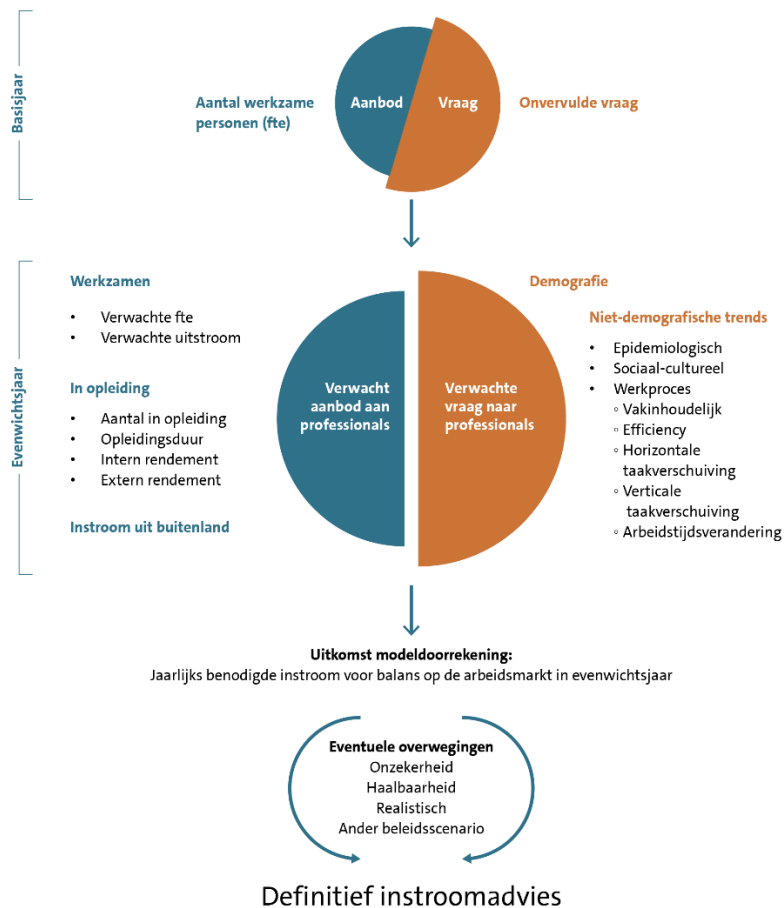
De centrale onderdelen in het ramingsmodel zijn vraag en aanbod van basisartsen in het basisjaar (2025) en de verwachte vraag en het verwachte aanbod in een toekomstig evenwichtsjaar (2043). Voor het basisjaar brengen we de bestaande balans tussen vraag en aanbod in kaart; deze komt tot uiting in de *onvervulde vraag*. Daarbij baseren we ons op data die op januari 2025 beschikbaar is.

Vervolgens geven we een inschatting van de *verwachte vraag* en *het verwachte aanbod* aan basisartsen. De vraag is in welk jaar balans tussen vraag en aanbod moet ontstaan. Vanwege de relatief lange opleidingstijd van geneeskunde alsmede de behoefte aan geleidelijke veranderingen en het inspelen op structurele ontwikkelingen, kiezen we hier voor een periode van 18 jaar. Ook voor de gespecialiseerde artsen hanteert het Capaciteitsorgaan veelal een evenwichtsperiode van 18 jaar.¹

Figuur 1.1 geeft het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan vereenvoudigd weer.

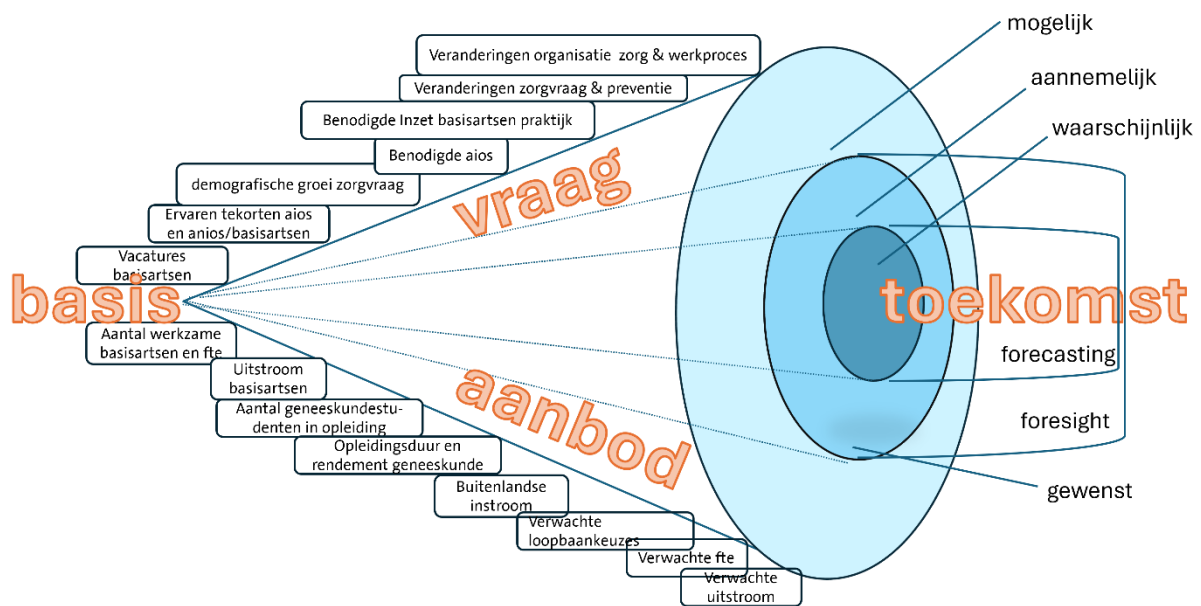
¹ Voor de sociale geneeskunde en arts VG is mede vanwege de urgentie gekozen voor een periode van 12 jaar.

Ramingsmodel Capaciteitsorgaan



Figuur 1.1 Vereenvoudigde weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan

Op basis van de doorrekening van het model en een aantal overwegingen komen we tot een definitief instroomadvies. Dat is nader toegelicht in Figuur 1.2.



Figuur 1.2 Mogelijke toekomstbeelden op basis van ramingsmodel basisartsen

Links in Figuur 1.2 staat de (dis)balans tussen bestaande vraag en aanbod in het basisjaar. Deze is in kaart te brengen met behulp van beschikbare feitelijke data per januari 2025. Hoe meer we bewegen naar de toekomst, hoe meer onzeker de informatie is waar we ons op baseren. Rechts in Figuur 1.2 staan diverse toekomstbeelden. We weten namelijk niet precies hoe de toekomst er over 18 jaar uitziet; daar maken we een inschatting van. Een robuust instroomadvies speelt in op deze mogelijke toekomstbeelden. Bij waarschijnlijke toekomstbeelden trekken we trends uit het verleden door naar de toekomst (i.e., forecasting). Bij 'foresight' houden we ook rekening met aannemelijke toekomstbeelden en veranderingen in gedrag ten opzichte van het verleden.²

Het ramen van basisartsen verschilt van andere ramingen van het Capaciteitsorgaan omdat de meeste basisartsen niet hun hele leven alleen arts artikel 3 BIG blijven. Het aantal basisartsen dat tot hun pensioen alleen arts blijft en geen specialist wordt (i.e., artikel 14 BIG), is gering. Voor de meeste artsen is het werk als anios een tussenfase op weg naar aios en een functie als specialist. Het werk van anios kenmerkt zich door diverse tijdelijke werkplekken in verschillende organisaties en/of afdelingen. Zo doet de anios werkervaring op als arts en ontdekt wat voor werk hij/zij wil doen en/of stroomt na verloop van tijd door als aios in een vervolgopleiding. Aios zijn in opleiding én blijven gedurende de opleiding werkzaam als basisarts. De aios die de vervolgopleiding tot specialist afrondt, stroomt uit als specialist en is geen basisarts meer. Voor de basisarts hanteren we daarom de leeftijdsgrens van 45 jaar. De basisarts staat aan het begin van zijn loopbaan en is tijdelijk aan het werk als anios of in opleiding tot specialist. Een andere categorie basisartsen is de (promotie)-onderzoeker. Tijdens het onderzoek doen, behoudt de onderzoeker zijn BIG-registratie.

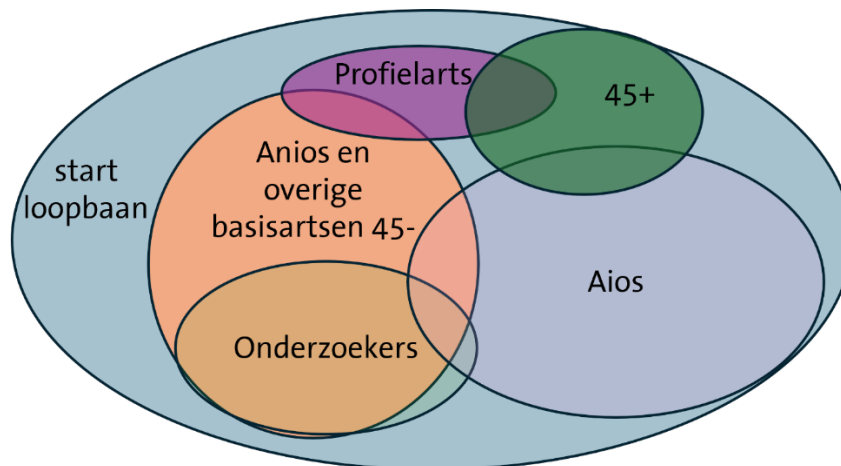
² [The Futures Cone, use and history – The Voroscope](#)

Voor het bepalen van hoeveel geneeskundestudenten nodig zijn, is het van belang dat er voldoende basisartsen zijn voor het opleiden van specialisten. In het verleden is het instroomadvies geneeskunde dan ook bepaald op basis van enkel hoeveel basisartsen nodig zijn voor deze opleidingsplekken. De vraag naar aios is dan eenvoudig af te leiden uit de afgegeven instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan voor geneeskundig specialisten.

De afgelopen jaren is steeds duidelijker geworden dat de bijdrage van basisartsen aan patiëntenzorg en preventie onmisbaar is. Dat geldt zowel voor de artsen die in opleiding zijn, de aios, als voor de anios. De organisaties in zorg en preventie kunnen niet meer zonder de inzet van deze basisartsen. Daarbij hebben instellingen meer mogelijkheden voor het aanstellen van anios dan van aios. Voor het krijgen van een aios zijn ze afhankelijk van de wijze waarop landelijk beschikbare aiosplekken worden toebedeeld aan instellingen. De steeds nieuwe aanwas van anios vervult als het ware een 'vaste flexibele schil' in de formatie. Vanwege de hoge doorstroming naar een andere artsenbetrekking wordt deze tijdelijke formatie steeds weer opnieuw aangevuld. In deze raming houden we daarom ook rekening met de benodigde inzet van basisartsen in (patiënten)zorg en preventie.

1.2 De vijver aan basisartsen

Kenmerkend voor basisartsen is dat ze tijdelijk inzetbaar zijn in de praktijk. In de vijver van basisartsen bevinden zich de artsen die zijn ingeschreven in het BIG-register als artikel 3 BIG en die niet in het specialistenregister voorkomen. Het zijn artsen die de masteropleiding geneeskunde hebben afgerond en/of artsen die in het buitenland hun initiële opleiding hebben gevolgd. In de onderstaande vijver onderscheiden we de volgende subgroepen (Figuur 1.3).



Figuur 1.3: De samenstelling van de vijver van basisartsen

De focus in deze raming ligt op de aios en anios vanwege hun inzet in de praktijk. In de gebruikte bronnen zijn deze basisartsen echter niet altijd te onderscheiden van andere basisartsen. We lichten de verschillende categorieën hieronder toe.

Aios

Dit zijn de artsen die in opleiding zijn tot specialist. De gegevens over het aantal aios zijn beschikbaar via RGS.³ Onder de aios vallen zowel degenen die in opleiding zijn tot specialist als degenen die in opleiding zijn tot profielarts/arts KNMG. Het overgrote deel van de aios is jonger dan 45.⁴ Oudere aios zijn vooral degenen die eerder een vervolgopleiding hebben gedaan, een vervolgopleiding erbij doen en/of van specialisme veranderen. De aios is een basisarts die behalve in opleiding voor een groot deel van de werktijd werkzaam is in de praktijk van zorg en preventie.

Anios tijdelijk werkzaam in zorg en preventie

Naast de aios is er een grote groep van basisartsen te onderscheiden die vaak vanuit een tijdelijke aanstelling een half jaar tot twee jaar in een organisatie voor zorg of preventie werkt. Dit is de groep die – vooral in ziekenhuizen – bekend staan als anios. In de databestanden van het CBS is deze groep basisartsen niet te scheiden van de aios of van onderzoekers (zie hierna). Dat maakt dat de omvang van deze groep moeilijk precies is af te bakenen. We rekenen daarom grofweg tot deze groep in ieder geval de jongere artsen (45-) die aan het begin van hun loopbaan staan en geen aios zijn. We gaan ervan uit dat anios voor een bepaalde tijd beschikbaar zijn voor werk in de praktijk.

Het onderzoek basisartsen⁵ maakte een onderscheid naar twee soorten anios. Aan de ene kant zijn er de anios die na hun geneeskundeopleiding zeker weten dat ze een vervolgopleiding gaan doen tot specialist of arts KNMG. Zij zijn veelal doelgericht bezig met het vervullen van tijdelijke werkplekken gericht op het verkrijgen van een gewenste opleidingsplek. Aan de andere kant zijn er anios die twijfelen over een vervolgopleiding en zoekende zijn naar een voor hen passend loopbaanperspectief. Dat kan een vervolgopleiding zijn, maar het kan ook een andere (arts)functie zijn. Meer dan de doelgerichte artsen zoeken zij naar persoonlijke (regel)ruimte en hoe het leven als arts of specialist is.

Onderzoeker

Een deel van de basisartsen is (ook) tijdelijk onderzoeker. Zo telden we in het onderzoek basisartsen in 2023 935 onderzoekers. Van deze onderzoekers is op dat moment ook 17% in opleiding tot specialist. Van de onderzoekers identificeerde 22% zich op dat moment ook als anios. In totaal was drievijfde van de onderzoekers geen aios én geen anios.⁶ Het overgrote deel van de onderzoekers blijkt jonger dan 45 jaar. Omdat in data de onderzoekers als groep nauwelijks zijn te onderscheiden van de anios, zijn de onderzoekers gezien als een deelverzameling binnen de anios en overige basisartsen.

Van de onderzoekers is het overgrote deel tijdelijk onderzoeker ten behoeve van promotieonderzoek. De regels tot herregistratie⁷ bepalen dat degenen die als tijdelijk onderzoeker promotieonderzoek

³ <https://www.knmg.nl/download/overzicht-aantal-aiossen-per-specialisme-profiel>

⁴ Aan de Loopbaanmonitor Medisch Specialist 2024 deden 2367 aios mee, waarvan er 5 ouder waren dan 45 (0,2%). Aan het onderzoek basisartsen deden 2.815 aios mee; daarvan waren er 45 ouder dan 45 (1,6%). In het RGS (5-1-2024) vinden we op een totaal van 10.431 aios 303 aios die ouder zijn dan 45; het overgrote deel (88%) daarvan bevindt zich in cluster 3 (bedrijfsgeneeskunde, arts M+G of verzekeringsgeneeskunde). De gemiddelde leeftijd van de aios in de medisch specialistische zorg is de afgelopen jaren gestegen van 31,5 in 2015 naar 32,6 in 2024.

⁵ Capaciteitsorgaan en Nivel(2024). Wat beweegt de basisarts. Verder ook naar te refereren als Onderzoek basisartsen.

⁶ Capaciteitsorgaan en Nivel (2024). Wat beweegt de basisarts (2024); bijlage tabellenboek, tabel 0.11.

⁷ RGS. Eisen tot herregistratie basisarts. [BIG-registratie | KNMG](#)

doen als arts geregistreerd kunnen blijven. Van de onderzoekers die geen anios zijn en geen aios zijn, is te verwachten dat ze in principe niet beschikbaar zijn voor inzet in de zorg- en preventiepraktijk.

Artsen KNMG (profielartsen)

De profielartsen worden ook wel arts KNMG genoemd en onderscheiden zich van andere artsen doordat ze een erkende vervolgopleiding hebben gedaan en met een vaste aanstelling langer op een bepaalde plek blijven werken. Sommige profielopleidingen zijn bekostigd; andere niet. De profielartsen blijven na afronding van de opleiding geregistreerd als arts artikel 3 BIG in het BIG-register. Dat maakt dat de artsen KNMG moeilijk zijn te onderscheiden van basisartsen. Ook in de CBS Statline data zijn de profielartsen niet te onderscheiden van andere basisartsen. Profielartsen zijn zowel van de leeftijdscategorie 45- als 45+. De meeste profielartsen zijn te vinden in de sociale geneeskunde en dan binnen de tak Maatschappij & Gezondheid. Er zijn echter ook profielopleidingen voor bijvoorbeeld de verslavingsartsen en de artsen in de ziekenhuisgeneeskunde. De SEH-artsen behoorden tot voor kort tot de profielartsen/artsen KNMG. Omdat de SEH-artsen inmiddels zijn erkend als specialisme, rekenen wij ze in deze raming niet meer tot de profielartsen.

Ervaren artsen 45+

Behalve de profielartsen zijn er meer artsen die gewoon als arts blijven werken ook als de leeftijd toeneemt. Kenmerkend voor de ervaren arts 45+ is dat deze waarschijnlijk een (meerjarige) vaste baan heeft als arts en niet meer snel wisselt van baan. Daarmee onderscheidt de ervaren arts zich van de anios met een tijdelijke baan. De categorie artsen 45+ staat in tegenstelling tot de basisartsen niet meer aan het begin van hun loopbaan. Tot deze categorie artsen 45+ behoren ook de artsen die als specialist zijn gestopt en/of zich kwalificeren voor een ander specialisme. In de data over de praktijk is de categorie ervaren artsen 45+ niet altijd te onderscheiden van anios en overige basisartsen. De artsen zijn eigenlijk vanwege hun ervaring geen basisarts meer te noemen.

Elders werkzaam en/of niet werkzaam als arts

Er zijn artsen die werken in zorg en welzijn, maar niet in een functie als arts. Het betreft bijvoorbeeld (blijvende) onderzoekers, artsen die (gedeeltelijk) werken in het onderwijs, management en/of artsen die leidinggeven binnen de zorg waardoor hun BIG-registratie op den duur vervalst. Daarnaast zijn er artsen die elders, buiten directe zorg en preventie werkzaam zijn of in het buitenland. De categorie in CBS Statline 'buiten de zorg' omvat ook zorgverwante sectoren die wij hier wel tot de gezondheids- en welzijnssector rekenen zoals GGD's. Daarnaast kan het gaan om artsen die werkzaam zijn bij de overheid, in de ict branche of die werkzaam zijn als adviseur. Wanneer zij niet werkzaam zijn als arts, zullen zij op den duur hun BIG-registratie verliezen en uitstromen uit de vijver van artsen.⁸

1.3 Clusters van specialismen waarin basisartsen werkzaam zijn

In eerdere adviezen van het Capaciteitsorgaan over de instroom in geneeskunde stond centraal het aantal benodigde basisartsen voor het krijgen van voldoende aios. In deze raming is daarbij gekomen de inzet van basisartsen in de zorg- en preventiepraktijk. Dat betekent dat we met meer

⁸ CBS (2023). *Beroepen binnen en buiten zorg en welzijn: Een vervolg op het onderzoek kwalificaties in zorg en welzijn*.

factoren rekening houden in dit richtinggevend advies over het aantal benodigde studenten geneeskunde.

De bijdrage van basisartsen aan de praktijk van zorg en preventie brengen we in kaart met behulp van de te onderscheiden clusters van specialismen waar artsen werkzaam zijn: cluster 1, cluster 2 en cluster 3.⁹

- Tot cluster 1 behoren (onder andere) specialismen in de eerstelijnszorg. Onder dit cluster valt de huisartsgeneeskunde, arts VG en ouderengeneeskunde. Ook de verslavingsarts KNMG valt onder dit cluster, evenals de KNMG-artsen tropengeneeskunde en de cosmetische geneeskunde. Deze laatste twee worden door het Capaciteitsorgaan niet geraamd.
- Tot cluster 2 medisch specialistische zorg behoren de medisch specialismen in de tweede lijn zoals ziekenhuizen, umc's en ggz-instellingen die aanbieden. Ook de ziekenhuisarts (een niet bekostigde profielopleiding arts KNMG) rekenen we tot dit cluster.
- Cluster 3 sociale geneeskunde. Binnen het derde cluster is een onderscheid aan te brengen tussen de specialismen op het gebied van Arbeid en Gezondheid (bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde) en Maatschappij en Gezondheid. De Forensische geneeskunde behoort ook tot cluster 3. Binnen het cluster Maatschappij en Gezondheid is een nader onderscheid te maken naar artsen KNMG en specialisten M+G.¹⁰

Het onderscheid tussen deze clusters is nodig omdat de verwachting is dat de inzet van basisartsen binnen deze clusters verschilt. Dat betekent dat we in de raming waar nodig een uitsplitsing maken naar deze drie clusters van specialismen. Het is bij deze eerste richtinggevende raming nog te vroeg om voor de verschillende clusters aparte ramingen te maken. Veel gegevens zijn nog niet bekend en ook zijn trends over de jaren heen nog niet af te leiden. In volgende ramingen is de data verder te verfijnen en is het mogelijk gerichte vervolgonderzoeken doen om betere data te krijgen over basisartsen in de verschillende clusters. Hoe vaker de raming is gedaan, hoe meer het mogelijk zal zijn aantallen te specificeren en onderlinge verbanden in te schatten.

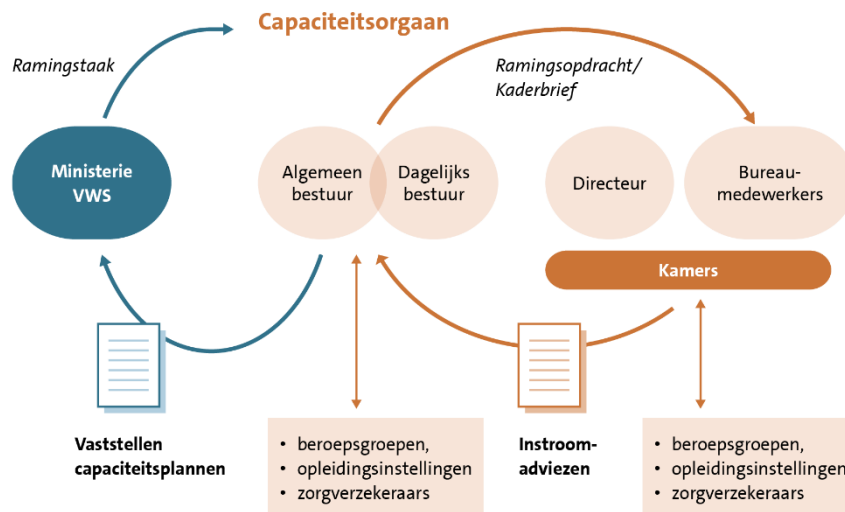
1.4 Werkwijze raming

Het Capaciteitsorgaan ontvangt de opdracht tot raming van het ministerie van VWS. Ten opzichte van VWS heeft het Capaciteitsorgaan een onafhankelijke positie: de wijze waarop de raming plaatsvindt, is aan het Capaciteitsorgaan. Figuur 1.4 geeft aan hoe diverse veldpartijen zich verhouden tot het Capaciteitsorgaan. De beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars zijn vertegenwoordigd in een zogenaamde Kamer die voor specifieke beroepsgroepen raamt. Daarnaast zijn deze drie soorten veldpartijen ook lid van het algemeen bestuur. Het algemeen bestuur kijkt meer overkoepelend naar de capaciteitsplannen en stelt deze formeel vast.

⁹ De clusterindeling is afgeleid van de indeling in clusters van specialismen van het CGS. <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/wat-zijn-clusters>

¹⁰ Als Capaciteitsorgaan beschikken we niet over informatie van al deze artsen. Het Capaciteitsorgaan verricht ramingen voor huisartsgeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde, arts VG, verslavingsarts, medisch specialisten en specialisten en profielartsen in de sociale geneeskunde.

Taak en samenstelling van het Capaciteitsorgaan



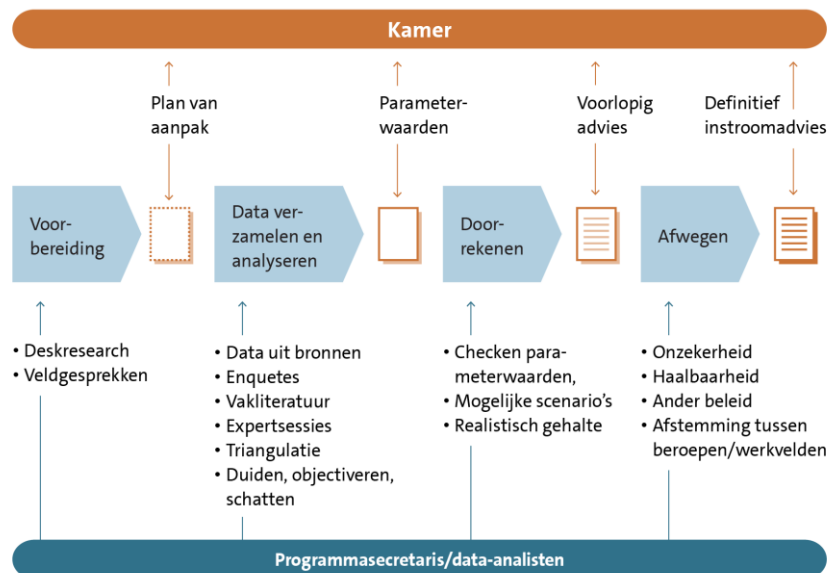
Figuur 1.4: Taak en samenstelling van het Capaciteitsorgaan

Voor de basisartsen is geen aparte Kamer ingericht en is voor deze raming gewerkt met een werkgroep en een adviesgroep waarin verschillende veldpartijen zijn vertegenwoordigd.¹¹

De rolverdeling tussen bureau en Kamer is weergegeven in Figuur 1.5. Aan het begin van de ramingsperiode ontwikkelt de bureaumedewerker een plan van aanpak voor de start van de raming en de dataverzameling. Elke (vervolg)stap en tussentijdse resultaten liggen ter bespreking voor in de Kamer, in dit geval de werkgroep en de adviesgroep.

¹¹ Zie voor de samenstelling van de Werkgroep en de Adviesgroep Bijlage 3.

Ramingsproces



Figuur 1.5: Taakverdeling tussen bureau en Kamer/werkgroep en adviesgroep

1.5 Opbouw van dit rapport

Dit rapport gaat in op de verschillende parameters van het ramingsmodel en verantwoordt hoe de waarden voor de parameters zijn afgeleid. Waar nodig gaan we in op de verschillende soorten basisartsen en de verschillende loopbaanstappen. De focus in de raming licht dan op (zie Tabel 1.1):

Tabel 1.1: Aandachtspunten raming basisartsen

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Geneeskunde opleiding			
Aios			
Anios en overige basisartsen			

We maken waar mogelijk onderscheid naar: de geneeskundeopleiding, de anios en de aios. Zo nodig specificeren we resultaten voor de drie clusters van specialismen. De algemene uitspraken in deze raming gaan steeds over de basisartsen als geheel. Daarbij bouwen we voort op de loopbaanpaden die zijn afgeleid uit het onderzoek basisartsen:

- 1 de anios die zich doelgericht voorbereidt op een vervolgopleiding en met name inhoudelijk gedreven is;
- 2 de anios die doelzoekend is en zich mede laat leiden door persoonlijke (regel)ruimte.

In de volgende hoofdstukken komen de verschillende elementen van het ramingsmodel aan bod zoals weergegeven in Figuur 1.1 en Figuur 1.2.

Vanuit het bestaand aanbod aan artsen (hoofdstuk 2) geven we inzicht in de on vervulde vraag in het basisjaar (hoofdstuk 3). Vervolgens staan we stil bij het verwacht aanbod (hoofdstuk 4) en de verwachte vraag naar basisartsen in het evenwichtsjaar (hoofdstuk 5). In het begin van elk hoofdstuk lichten we de dataverzameling en de gebruikte bronnen toe. De bevindingen vormen de input voor berekeningen van de waarden van de parameters in het ramingsmodel. Daarom eindigt elke paragraaf met een conclusie en een kwantificering van de waarden van parameter ten behoeve van de doorrekening van het model. We sluiten de verantwoording in hoofdstuk 6 af met de doorrekening van het ramingsmodel en de overwegingen die mede de basis vormen voor het instroomadvies.

2 Aanbod basisartsen in het basisjaar

2.1 Inleiding

Bij het aanbod aan basisartsen is een onderscheid te maken naar:

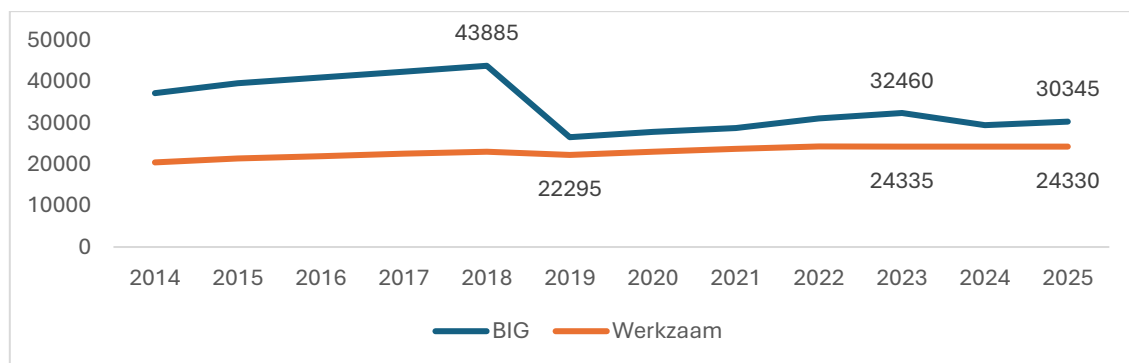
- Het aantal BIG-geregistreerden
- Het aantal werkzame basisartsen
- Het aantal fte.

De belangrijkste bronnen om inzicht te krijgen in het aanbod zijn afkomstig van het CIBG, CBS en RGS. We gebruiken voor het verfijnen van dit inzicht en het checken van de gegevens de resultaten van het werkgeversonderzoek¹² en data afkomstig van het pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW). Ook de data van ons eigen onderzoek basisartsen geeft verdiepende inzichten in bijvoorbeeld de specialismen en sectoren waar basisartsen werkzaam zijn.

Via RGS zijn gegevens verkregen over het aantal artsen KNMG en het aantal aios. Het precieze aantal anios en het aantal onderzoekers is niet bekend; daarom zullen we die aantallen moeten schatten. Zoals al aangegeven in het vorige hoofdstuk, maken we onderscheid tussen basisartsen die aan het begin van hun loopbaan staan (45-) en ervaren artsen 45+ die in de tweede helft van hun loopbaan zijn (45+). Om de artsen die nog werken te onderscheiden van degenen die met pensioen zijn, staan we ook stil bij de omvang van de leeftijdscategorie van artsen 67+.¹³ Bij het gebruik van data baseren we ons zo mogelijk op de laatste 5 jaar (2020-2025).

2.2 Aantal BIG-geregistreerde en werkzame basisartsen¹⁴

Figuur 2.1 geeft het aantal BIG-geregistreerde en het aantal werkzame (basis)artsen weer over de afgelopen 10 jaar.



Figuur 2.1 Het aantal basisartsen begin van het jaar (CBS-Stata : BIG en werkzamen)

¹² Ipsos I&O (2025). *Werkgeversonderzoek 2024*. Verder ook naar te refereren als Werkgeversonderzoek 2024.

¹³ In de aangeleverde data van RGS worden de grenzen van de leeftijden soms net wat anders gelegd waardoor er een kleine vertekening kan ontstaan.

¹⁴ Hoewel wij in dit onderzoek de raming basisartsen toespitsen op de leeftijdsgroep 45- die aan het begin van de loopbaan staat, zijn de artsen KNMG en de ervaren arts 45+ in diverse databronnen ook onder de term basisartsen geschaard. Wanneer de term basisarts in die ruime zin wordt gebruikt, maken we dat zichtbaar door (basis) tussen haakjes te plaatsen.

Figuur 2.1 laat zien dat het aantal BIG-geregistreerden meer fluctueert dan het aantal werkzamen. Dat heeft onder andere te maken met de momenten van herregistratie (respectievelijk 2018 en 2023). Vanaf 2018 is duidelijk het effect te zien van de invoering van de herregistratie voor basisartsen waardoor het aantal BIG-geregistreerde (basis)artsen fors is gedaald. Ook 5 jaar later zien we een kleine dip ontstaan mede op basis van de herregistratie in 2023. De instroom en uitstroom in de BIG-registraties van de meest recente jaren (2021-2025) laat zien dat de uitstroom in 2023 beduidend hoger ligt (4.898) dan in de COVID-jaren daarvoor (respectievelijk 110 in 2021 en 255 in 2022). In 2024 is de uitstroom 1.302. Deze fluctuatie zal eveneens te maken hebben met (uitstel van) de herregistratie in de Covidperiode.¹⁵

Van de BIG-geregistreerde (basis)artsen in 2025¹⁶ is meer dan 80% jonger dan 45; dat betekent dat zo'n 7.500 BIG-geregistreerde artsen ouder zijn dan 45. Van deze 7.500 BIG-geregistreerde artsen boven de 45 is iets meer dan de helft nog werkzaam (57%). Van het totaal aantal BIG-geregistreerde (basis)artsen is minder dan 1% ouder dan 67. Van de artsen van boven de 67 is minder dan een kwart nog werkzaam.¹⁷

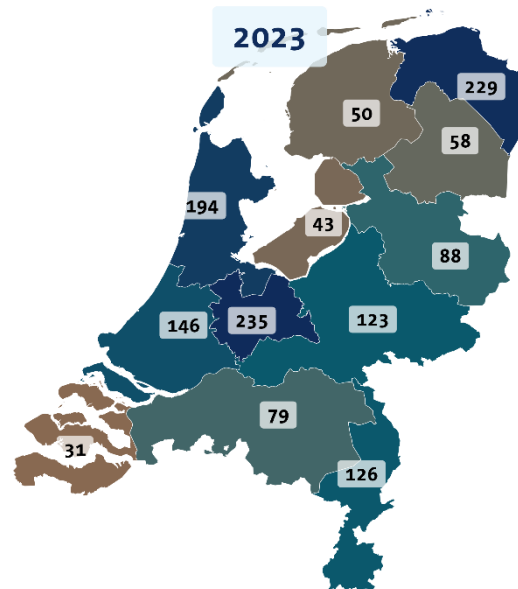
De sprongsgewijze terugloop van het aantal BIG-geregistreerde artsen heeft weinig effect gehad op het aantal werkzame (basis)artsen. Over de loop van de tijd is het aantal werkzamen redelijk stabiel gebleven en sinds 2018 iets gestegen. Vanaf 2022 lijkt er een stabilisatie op te treden van het aantal werkzame basisartsen.

De (basis)artsen zijn niet gelijkelijk verspreid over de provincies (Figuur 2.2). In de loop van de jaren is daar weinig verschil in opgetreden. Het aantal basisartsen op 100.000 inwoners dat in een provincie woont, is het hoogst voor de provincies die een opleiding geneeskunde kennen. Het is relatief laag voor de provincies Zeeland, Flevoland, Friesland en Drenthe.

¹⁵ Tijdens COVID konden niet alle artsen voldoen aan de eisen van herregistratie, waardoor een coulanceregeling is ingericht. [Uitstel herregistratie | Nieuwsbericht | BIG-register](#); [Herregistratieplicht hervat | Nieuwsbericht | BIG-register](#).

¹⁶ Dit aantal is gebaseerd op het extrapoleren van de beschikbare CBS gegevens over 2023 op basis van het aantal werkzame basisartsen.

¹⁷ Bij het aantal werkzame basisartsen is ook rekening gehouden met artsen die volgens de CBS-indeling niet werkzaam zijn in zorg en welzijn. De afbakening en onderverdeling van zorg en welzijn van het CBS komt niet precies overeen met onderscheiden clusters van specialismen. Zo zijn met name artsen in de sociale geneeskunde moeilijk traceerbaar binnen de CBS indeling.



Figuur 2.2 Aantal beschikbare basisartsen op basis van woonplaats per provincie op 100.000 inwoners

Van de werkzame basisartsen is ongeveer 1/3 man (33%) en 2/3 vrouw (67%).¹⁸ Dat is de laatste vijf jaar vrij stabiel. Het percentage werkzame mannen (76%) ligt duidelijk lager dan het percentage werkzame vrouwelijke artsen (86%). Dat is al enkele jaren het geval. Ook het percentage vrouwen in loondienst (95%) is hoger dan het percentage mannen in loondienst (91%).

Conclusie parameterwaarden aantal werkzame personen en % vrouwen

Huidig aantal werkzame basisartsen	24.330
percentage vrouwen	67%

2.3 Nadere analyse werkzame (basis)artsen

2.3.1 Basisartsen naar clusters van specialismen

In welke specialismen zijn de (basis)artsen actief? De beschikbare informatie daarover is niet compleet. Een eerste globale inschatting is te maken op basis van de sectorindeling die het CBS hanteert.

¹⁸CBS Statline 84779NED.

Tabel 2.1 Inschatting aantal werkzame basisartsen in specialismen

Werkzame artsen 2024 cluster 1	CBS basisartsen	RGS aios	Totaal
Huisartsenzorg	325	2.193	2.518
VVT	595	442	1.037
Gehandicaptenzorg	70	65	135
Verslavingszorg	186 (werkzame profielartsen)	28	214
Overige	11	92	103
Totaal	1.185	2.820	4.005

Werkzame artsen 2024 Cluster 2	CBS basisartsen	RGS aios	Anios + overige basisartsen (CBS-aios)
Geestelijke gezondheidszorg	1.490	870	625
Academische ziekenhuizen	5.425	5.889	7.436 (inclusief 78 profielartsen ziekenhuisgeneeskunde)
Algemene ziekenhuizen	5.760		
Categorale ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	2.140		
Totaal	14.820	6.759	8.061

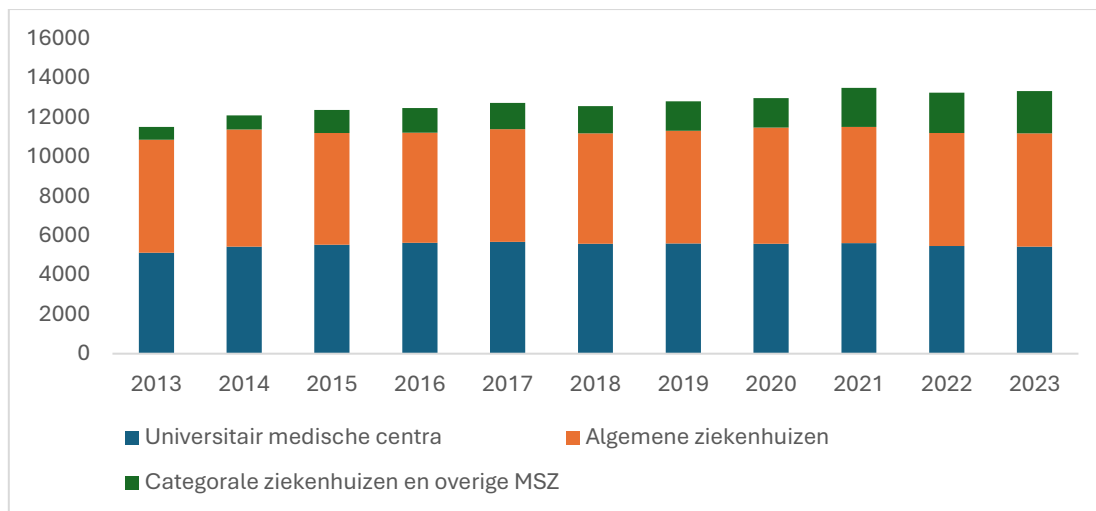
Werkzame artsen 2024 Cluster 3	CBS basisartsen	RGS aios	Profielartsen	Anios + overige basisartsen
Arbeid en gezondheid	987	679		308
Bedrijfsgeneeskunde	669	471		198
Verzekeringsgeneeskunde	318	208		110
Maatschappij en gezondheid	2.875	480	1.057	1.338
Arts KNMG		270	908	
Arts M+G		162		
Forensisch		48	149	
Totaal	3.862	1.159	1.057	1.646

Bron: CBS Statline 94776NED en RGS data aios; bewerking Capaciteitsorgaan

In de CBS data valt geen onderscheid te maken tussen artsen die aios zijn en de andere basisartsen. Een uitzondering daarop vormen de huisartsenzorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de verslavingszorg omdat de aios in deze sectoren in dienst zijn van de SBOH (die tot overige zorg wordt gerekend). Op basis van de werkzame basisartsen in respectievelijk (huisarts)praktijken (325), vvt (595) en gehandicaptenzorg (70) en profielartsen in de verslavingszorg levert dat een totaal op van 1.185 basisartsen. De aios in deze specialismen levert een totaal op van 2.820 aios.

Uit CBS Statline data is verder af te leiden dat meer dan de helft van de basisartsen werkzaam is in de medisch-specialistische zorg (cluster 2). Op basis van het aantal aios volgens RGS komen we tot een inschatting van het aantal anios en overige basisartsen.

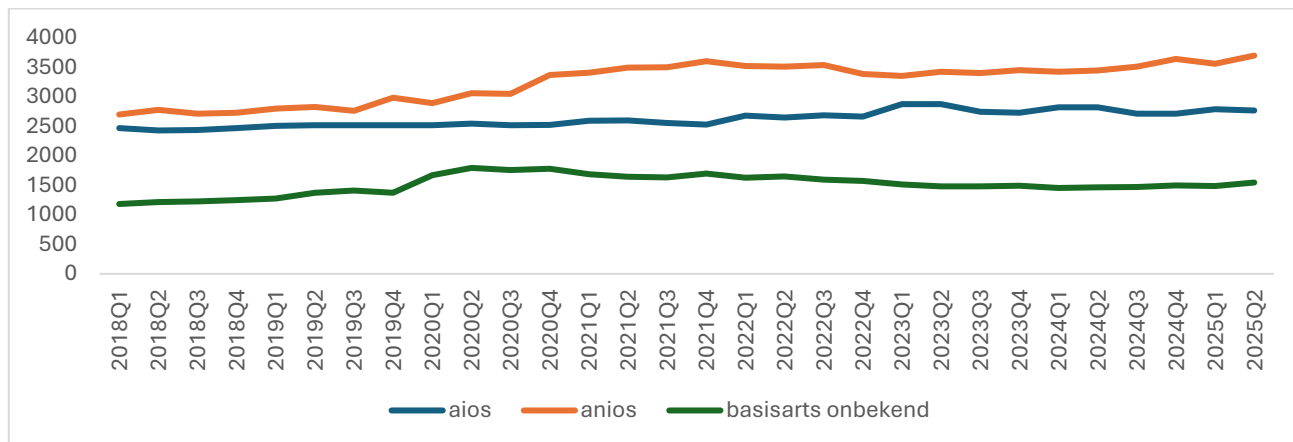
De gegevens uit Tabel 2.1 voor de medisch specialistische zorg zijn nader uit te splitsen voor respectievelijk academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg (Figuur 2.3).



Figuur 2.3 Aantal basisartsen in umc's (op basis van CBS Statline 84779 NED)

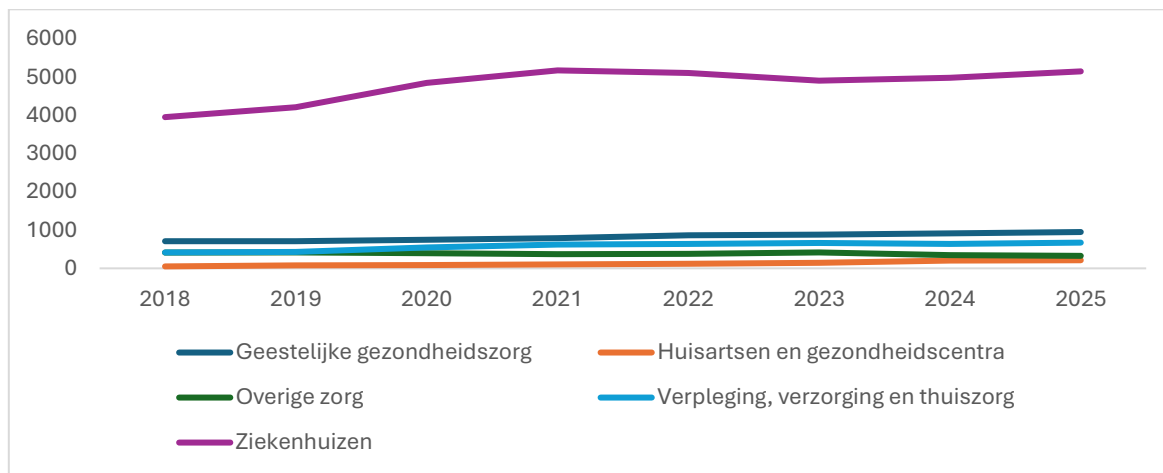
Vanaf 2021 neemt het aantal basisartsen in algemene ziekenhuizen en umc's iets af, terwijl het aantal basisartsen in categorale ziekenhuizen en overige MSZ juist toeneemt. Tot overige MSZ worden ook gerekend de maatschappen. Deze verschuiving van basisartsen in de medisch specialistische zorg is mogelijk ook van invloed op de ervaren tekorten aan basisartsen (zie verder het volgende hoofdstuk).

De bovenstaande verdeling in de medisch-specialistische zorg kunnen we nog verder verfijnen met behulp van data van PFZW. In de data van PFZW zijn alleen de zorgprofessionals meegenomen die vallen onder de Cao's zorg en welzijn. Dat betekent dat de gegevens van umc's ontbreken. Binnen de PFZW data is – op basis van de contracten van werknemers en de functienamen – een onderscheid te maken tussen aios, anios en overige werkzame basisartsen (Figuur 2.4). Bij de organisaties in de medisch-specialistische zorg die vallen onder het pensioenfonds PFZW neemt in de loop van de tijd zowel het aantal aios als het aantal anios als het aantal overige basisartsen iets toe. De laatste jaren vlakt die stijging af voor de aios en overige basisartsen, terwijl het aantal anios juist relatief verder toeneemt.



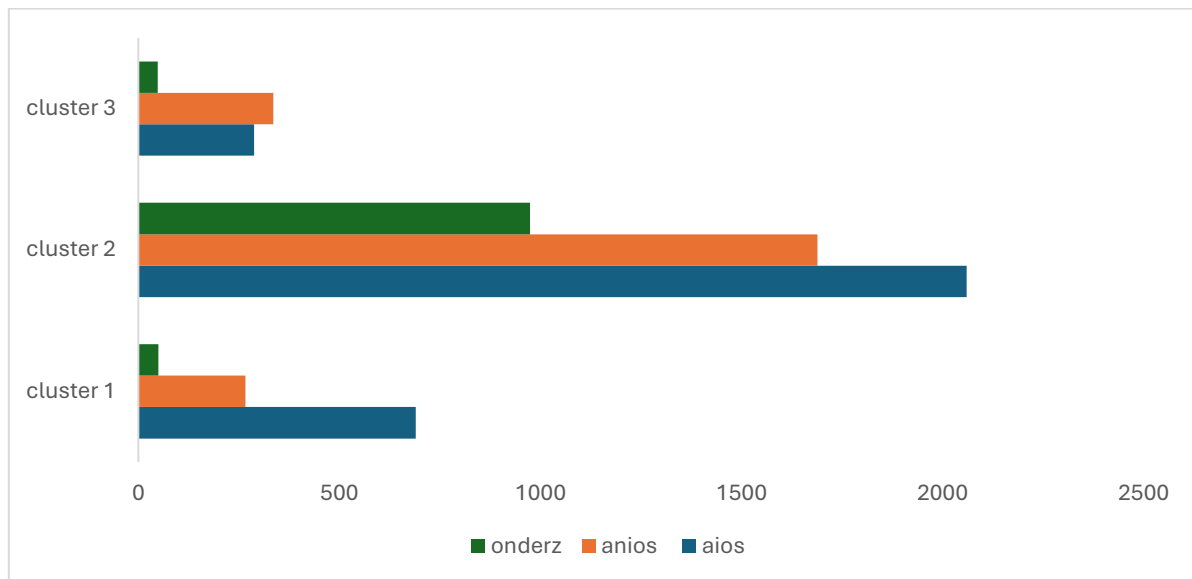
Figuur 2.4 Aantal basisartsen onderscheiden naar aio's, anio's en overige basisartsen (bron PFZW)

In Figuur 2.5 zijn de beschikbare gegevens over anio's en overige basisartsen gecombineerd, omdat het per branche lijkt te verschillen of de functienaam anio's of basisarts wordt gebruikt. Behalve de sectoren in de medisch-specialistische zorg (uitgezonderd umc's) is ook een vergelijking getrokken met huisartspraktijken en VVT. Het aantal anio's en overige basisartsen is binnen ziekenhuizen (uitgezonderd umc's) verreweg het hoogst. In 2021 neemt tot 2023 het aantal iets af (dat lijkt zich met name voor te doen in stz ziekenhuizen). Een heel geleidelijke kleine stijging is waar te nemen in de geestelijke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken en VVT (Figuur 2.5).



Figuur 2.5 Anio's en overige basisartsen in diverse branches (Bron: PFZW data 2025)

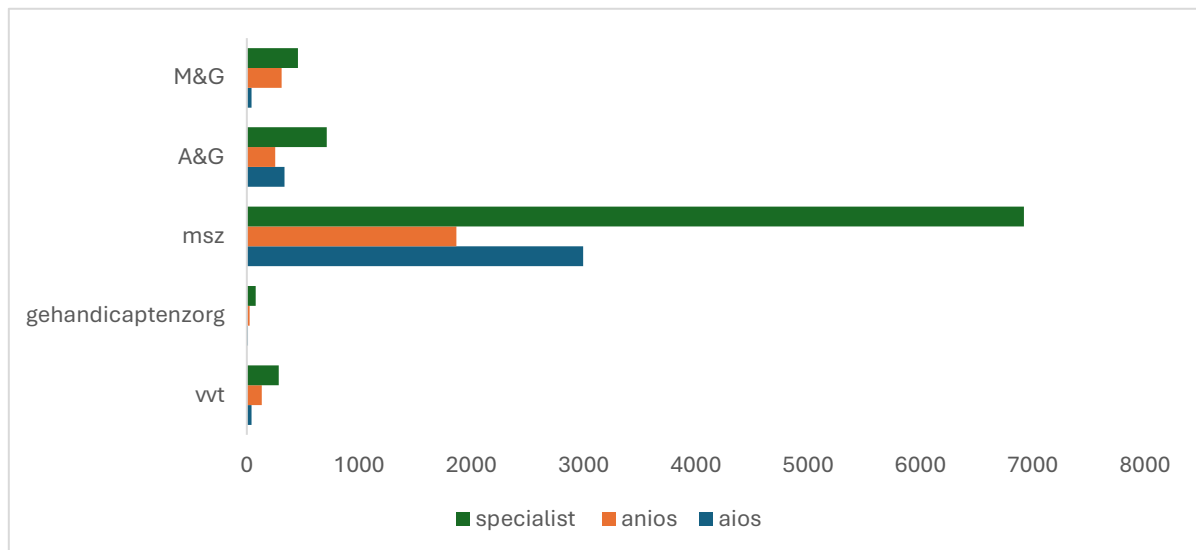
Voor het onderzoek basisartsen zijn destijds alle basisartsen aangeschreven die zich bevinden in het BIG-register. Daarbij is behalve naar aio's en anio's ook gekeken naar onderzoekers. Wanneer we de deelnemende basisartsen indelen naar de diverse clusters waar zij werkzaam zijn dan levert dat de volgende verhoudingen tussen het aantal aio's, anio's en onderzoekers per cluster van specialismen (Figuur 2.6).



Figuur 2.6 Verhouding aantal aios, anios en onderzoekers per cluster van sectoren (Onderzoek basisartsen, n=5.778)

Figuur 2.6 laat zien dat het aandeel aios relatief groot is in cluster 1 en cluster 2. Ook het aandeel onderzoekers is relatief het grootst in cluster 2. Het aantal anios lijkt verhoudingsgewijs iets groter in cluster 3. Uit de tot nu toe besproken data is niet goed af te leiden waar het aantal anios en overige basisartsen in een organisatie van afhankelijk is.

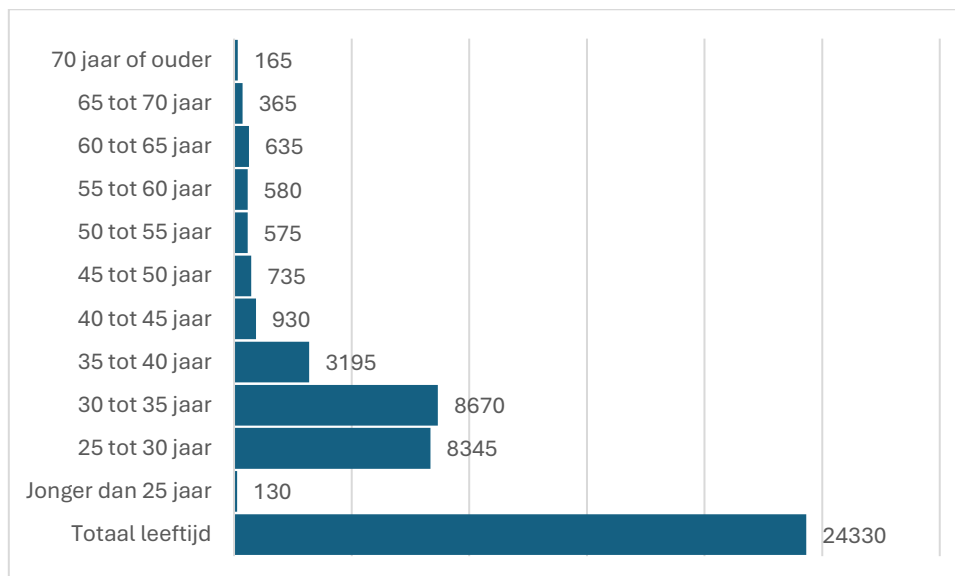
Behalve uit de PFZW data zijn inzichten over het aandeel anios af te leiden uit het Werkgeversonderzoek 2024. In Figuur 2.7 zijn de resultaten voor het aantal aios, anios in relatie tot het aantal specialisten per sector weergegeven op basis van de data van de responderende instellingen. In de medisch-specialistische zorg is verhoudingsgewijs het aantal en ook het aandeel specialisten het hoogst. Het aandeel anios is het hoogst in Maatschappij & Gezondheid.



Figuur 2.7 Verhouding aantal aios en anios in verhouding tot aantal specialisten per (cluster van) specialisme(n) (Werkgeversonderzoek 2024)

2.3.2 Basisartsen naar leeftijd

In Figuur 2.8 is de leeftijdsopbouw van de basisartsen weergegeven:



Figuur 2.8 Leeftijdsopbouw van basisartsen (CBS)

Van de 24.330 basisartsen zijn er 21.270 jonger dan 45 jaar (87%). De anios bevinden zich vooral in de leeftijdscategorie 25 tot 34 jaar. Van de anios is ongeveer 7% ouder dan 45 en van de aios is dat ongeveer 3%. Van de profielartsen is daarentegen bijna de helft boven de 45 jaar. Bij de overige

basisartsen is iets meer dan een vijfde ouder dan 45 (en dat was in 2018 nog meer dan een derde).¹⁹ Tabel 2.2 combineert bovenstaande gegevens om te komen tot een inschatting van het aantal basisartsen in de diverse clusters van specialismen, onderverdeeld naar aios, en anios en overige basisartsen jonger dan 45 jaar.

Tabel 2.2 Basisartsen naar leeftijd (bij benadering, door combinatie van bronnen; bewerking Capaciteitsorgaan)

Werkzame artsen 2024 cluster 1	CBS basisartsen 45- (anios en overige basisartsen)	RGS aios 45-	Totaal
Huisartsenzorg	275	2.171	2.446
VVT	495	405	1.000
Gehandicaptenzorg	45	59	104
Verslavingszorg	65 (werkzame profielartsen)	22	87
Overige	11	92	103
Totaal	891 (van 1.185)	2.749 (van 2.820)	3.740 (van 4.005)

Werkzame artsen 2024 Cluster 2	CBS basisartsen 45-	RGS aios 45-	Anios + overige basisartsen (CBS-aios)
Geestelijke gezondheidszorg	1.195	840	355
Academische ziekenhuizen	5.285	5.879	6.706 (inclusief 72 profielartsen ziekenhuisgeneeskunde)
Algemene ziekenhuizen	5.480		
Categorale ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	1.820		
Totaal	13.780 (van 14.820)	6.719 (van 6.759)	7.061 (van 8.061)

Werkzame artsen 2024 Cluster 3	CBS basisartsen 45-	RGS aios 45-	Profielartsen 45-	Anios + overige basisartsen
Arbeid en gezondheid	808	538		270
Bedrijfsgeneeskunde	547	362		
Verzekeringsgeneeskunde	261	176		
Maatschappij en gezondheid	2.300	391	545	1.364
Arts KNMG		236	464	
Arts M+G		114		
Forensisch		41	81	
Totaal	3.108 (van 3.862)	929 (van 1.159)	545 (van 1.057)	1.634 (van 1.648)

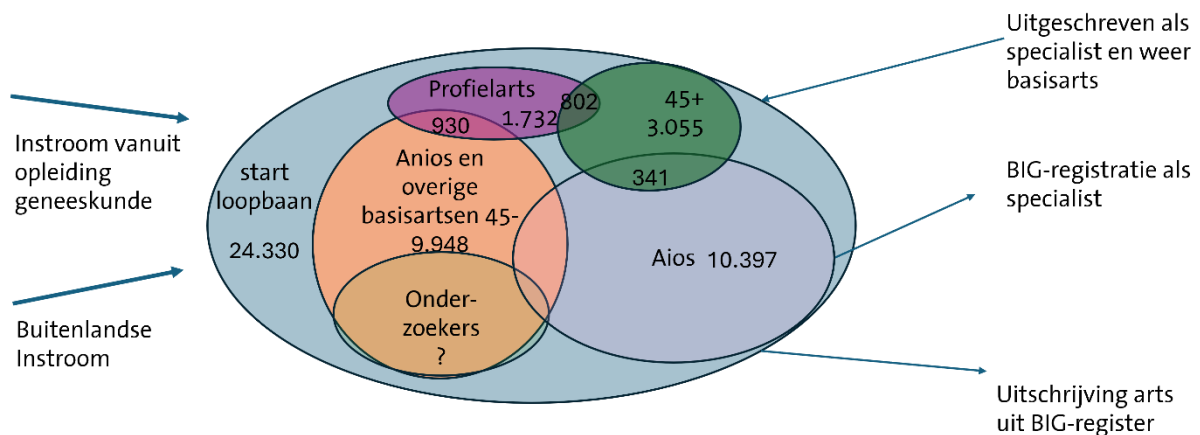
Uit Tabel 2.2 is af te leiden dat van de 21.270 basisartsen die jonger zijn dan 45 jaar er 10.397 aios zijn en 930 profielartsen. Dan blijven er over 9.948 anios en overige basisartsen.

¹⁹ PFZW data 2018-2023; RGS data.

2.3.3 Conclusie samenstelling vijver werkzame basisartsen

Op basis van de verkenning in dit hoofdstuk met behulp van verschillende databronnen is de vijver van basisartsen nader kwantitatief geduid (figuur 2.9). Daarbij zijn de volgende vertrekpunten afgeleid:

- Totaal zijn er 24.300 werkzame basisartsen, waarvan 3.055 ouder dan 45 (dan resteren 21.275 die jonger zijn dan 45).
- Het totaal aantal aios voor alle werkvelden is in 2025 10.738.²⁰ Van deze aios zijn er ongeveer 341 45+; dat levert een totaal op van 10.397 aios 45- en 10.843 overige basisartsen onder de 45.
- Het aantal profielartsen is in 2025 1.732; 930 daarvan zijn jonger dan 45;
- Dat levert dan een totaal op van 9.848 anios en overige basisartsen.
- In de eerdere onderzoeken naar loopbaan varieert het aantal promotie(onderzoekers) tussen 5% en 9%.²¹ De 9% is afkomstig uit de meting van 2022; deze meting is echter niet representatief voor de hele groep omdat anios hierin ondervertegenwoordigd waren. Een percentage promovendi van 9% is daarmee aan de hoge kant. De verwachting is dat het aantal onderzoekers varieert tussen 5% en 8% van het totaal aan basisartsen en dat daarbij vaak sprake is van combinaties met anios en/of aiosschap. Een totaal van 5 tot 8% zou betekenen dat het aantal onderzoekers varieert tussen de 1.200 en 1.950 basisartsen. Dat blijven er ongeveer 8.000 tot 8.500 anios over; een derde van het totaal aan basisartsen.



Figuur 2.9 Inschatting aantal basisartsen in de vijver (op basis van CBS Statline, RGS, PFZW, onderzoek basisartsen, Werkgeversonderzoek; bewerking Capaciteitsorgaan)

2.4 Het aantal fte werkzamen

Het ramingsmodel rekent met het aantal fte aan werkzame basisartsen. Om een inschatting te maken van het totaal beschikbaar fte aan basisartsen is het nodig de huidige fte factor te bepalen. Die fte factor is afhankelijk van het aantal uren dat basisartsen per week werken en hoeveel uren tot

²⁰ RGS data, 2025.

²¹ Loopbaanonderzoeken basisartsen (2009, 2013, 2016, 2019, 2022).

een fte worden gerekend. Voor het meten van de fte bestaan diverse maten. De meest gebruikte maten zijn:

- Aantal dagdelen dat de basisarts werkt
Deze maat is gebruikt in eerdere rapporten over loopbanen van basisartsen.²² Daarbij is onderscheid gemaakt naar 0,2 fte (1 dag), 0,4 fte (2 dagen), 0,6 fte (3 dagen) en 0,8 (4 dagen) en naar 1 fte (fulltime).
- Aantal contracturen van de basisarts
Deze data gebruikt bijvoorbeeld het PFZW en ook de CBS Statline-data is hierop gebaseerd. Het nadeel van contracturen is dat uren gemaakt in onregelmatige diensten daarin veelal niet zijn meegeteld.
- Aantal gewerkte uren van de basisarts
Veelal gaat het hier om uren zoals basisartsen dat via zelfrapportage aangeven. Het nadeel van zelfrapportage is dat men zelf het aantal gewerkte uren systematisch te hoog of te laag kan inschatten. Daarnaast gaat het vaak om de resultaten van een steekproef.

De verwachting is dat er bij basisartsen een verschil kan zijn tussen de contracturen en de daadwerkelijk gewerkte uren vanwege de inzet bij diensten. Om die reden proberen wij behalve het aantal contracturen ook rekening te houden met de daadwerkelijk gewerkte uren.

2.4.1 Hoeveel uur in een fte

Voor de contracturen van een basisarts zijn de afspraken vastgelegd in de Cao. Voor basisartsen is een viertal cao's relevant: voor aios is dat de Cao van SBOH, de Cao ziekenhuizen en de Cao umc's. Voor de andere artsen zijn dat de afspraken voor reguliere medewerkers of anios in de cao's.

In de Cao-SBOH is geregeld dat bij een voltijd dienstverband voor aios het praktische en theoretische deel van de opleiding tezamen 38 uur per week zijn. Van overwerk is sprake als door de feitelijk te werken uren de contracturen van de aios worden overschreden. Voor de beoordeling van de vraag of er sprake is van overwerk tellen de uren mee die feitelijk worden gewerkt tijdens bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten.²³ In de Cao Ziekenhuizen²⁴ geldt voor aios een arbeidsduur met een gemiddelde van 38 uur per week. In verband met opleiding kan de werkweek maximaal 48 uur per week bedragen; dat wordt ook wel genoemd de normatieve werkweek van aios volgens de '38+10 regeling'. Onder het begrip normatieve werkweek wordt mede verstaan alle opleidingsmomenten gericht op directe patiëntenzorg en alle organisatorische activiteiten die de werkgever in het belang van de instelling nodig acht. De aios wordt voor 38 uur betaald. Het is niet de bedoeling dat aios structureel voor 48 uur worden ingeroosterd. In de Cao zijn de Anw-diensten meegewogen. Niet inbegrepen zijn het bijwonen van vergaderingen van de medische staf en thuisstudie. Aios die onder de Cao umc's²⁵ vallen, worden bij een fulltime-aanstelling 46 uur per week ingeroosterd en betaald. Er is geen splitsing tussen werk- en opleidingsuren. Het aantal uren dat aios voor diensten zijn in te

²² Loopbaanonderzoeken basisartsen (2009; 2013; 2016; 2019; 2022).

²³ <https://www.sboh.nl/nieuws/cao-sboh-2025-definitief/>

²⁴ Cao ziekenhuizen 2023-2025, artikel 6.17.

²⁵ Cao umc: 1 januari 2024 t/m 31 december 2025.

zetten, heeft RGS gekoppeld aan een maximum. Het CGS gaat er daarbij vanuit dat in beginsel maximaal 25% van de contractuele arbeidsduur aan deze diensten besteed mag worden.²⁶

In de Cao ziekenhuizen is de reguliere arbeidsduur voor andere medewerkers waaronder artsen 36 uur per week en dat geldt ook voor de Cao umc's. In het verleden blijkt de aanstelling van anios een afgeleide te zijn geweest van die van aios. Zo bestond en bestaat de volledige arbeidsduur voor anios in een umc nog uit 46 uur per week; voor de Cao ziekenhuizen is dat inmiddels maximaal 40 uur per week.²⁷

Conclusie aantal uren in een fte

aantal uren per fte aios medisch specialistische zorg/cluster 2	46 tot 48 uur
Aantal uren per fte aios cluster 1 en cluster 3	36 uur
aantal uren per fte anios	36 uur (of 46 uur in umc)

2.4.2 Berekening fte factor

Uit de recente CBS Statline data blijkt dat basisartsen gemiddeld 36 contracturen werken. Voor mannen blijkt het aantal contracturen gemiddeld 37 uur en voor vrouwen gemiddeld 35 uur. Dat aantal van 36 contracturen is in de CBS-cijfers al enkele jaren hetzelfde. Uit eerder loopbaanonderzoek naar basisartsen in de periode 2009 tot en met 2019 blijkt dat meer dan 60% van de basisartsen meer dan 4 dagen werkt en dat loopt in 2019 op naar 72%. Het meer uren werken, doet zich vooral voor in de leeftijdscategorie 40 tot 49 jaar; het zijn met name de oudere basisartsen (50 – 59 en 60+) die minder uren per week werken.²⁸

Wanneer we alleen naar contracturen kijken dan neemt het fte in de loop van de tijd iets af. Op basis van de PFZW data komen we gemiddeld uit op 0,87 fte over de laatste 5 jaar. Voor de aios is dat 0,9 fte en voor de anios is dat 0,92 fte en voor de overige basisarts 0,76. In de loop van de 5 jaar loopt de fte factor voor alle basisartsen iets terug.

In de contracturen wordt geen rekening gehouden met extra bestede uren aan bijvoorbeeld diensten. In het onderzoek basisartsen is gevraagd hoeveel uren men gemiddeld werkt. Dat is weergegeven in Tabel 2.3. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar de clusters van specialismen.

²⁶ <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/cgs/over-cgs/nieuws-cgs/cgs-verduidelijkt-inzet-aiossen-voor-anw-diensten-tijdens-hun-opleiding>

²⁷ De Jonge Specialist (2021). *Anios & CAO*.

²⁸ Loopbaanonderzoeken basisartsen 2009-2022.

Tabel 2.3 Berekening gewerkte uren per cluster (bron Onderzoek basisartsen)

Werkzame Basisartsen 2024	Aios aantal	Onderzoekers Aantal	Anios aantal	Totaal Aantal	Uren aios	Uren anios
Praktijken (huisartsen en overige)	512	34	70	580	38,1	35
VVT	160	14	171	332	38,0	35,6
Gehandicaptenzorg	18	2	25	43	35,1	32,7
Totaal cluster 1	690	50	266	955	38,0	35,2
Geestelijke gezondheidszorg	161	11	186	351	42,8	30,9
Academische ziekenhuizen	935	708	346	1.771	46,9	45,7
Algemene perifeer)	407	101	608	1.036	46,6	42,7
Algemeen topklinisch	550	138	476	1.081	46,1	43,9
Zbc	7	16	73	88	43	36,3
Totaal cluster 2	2.060	974	1.698	4.327	46,4	42,1
Arbo	69	5	141	182	34,3	31,3
Uwv	46	2	28	77	35,2	31,8
Preventief/ggd/overheid	173	19	194	290	37,0	34,4
Totaal cluster 3	288	26	363	549	35,7	32,8

Het gemiddelde aantal gewerkte uren voor alle respondenten in het onderzoek basisartsen is 41 uur; aios zitten daar net iets boven (met gemiddeld 43 uur) en anios net wat onder (met gemiddeld 39 uur). Uitgesplitst naar de clusters van specialismen blijkt dat de gewerkte uren in cluster 1 overeenkomen met een 36-urige werkweek. Dat geldt ook voor gewerkte uren van aios in cluster 3; voor de anios zijn de gewerkte uren in cluster 3 juist wat lager.

Voor cluster 2 komen de gewerkte uren van aios sterk overeen met de Cao-uren van 46 tot 48 uur; voor de anios zijn de uren relatief iets lager dan voor de aios. Uit de Loopbaanmonitor medisch specialisten blijkt eveneens dat aios gemiddeld meer dan 40 uur werken; het vaakst komen voor werkweken van 41-45 uur en 46-50 uur. Volgens de Loopbaanmonitor 2024¹ blijkt dat aios gemiddeld 0,94 fte werken. Ook de NZa heeft de gemiddelde werkweek van de aios gemeten. Voor bijna alle aios komen zij eveneens op gemiddeld meer dan 40 uur uit en voor de meeste specialismen is dat tussen de 46-50 uur. Het aantal werkuren per week voor de verschillende medische specialismen schommelt volgens NZa tussen 47 en 48 uur.²⁹

Voor de aios geldt verder dat zij steeds meer de opleiding parttime doen. In de periode 2009-2016 werkte het overgrote deel nog meer dan 4 dagen (respectievelijk 82%, 88%, en 91%). In het onderzoek basisartsen geeft inmiddels de helft van de aios aan de opleiding parttime te doen.³⁰

²⁹ NZa (2025). Rapport Kostenonderzoek medisch-specialistische zorg.

³⁰ Dit kan consequenties hebben voor de opleidingsduur van aios.

In het Onderzoek basisartsen melden de anios dat zij bij hun eerste aniosplek meer uren werkten dan in volgende aniosplekken (eerste aniosplek gemiddeld 42,5 uur, tweede 39,5 uur en derde 37,2 uur en vierde 35,3). Mogelijk heeft dat ook te maken met het feit dat de eerste aniosplek veelal in het ziekenhuis plaatsvindt. De onderzoekers werken gemiddeld minder uur dan de anios (35 uur eerste onderzoekersplek en tweede plek 31 uur). Er zijn echter ook onderzoekers die hun onderzoekswerk combineren met aniosschap of aiosschap. Tabel 2.4 geeft aan dat per cohort (dat is het jaar waarin de respondenten zijn afgestudeerd/hun BIG-registratie hebben gekregen), blijkt dat het aantal uren van anios en aios in de meer recente cohorten eerder toeneemt dan afneemt.

Tabel 2.4 Resultaten onderzoek basisartsen naar cohort (bron onderzoek basisartsen, 2024)

	Aantal uren dat anios gemiddeld werken	Aantal uren dat aios gemiddeld werken	Aantal uren dat respondenten gemiddeld werken
< 2015	38,3	40,5	39,2
2015	35,3	44,3	42,6
2016	36	43,1	41,8
2017	39,3	43,3	42,5
2018	41	42,8	42,0
2019	40,8	43,1	42,0
2020	40,9	42,8	41,9
2021	40,9	42,3	41,3
2022	36,2	43,1	41,9
2023	43,5	51,5	42,7
Totaal %			

Conclusie parameterwaarde fte

Uitgaande van een fte aios van 46 uur in ziekenhuizen/umc en in de overige zorg 36 uur en van anios van 36 uur (en 46 uur in umc) gaan we in deze richtinggevende raming uit van gemiddeld 1 fte voor inzet anios voor praktijk van zorg en preventie en ook 1 fte voor aios. Daarbij maken we vooralsnog geen nader onderscheid tussen vrouwen en mannen.³¹

Voor de anios gaan we ervan uit dat 1 fte bestaat uit 36 uur (en in een umc 46 uur). Wanneer we voor de anios in ziekenhuizen bij deze 36 uur 10 uur extra zouden optellen uitgaande van contracten uit het verleden, dan zou dat betekenen dat bij de 7.000 anios in de algemene ziekenhuizen in het verleden sprake zou kunnen zijn van een fte factor van 1,28 en zou de capaciteit met ongeveer een kwart toenemen. Het aanpassen van contracten van anios in algemene ziekenhuizen van een aios-contract naar een 36-urige werkweek levert daarmee een fors verlies van fte op.

³¹ Uit de extra bijlage bij het Werkgeversonderzoek 2024 van Ipsos I&O (2025) komt een lagere fte factor naar voren, variërend van 0,83 tot 0,92 voor anios in de medisch-specialistische zorg en voor aios 0,9.

Inzet praktijk	fte Mannen	fte Vrouwen	Fte Totaal	fte aantal
Fte factor aios cluster 2	1	1	1 (46 uur)	6.719
FTE factor aios cluster 1 en 3	1	1	1 (36 uur)	3.678
Fte factor anios en overige basisartsen	1	1	1 (36 uur)	9.586 (maximaal)
Totaal fte	8.029	16.301	24.330	

3 Tekorten vraag en aanbod basisartsen basisjaar

3.1 Inleiding

Met tekorten of overschotten bedoelen we het verschil tussen het beschikbare aanbod aan basisartsen en de bestaande vraag naar basisartsen. Het levert inzicht op in de bestaande onvervulde vraag (die te onderscheiden is van de verwachte vraag die aan bod komt in hoofdstuk 5). Net als in de vorige hoofdstukken werken we dit nader uit voor de drie afzonderlijke clusters van specialismen. Voor het meten van tekorten en overschotten aan basisartsen zijn diverse bronnen beschikbaar. Met behulp van deze twee primaire bronnen komen we tot een inschatting van de onvervulde vraag op basis van de langdurige vacaturegraad:³²

- Het Werkgeversonderzoek; daarbij is data verzameld over instellingen in diverse sectoren: de ziekenhuizen en umc's, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de sociale geneeskunde. In de werkgeversenquête is gevraagd naar tekorten aan aios en anios/basisartsen en naar vacatures. Op basis van de aangeleverde gegevens is het mogelijk de langdurige vacaturegraad te berekenen.
- Textkernel: het Capaciteitsorgaan ontvangt data over (tijdelijke) (online) aniosvacatures in diverse sectoren. Deze data is via de website van het Capaciteitsorgaan toegankelijk gemaakt als vacaturemonitor. Daarbij zijn de totale vacatures in een maand onderscheiden naar nieuwe vacatures, kort openstaande vacatures en lang openstaande vacatures. Het totaal aantal vacatures voor anios is relatief hoog, omdat aniosfuncties tijdelijk zijn (half jaar tot 1 jaar of soms 2 jaar). Daarom maken we enkel gebruik van het aantal moeilijk vervulbare vacatures (i.e., langer openstaand dan 3 maanden) op het totaal aantal anios en overige basisartsen zoals bepaald in hoofdstuk 2. Bij het aantal moeilijk vervulbare vacatures kijken we naar de trend in de laatste drie jaar (respectievelijk de jaren 2022, 2023 en 2024) en maken specifiek gebruik van het gemiddelde aantal moeilijk vervulbare vacatures over 2024.

Voor aios is de onvervulde vraag in kaart te brengen via de volgende bronnen:

- Werkgeversonderzoek 2024: dit jaar is voor het eerst gevraagd naar het aantal fte aan aios. Daarmee maken we zichtbaar dat aios ook een bijdrage leveren aan de praktijk. In het Werkgeversonderzoek is de vraag gesteld of de respondenten een tekort ervaren aan aios.
- de gerealiseerde instroom en de toegestane instroom in de vervolgopleidingen. Het Capaciteitsorgaan heeft in 2022 instroomadviezen afgegeven en daarna heeft VWS de instroom vastgesteld. Op basis van de gegevens over de gerealiseerde instroom in 2024 gaan we na hoeveel opleidingsplekken onbezet zijn gebleven. Daarbij maken we gebruik van de bronnen van RGS en van de meest actuele gegevens van het SBOH.³³

³² Naast of in plaats van de langdurige vacaturegraad wordt ook wel de (algemene) vacaturegraad gebruikt: dat is het aantal vacatures op het aantal personen of fte. Daarbij is het gebruikelijk om bij de beoordeling ervan ook rekening te houden met de frictiewerkloosheid.

³³ SBOH (2025). *Jaarverslag 2024*.

3.2 Tekorten basisartsen in zorgpraktijk en preventie

3.2.1 Werkgeversonderzoek 2024

Uit het Werkgeversonderzoek 2024 is data af te leiden over de inzet van basisartsen in cluster 1, cluster 2 en cluster 3. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar de inzet van anios en de inzet van anios. In deze paragraaf richten we ons op de anios. In het Werkgeversonderzoek zijn de volgende aantallen af te leiden voor respectievelijk het aantal fte aan werkzame anios en het aantal vacatures als het aantal lang openstaande vacatures op het aantal werkzame anios (de 'langdurige' vacaturegraad) (Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Vacaturegraad Werkgeversonderzoek 2024

Fte anios/basisartsen	Aantal fte vacatures	Aantal fte vacatures > 3 maanden	Algemene vacaturegraad	Langdurige vacaturegraad
2.476,85	242,38	145,78	9,8%	5,9%

We werken dat hieronder uit voor de verschillende clusters.

Cluster 1

In het Werkgeversonderzoek zijn voor cluster 1 alleen de anios in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg uitgevraagd.

- Bij de instellingen voor ouderenzorg ervaart 43% een tekort en 9% een groot tekort aan anios. De ervaren tekorten voor gz-psychologen en specialisten ouderengeneeskunde zijn groter. Een vijfde van de instellingen heeft vacatures voor anios. Van de vacatures staat 85% van de vacatures langer dan 3 maanden open. De vacaturedruk voor klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten is echter hoger.
- In de gehandicaptenzorg ervaart 28% een tekort aan anios en 7% een zeer groot tekort. De vacaturegraad in de gehandicaptenzorg komt iets hoger uit dan in de ouderenzorg omdat er slechts 23 fte aan anios werkzaam zouden zijn bij de instellingen in de gehandicaptenzorg.
- Over de huisartsenzorg zijn geen precieze gegevens beschikbaar. Het is niet gebruikelijk om anios in te zetten in de reguliere huisartsenzorg. In de praktijkenquête huisartsen van het Nivel (2025) is wel gevraagd naar het aantal anios in de praktijk.³⁴ Uit de gegevens van CBS Statline blijkt dat sinds 2020 er sprake lijkt van een geringe stijging van basisartsen in praktijken waaronder huisartsen. De Werkgeversenquête in 2021/2022 laat zien dat er meer vacatures voor basisartsen zijn op de huisartsenposten en bij de ondersteuning in de huisartspraktijk, maar dat het in verhouding gaat om zeer kleine aantallen. Recentelijk zijn er meer actuele vacatures te vinden die vragen om anios die anw-diensten kunnen verrichten.

In onderstaande tabel zijn de gegevens uit het Werkgeversonderzoek 2024³⁵ weergegeven en zo mogelijk vergeleken met het eerdere Werkgeversonderzoek in 2022.³⁶

³⁴ Navraag bij het Nivel levert op dat van de 705 deelnemers bijna 10% een anios in de praktijk heeft.

³⁵ Ipsos I&O (2025).

³⁶ Nivel (2022), *Wat wil de werkgever?* bijlage F.

Tabel 3.2 Vacaturegraad anios/basisartsen in werkgeversonderzoeken 2022 en 2024

Werkveld	Vacaturegraad 2025		Fte in dienst 2025	Vacaturegraad 2022	
	Algemeen	Langdurig		Algemeen	Langdurig
Ouderenzorg	13%	11%	132,49	12%	9%
Gehandicaptenzorg	17%	17%	23,24	38%	28%
Huisartsenzorg				0%	0%

In de ouderenzorg lijkt de langdurige vacaturegraad iets te stijgen, terwijl deze in de gehandicaptenzorg juist lijkt af te nemen.

Cluster 2 Medisch specialistische zorg

Van de deelnemende ziekenhuizen en umc's en overige instellingen in de medisch specialistische zorg komt uit het Werkgeversonderzoek dat 40% een tekort aan anios ervaart en 30% ervaart een zeer groot tekort. Met name de academische ziekenhuizen geven aan een zeer groot tekort te ervaren (67%). Het percentage dat een hoog tekort ervaart, is lager in topklinische ziekenhuizen (46%) en bij de algemene ziekenhuizen (27%). Het ervaren tekort is volgens de respondenten vooral ontstaan in de afgelopen 5 jaar. Van de organisaties in de medisch-specialistische zorg heeft meer dan de helft (56%) een vacature voor anios en bij meer dan drievijfde (62%) staan de vacatures voor anios langer dan 3 maanden open. De vacaturegraad is het hoogst bij topklinische ziekenhuizen en voor algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen relatief even hoog. Dit is samengevat in Tabel 3.3. Deze gegevens zijn niet beschikbaar in het Werkgeversonderzoek 2021/2022.

Tabel 3.3 Vacaturegraad Werkgeversonderzoek 2024 anios/basisartsen medisch specialistische zorg

Soort instelling	Vacaturegraad 2025		Fte in dienst
	Algemeen	Langdurig	
Med.spec. zorg (totaal)	10%	6%	1.655,15
Academische ziekenhuizen	7%	4%	341,07
Algemene ziekenhuizen	8%	4%	488,93
Topklinische ziekenhuizen	12%	7%	981,99

Cluster 3 Sociale geneeskunde

Binnen de sociale geneeskunde (cluster 3) is onderscheid te maken naar de werkvelden Maatschappij & Gezondheid en Arbeid & Gezondheid.

Bij Maatschappij & Gezondheid ervaart van de deelnemers aan het Werkgeversonderzoek 25% een tekort en 6% een zeer groot tekort aan anios. Bij Arbeid & Gezondheid ervaart 29% een tekort en 14% een zeer groot tekort (zie verder Tabel 3.4).

Tabel 3.4 Vacaturegraad anios/basisartsen sociale geneeskunde (Werkgeversonderzoek 2024)

Werkveld	Vacaturegraad 2025			Vacaturegraad 2022	
	Algemeen	Langdurig	Fte in dienst	Algemeen	langdurig
Totaal	10%	5%	563,71		
Maatschappij & gezondheid	10%	5%	310,99		
Arbeid & gezondheid	8%	4%	252,72		
Forensische geneeskunde	5%	1%			

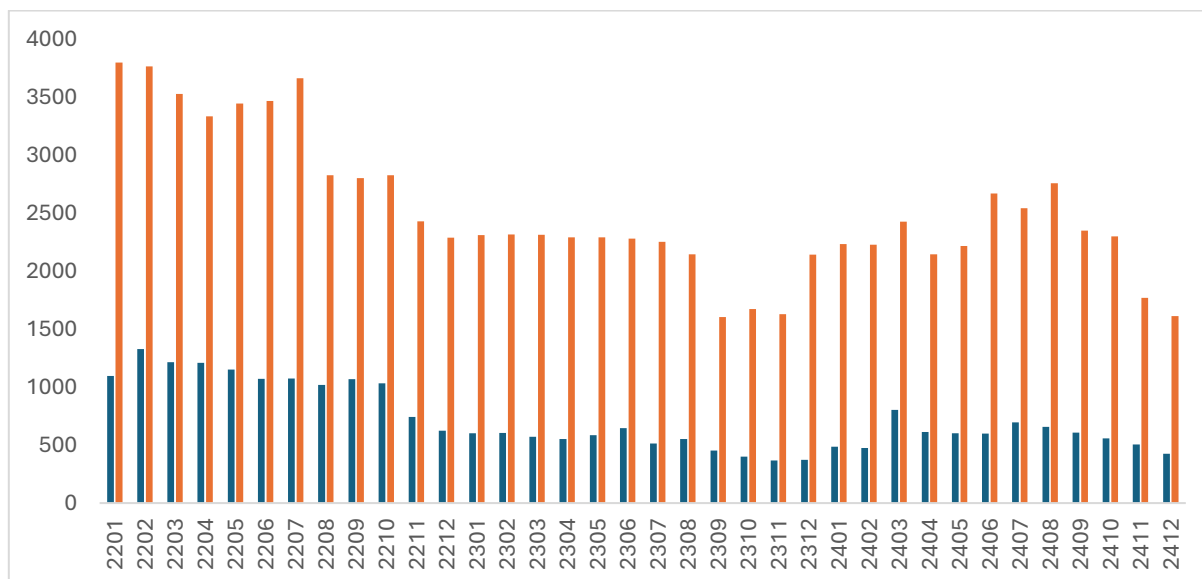
In 2022 is de vacaturegraad voor basisartsen binnen de sociale geneeskunde niet uitgevraagd. Wel is toen gevraagd welk deel van de basisartsen die bij hen in dienst zijn dit is vanwege een gebrek aan sociaal geneeskundigen.³⁷ Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat bij Arbeid & Gezondheid 80% van de anios in dienst zou zijn vanwege het tekort aan specialisten. Bij de specialismen Maatschappij & Gezondheid varieert dat van 80% (arts indicatie & advies KNMG) tot 75% (donor-arts KNMG) en 30% (arts infectiebestrijding KNMG) tot 35% (Jeugdarts KNMG). Op de inrichting van het werkproces en de functiemix en de substitutie tussen beroepen gaan we nader in in hoofdstuk 5.

3.2.2 Textkernel

Het Capaciteitsorgaan onderhoudt een eigen vacaturemonitor op basis van maandelijkse verkregen data over (online) vacatures van Textkernel. De monitor dient voor het opsporen van algemene trends. In Figuur 3.1 is de trend in de totale vacatures en lang openstaande vacatures voor anios weergegeven.³⁸

³⁷ Nivel (2022). *De sociaal geneeskundigen in Nederland*.

³⁸Bij de langdurige vacatures is geselecteerd op anios en zijn alle vacatures meegerekend, ook die zijn gepubliceerd door intermediairs. Daarbij kan er sprake zijn van dubbeltellingen.



Figuur 3.1 Totaal aantal vacatures en lang openstaande vacatures basisartsen in de periode 2022-2024

Uit Figuur 3.1 valt af te leiden dat in 2022 zowel het totaal aantal vacatures als het aantal lang openstaande vacatures relatief hoog zijn. Beide nemen richting 2023 iets af. In 2024 stijgt het totaal aantal vacatures weer en is het aantal lang openstaande vacatures iets hoger dan in 2023, maar lager dan in 2022.

In Tabel 3.5 is op basis van het gemiddeld aantal lang openstaande vacatures per jaar de algemene en de (langdurige) vacaturegraad berekend.

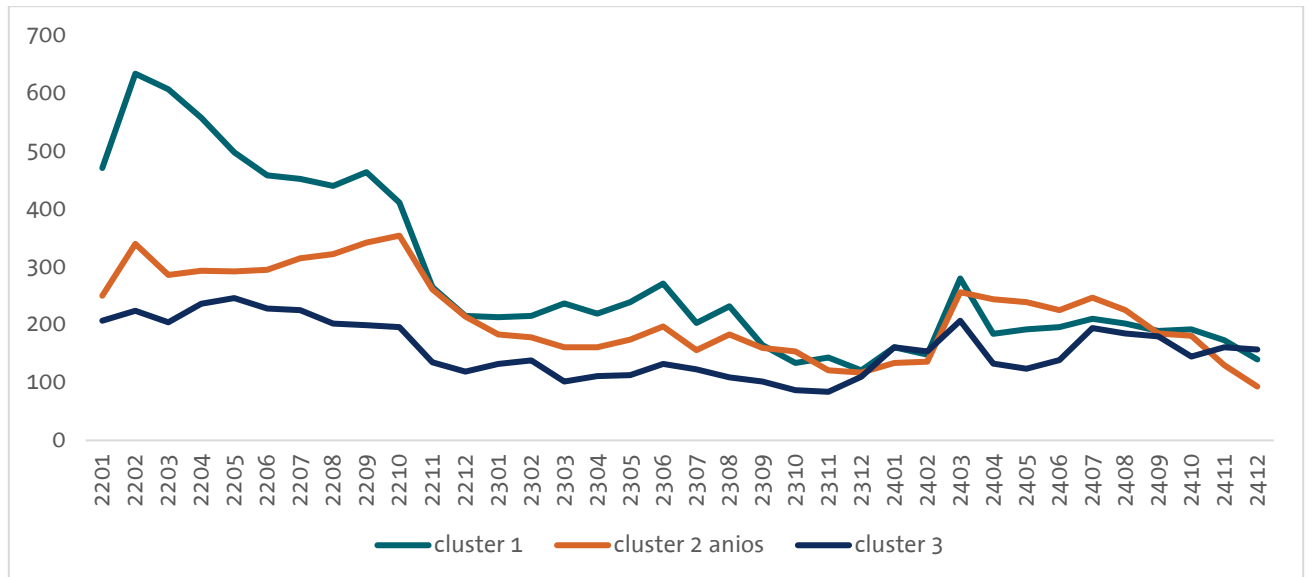
Tabel 3.5 Langdurige vacaturegraad anios³⁹

Jaar	Langlopende vacatures (gemiddeld per jaar)	Aantal werkzaam	Aantal 45+	Aantal aios 45-	Profiel-artsen 45-	Werkzame anios en overige basisartsen	Langdurige vacaturegraad anios
2022	1.054	24.335	3.270	10.808	881	9.376	11,2%,
2023	519	24.330	3.290	10.350	896	9.794	5,3%
2024	587	24.330	3.055	10.397	930	9.948	5,9%

	Totale vacatures (gemiddeld jaar)	Aantal werkzaam	Aantal 45+ (per 1/1/)	Aantal aios 45-	Profiel-Artsen 45-	Werkzame basisartsen 45- - aios 45- -profiel45-	Algemene vacaturegraad anios
2022	3.186	24.335	3.270	10.553	881	9.376	34%
2023	2.107	24.330	3.290	10.103	896	9.794	21,5%
2024	2.274	24.330	3.055	10.397	930	9.948	22,9%

³⁹ We hebben de populatie berekend op basis van het aantal artsen tot 45 jaar en daar de aios onder de 45 jaar er van afgetrokken. Vervolgens hebben we dat niet gecorrigeerd voor het aantal onderzoekers en wel voor het aantal artsen KNMG onder de 45 jaar. We zijn uitgegaan van het aantal 45+ per 1 januari van dat jaar.

In Figuur 3.2 is de trend in het aantal langdurig openstaande vacatures voor anios weergegeven voor de drie clusters.

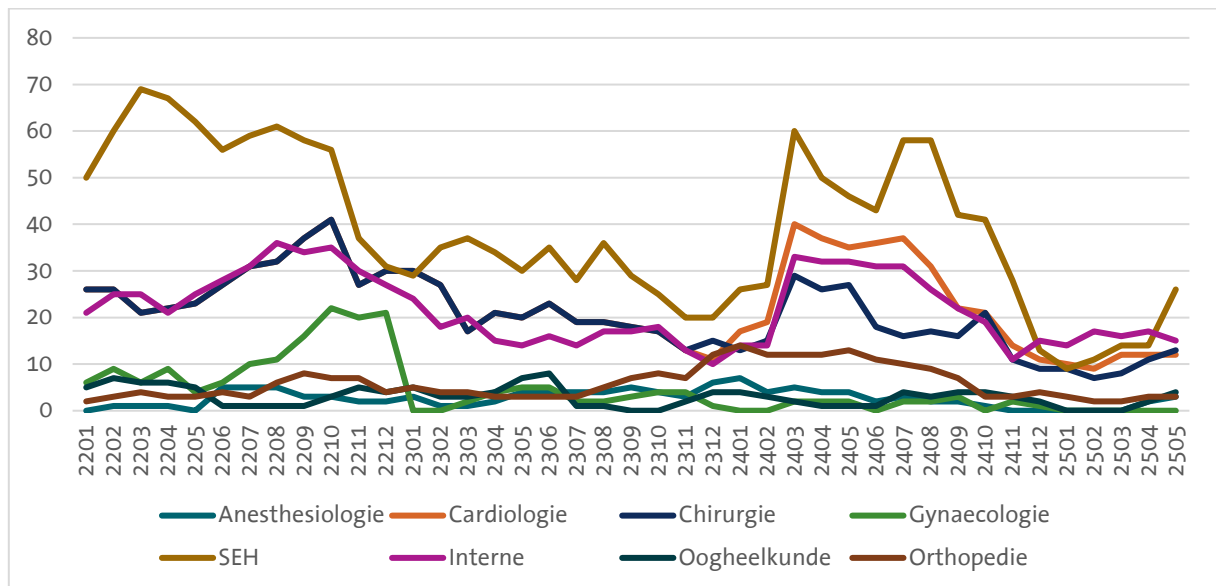


Figuur 3.2 Langdurig openstaande vacatures gemiddeld per jaar 2022-2024 (textkernal/vacaturemonitor)

Figuur 3.2 laat zien dat het gemiddeld aantal lang openstaande vacatures voor alle drie clusters het hoogst is in 2022 en afneemt richting 2023. In 2024 is er sprake van een geringe stijging. Voor clusters 1 en 2 is het aantal lang openstaande vacatures relatief hoog en in 2024 neemt dat ook toe in cluster 3.⁴⁰

In Figuur 3.3 zijn de trends in de langdurig openstaande aniosvacatures nader gespecificeerd voor specialismen binnen cluster 2.

⁴⁰ In deze vacatures zijn ook de vacatures van intermediairs meegenomen; dat zou kunnen betekenen dat er sprake is van dubbeltellingen.



Figuur 3.3 Openstaande vacatures anios medisch specialistische zorg

Er zijn relatief weinig vacatures voor anesthesiologie, gynaecologie en oogheekunde. Er zijn relatief veel vacatures voor SEH, cardiologie, interne en chirurgie.

Om op basis van de lang openstaande vacatures per cluster van specialismen de langdurige vacaturegraad te berekenen, moeten we het aantal langdurig openstaande vacatures voor anios delen door het aantal geschatte werkzame anios in die clusters (zie het vorige hoofdstuk).

Voor de langdurige vacaturegraad komen we dan voor anios totaal uit op gemiddeld 5,7% onvervulde vraag (Tabel 3.6).

Tabel 3.6 Langdurige vacaturegraad anios/basisartsen per cluster

	Langlopende vacatures (gemiddeld jaar)	Aantal werkzaam anios en overige basisartsen 45- niet zijnde aios (zie tabel 3)	Langdurige vacaturegraad anios
2024 cluster 1	189	891	21%
2024 cluster 2	191	7.061	2,7%
2024 cluster 3	162	1.634	9,0%
2024 totaal	542	9.586	5,7%

3.3 Tekorten vraag en aanbod aios basisjaar

3.3.1 Onvervulde opleidingsplekken

In de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor de vervolgopleidingen geeft het instroomadvies weer hoeveel artsen in de vervolgopleiding moeten instromen om op langere termijn het verwacht

tekort aan dit soort specialisten in te kunnen lopen. Het verschil tussen het instroomadvies en de gerealiseerde instroom geeft daarmee als het ware inzicht in het aantal vacatures voor aios. Door dit verschil te relateren aan de geadviseerde instroom krijgen we inzicht in de vacaturegraad van de aios. Omdat de cijfers van de SBOH het meest actueel zijn, gebruiken we deze cijfers in aanvulling op de gegevens van de RGS (Tabel 3.7).

Tabel 3.7 Vacaturegraad' aios op basis van aantal onvervulde opleidingsplekken

Specialismen	Advies 2019	Advies 2022	Vaststelling vws	Instroom aios RGS 2024	SBOH 2024 ⁴¹	Vacatures	Totaal aantal aios	Vacaturegraad aios 2024 ⁴²
Totaal		3.794	3.130	2.361		769	10.646	7,2%
1e lijn		1.571	1.274	904	918	356	2.728	13%
Huisartsenzorg	921	1190	954	709	720	234	2.193	10,7%
Ouderengeneeskunde	260	305	260	161	164	96	442	21,7%
Verstandelijke gehandicaptenzorg	60	43	27	18	18	9	65	13,8%
Verslavingsgeneeskunde	19	33	33	16	16	17	28	60,7%
Medisch specialistische zorg	1.182	1.153	1.153	1.114		39	6.759	0,6%
Sociale geneeskunde		1.070	703	153	150	374	1.159	32,3%
Arbeid & gezondheid	345	491	-	179		312	679	45,9%
Maatschappij & gezondheid arts KNMG ⁴³	210	304	108	86	85	23	270	8,5%
Arts M+G	59	248	79	49	48	31	162	19,1%
Forensisch	42	27	25	18	17	8	48	16,7%

De gemiddelde 'vacaturegraad' voor aios is 7,2%. De relatieve hoge vacaturegraad komt vooral door de vele vacatures voor aiosplekken in cluster 1 en cluster 3 en de hoge inschatting van de vraag. In plaats van de geraamde instroom hebben we het aantal aiosplekken voor de clusters 1 en 3 gebaseerd op de 'haalbare' instroom zoals VWS die heeft vastgesteld. Voor cluster 2 komt de door VWS vastgestelde instroom overeen met de geadviseerde instroom.⁴⁴

⁴¹ SBOH (2025). *Jaarverslag 2024*.

⁴² Deze vacaturegraad is afwijkend berekend: namelijk de niet vervulde vraag (aantal openstaande aiosplekken) gedeeld door het totaal aantal aiosplekken.

⁴³ Voor de eerstelijns en de sociale geneeskunde is in plaats van het geadviseerde aantal instroomplekken uitgegaan van het aantal door VWS vastgestelde instroomplekken. Omdat de ingeschatte vraag bij cluster 1 en 3 afwijkt van de vastgestelde vraag door VWS is uitgegaan van de door VWS ingeschatte haalbare vraag.

⁴⁴ In het Werkgeversonderzoek 2024 is voor het eerst ook gevraagd naar het fte aios dat de organisaties in dienst hebben en de onvervulde behoefte aan aiosplekken. Deze vraag is gesteld omdat de aios ook tijdens de opleiding bijdraagt aan de zorg en preventiepraktijk. De inzet van aios in de praktijk van zorg & preventie en het ervaren tekort geeft daarmee potentieel inzicht in de onvervulde vraag. De langdurige vacaturegraad voor aios blijkt zeer gering en bedraagt slechts 1%. Er zijn wel grote verschillen tussen de verschillende clusters. Wij achten het ervaren tekort aan aios volgens de respondenten daarom geen goede graadmeter voor onvervulde vraag aios.

In het Werkgeversonderzoek 2024 is aan de werkgevers in de sociale geneeskunde ook gevraagd of onder de anios/basisartsen die men in dienst heeft, voldoende belangstelling is om in de komende 5 jaar in opleiding te gaan tot sociaal geneeskundige. Bijna de helft van de organisaties in de sociale geneeskunde (47%) heeft voldoende anios in dienst met interesse om in opleiding tot sociaal geneeskundige te gaan de komende 5 jaar. Bij bijna een vijfde (18%) is dat niet het geval. Bij minder dan een derde (29%) van de organisaties zijn er voldoende artsen KNMG werkzaam die willen doormen naar de opleiding tot arts M+G. Bij één op de vijf organisaties is dat niet het geval (18%).⁴⁵

Conclusie parameterwaarde onervulde vraag

Onervulde vraag	
Rekenkundig gemiddelde anios en aios	6,5% ⁴⁶
Langdurige vacaturegraad anios	Gemiddelde van 5,9% en 5,7% is 5,8%
Onervulde opleidingsplekken aios	7,2%

⁴⁵ Werkgeversonderzoek 2024.

⁴⁶ (rekenkundig gemiddelde van aantal aios (10.397) maal 7,2% en aantal anios (9.948) maal 5,8% en dan gedeeld door aantal aios en anios (20.345)).

4 Verwacht aanbod basisartsen evenwichtsjaar

4.1 Inleiding

Bij het inschatten van het verwacht aanbod maken we onderscheid tussen geneeskundestudenten, werkzame anios en overige basisartsen, en aios in opleiding tot arts KNMG of specialist. Daarmee krijgen we inzicht in de jaarlijkse instroom en uitstroom van basisartsen.

De instroom betreft zowel de instroom vanuit de Nederlandse geneeskundeopleiding als de buitenlandse instroom in het BIG-register. Van de basisartsen is het relevant te weten hoe lang zij beschikbaar zijn voor het werken als basisarts in de praktijk van zorg & preventie. Bij de uitstroom rekenen we dan ook mee de uitstroom als specialist; deze artsen zijn dan immers niet meer beschikbaar als basisarts.

We starten dit hoofdstuk met algemene ontwikkelingen die van invloed zijn op het verwachte aanbod. Daarbij hoort ook de inschatting of basisartsen in de toekomst minder of juist meer gaan werken.

4.2 Algemene contextuele ontwikkelingen

Het te verwachten aanbod hangt samen met een aantal algemene ontwikkelingen. Het volgende hoofdstuk gaat in op ontwikkelingen die vooral invloed hebben op de verwachte vraag naar basisartsen.⁴⁷

Voor het te verwachten aanbod is relevant hoe basisartsen hun toekomst zien en welke loopbaan daarbij past. Dat is anders voor basisartsen aan het begin van hun loopbaan als voor ervaren artsen. Uit het Onderzoek basisartsen 2024 blijkt dat van de 45+artsen meer dan tweederde tevreden is met de functie van arts en dat ook zou willen blijven doen; minder dan 10% zou een functie willen waar het niet vereist is arts te zijn. De groep basisartsen onder de 45 jaar toont zich veel minder tevreden met een functie als arts. In de leeftijdscategorie 30 tot 45 jaar is meer dan een vijfde daarmee tevreden. Een kwart van deze basisartsen staat ook open voor een functie waar het niet vereist is arts te zijn. Binnen de groep basisartsen beneden de dertig jaar is slechts 15% tevreden met een functie als (alleen) arts. Van de anios in het onderzoek basisartsen wist meer dan drievijfde na de geneeskundeopleiding zeker dat ze een vervolgopleiding wilden doen.

De onvervulde vraag naar basisartsen zoals vastgesteld in het vorige hoofdstuk maakt duidelijk dat werkgevers moeite hebben anios te vinden. De ruime arbeidsmarkt voor anios aan het begin van deze eeuw is veranderd in een krappere arbeidsmarkt, waar de anios de werkplek meer voor het uitzoeken heeft en werkgevers meer moeite doen om anios aan te trekken. Dat betekent dat anios hogere eisen kunnen stellen en ook meer persoonlijke (regel)ruimte kunnen eisen. De krappe arbeidsmarkt kan mede van invloed zijn op de loopbaanafwegingen van basisartsen. Op dit moment is in de cijfers nog geen teruglopende belangstelling voor het ziekenhuis te zien.⁴⁸ Er zijn diverse signalen dat het aantal sollicitaties voor medisch specialistische plekken afneemt en in het bijzonder in de regio's buiten de Randstad. Tot nu toe raken de opleidingsplekken in de medisch-specialistische zorg

⁴⁷ Daarom bespreken wij ze in dit hoofdstuk en niet in hoofdstuk 5 wat gaat over de niet-demografische vraag.

⁴⁸ Onderzoek basisartsen, 2024.

nog gevuld. Het afnemend aantal sollicitanten in bepaalde regio's kan te maken hebben met de behoefte om niet te willen verhuizen. Mogelijk dat in de toekomst basisartsen minder bereid zijn hun leven aan te passen aan het werk en dat het werk meer in hun leven moet passen (i.e., work-life balance). Dat zou erop kunnen wijzen dat basisartsen minder dan vroeger lijken 'alles' te willen opgeven voor dé ideale werkplek. Er zijn eveneens signalen dat basisartsen iets vaker bewust zouden kiezen voor een werkplek buiten het ziekenhuis. De interesse van geneeskundestudenten in loopbaanmogelijkheden buiten het ziekenhuis lijkt toe te nemen. Een van de activiteiten van de werkgroep extramurale artsen omvat dan ook het beter inbedden van extramurale coschappen in de geneeskundeopleiding. De impact daarvan is nog niet duidelijk. Het Onderzoek basisartsen in 2024 laat nog geen afnemende belangstelling voor het werken in ziekenhuizen zien.⁴⁹

Uit het onderzoek naar basisartsen 2024 blijkt verder dat de periode tussen het starten als arts en het krijgen van een opleidingsplek inmiddels zou zijn opgelopen tot zo'n 3,7 jaar.⁵⁰ Tot voor kort werd dit de 'wachttijd' genoemd. In het onderzoek basisartsen is dit de aniosperiode genoemd. De afgelopen 15 jaar is die periode steeds iets langer geworden. Dat komt ook omdat basisartsen ervaring willen opdoen als arts en willen uitvinden welke vervolgopleiding bij hen past. De aniosperiode lijkt daarmee een bewuste stap in de loopbaan te worden die meer toegevoegde waarde heeft dan enkel 'wachttijd' voor een vervolgopleiding. Voor sommige net afgestudeerde artsen is het ook de tijd waarin ze starten met promotieonderzoek. Doordat de aniosperiode langer wordt, zijn de aios gemiddeld ook iets ouder zijn als zij starten met de vervolgopleiding. In de medisch specialistische zorg is de laatste tien jaar de startleeftijd van de aios met een jaar toegenomen. De aios in de sociale geneeskunde zijn relatief iets ouder dan de andere aios. Er is geen trend waar te nemen dat meer aios met hun vervolgopleiding zijn gestopt. Ook zijn er geen grote verschillen tussen het aantal beëindigingen van aios van verschillende clusters (Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Percentage aios dat met de opleiding is gestopt ten opzichte van de gehele uitstroom (RGS)

Aios jaar	Instroom	Vroegtijdig beëindigen	Totale uitstroom	% vroegtijdig beëindigd
2022	2.162	163	2.252	7,2%
2023	1.884	168	2.309	7,3%
2024	2.377	131	2.297	5,7%

Aios jaar 2024	Instroom	Vroegtijdig beëindigd	Totale uitstroom	% vroegtijdig beëindigd
Cluster 1	931	56	930	6,0%
Cluster 2	1035	59	1075	5,5%
Cluster 3	330	16	283	5,7%

⁴⁹ Onderzoek basisartsen, 2024. Bijlage tabellenboek, Tabel 0.9 en Tabel 0.10. Zie ook DeGeneeskundestudent (2025a en 2025b).

⁵⁰ Onderzoek basisartsen, 2024.

4.3 Geneeskundeopleiding: instroom, duur en intern rendement

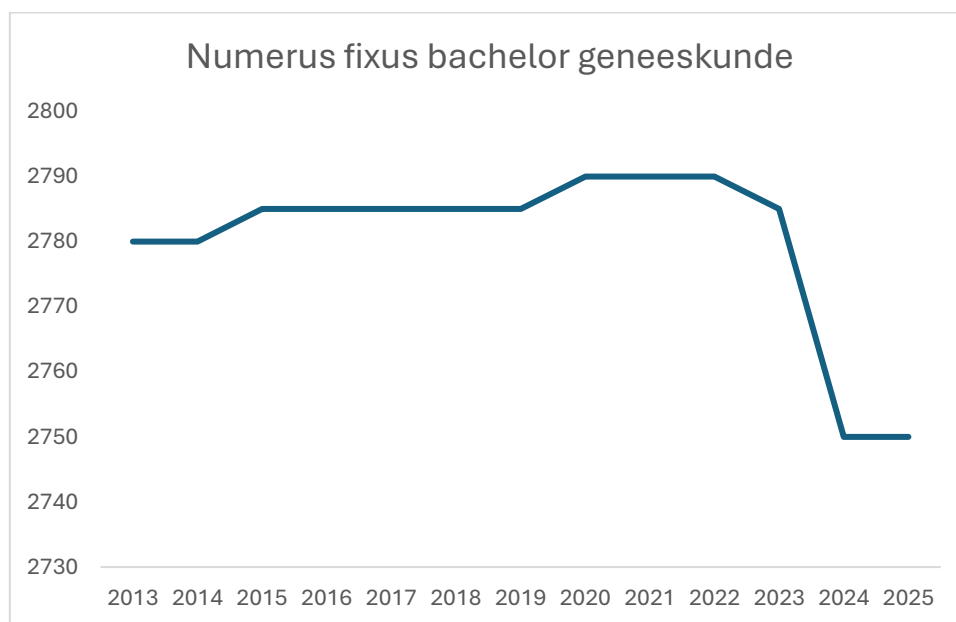
4.3.1 Context

De opleiding geneeskunde bestaat uit een bachelor en een master. De opleiding geneeskunde kent een numerus fixus; er is per jaar een maximaal aantal opleidingsplekken beschikbaar. In 2023 heeft het Ministerie aangegeven dat zij het aantal opleidingsplekken geneeskunde - als reactie op het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan in 2022 – vanaf 2025-2025 ging maximeren op 3.015 plekken.

Bij dit maximum aantal opleidingsplekken geneeskunde is een onderscheid te maken naar:

- de numerus fixus voor de bachelor geneeskunde
- de omvang van de zijinstroom geneeskunde
- de instroom voor de onderzoeksmaster geneeskunde.

De omvang van de zijinstroom is momenteel vastgesteld op maximaal 175 en de omvang voor de onderzoeksmaster op 90.⁵¹ De numerus fixus voor de bacheloropleiding geneeskunde is weergegeven in Figuur 4.1.



Figuur 4.1 Numerus fixus bachelor geneeskunde

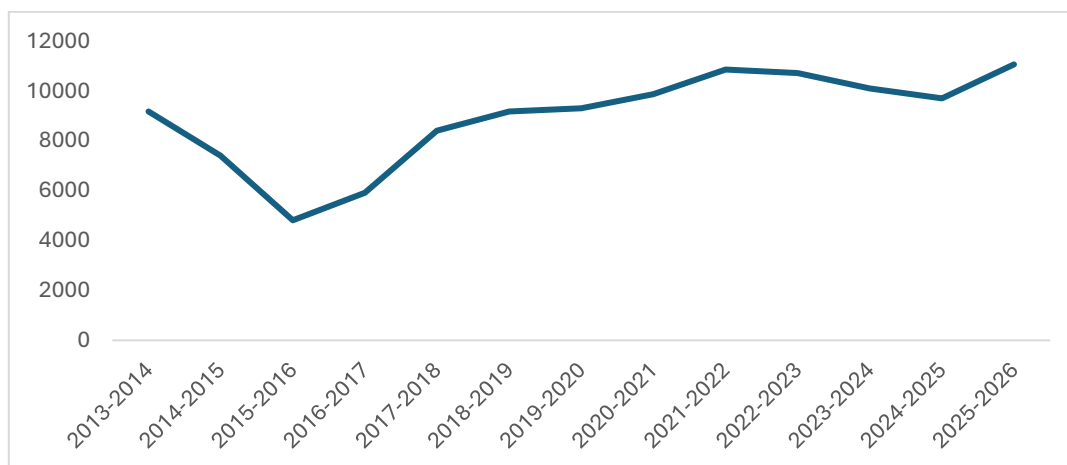
De laatste jaren is de numerus fixus voor de bachelor geneeskunde iets gedaald, onder andere om de numerus fixus voor tandartsen iets te verhogen.⁵²

⁵¹ Sinds 2013 is de omvang van de zijinstroom vastgesteld op 200. Op verzoek van een van de universiteiten zijn er 25 plekken toegevoegd aan de onderzoeksmaster; dat maakt dat de zijinstroom nog 175 bedraagt.

⁵² Tweede Kamer der Staten Generaal, 2022-2023. *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. 29282, nr. 521.

Sinds 2013 vindt de selectie voor de opleiding geneeskunde plaats via decentrale selectie.⁵³ Het aantal decentrale aanmeldingen is weergegeven in Figuur 4.2. Figuur 4.2 laat zien dat het aantal aanmeldingen fluctueert en de laatste jaren weer lijkt te dalen. Het aantal aanmeldingen is echter nog steeds veel hoger dan het aantal toegelaten studenten. In 2023 is de wet aangenomen die decentrale loting mogelijk maakt.⁵⁴ Inmiddels kiest een aantal faculteiten voor ongewogen loting voor (een deel van de instroom) in de bachelor. De effecten van de aanpassing van de wet op bijvoorbeeld de diversiteit van de instroom zijn op dit moment nog niet meetbaar.

Een bachelor diploma geneeskunde geeft automatisch toegang tot de master geneeskunde. Daarnaast is het via zijinstroom mogelijk om met een andere bacheloropleiding in te stromen in de master geneeskunde. Behalve de reguliere master geneeskunde kent een aantal universiteiten ook onderzoeksmasters in de geneeskunde, zoals de master geneeskunde en klinisch onderzoek(er). Deze masters kennen een beperkt aantal studenten (gemiddeld 86 over de laatste 5 jaar).



Figuur 4.2 Aanmeldingen decentrale selectie

4.3.2 Instroom geneeskunde

Tabel 4.2 geeft voor de laatste vijf jaar aan hoeveel studenten daadwerkelijk staan ingeschreven voor de bachelor en de master. Tabel 4.3 geeft het aantal eerste jaars weer.

⁵³ [Aantal aanmeldingen decentrale selectie geneeskunde - DecentraleGeneeskunde; Belangstelling voor geneeskundeopleiding bij bijna alle faculteiten gedaald | medischcontact; <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/re-cordaantal-kandidaten-decentrale-selectie-en-loting-hoe-dat-zo-ineens>](https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/re-cordaantal-kandidaten-decentrale-selectie-en-loting-hoe-dat-zo-ineens)

⁵⁴ [Wet herinvoering loting bij numerus fixus | Overheid.nl | Wetgevingskalender](https://www.overheid.nl/wetgeving/wet/herinvoering-loting-bij-numerus-fixus)

Tabel 4.2 Totaalaantallen inschrijvingen opleiding geneeskunde (DUO)

	Totaal inschrijving bachelor	% vrouw	Totaal inschrijving master (inclusief geneeskunde klinisch onderzoeker)	% instroom Vrouw
2020-2021	9.864	68%	8.838 (9.250)	68%
2021-2022	9.803	67%	8.921 (9.324)	68%
2022-2023	9.789	68%	9.086 (9.485)	69%
2023-2024	9.768	68%	9.331 (9.730)	69%
2024-2025	9.674	67%	9.403 (9.805)	68%
Gemiddelde laatste 5 jaar	9.780	67%	9.116 (9.515)	68%

Bron: DUO gegevens [Inschrijvingen wo - Hoger onderwijs - DUO Open Onderwijsdata](#)

Tabel 4.3 Eerstejaars inschrijvingen opleiding geneeskunde (DUO gegevens)

	1e jaars inschrijving bachelor	% instroom vrouw	1e jaars inschrijving master	% instroom vrouw
2020-2021	3.008	68%	2.412	69%
2021-2022	2.959	69%	2.709	70%
2022-2023	2.928	69%	2.647	68%
2023-2024	2.938	67%	2.732	68%
2024-2025	2.949	67%	2.617	68%
Gemiddelde laatste 5 jaar	2.957	68%	2.623	68%

Tabel 4.3 gaat uit van de aantallen die DUO geeft voor het aantal eerstejaars inschrijvingen in de bachelor. Deze wijken iets af van de aantallen die UNL hanteert. Het gemiddelde over de laatste 5 jaar is echter vergelijkbaar. De inschrijving in de bachelor komt ongeveer overeen met de numerus fixus voor de bachelor geneeskunde inclusief de zijinstroom.

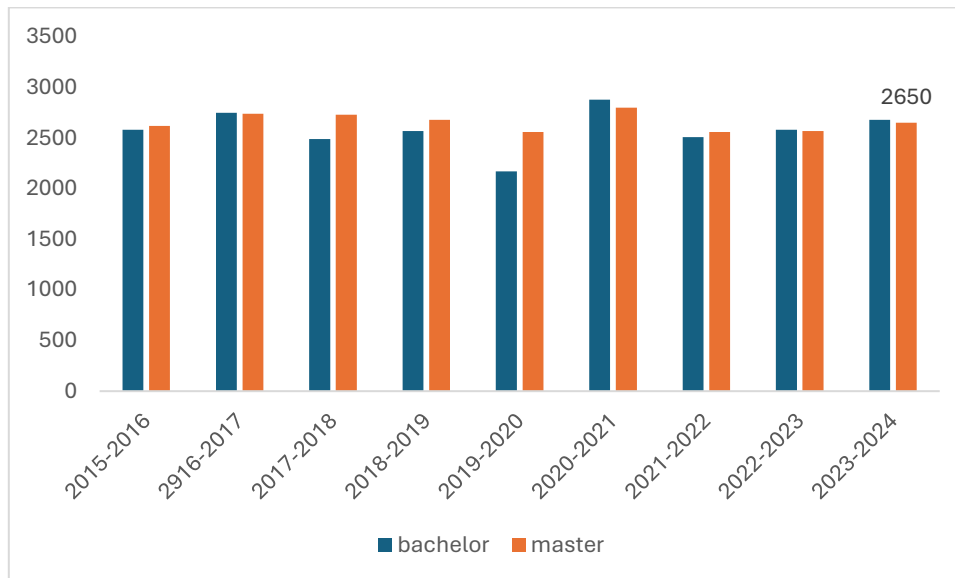
Voor de inschrijvingen in de master verschillen de gegevens van DUO en UNL iets meer. Ook hier nemen wij de aantallen van DUO als vertrekpunt, waarbij de instroom in de onderzoeksmasters geneeskunde zijn meegerekend. In de bachelor is het gemiddeld aantal instromers 2.957 per jaar en in de master is dat 2.623. Zowel in de master als in de bachelor is het percentage vrouwen 68%.

4.3.3 Intern rendement en opleidingsduur

Uit de bovenstaande tabellen is af te leiden dat de instroom van geneeskundestudenten in de bachelor- overeenkomstig de numerus fixus en de zijinstroom- vrij constant is en de laatste 5 jaar varieert tussen de 2.900 tot 3.000 met als gemiddelde 2.957 per jaar.

In de masterfase komen er ook weer nieuwe instromers in de onderzoeksmaster bij. Daardoor blijft het aantal diploma's relatief op peil (zie Figuur 4.3). In het studiejaar 2023-2024 zijn er 2.650 master-diploma's afgegeven.⁵⁵

⁵⁵ Studiekeuzedatabase. [Studiekeuzedatabase - Landelijk Centrum Studiekeuze](#)



Figuur 4.3 Aantal diploma's bachelor per jaar en diploma's master per jaar (CBS Statline 85425NED)⁵⁶

Voor de berekening van het interne rendement baseren we ons op gegevens die UNL ons heeft aan-geleverd. De gegevens van UNL zijn hierna weergegeven (Tabel 4.4).

Tabel 4.4 Berekening intern rendement (op basis van UNL)

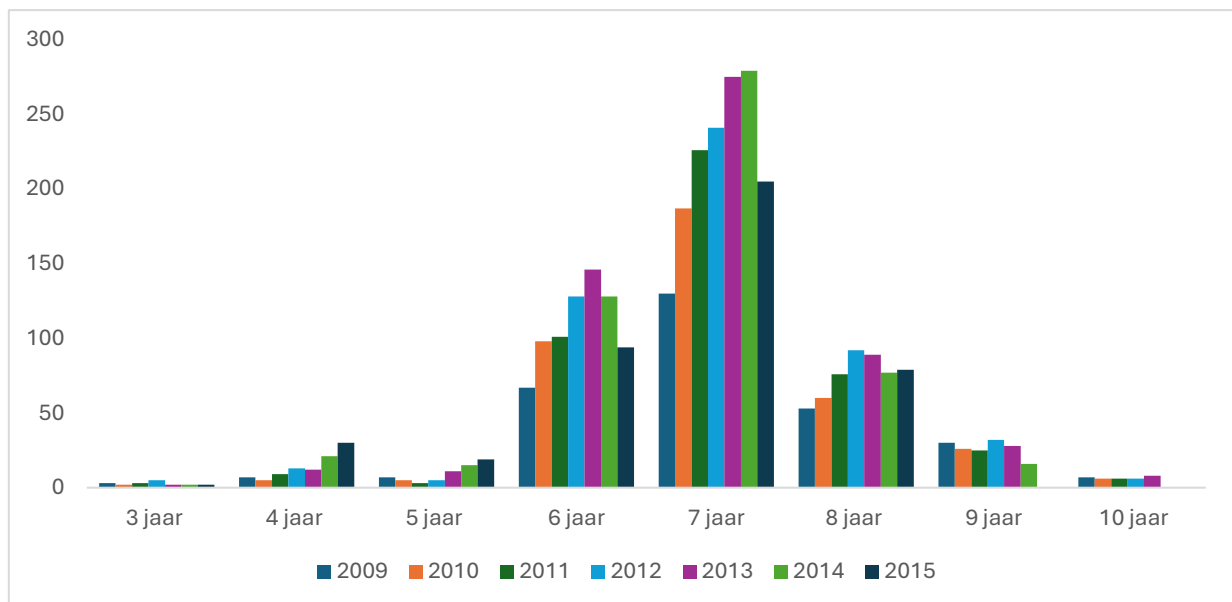
Cohortjaar	BA na 4 jaar	BA na 5 jaar	BA na 6 jaar	BA na 7 jaar	MA na 3 jaar	MA na 4 jaar	MA na 5 jaar	BA * MA
2010-2011	80%	88%	89%	90%	36%	90%	95%	
2011-2012	81%	87%	89%	89%	34%	90%	95%	
2012-2013	80%	86%	87%	88%	29%	90%	96%	
2013-2014	82%	87%	89%	89%	24%	86%	94%	
2014-2015	84%	89%	91%	91%	19%	81%	93%	
2015-2016	82%	87%	88%	89%	19%	80%	91%	
2016-2017	79%	86%	88%	89%	24%	82%	91%	
2017-2018	80%	86%	87%	88%	21%	83%	92%	
2018-2019	81%	87%	88%		17%	83%	93%	
2019-2020	77%	85%			15%	81%	91%	
2020-2021	79%				20%	78%		
2021-2022					21%			
Gemiddeld				89%			92%	82%

Voor de berekening van het interne rendement kijken we naar de 5 meest recente cohorten. Voor de master zijn dat de cohorten 2015-2016, 2016-2017; 2017-2018; 2018-2019 en 2019-2020. Het

⁵⁶ We hebben ook gegevens gekregen van UNL. Deze gegevens komen voor de bachelor sterk met elkaar overeen en voor de master zijn de aantallen iets lager.

gemiddelde interne rendement van deze cohorten is dan 92%. Voor de bachelor betreft het de cohorten 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017 en 2017-2018. Het gemiddelde interne rendement van de bachelor is 89%. De combinatie van de bachelor en master levert een gezamenlijk rendement op van 82%. Vanwege de zijinstroom en de instroom in onderzoekersmaster houden we bij het bepalen van het interne rendement geen rekening met het interne rendement van de bachelor. Dat betekent dat we het interne rendement vaststellen op het masterrendement van 92%.⁵⁷

De nominale studieduur van de bachelor is 3 jaar en dat geldt ook voor de masterfase. Van de gemiddelde opleidingsduur hebben we nog geen realistische inschatting. In het onderzoek basisartsen is aan de respondenten de vraag gesteld in welk jaar zij zijn gestart met de bachelor en in welk jaar zij de master geneeskunde hebben afgerond. Dat levert het volgende beeld op:



Figuur 4.4 Gemiddelde opleidingsduur (respondenten onderzoek basisartsen, 2024 naar jaar van start van de opleiding)

De resultaten in Figuur 4.4 maken duidelijk dat voor de verschillende cohorten de mediaan rond de 7 jaar is. Deze studieduur komt overeen met gegevens die enkele faculteiten geneeskunde hebben aangeleverd, waarbij de combinatie van bachelor en master uitkomt op iets meer dan 7 jaar.⁵⁸ We gaan daarom uit van een studieduur van gemiddeld 7 jaar.

⁵⁷ In de studiekeuzedatabase zijn de rendementen berekend over een drietal cohorten en daarbij is alleen rekening gehouden met het rendement bij 1 jaar studieovertraging. Binnen 4 jaar studeert 82% af tijdens de bachelor en datzelfde geldt ook voor de master. De gegevens van UNL houden ook rekening met rendementen die ontstaan na een overtraging van meer dan 1 jaar. Uit de gegevens van de studiekeuzedatabase is af te leiden dat het aantal studenten dat de bachelor heeft gehaald en vervolgens doorgaat in de master gemiddeld 93% is.

⁵⁸ Brunori (et al., 2020) constateren dat de gemiddelde studieduur meer variatie laat zien en dat vanaf 1998 de mediaan gedurende 20 jaar iets meer is dan 7 jaar.

Conclusie parameterwaarden instroom en rendement

Instroom bachelor	% vrouw	Totaal in opleiding	% vrouw	Rendement na 6 jaar
2.957	67%	9.780	67%	88%

Instroom master	% vrouw	Totaal in opleiding	% vrouw	Rendement na 6 jaar
2.623	68%	9.116	68%	92%

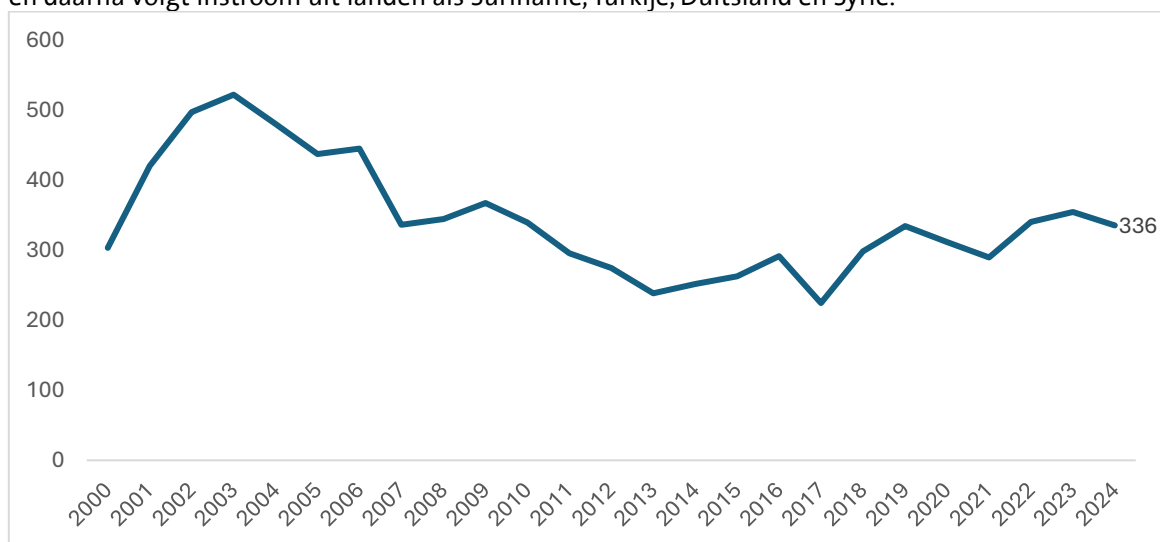
Totaal:

Instroom (bachelor)	% vrouw	Totaal in opleiding	Opleidingsduur (werkelijke)	Per jaar gemiddeld	Totaal rendement
2.957	68%	18.894	7 jaar	2.699	92%

4.4 Buitenlandse instroom

Voordat we in de volgende paragraaf ingaan op extern rendement en uitstroom bespreken we eerst de buitenlandse instroom. Daarbij gaat het om artsen die in het buitenland hun opleiding hebben gevolgd en in het BIG-register instromen als arts.

In 2023 werden er in totaal 2.772 nieuwe artsen ingeschreven in het BIG-register. De buitenlandse instroom was toen 355 (in 2023). Een jaar later was die instroom 335 op een totale instroom van 3.037 artsen. Figuur 4.5 toont de omvang van de buitenlandse instroom. Sinds 2009 komt deze niet hoger uit dan 350 artsen per jaar. Iets meer dan de helft van de buitenlandse artsen komt uit België en daarna volgt instroom uit landen als Suriname, Turkije, Duitsland en Syrië.



Figuur 4.5 Instroom van artsen zonder specialisme met buitenlands diploma (gegevens CIBG)

In 2024 zijn 336 buitenlandse artsen ingestroomd en het gemiddelde over de laatste 5 jaar is 327.⁵⁹

Conclusie parameterwaarden buitenlandse instroom

Gemiddelde instroom laatste 5 jaar	% vrouw
327	67%

Wanneer we de gegevens over de buitenlandse instroom combineren met de instroom vanuit de opleiding geneeskunde dan ontstaat het volgende beeld van het aantal geregistreerde basisartsen per jaar (Tabel 4.5). Als we het aantal BIG-geregistreerden vergelijken met het aantal ingeschrevenen in de studie geneeskunde 7 jaar eerder (inclusief zijinstroom) dan is er grote samenhang.

Tabel 4.5 Aantal masterdiploma's, aantal eerst geregistreerden BIG register en aantal inschrijvers meer dan 1 jaar na afstuderen

	Instroom geneeskunde – 7 jaar	Intern rendement 92%	Master-diploma's	Buitenlandse instroom	1e inschrijving BIG (inclusief buitenlands diploma)	Diploma's + buitenlandse instroom
2019-2020	2.926	2.692	2.560	312	2.905	2.872
2020-2021	4.408	4.055	2.800	290	2.771	3.090
2021-2022	1.260	1.159	2.560	341	2.789	2.901
2022-2023	2.787	2.564	2.570	355	2.773	2.925
2023-2024	2.877	2.647	2.650	336	3.037	2.986
Gemiddelde laatste 5 jaar	2.852	2.623	2.628	323	2.855	2.951

Bronnen: CIBG, UNL en bewerking Capaciteitsorgaan

Het jaar van het verkrijgen van het diploma komt niet altijd precies overeen met het jaar van de eerste inschrijving in het BIG-register.⁶⁰ Dat betekent dat er ook wat variatie kan zitten tussen het aantal diploma's en de inschrijvingen voor dat jaar in het BIG-register. Over de jaren heen varieert de jaarlijkse instroom in het BIG-register tussen de 2.500 in 2009 tot 3.037 in 2024. In 2017-2018 was er een piekjaar in de instroom (3.135) en daarna is er sprake van een geringe afname.

Gelet op het aantal diploma's lijkt er geen sprake van een groot verschil tussen het aantal artsen dat de geneeskundeopleiding succesvol afrondt en het aantal artsen dat zich vervolgens inschrijft in het BIG-register. Uit tabel 4.5 blijkt dat er meer inschrijvingen in het BIG-register zijn dan masterdiploma's en ook meer inschrijvingen dan wanneer we kijken naar de instroom in de geneeskunde 7 jaar eerder en rekening houden met een intern rendement van 92%. Daarmee wordt duidelijk dat met de buitenlandse instroom erbij en rekening houdend met een intern rendement van 92% de instroom in de bachelor grosso modo overeenkomt met het aantal inschrijvingen in het BIG-register

⁵⁹ In een reguliere dataverstrekking van CIBG januari 2025 is de buitenlandse instroom op 339 gesteld; dat getal is gebruikt voor de infographic.

⁶⁰ Vanuit de CIBG hebben we ook gegevens over het jaar van afstuderen in de geneeskunde en het jaar van inschrijven in het BIG-register. Over de cohorten 2009 tot en met 2022 blijkt dat slechts ongeveer 1% zich later dan een jaar na afstuderen inschrijft.

(gemiddeld respectievelijk 2.852 en 2.855). Wanneer we de masterdiploma's en de buitenlandse instroom optellen dat zien we gemiddeld een jaarlijks verschil van iets minder dan 100 met de daadwerkelijke inschrijving in het BIG-register.

4.5 Extern rendement en uitstroom basisartsen

Extern rendement geeft het percentage artsen weer dat een masterdiploma geneeskunde heeft gehaald en een bepaalde periode (respectievelijk 1, 5, 10 of 15 jaar) als basisarts werkzaam blijft. Bij het berekenen van het extern rendement gaan we uit van de basisartsen die recentelijk hun geneeskundeopleiding hebben afgerond (i.e., basisartsen jonger dan 30 jaar). Een deel van deze artsen stroomt door als specialist en is niet meer werkzaam als basisarts. Hoe meer basisartsen specialist worden, hoe lager het extern rendement. Daarnaast is het extern rendement te berekenen voor de basisartsen die arts zijn gebleven en waarvan de registratie in tact is gebleven. Extern rendement betreft dan het aandeel werkzame basisartsen dat nog in het BIG-register is ingeschreven.

De uitstroom gaat over het aandeel werkzame basisartsen dat naar verwachting over respectievelijk 5, 10, 15 en 20 jaar niet meer werkzaam is als basisarts. Basisartsen die zijn 'uitgestroomd' als specialist tellen we mee als uitstroom. Daarnaast vindt uitstroom plaats van artsen die niet meer werken als arts en/of waarvan de BIG-registratie als arts is beëindigd. Voor de uitstroom gaan we uit van alle basisartsen die jonger zijn dan 45. Het kan daarbij ook gaan om artsen KNMG of artsen die wisselen van specialisme en weer aios zijn.

Om het externe rendement en de uitstroom te berekenen, maken we gebruik van CIBG gegevens die we hebben ontvangen over hoeveel artsen in een bepaald jaar uitstromen als specialist en/of waarvan de BIG-registratie als arts is beëindigd.

4.5.1 Extern rendement 1, 5, 10 en 15 jaar

Omdat we niet beschikken over precieze gegevens over hoe groot de 'theoretische kans' is dat artsen die de opleiding geneeskunde hebben afgerond als arts blijven werken, maken we bij de berekening van het extern rendement gebruik van de beschikbare CIBG-gegevens over hoeveel van de artsen die bij registratie jonger als 30 jaar zijn als arts blijven werken. Dat is weergegeven voor de cohorten 2009 – 2024 in Tabel 4.6. Het rendement neemt af omdat in de loop van de tijd meer artsen specialist zijn. Daarmee geeft het extern rendement inzicht in hoe lang basisartsen als basisarts blijven werken.

Tabel 4.6 Extern rendement basisartsen <30 jaar per cohortjaar vanaf 2009 die specialist zijn geworden

Jaar registratie	Instroom <30	Specialist	% specialist	Na 1 jaar	Na 5 jaar (2018)	Na 10 jaar (2023)	Na 15 jaar
2009	1965	1709	87%	99,8%	78%	30%	13%
2010	2284	1977	87%	99,9%	78%	30%	
2011	2238	1913	85%	99,9%	78%	30%	
2012	2520	2034	81%	99,8%	78%	30%	
2013	2493	1872	75%	99,7%	78%	33%	
2014	2617	1737	66%	99,8%	81%	34%	
2015	2444	1408	58%	99,6%	81%		
2016	2550	1223	48%	99,6%	83%		
2017	2532	920	36%	99,8%	84%		
2018	2844	756	27%	99,7%	85%		
2019	2627	373	14%	99,6%	86%		
2020	2616	113	4%	99,8%			
Gemiddelde				99,8%	81%	31%	13%

* in de coronajaren zijn coulance regelingen toegepast op de registratie. In de aantallen zijn de artsen ook meegenomen die opnieuw zijn ingeschreven na doorhaling. Het gaat daarbij voor de cohorten 2009 tot 2024 om totaal 76 opgeheven doorhalingen.

Ook is het extern rendement te berekenen van de basisartsen die als arts blijven werken, op basis van het aantal uitschrijvingen uit het register. Dat is weergegeven in Tabel 4.7. Daarbij is de grens van 5 jaar respectievelijk 10 jaar zo mogelijk afgestemd op de eerste dan wel tweede herregistratie.

Tabel 4.7 Extern rendement op basis van basisartsen wiens inschrijving in het register eindigt

Jaar van registratie	Instroom <30	Blijvend basisarts	Gestopt als arts totaal	Resterende artsen	Na 1 jaar gestopt	Gestopt na 5 jaar /1e herregistratie	Gestopt na 10 jaar/2e herregistratie
2009	1.965	256	118	138	0%	4,6%	6,0%
2010	2.284	307	123	184	0,02%	4,2%	5,3%
2011	2.238	325	122	203	0%	3,5%	5,4%
2012	2.520	486	144	342	0%	3,9%	5,6%
2013	2.493	621	142	479	0%	3,8%	5,5%
2014	2.617	880	163		0%	4,2%	6,1%
2015	2.444	1.036	137		0%	3,0%	
2016	2.550	1.327	126		0%	1,3%	
2017	2.532	1.612	127		0%	4,6%	
2018	2.844	2.088	117		0%	3,9%	
2019	2.627	2.254	136		0%	5,2%	
2020	2.616	2.503	64		0%	2,5%	
Gemiddelde					0%	3,7%	5,7%

Op basis van de combinatie van het afnemend extern rendement van basisartsen die specialist worden, vermindert met het aandeel artsen die zonder specialist te worden, uitgeschreven raken uit het register (de combinatie van tabellen 4.6 en 4.7) berekenen we het extern rendement. De waarde na 15 jaar is gebaseerd op het geschatte aandeel resterende artsen van gemiddeld 10%.

Conclusie parameterwaarden extern rendement

	Na 1 jaar	Na 5 jaar	Na 10 jaar	Na 15 jaar
Extern rendement	100%	77%	25%	10%

4.5.2 Uitstroom

We beschikken niet over precieze gegevens over de uitstroom van werkzame basisartsen. Wel kunnen we een inschatting maken op basis van de uitstroom in het BIG-register. Daarbij richten we ons op de uitstroom van de basisartsen (< 45 jaar). Dat betekent dat we per cohort de uitstroom nagaan van de groep basisartsen waarvan de beginleeftijd bij start van de registratie onder de 45 jaar ligt. De meeste basisartsen stromen uit omdat ze specialist worden. Daarnaast zijn er artsen die hun registratie als hebben verloren. De inschatting van de uitstroom berust op de beëindiging van de registratie van de basisartsen tot 45 jaar uit het BIG-register en de uitstroom naar een specialisme. Dat is weergegeven in Tabel 4.8. De beëindiging van de registratie na 5 jaar concentreert zich rondom de eerste herregistratie en die van 10 jaar rond de tweede herregistratie.

Tabel 4.8 Uitstroom van jonge artsen uit het BIG-register (< 45 jaar)

Artsen cohort	Aantal BIG-registraties 45-	Einde 45-	% einde 45-	Einde na 5 jaar /1e herregistratie	Einde na 10 jaar /2e herregistratie
2009	2.409	315	13,1%		10,1%
2010	2.658	282	10,6%		8,4%
2011	2.538	249	9,8%		6,7%
2012	2.822	254	9,0%		6,8%
2013	2.770	229	8,3%	5,6%	8,0%
2014	2.862	237	8,3%	5,7%	8,3%
2015	2.720	220	8,1%	6,4%	
2016	2.816	191	6,8%	6,7%	
2017	2.783	183	6,6%	6,3%	
2018	3.119	182	5,8%	5,3%	
2019	2.895	193	6,7%	6,6%	
2020	2.888	77	2,7%		
Gemiddeld			8,0%	5,8%	8,1%

In Tabel 4.8 is bij de afbakening van 5 jaar rekening gehouden met het effect van de eerste herregistratie die in 2018 is ingevoerd. Uiteindelijk is de verwachting dat voor de pensioenleeftijd 10% van de artsen uitstroomt.

In de volgende tabel gaan we in op de uitstroom van basisartsen per cohortjaar naar een specialisme. Ook nu hebben we dat weergegeven voor de artsen die bij hun eerste registratie jonger dan 45 jaar zijn.

Tabel 4.9 Uitstroom als specialist

Artsen cohort	Aantal BIG-registraties 45-	Specialist 45-	% specialist 45-	Uitstroom na 5 jaar als specialist	Na 10 jaar	Na 15 jaar	Uitstroom specialist uit BIG
2009	2.409	1989	83%	25%	68%	83%	3,7%
2010	2.658	2209	83%	24%	68%	83%	2,7%
2011	2.538	2100	83%	24%	68%	83%	2,7%
2012	2.822	2224	79%	23%	69%		1,9%
2013	2.770	2040	74%	22%	59%		1,5%
2014	2.862	1882	66%	21%	65%		0,9%
2015	2.720	1573	58%	20%	57%		1,3%
2016	2.816	1368	49%	19%			1,1%
2017	2.783	1036	37%	17%			0,5%
2018	3.119	871	28%	17%			0,6%
2019	2.895	459	16%	16%			0,5%
2020	2.888	173	6%				
Gemiddeld				21%	65%	83%	

Tabel 4.9 toont dat voor de latere cohorten er relatief minder specialisten zijn dan voor de eerdere cohorten. Vooralsnog nemen we aan dat artsen er langer over lijken te doen om specialist te worden. Het betekent niet dat er uiteindelijk minder specialisten per cohort zullen zijn. Ook bij de artsen die specialist zijn geworden, vindt uitstroom uit BIG-register plaats (zie de laatste kolom). Bij het bepalen van de definitieve uitstroom corrigeren we voor deze uitstroom van specialisten, zodat er geen dubbeltellingen plaatsvinden met de uitstroom uit het BIG-register. De inschatting is dat ongeveer 10% van de artsen geen specialist wordt.

Conclusie parameterwaarden uitstroom

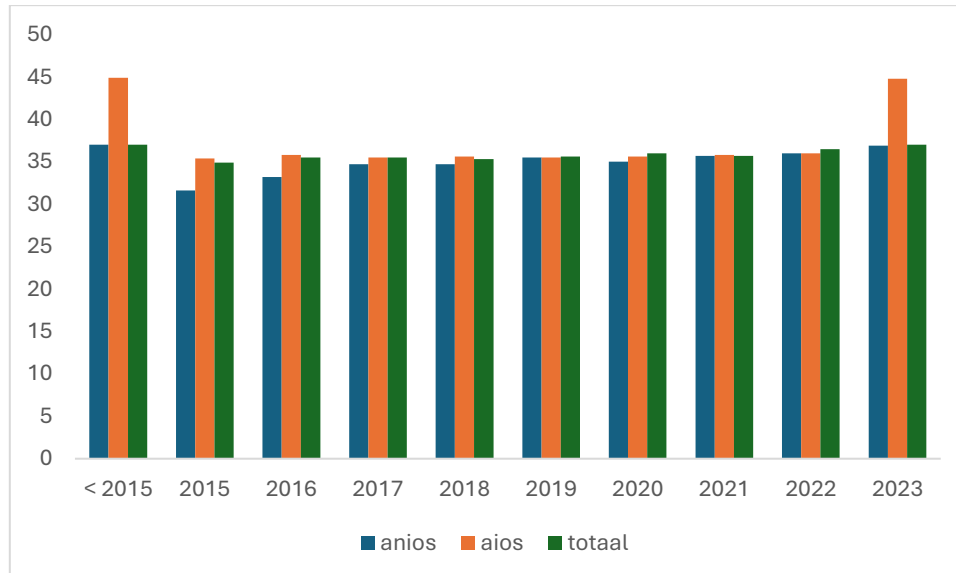
	Na 5 jaar	Na 10 jaar	Na 15 jaar	Na 20 jaar
Uitstroom register	6%	8%	10%	10%
Uitstroom als specialist	21%	65%	83%	83%
Totale uitstroom ⁶¹	25%	70%	90%	90%

⁶¹ Bij de optelling is gecorrigeerd voor de uitstroom uit het register.

4.6 Verwacht fte

De capaciteit aan artsen is behalve van het aantal artsen ook afhankelijk van het aantal uren dat artsen werken. In de recentere Cao's zijn (nog) geen specifieke afspraken gemaakt over anioscontracten. De deelnemers in de expertsessies geven aan dat de gemiddelde aanstellingsduur van anios de laatste jaren varieert tussen 32 en 36 uur terwijl een aantal jaren terug minder dan fulltime werken nog niet mogelijk was. Gemiddeld komen de anios uit op een gewenste werkweek van ongeveer 36 uur. Feitelijk blijken basisartsen soms meer uren te werken, mede ook vanwege de inzet voor diensten. Basisartsen lijken ook functies te combineren, zoals het vervullen van diensten als neventaak naast een reguliere aanstelling bij een andere instelling of het combineren van aniosschap met promotieonderzoek. Over de combinatie van contracten zijn geen aanvullende gegevens beschikbaar. Terwijl het vroeger voor een arts normaler was om extra uren te maken bovenop de contracturen, is de verwachting dat huidige anios nauwelijks extra onbetaalde uren buiten de werkuren maken. Uit PFZW data is te herleiden dat anios bovenop hun contract soms een geringe extra vergoeding krijgen voor compensatie van diensturen. Het gaat hier echter gemiddeld niet om hoge bedragen. De verwachting is dat in de toekomst anios eerder minder uren willen werken dan meer.

In het onderzoek basisartsen geven de anios aan gemiddeld liefst 35 uur te willen werken en voor de anios is dat gemiddeld 34 uur.⁶² De resultaten uit het Onderzoek basisartsen (2024) zijn weergegeven in Figuur 4.6.



Figuur 4.6 Hoeveel uren zou je het liefst willen werken? Naar jaarcohorten anios, aios en totaal (Onderzoek basisartsen)

Over het algemeen lijken de oudere generaties aios iets minder uren te willen werken dan de jongere generaties. De aios van voor 2015 en van 2023 vormen hierop een uitzondering. Het merendeel van de aios geeft aan de opleiding parttime te vervullen. In het onderzoek basisartsen is verder

⁶² Onderzoek basisartsen, 2024.

gevraagd of de respondenten de eerste opleidingsplek parttime of fulltime hebben vervuld. Het percentage dat de opleiding parttime doet, is sinds 2015 verder toegenomen.

Hoe zal het aantal uren dat basisartsen willen werken, zich verder ontwikkelen? In het onderzoek basisartsen hebben we voor het loopbaangedrag twee belangrijke drijfveren achterhaald: de inhoudelijke drijfveer en persoonlijke (regel)ruimte. Tot de inhoudelijke drijfveer behoren onder andere contact met patiënten en variatie in werkzaamheden. Ook benadrukken de artsen die inhoudelijke ambitie hebben het belang van een positieve werksfeer. Inhoudelijke gedrevenheid zien we vooral bij artsen die doelgericht hun toekomstige loopbaan voor ogen hebben.

Tot de persoonlijke (regel)ruimte horen zaken als vrijheid & autonomie, eigen regie & verantwoordelijkheid, flexibele werktijden en werk-privébalans. Artsen die meer twijfelen of hebben getwijfeld over een vervolgopleiding en/of nog zoekende zijn naar wat bij hen past, benadrukken – naast inhoudelijke gedrevenheid - juist deze persoonlijke (regel)ruimte. Het is niet altijd dat zij minder uren willen werken, maar wel meer zeggenschap willen krijgen over hun werkuren. Het minder uren willen werken, lijkt vooral te maken te hebben met de extra uren die er bovenop het contract bijkomen.

Uit het onderzoek zijn ook twee andere drijfveren afgeleid: de behoefte aan support (waardering & erkenning, loopbaanondersteuning, begeleiding & coaching) en arbeidsvoorwaarden (diensten, werkdruk en vergoedingen).⁶³ Deze twee laatste drijfveren worden lang niet door alle artsen genoemd. Met name de doelgerichte artsen stellen inhoudelijke uitdaging voorop, en noemen arbeidsvoorwaarden en persoonlijke (regel)ruimte vaker als pushfactor en reden om te stoppen met een vervolgopleiding.

Wanneer we de aios van de clusters van specialismen vergelijken, dan blijken aios van cluster 1 meer te hechten aan eigen regie en verantwoordelijkheid dan aios van cluster 2. Aios van cluster 2 willen zich meer dan aios van cluster 1 doelgericht voorbereiden op een opleidingsplek als specialist. Bij aios cluster 2 speelt daarentegen het vergroten van de kansen op een aiosplek en de inhoudelijke uitdaging vaker een rol dan bij aios cluster 1 en zijn gunstige werktijden en diensten minder vaak op de vervolgkeuze van invloed geweest. Aios van cluster 2 hebben minder vaak dan aios cluster 1 getwijfeld over het vakgebied waar ze wilden werken. Aios van cluster 2 zijn meer ontevreden over de werktijden en over de privé-werkbalans dan aios van cluster 1. Aios cluster 2 noemen vaker dan aios cluster 1 privé-werkbalans en toekomstperspectief op vaste baan als redenen om te overwegen te stoppen met de vervolgopleiding. Tevens noemen zij vaker waardering en erkenning als reden om te stoppen.

De ontwikkelingen bij de huidige generatie artsen doen zich in versterkte mate voor bij de geneeskundestudenten.⁶⁴ Ruim de helft van de geneeskundestudenten noemt een goede werk-privébalans als een van de belangrijkste werkwaarden; het is daarmee de meest gekozen werkwaarde. Ook masterstudenten vertonen doelzoekend gedrag; meer dan 40% van de masterstudenten geeft aan na de studie als anios te willen werken om uit te vinden welk specialisme bij hen past. Zoekende

⁶³ Onderzoek basisartsen, 2024, Tabellenboek tabel 0.7.

⁶⁴ DG, 2025. *Loopbaanwensen: Onderzoeksrapport*.

studenten benadrukken het belang van autonomie in hun werk en de vrijheid om zelf de inhoud van het werk te bepalen. De helft geeft daarbij aan een medisch specialistische vervolgopleiding te ambiëren (waarvan 35% nog niet weet welk specialisme en 15% dat al wel weet). Daarnaast geen 14% van de masterstudenten aan arts buiten het ziekenhuis te willen worden. De meerderheid van hen die zeker een medisch specialistische vervolgopleiding wil doen, stelt nog steeds inhoudelijke verdieping voorop. Dit ligt anders voor degenen die niet zeker weten of ze in of buiten het ziekenhuis willen werken en degenen die nog geen duidelijk toekomstbeeld hebben. Degenen die in de masterfase nog geen duidelijk toekomstbeeld hebben, ervaren meer stress in het maken van een goede loopbaankeuze. Hoewel veel geneeskundestudenten onomwonden lijken te kiezen voor de medisch-specialistische zorg, lijken ook meer dan bij de basisartsen open te staan voor een loopbaan buiten het ziekenhuis. Dit kan in de toekomst ook consequenties hebben voor de spreiding van artsen over de drie clusters.

In deze eerste richtinggevende raming vinden we het te vroeg om de fte factor nauwkeurig in te schatten en kiezen voor deze 0 meting voor een fte factor van 1. De inschatting is dat basisartsen vooralsnog niet meer uren maar ook niet direct minder uren zullen gaan werken.⁶⁵

Conclusie parameterwaarden verwachte fte

Fte factor
1 fte

⁶⁵ Voor de doorrekening van het ramingsmodel maakt het in principe niet uit welke fte factor precies wordt gekozen. Het maakt wel uit als de bestaande fte factor afwijkt van de te verwachten fte factor. Een verschil tussen de huidige fte factor en de te verwachten fte factor heeft een grote impact op het compenseren van weggevallen capaciteit met een hogere instroom in de opleiding geneeskunde.

5 Verwachte vraag basisartsen evenwichtsjaar

5.1 Inleiding

Bij de verwachte vraag maken we onderscheid naar de demografische vraag en de niet-demografische vraag. De demografische vraag naar basisartsen berekenen we op basis van de bevolkingsprognose van het CBS; zie verder paragraaf 5.2.

De niet-demografische vraag naar basisartsen is moeilijker in te schatten en te berekenen. Wat zijn factoren die in de toekomst de vraag naar basisartsen beïnvloeden? Het ramingsmodel kent de volgende factoren:

Niet-demografische ontwikkelingen

Epidemiologie

Sociaal-cultureel

Werkproces:

vakinhoudelijk

efficiency

horizontale taakverschuiving

verticale taakverschuiving

Het gaat daarbij om variabelen die zich voordoen op het niveau van de samenleving (bijvoorbeeld epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen, en arbeidstijdsverandering zoals vastgelegd in Cao's) en variabelen die zich voordoen op meso- en microniveau en zichtbaar zijn in het werkproces (bijvoorbeeld vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiëntie, verticale en horizontale substitutie).⁶⁶ Sociaal-culturele ontwikkelingen gaan zowel over het overheidsbeleid als ook over gedrag en leefstijl van patiënten en inwoners en gedrag van werkgevers en zorgprofessionals.

Afspraken in het Integraal Zorg Akkoord over verandering van leefstijl betekent nog niet dat patiënten en inwoners inmiddels de leefstijl hebben aangepast. Kortom, ambities en gewenste veranderingen en realistische verwachtingen lopen soms door elkaar. Bovendien beïnvloeden de factoren elkaar. Sociaal-culturele ontwikkelingen kunnen doorwerken in de organisatie van het werkproces. In dit hoofdstuk zullen we de factoren daarom gezamenlijk bespreken. Daarbij leggen wij de nadruk op de verwachte vraag naar basisartsen zoals die tot uitdrukking komt in de organisatie van het werkproces van diverse specialismen.

Veranderingen in de organisatie van het werkproces hangen ook samen met ontwikkelingen rond schaarste aan zorgprofessionals of aan financiële middelen. Schaarste aan mensen of middelen kan betekenen dat werkgevers en zorgprofessionals zich genoodzaakt zien het werkproces en de inzet van diverse zorgprofessionals aan te passen. Er kunnen pragmatische en/of strategische en culturele overwegingen zijn om minder of andere beschikbare arbeidskrachten in te zetten.

⁶⁶ Zie ook bijlage 1 voor de definities van deze begrippen.

Het in kaart brengen van de verwachte organisatie van het werkproces is niet eenvoudig. Het vraagt om inzicht in bewegingen die zich nu aan het voltrekken zijn dan wel zijn te verwachten in de nabije toekomst. Dat is meer dan het doortrekken van trends uit het verleden. Het gaat ook om nieuwe, 'emergente' ontwikkelingen die in de toekomst mogelijk een structureel karakter krijgen. We zoeken daarom naar drijvende krachten of mechanismen achter die bewegingen. Wat maakt dat in het werkproces de vraag naar inzet van basisartsen jaarlijks toeneemt of afneemt? Dergelijke drijvende krachten of mechanismen zijn bijvoorbeeld af te leiden uit:

- ontwikkelingen die zich in alle specialismen voordoen;
- incidentele signalen die een structureel karakter krijgen;
- afspraken in het Integraal Zorg Akkoord en/of visies van veldpartijen;
- grote onzekerheden die het toekomstbeeld lijken te bepalen;
- recente veranderingen in het werkproces ten opzichte van een paar jaar geleden.

Omdat het gaat om toekomstige ontwikkelingen, is de impact van dergelijke drijvende krachten moeilijk in te schatten. Voor deze eerste richtinggevende raming van artsen ligt de focus daarom op kwalitatieve ontwikkelingen die zichtbaar zijn in het werkproces. Verandert de organisatie van zorg en de functiemix zodanig dat de inzet van basisartsen in de praktijk van zorg en preventie in de toekomst relatief hoger of lager wordt? De kwantitatieve vertaling van deze verwachte inzet kent altijd onzekerheden.

De verwachte vraag naar aios brengen we anders in kaart als die naar anios. De verwachte vraag naar aios leiden we namelijk af uit de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor de geneeskundig specialisten: respectievelijk die van de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, de arts VG, de verslavingsgeneeskundige, de medisch specialisten en de sociaal geneeskundigen (respectievelijk de artsen KNMG en de artsen M+G alsook de bedrijfsgeneeskundige en de verzekeringsgeneeskundige). De ramingen voor deze geneeskundig specialisten en artsen KNMG resulteren in instroomadviezen voor aios die op de lange termijn het evenwicht tussen vraag naar en aanbod van specialisten herstellen. De verwachte vraag naar aios is daarom eenvoudig af te leiden uit de vergelijking van de meest recente ramingen van geneeskundig specialisten en artsen KNMG met de vorige raming. Voor de verwachte vraag naar anios, maken we gebruik van de resultaten van het Werkgeversonderzoek 2024, het eerdere Onderzoek basisartsen in 2024, onderzoek door NZA en SiRM naar valuteerbare arbeid van aios en een aantal expertsessies in 2025.⁶⁷ Er hebben in de eerste helft van 2025 vier expertsessies plaatsgevonden:

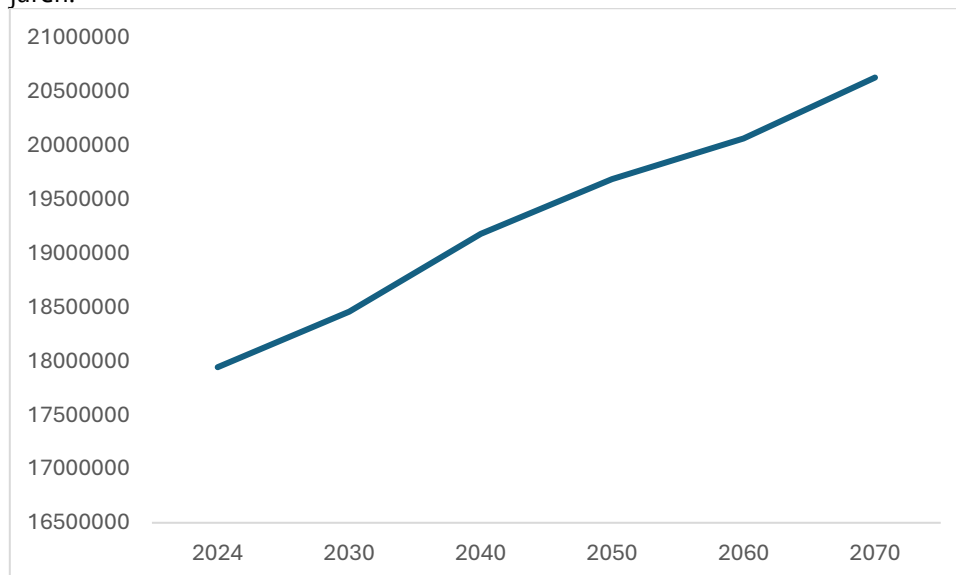
- met sectoroverstijgende experts over lange termijn ontwikkelingen in de zorg en publieke gezondheid;
- met opleidingsdirecteuren en geneeskundestudenten over ontwikkelingen in de geneeskunde en de opleiding geneeskunde;
- met een mix van professionals uit de medisch-specialistische zorg (aios, anios, specialisten, PA's, bestuurder MSB, HR-medewerkers afkomstig uit drie ziekenhuizen);
- met artsen M+G, aios jeugdgezondheidszorg en manager afkomstig uit 3 GGD's/jeugdgezondheidszorgorganisaties.

⁶⁷ Zie de verslagen van de expertsessies in Bijlage 2.

5.2 Demografische vraag naar basisartsen

Aan de hand van de CBS prognose⁶⁸ geven we een inschatting van de procentuele groei van de bevolkingssamenstelling. Daarbij is de veronderstelling dat het aantal basisartsen meegroeit met de groei van de bevolkingssamenstelling. Andere ramingen maken daarbij een weging op basis van de groei van onderscheiden leeftijdscategorieën en geslacht. Omdat de inzet van basisartsen breed is voor diverse leeftijdscategorieën, vindt voor de basisartsen een ongewogen inschatting plaats van de demografische vraag. Omdat de raming voor het eerst plaatsvindt, is ook nog geen vergelijkingen mogelijk met eerdere ramingen.

De volgende figuur geeft de groei van de bevolking aan zoals het CBS die inschat voor de komende jaren.⁶⁹



Figuur 5.1 Bevolkingsprognose CBS 2030-2070 in aantallen inwoners

Op basis van de bevolkingsprognose van het CBS groeit de bevolking in Nederland tot in 2070 door tot meer dan 20,5 miljoen (anno 2024 is dat 17.942.942). Figuur 5.1 laat zien dat de groei de eerste 5 jaar tot 2030 relatief iets hoger is en daarna iets lager uitvalt. In de raming gaan we uit van de groei-percentages per 5 jaar en delen die door 5 om de procentuele groei per jaar te bepalen.

Conclusie parameterwaarde demografische vraag:

Prognose CBS	Groei 2030	2035	2040	2045
Algemeen/ Basisartsen	2,27%	4,37%	6,27%	7,82%

⁶⁸ [Bevolking in de toekomst | CBS](#)

⁶⁹ Bevolkingsprognose CBS 2024-2070.

5.3 Verwachte vraag naar aios

De ramingen van het Capaciteitsorgaan voor geneeskundig specialisten resulteren in een advies voor de instroom van aios voor diverse specialismen. Het verschil tussen het nieuwe instroomadvies en het vorige instroomadvies is een indicator voor de jaarlijkse verwachte vraag naar aios. Tabel 5.1 vat de instroomadviezen voor de diverse geneeskundig specialisten samen. Voor de toelichting wordt verwezen naar de afzonderlijke ramingsrapporten.

Tabel 5.1 Verwachte vraag naar aios op basis van nieuwe instroomadviezen

Specialisme	Instroom-advies aios 2022	Vaststelling VWS	Instroomadvies 2025	Absolute stijging	Relatieve stijging
Cluster 1 totaal	1.571	1274	1.328	+54	4%
Huisartsenzorg	1.190	954	1.026	72	7,5%
Ouderengeneeskunde	305	260	245	-15	-6%
Arts VG	43	27	34	7	26%
Verslavingsgeneeskunde	33	33	23	-10	-30%
Cluster 2 MS	1.153	1.153	1.249	96	8,3%
Cluster 3 sociale geneeskunde	1.070	691	495	-196	-30%
Arbeid & Gezondheid	491	(491)	245	-246	-50%
Maatschappij & Gezondheid	552	175	235	60	34%
Forensische zorg	27	25	15	-10	4%
Totaal	3.781	3.118	3.072	-46	-1,5%

Wanneer we voor de vorige raming de aiosplekken die VWS heeft vastgesteld als vertrekpunt nemen, dan neem de vraag naar aios in cluster 1 iets toe, in cluster 2 nog meer toe en in cluster 3 juist af. In totaal neemt de vraag naar aios af met 1,5%.

De belangrijkste verklaringen voor de toename/afname in de verwachte vraag naar aios zijn:

- Demografische ontwikkelingen en stijging van de (meer complexe) zorgvraag
- Ontwikkelingen Integraal Zorgakkoord en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
- Vroegtijdige uitstroom en uitstroom naar pensioen van specialisten
- Capaciteitstekort aanpalende beroepsgroepen
- Belangstelling van basisartsen voor aiosschap in dit specialisme
- Veranderingen in de functiemix
- Taakverschuivingen naar onder andere physician assistants en verpleegkundig specialisten.

5.4 Basisartsen van de toekomst breder inzetbaar

De verwachting is dat op de lange termijn in zorg en preventie breed inzetbare basisartsen nodig blijven. Mogelijk ontstaat er meer samenwerking tussen domeinen van zorg en welzijn en ook tussen beroepsgroepen. Dat kan betekenen dat basisartsen nog breder inzetbaar worden. Mogelijk verandert ook de spreiding van basisartsen over de clusters van specialismen. Momenteel zijn de

werkloosheidcijfers voor basisartsen al jaren heel laag.⁷⁰ Het is niet te verwachten dat die de komende jaren gaan toenemen.

5.4.1 Effecten zorgakkoorden op zorgvraag nog niet tastbaar

De bestaande trend is dat de zorgvraag toeneemt en complexer wordt. Gezondheid van mensen is afhankelijk van individueel gedrag en de sociale context die niet snel veranderen. Een lagere sociaal economische status gaat vaak gepaard met een minder gezonde leefstijl en een hoger risico op gezondheidsproblemen. Sociale problematiek maakt de zorgvraag meer complex. Een drijvende kracht achter de meer complexe zorgvraag zijn de hoge verwachtingen in de samenleving over recht op zorg en de maakbaarheid van het leven. Die verwachtingen zorgen voor steeds meer spanning in het zorgsysteem omdat het zorgaanbod achterblijft. De complexiteit van zorg neemt toe, zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn.

Diverse zorgakkoorden trachten de stijgende zorgvraag te doorbreken door in te zetten op preventie en zorgvraagvermindering. Niet elke zorgvraag hoeft met zorg te worden ingelost. Daardoor zou ook minder inzet van professionals nodig zijn. De beweging is ingezet met het Integraal Zorg Akkoord (IZA) in 2022. Het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg van 2025 trachten die beweging te versnellen. Kernbegrippen zijn daarbij passende zorg en wijkgerichte ondersteuning gericht op eigen regie. Technologische innovatie en AI moeten de administratieve lasten verminderen. Tevens is meer samenwerking nodig tussen artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, sociaal werkers en preventiemedewerkers. Slimme verschuivingen en verplaatsingen zouden netto dan tot minder inzet van zorgprofessionals en ook van artsen leiden.

De deelnemers in de expertsessie zien op basis van de akkoorden deze beweging van passende zorg en meer publieke gezondheid nog niet echt van de grond komen. Op de lange termijn achten zij het wel mogelijk dat artsen in domeinen van zorg en publieke gezondheid meer overstijgend met elkaar gaan samenwerken over de grenzen van instellingen en muren heen. Ook zouden het verpleegkundig domein en het artsendomein meer met elkaar verweven kunnen raken. De kerntaken van de afzonderlijke beroepen blijven dan overeind, maar in deeltaken ontstaan meer mengvormen. De individuele competentie van elke afzonderlijke zorgprofessional maken mogelijk meer plaats voor de 'collective competence' van het team.⁷¹

De inschatting is dat artsen en specialisten in de toekomst breder inzetbaar zijn. Die intentie komt ook tot uiting in de houtkoolschets specialismenlandschap van het College Geneeskundig Specialismen (CGS). De houtkoolschets typeert generalisme als basis voor opleiding en beroepsuitoefening. Ook de Federatie Medisch Specialisten (FMS) wil opleiden voor brede inzetbaarheid en generalistische zorg. Om zowel generalistische als zeer gespecialiseerde zorg te bieden, kiest FMS voor een brede basisfase voor alle artsen in opleiding. Na de basisfase volgt een verdiepingsfase en eventueel een differentiatiefase.⁷² Het visiedocument opleidingscontinuüm (2023) voegt toe dat behalve op

⁷⁰ CBS Statline 84776NED.

⁷¹ Langlois, 2020.

⁷² College Geneeskundig Specialismen (2023). *Generalisme als basis voor opleiding en beroepsuitoefening*.; [Opleiden voor brede inzetbaarheid: wat we nu al kunnen doen | Federatie Medisch Specialisten](#).

een wetenschappelijk profiel aios zich ook kunnen profileren in onderwijs, bestuur en management, kwaliteit en veiligheid.

5.4.2 Geneeskunde opleiding leidt artsen meer generiek op

De bredere inzet van artsen en specialisten speelt niet alleen bij de vervolgoopleidingen, maar ook in de initiële opleiding geneeskunde. De toekomstige arts zal naar verwachting minder gericht zijn op alleen de klinische setting en het patiënten beter maken. De arts zal meer interprofessioneel zijn opgeleid en kennis uit andere domeinen meenemen.

Rond de opleiding geneeskunde zijn diverse aangrijpingspunten voor verandering:⁷³

- De toegang tot de opleiding geneeskunde. Via een systeem van loting naar decentrale selectie is inmiddels ook decentrale loting mogelijk. Hoewel nog niet bewezen welke maatregelen welk effecten heeft, ligt de focus steeds meer op het vergroten van de diversiteit van de instroom in de geneeskundeopleiding.
- De inrichting van het curriculum. De wijze waarop het curriculum inhoud en vorm krijgt, heeft direct en indirect invloed op de ervaren loopbaanmogelijkheden van studenten (i.e., het 'hidden curriculum'). De bachelor zou breder moeten zijn en de master zou meer keuzeruimte moeten bieden. Er zou meer aandacht moeten komen voor de bredere inzetbaarheid van de arts in de eerste lijn en de sociale geneeskunde. Brede inzetbaarheid betekent ook dat er naast het wetenschapsprofiel ook andere profielen zijn.
- De begeleiding van studenten in het maken van loopbaankeuzes. Loopbaanbegeleiding is ook onderdeel van de eindtermen van de artsenopleiding (Raamplan Artsopleiding, 2020). Er zijn verschillende loopbaanperspectieven binnen en buiten het ziekenhuis. De werkgroep extramurale artsen⁷⁴ heeft concrete acties uitgewerkt voor het bevorderen van loopbanen in de sociale geneeskunde en eerste lijn. Momenteel krijgen coschappen buiten het ziekenhuis reeds vorm. Basisartsen geven zelf ook aan dat als zij meer coschappen in andere vakgebieden hadden gehad, dit had geholpen in de loopbaankeuze.⁷⁵

De toenemende aandacht voor de extramurale arts in het curriculum kan tot effect hebben dat basisartsen vaker en eerder gaan kiezen voor de extramurale setting en de sociale geneeskunde. Uit het Onderzoek basisartsen van het Capaciteitsorgaan (2024) is nog geen afnemende belangstelling van basisartsen voor de ziekenhuisspecialismen af te leiden. Uit eerdere onderzoeken naar basisartsen valt te achterhalen dat de belangstelling voor de medische specialismen al jaren groot is (tweederde tot driekwart). Op de vraag aan basisartsen in het onderzoek van 2024 waar men over 5 tot 10 jaar denkt te werken dan wel welke specialismen het minst aanspreken, blijkt dat de specialismen in het ziekenhuis nog steeds het meest populair zijn, gevolgd door de huisartsenpraktijk.⁷⁶ Tweevijfde van de basisartsen geeft expliciet aan liever niet te willen werken in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de bedrijfsgeneeskunde of de verzekeringsgeneeskunde. Gelet op de trend uit het verleden is vooralsnog te verwachten dat een grote meerderheid uiteindelijk in de ziekenhuisspecialismen werkzaam blijft. Van de aios in cluster 3 had de helft voor sociale

⁷³ Visiedocument *Het opleidingscontinuüm van student tot geneeskundig specialist* (2023).

⁷⁴ Werkgroep extramurale artsen (2023). *Actieplan 'Meer extramurale artsen'*.

⁷⁵ De verwachting van deelnemers aan de expertsessies is overigens dat de inrichting van coschappen in de toekomst niet houdbaar is vanwege een tekort aan plekken en aan voldoende nieuwe patiënten om artsen goed op te leiden. Het anders invullen van de coschappen kan daarom in de toekomst noodzakelijk zijn.

⁷⁶ Bijlagen Onderzoek basisartsen, Tabellenboek, tabel 0.09 en tabel 0.10, pp. 5,6.

geneeskunde gekozen, na te hebben gesolliciteerd bij cluster 1 en/of cluster 2. Van de aios in cluster 1 had een kwart eerst gesolliciteerd in de medisch-specialistische zorg.⁷⁷ De aios in cluster 3 zijn relatief ook ouder dan de aios in cluster 1 en 2. Er zijn signalen dat sommige basisartsen momenteel meer bewust kiezen voor cluster 1 en 3 specialismen. Het is echter nog te onzeker en nog niet duidelijk aantoonbaar dat meer aandacht voor de extramurale arts en preventie daadwerkelijk vruchten af gaat werpen.

5.5 Verklarende mechanismen voor de vraag naar anios

Basisartsen zijn steeds meer een onmisbare schakel in het leveren van zorg en publieke gezondheid. Er zijn twee mechanismen te herkennen in de vraag naar anios die in de diverse specialismen verschillende accenten krijgen.

5.5.1 De aniosplek als opstap voor de vervolgopleiding

Tot voor kort leek het aniosschap vooral een opstap naar de vervolgopleiding. Dat kwam ook tot uitdrukking in het gebruik van de term anios voor een arts die nog geen opleidingsplek heeft, maar dat wel zou willen. Ook in eerdere rapporten van het Capaciteitsorgaan over loopbaankeuzen basisartsen was dit de insteek. De opstap tot een opleidingsplek werd daarbij ook wel getypeerd als wachttijd voor de opleidingsplek.⁷⁸ Vanuit opleidingsperspectief moet een aniosplek voldoende mogelijkheden tot exposure bieden voor het opdoen van diverse leerervaringen. De term opstap maakt duidelijk dat de arts via aniosplekken zich kwalificeert voor een sollicitatie als aios. De aniosplek kan daarbij ook fungeren als een screeningsplek voor potentiële geschikte kandidaten. Meer en meer wordt de aniosplek gezien als een aparte fase waarin de anios behoefte heeft aan persoonlijke ontwikkeling en loopbaanbegeleiding.⁷⁹

In de praktijk blijken anios bewust hun aniosplekken uit te zoeken. Soms vervullen anios alleen plekken in hetzelfde specialisme als waarin ze aios worden. Voor aiosfuncties in andere specialismen zien we juist een diversiteit aan specialismen. Terwijl voor de specialismen in cluster 1 en cluster 3 een aniosplek in het ziekenhuis voordeel biedt bij de sollicitatie tot aios, is voor de medische specialismen dat niet het geval. Als je eerst als anios werkt in de eerste lijn of in de sociale geneeskunde dan is het volgens deelnemers aan de expertsessie daarna moeilijker om weer terug te komen in het ziekenhuis.

De kansen voor een opleidingsplek lijken sterk te verschillen voor de diverse medisch specialismen. Gelet op het aantal sollicitaties lijkt het moeilijker een aiosplek te krijgen bij anesthesiologie, kindergeneeskunde, kno, gynaecologie, MDL, orthopedie, plastische chirurgie, SEH en oogheelkunde. De kansen lijken groter bij chirurgie, cardiologie, dermatologie, geriatrie, reumatologie, radiotherapie, sport en Interne geneeskunde. De concurrerende sfeer rond het verkrijgen van opleidingsplekken in ziekenhuizen, maakt dat sommige basisartsen overwegen te gaan voor een plek buiten het ziekenhuis.⁸⁰ Toch hebben de specialismen van cluster 1 en 3 nog steeds moeite om hun opleidingsplekken

⁷⁷ Capaciteitsorgaan en Nivel (2024). *Wat beweegt de basisarts? Vooronderzoek raming basisartsen*, p. 45.

⁷⁸ Loopbaanonderzoeken basisartsen (2009, 2013, 2016, 2019 en 2022).

⁷⁹ NFU c.s. (2023). *Visiedocument opleidingscontinuüm*.

⁸⁰ Onderzoek basisartsen 2024.

voor aios te vullen. Voor de regio's buiten de randstad blijkt het inmiddels soms ook moeilijk aios voor ziekenhuisspecialismen te krijgen.

5.5.2 Bijdrage anios aan de praktijk van zorg en preventie

Anios blijken steeds meer nodig om de formatie rond te krijgen. Anios vormen een vaste, flexibele schil voor het leveren van zorg en preventie. De aanwezige lichting anios is tijdelijk en is na verloop van tijd weer vervangen door een nieuwe lichting. Het ene geneeskundig specialisme doet meer een beroep op anios dan het andere. Diverse vakartikelen wijzen de laatste jaren op een aniosstekort dat zich lijkt te concentreren in de ziekenhuizen.⁸¹

De vraag naar anios lijkt samen te hangen met de beschikbaarheid van geneeskundig specialisten. Anios kunnen een deel van de activiteiten opvangen bij een structureel tekort aan specialisten. Ook kan het financieel aantrekkelijk zijn tijdelijk een anios aan te trekken in plaats van uitbreiding van de vaste formatie. Ook kan de inzet van anios helpen bij het wegwerken van extra zorgvraag. In vergelijking met de aios is de anios flexibel inzetbaar. Ook heeft de werkgever meer eigen regelruimte in het wel of niet aantrekken van een anios. Vanwege de leeropdracht is de aios meer beschermd. Zo heeft de KNMG de stelregel dat aios voor niet meer dan 25% van hun contracttijd voor diensten mogen worden ingezet.⁸² Sommige werkgevers zetten aios zelfs geheel bovenformatief in.

Voor de anios die nog zoekende is naar de toekomstige loopbaan is het aantrekkelijk om in de praktijk uit te vinden wat bij hem of haar past. Veel anios willen zich niet te vroeg vastleggen en stellen de definitieve keuze nog even uit. Volgens de deelnemers in de expertsessie hebben anios bindingsangst en zijn bang om te snel te kiezen. Bij de definitieve keuze kunnen overwegingen van persoonlijke regelruimte evenals dienstbelasting, kostenvergoedingen, en woon- en reisafstanden een rol spelen.⁸³

Vanwege de krappe arbeidsmarkt en het tekort aan anios proberen werkgevers het werk voor anios steeds aantrekkelijker te maken. Dat blijkt uit arbeidsvoorwaarden en vergoedingen zoals een lease-auto. Het salarisoniveau blijkt overal ongeveer hetzelfde.⁸⁴ Ook tenderen werkgevers tot het bieden van meer ontwikkelmogelijkheden en traineeships. Zo kunnen anios soms – in eigen tijd – het onderwijs voor aios volgen.

Deze ontwikkelingen passen ook bij de 'anios nieuwe stijl'.⁸⁵ De anios nieuwe stijl krijgt een leeromgeving met verschillende mogelijkheden tot exposure in diverse werksettingen. Dat zou kunnen betekenen dat het enkelvoudig aniosschap steeds meer verdwijnt. Ook actuele aniosvacatures vragen steeds vaker om een 'algemene, brede inzetbare anios' of richten zich op anios die nog 'zoekende' zijn.

⁸¹ Bijvoorbeeld Sikkel & Harbers (2023).

⁸² [CGS verduidelijkt inzet aiossen voor anw-diensten tijdens hun opleiding | KNMG](#)

⁸³ Onderzoek basisartsen 2024.

⁸⁴ Voor de anios in de huisartsenzorg geldt een iets lagere inschaling.

⁸⁵ [NFU publiceert Handreiking Opleidingscontinuüm: "Een transparant opleidingscontinuüm waarin veelzijdige jonge artsen worden opgeleid" | KNMG](#). Niemansburg, S. (2023). Opleidingen moeten arts van de toekomst centraal gaan stellen. *Medisch Contact*, 50 14 december 2023.

De aniosperiode lijkt steeds meer een zelfstandige tussenfase te worden waar ontwikkelingsgericht leren voorop staat. Daarmee lijken werkgevers te zoeken naar nieuwe combinaties van voorbereiding op een opleidingsplek en de inzet van anios in de praktijk van zorg en preventie.

5.6 Verwachte vraag naar basisartsen in praktijk zorg en preventie

Aios en anios en andere basisartsen vormen een derde van alle werkzame artsen.⁸⁶ De bijdrage van de aios aan zorg en preventie is onderzocht onder de noemer 'valuteerbare arbeid' of vervangingswaarde.⁸⁷ We lichten hier voor de verschillende clusters van specialismen de inzet van specialisten en basisartsen toe en besteden daarbij ook aandacht aan de inzet van de verpleegkundig specialist en de physician assistant. We gaan eveneens na hoe de functiemix en daarmee de vraag naar basisartsen zich in de toekomst verder ontwikkelt.

5.6.1 Verwachte vraag basisartsen cluster 1

Bij de specialismen van cluster 1 is de afgelopen 10 jaar het aandeel specialisten gestegen. Het aandeel basisartsen is bij deze specialismen juist iets afgenomen. Met name het vullen van de aiosplekken is een knelpunt. Het aantal onderzoekers onder de basisartsen in cluster 1 is gering. In de toekomst kan het aantal basisartsen dat onderzoeker is toenemen. Het programma academische Bruggenbouwers faciliteert klinisch onderzoek voor gepromoveerde huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.⁸⁸

Ouderenzorg

De ouderenzorg kent al een lange traditie van het inzetten van basisartsen. De valuteerbare arbeid van de aios is vergeleken met die van een jonge specialist en ingeschat op ongeveer 60% van de productiviteit van een specialist ouderengeneeskunde.⁸⁹ Doordat men niet altijd kandidaten vindt voor aiosplekken of vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde, zet men in de praktijk ook veel anios in.⁹⁰ Anios vervullen taken van specialisten en kunnen vrij zelfstandig werken.⁹¹ In de ouderenzorg is het voor de herregistratie niet meer nodig dat specialisten ouderengeneeskunde zelf ANW-diensten verrichten. De consequentie daarvan kan zijn dat deze diensten dan ook eerder worden uitbesteed.⁹² Verder is de verwachting dat de (regionale) samenwerking zal toenemen tussen de specialistisch ouderengeneeskunde, de huisarts en de arts VG.⁹³

Van de werkgevers verwacht 37% anios te gaan opschalen en een kwart verwacht dat te gaan doen voor aios. Een reden voor het opschalen is dat anios gemakkelijker te vinden zijn dan specialisten. Een andere reden is de grotere zorgvraag. De uiteindelijke verwachte opschaling van anios en aios voor de komende vijf jaar is echter zeer gering (respectievelijk -0,6% en +0,6 per jaar). Werkgevers verwachten veel meer physician assistants, verpleegkundig specialisten en gedragswetenschappers

⁸⁶ Het Werkgeversonderzoek 2024 komt uit op een percentage van 45%.

⁸⁷ SiRM (2025). *Kosten praktijkonderwijs cluster 1 SBOH*. Recent is ook verschenen Sira Consulting (2025).

⁸⁸ [Academische Bruggenbouwers | ZonMw](#)

⁸⁹ SiRM (2025). *Kosten praktijkonderwijs cluster 1 SBOH*.

⁹⁰ Werkgeversenquête 2020/2021 en Werkgeversonderzoek 2024/2025, bijlage 3.

⁹¹ Capaciteitsorgaan en Nivel (2024). *Wat beweegt de basisarts*.

⁹² [FAQ Accreditatie en herregistratie | Verenso](#)

⁹³ [Convenant: betere toegang Medisch Generalistische Zorg | ActiZ](#)

in te zetten voor verschuiving van taken vanuit de specialisten ouderengeneeskunde.⁹⁴ Naar verwachting neemt in de toekomstige functiemix het aantal anios af en probeert men meer anios te werven.

Gehandicaptenzorg

De werkgevers in de gehandicaptenzorg hechten aan de inzet van anios. De anios doet taken van de arts VG.⁹⁵ Voor het werk van 1 arts VG zijn ongeveer 2 anios nodig.⁹⁶ De valuteerbare arbeid van de anios gehandicaptenzorg wordt eveneens ingeschat rond de 60% van de arts VG. In de gehandicaptenzorg zijn relatief weinig anios werkzaam. Werkgevers verwachten de komende 5 jaar anios enigszins op te schalen (2% per jaar), maar verwachten anios (4% per jaar), klinisch psycholoog (11% per jaar) en verpleegkundig specialist (10%) meer op te schalen. Voor het opvangen van tekorten aan artsen VG denkt men niet direct aan de anios. De verwachting is dat vooral de verpleegkundig specialist een grotere rol gaat spelen in de gehandicaptenzorg. Daarmee lijkt de verpleegkundig specialist in de toekomst een goed alternatief voor de inzet van anios.⁹⁷ De inzet van anios lijkt vooral gericht op het werven van toekomstige kandidaten voor een aiosplek.

Huisartsenzorg

De anios in de huisartsenzorg doet valuteerbare huisartsconsulten en kan daarmee taken van de huisarts vervullen. De anios kan op basis van ervaring in diverse aniosfuncties vrijstellingen aanvragen voor verkorten van de opleiding tot anios. In de huisartsenzorg zelf werken relatief weinig anios en de verwachting is dat dat in de toekomst niet snel zal veranderen. In de nieuwe Cao huisartsen, die geldig is van juli 2025 tot 2027, valt de anios in een iets lagere tariefschaal dan bij andere Cao's.⁹⁸ Hoewel huisartsenpraktijken meer inzetten op substitutie en taakdifferentiatie⁹⁹ zal dat naar alle waarschijnlijkheid nauwelijks uitbreiding betekenen van het aantal anios in huisartsenpraktijken.¹⁰⁰ Pleidooien voor de inzet van meer anios komen vooral voort uit de behoefte om de instroom van anios in de vervolgopleiding te vergroten.

Verslavingszorg

De valuteerbare arbeid van de anios verslavingsgeneeskunde ten opzichte van de verslavingsarts is vergelijkbaar met die van voor de andere specialisten in cluster 1. Het is moeilijk te achterhalen hoeveel anios momenteel werkzaam zijn in de verslavingsgeneeskunde; in de formatie nemen ze slechts een zeer klein aandeel in. Uit het Onderzoek basisartsen blijkt dat er relatief iets meer artsen een aniosplek vervullen dan dat er basisartsen solliciteren voor een aiosplek in de verslavingsgeneeskunde. Het nemen van een aniosplek lijkt vooral bij te dragen aan het opdoen van ervaring als arts. De instelling voor verslavingszorg in het onderzoek onder GG-beroepen schat in dat de opschaling van anios de komende 5 jaar zeer gering zal zijn.

⁹⁴ Werkgeversonderzoek 2024).

⁹⁵ NVAVG (2024). *Leidraad Doelmatige praktijkvoering arts VG 2.0.*

⁹⁶ SiRM, 2025.

⁹⁷ NVAVG (2024). *Leidraad doelmotige praktijkvoering arts VG 2.0.*

⁹⁸ [Nieuwe cao Huisartsenzorg officieel van kracht per 1 juli 2025 - LHV](#)

⁹⁹ Onderzoek basisartsen, 2024.

¹⁰⁰ lhv.nl/product/standpunt-supervisie-basisarts/

5.6.2 Verwachte vraag aios en anios cluster 2

In de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen en umc's bestaat de formatie gemiddeld voor ongeveer de helft uit medisch specialisten, voor ongeveer een kwart uit aios, 14% anios, 7% verpleegkundig specialisten en 4% physician assistants. De inzet van basisartsen (i.e., aios, anios en onderzoekers) en specialisten verschilt per setting.

- In de umc's is in de afgelopen 10 jaar het aantal medisch specialisten harder gegroeid dan het aantal basisartsen. Het aantal anios is relatief laag ten opzichte van het aantal onderzoekers en aios. Het Werkgeversonderzoek 2024 bevestigt het beeld dat er in umc's relatief weinig anios zijn (minder dan 10% van het totaal aantal artsen). Het lijkt er op dat in de umc's vooral anios werken die aios willen worden. Niettemin ervaren academische ziekenhuizen een urgent tekort aan anios.¹⁰¹
- De algemene ziekenhuizen hebben, zo valt uit CBS data af te leiden, van oudsher juist meer basisartsen dan medisch specialisten (ongeveer verhouding van 3:2). Uit data van het PFZW en het Werkgeversonderzoek 2024 is af te leiden dat het aandeel anios in algemene ziekenhuizen in de loop van de tijd iets is toegenomen en uit komt op ongeveer 20% van het totaal aan artsen.
- Voor de topklinische zorg lijkt het percentage anios iets hoger te liggen dan in de algemene ziekenhuizen en komt uit op bijna een kwart van alle artsen. Er zou recentelijk sprake zijn van een kleine daling van het aantal anios. Ook uit het Werkgeversonderzoek 2024 is af te leiden dat in de topklinische zorg het aantal anios stagneert. Het merendeel van de topklinische ziekenhuizen ervaart een tekort aan anios.
- In de overige medisch specialistische zorg zien we de afgelopen 10 jaar een sterke opmars van de inzet van basisartsen. Het aantal basisartsen in de overige medisch-specialistische zorg is in de loop van 10 jaar tijd verhoudingsgewijs veel sterker toegenomen (329%) dan het aantal medisch specialisten (136%).¹⁰² Dat zal ook te maken hebben met anios die in dienst zijn van maatschappen.
- In de geestelijke gezondheidszorg/psychiatrie groeit het aantal specialisten de afgelopen 10 jaar iets harder dan het aantal basisartsen. Daarentegen groeit het aantal gedragswetenschappers juist heel sterk.

De verhouding tussen het aantal aios, anios en specialisten verschilt ook per medisch specialisme.

- Het aandeel aios ten opzichte van medisch specialisten is het laagst bij de revalidatie, KNO, kindergeneeskunde, pathologie, radiologie en radiotherapie en cardiothoracale chirurgie. Het aandeel aios ten opzichte van specialisten is juist wat hoger bij reumatologie, longziekten, geriatrie, neurologie, cardiologie en interne geneeskunde.¹⁰³
- Aniosplekken lijken het meest te worden vervuld bij de meer generalistische specialismen die diensten hebben te vullen, zoals de SEH, interne, chirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde en psychiatrie. Ook bij cardiologie en neurologie zijn er redelijk wat aniosplekken. Er zijn ziekenhuizen waar de SEH grotendeels draait op anios. Het aantal aniosplekken is relatief laag bij anesthesiologie, dermatologie, KNO, oogheelkunde en radiologie.¹⁰⁴

¹⁰¹ Werkgeversonderzoek 2024.

¹⁰² CBS Statline medisch geschoolden.

¹⁰³ NZA-onderzoek 2025.

¹⁰⁴ Extra analyses op basis van data onderzoek basisartsen Wat beweegt de basisarts, 2024.

- De hypothetische inzet van de specialist voor het overnemen van de activiteiten van de aios is relatief hoog voor anesthesiologie, chirurgie, dermatologie, kindergeneeskunde en plastische chirurgie. De hypothetische vervangingswaarde van de aios door de anios wordt bij deze specialismen, uitgezonderd plastische chirurgie, juist laag ingeschat. Er zijn ook specialismen die de hypothetische vervangingswaarde van de aios door de anios hoger inschatten. Dat zien we bijvoorbeeld bij cardiologie, klinische geriatrie, revalidatie en psychiatrie. Alle medische specialismen schatten de vervangingswaarde van de aios door de verpleegkundig specialist of de physician assistant als relatief gering.¹⁰⁵

Volgens de deelnemers aan de expertsessie kan een ziekenhuis niet meer zonder anios. In de relatie tussen de omvang van het ziekenhuis, de omvang van de vakgroep en de capaciteit aan medisch specialisten en het aantal anios is geen eenduidige logica te ontdekken; het inzetten van meer of minder anios lijkt een strategische of pragmatische keuze van de werkgever. Mogelijke verklaringen die hebben bijgedragen aan de inzet van anios zijn:

- het wegvallen van de subsidie voor opleiding tot ziekenhuisarts (KNMG-arts).¹⁰⁶ De tijdelijke subsidie voor ziekenhuisarts is in 2012 gestart en eind 2023 afgelopen. Enkele ziekenhuizen zijn de opleiding zelf blijven bekostigen. De ziekenhuisarts kan de specialist ontlasten, vanwege de rol in de coördinatie en kwaliteitsverbetering van de zorg. De ziekenhuisarts vervult als vaste kracht een verbindende rol in het werkproces.
- Het aanpassen van de Cao ziekenhuizen waardoor anios minder uren werkzaam zijn. Steeds meer ziekenhuizen houden zich aan de afspraken die zijn gemaakt in de Cao over de omvang van contracten. Daarnaast heeft KNMG/RGS in de regels voor vervolgopleiding bepaald dat aios maximaal voor een kwart van de tijd voor diensten zijn in te zetten. Vanwege de afbakening van de 'normatieve werkweek' kunnen anios diensturen overdag compenseren. Dat heeft consequenties voor de bekostiging. De tijdens diensten geleverde zorg telt nauwelijks mee in de bekostiging die voornamelijk is gebaseerd op de productie overdag. Wanneer urencompensatie overdag plaatsvindt, neemt de productie overdag af.
- Het rond krijgen van de personele planning. In sommige perifere regio's is er sprake van een tekort aan specialisten. Door schaarste is er behoefte aan vervangende inzet door anios.
- Het inzetten van anios voor diensten. Het aantal extra uren dat basisartsen in ziekenhuizen vergoed krijgen, is hoger dan in andere sectoren.¹⁰⁷ Hoewel physician assistant en verpleegkundig specialist geleidelijk aan ook meer worden ingezet in de voorwacht, lijkt op basis van culturele overwegingen de voorkeur bij sommigen toch met name uit te gaan naar de inzet van een arts.
- Het aantal basisartsen dat promoveert. Basisartsen ervaren het doen van promotie-onderzoeken niet altijd als meerwaarde; niettemin kan het gepromoveerd zijn helpen in het verwerven van een schaarse aiosplek. Er zijn echter artsen die liever meer in de praktijk zouden werken dan dat ze onderzoek doen.¹⁰⁸

¹⁰⁵ NZa, 2025.

¹⁰⁶ Deelnemers expertsessie 2025.

¹⁰⁷ Data PFZW.

¹⁰⁸ Onderzoek basisartsen, 2024, tabellenboek.

Ziekenhuizen doen steeds meer moeite om anios naar zich toe te trekken. De arbeidsvoorwaarden voor anios zijn in de ziekenhuizen sterk verbeterd, zoals begeleiding en inwerktijd. Tevens zijn er meer mogelijkheden tot persoonlijke ontwikkeling en leren. Ziekenhuizen blijken te verschillen in de mate waarin ze anios naar zich toe weten te trekken. Zo zou het brede takenpakket en de persoonlijke (regelruimte) in een perifeer ziekenhuis aantrekkelijker kunnen zijn dan in een academisch of topklinisch ziekenhuis. Basisartsen die werkzaam zijn in een umc of topklinische ziekenhuis verwachten ook het minst dat de anios taken uitvoert van een specialist; de basisartsen werkzaam in een perifeer ziekenhuis achten die kans juist groter.¹⁰⁹

Voor de toekomst verwachten werkgevers anios, physician assistants en verpleegkundige specialisten de komende vijf jaar gelijkelijk op te schalen (gemiddeld 2% per jaar).¹¹⁰ Een meerderheid (56%) voorziet de komende vijf jaar dat de inzet van anios verder een vlucht gaan nemen. De groei van anios blijkt nodig voor verschillende redenen: voor voldoende instroom van aios, het overnemen van taken van aios en het rondkrijgen van de personeelsplanning. De werkgevers zien eveneens mogelijkheden tot taakherschikking en taakdifferentiatie met verpleegkundig specialisten en physician assistants. Deze zouden zowel (deel)taken kunnen overnemen van de medisch specialisten als van de anios. Driekwart van de responderende werkgevers verwacht dan ook het aantal physician assistants op te schalen en voor de verpleegkundig specialist is dat 70%.

5.6.3 Verwachte vraag basisartsen cluster 3

Het aantal specialisten in de sociale geneeskunde is de afgelopen 10 jaar gedaald. Dat geldt zowel voor de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen als de artsen M+G.¹¹¹ Recentelijk lijkt er weer sprake van een toename. Bij de sociale geneeskunde is er behalve voor de specialisten ook een krappe arbeidsmarkt voor anios en aios.

Arbeid & Gezondheid

Veel organisaties ervaren een groot structureel tekort aan specialisten.¹¹² In eerder onderzoek onder werkgevers kwam al naar voren dat basisartsen worden ingezet vanwege een gebrek aan specialisten en/of aios.¹¹³ In 2022 geven werkgevers Arbeid & Gezondheid aan anios in te zetten voor taakdelegatie. Van de werkzame artsen bij het UWV is momenteel meer dan tweevijfde anios/basisarts. Een kwart daarvan is ouder dan 45 jaar. Het merendeel van de werkgevers verwacht anios en aios in de komende 5 jaar op te schalen. Voor anios is dat gemiddeld 0,6% per jaar en voor aios is dat 2,8% per jaar.

Maatschappij & Gezondheid

De artsen werkzaam in de sociale geneeskunde hebben vaak een iets ander karakter dan de artsen van cluster 2. Zij zouden over het algemeen iets minder 'streberig' zijn.¹¹⁴ De aios Maatschappij en Gezondheid van een gesubsidieerde vervolgopleiding komen in dienst bij de SBOH. De instelling

¹⁰⁹ Onderzoek basisartsen, 2024.

¹¹⁰ Werkgeversonderzoek 2024.

¹¹¹ CBS data Statline medisch geschoolden 2013-2023.

¹¹² Werkgeversonderzoek 2024.

¹¹³ Nivel (2022). *De sociaal geneeskundigen in Nederland: Een ramingsonderzoek anno 2022 naar het aantal op te leiden sociaal geneeskundigen in de periode 2024-2040*.

¹¹⁴ Deelnemers expertsessie.

draagt de opbrengsten van de valuteerbare arbeid weer af aan het SBOH die de salarissen van de aios betaalt. Het verschilt per instelling in hoeverre de aios als onderdeel van de formatie dan wel als bovenformatief wordt ingezet. De meeste aios hebben eerder aniosplekken vervuld in de sociale geneeskunde. Vaak hebben ze ook eerder gesolliciteerd voor een aiosplek in de eerste lijn en/of in het ziekenhuis.¹¹⁵

De grootste groepen basisartsen bij maatschappij & gezondheid werken in de jeugdgezondheidszorg, de donorgeneeskunde en de infectiebestrijding. De deelnemers aan de expertsessies zien meer anios die zoekende zijn naar hun toekomst. Niettemin signaleert men de laatste jaren ook vaker anios die bewust kiezen voor de sociale geneeskunde.

Bij de jeugdgezondheidszorg zijn anios nodig voor de dagelijkse basiszorg en het rondkrijgen van de planning. Het aandeel anios bedraagt ongeveer een kwart, ten opzichte van ongeveer de helft artsen KNMG en een kwart artsen M+G. De precieze afbakening van taken tussen de diverse artsen jeugdgezondheidszorg is in de richtlijnen en ook in de praktijk niet scherp. De anios mag zich in de praktijk ook 'jeugdarts'¹¹⁶ noemen. Het kan zijn dat de jeugdarts, de jeugdarts KNMG, de aios en de gespecialiseerde arts M+G vergelijkbaar werk doen. Het lijkt dat in de toekomst de jeugdarts KNMG de centrale functie in de functiemix wordt. De beroepsvereniging denkt aan een verhouding van 15% anios, 60% jeugdartsen KNMG en 25% artsen M+G. Werkgevers stimuleren anios om een vervolgopleiding te doen.

In de donorgeneeskunde is Sanquin een grote werkgever. Hier werken 145 artsen, waarvan bijna viervijfde anios en de anderen met name arts KNMG. Bij de infectiebestrijding zijn volgens de laatste inventarisatie van GGD-GHOR landelijk 29 anios werkzaam op 40 artsen KNMG en 112 artsen M+G (i.e. ongeveer een vijfde). Na een opleving van de inzet van anios tijdens covid, hebben de GGD'n deze anios niet vast kunnen houden. De inzet van anios is vooral gericht op het bevorderen van de doorstroming naar de vervolgopleiding. De aard van het werk brengt met zich mee dat de arts KNMG doorstroomt naar de vervolgopleiding tot arts M+G.

Ook voor de forensische zorg geldt dat in diverse regio's basisartsen worden ingezet om tekorten aan forensische artsen op te vangen.

Het is onzeker in hoeverre GGD's en andere instellingen in de sociale geneeskunde de komende jaren kunnen groeien. Een kwart van de werkgevers verwacht de komende 5 jaar anios op te schalen en ongeveer de helft verwacht dat voor aios.¹¹⁷ De opschaling voor aios komt dan uit op iets meer dan 2% per jaar en die voor anios op 0,6% per jaar. Uit de toelichting blijkt dat het werven van anios vooral is gericht op instroom in de vervolgopleiding tot arts KNMG of specialist. De helft van de werkgevers verwacht voldoende basisartsen te hebben die een vervolgopleiding gaan doen. Bij bijna 30% zijn er voldoende artsen KNMG werkzaam die willen doorstromen tot de opleiding tot arts M+G. Een vijfde van de werkgevers denkt niet voldoende anios of artsen KNMG te hebben die aios willen worden.

¹¹⁵ Onderzoek basisartsen, 2024.

¹¹⁶ Gegevens verkregen van AJN.

¹¹⁷ Werkgeversonderzoek 2024.

5.7 Conclusie parameterwaarde niet-demografische ontwikkelingen

- Cluster 1 omvat ongeveer 10% van de anios en 16% van alle basisartsen. In cluster 1 is er voor specialisten en aios een krappe arbeidsmarkt. Het aantal specialisten is in de loop van de tijd toegenomen al zijn er nog steeds tekorten. Anios zijn vooral nodig voor het bevorderen van de instroom in de vervolgopleiding. Anios worden in dit cluster minder vaak ingezet om de productie rond te krijgen of tekorten in specialisten of aios op te vangen. De ouderenzorg is daar een uitzondering op. In de specialismen van cluster 1 zijn de verpleegkundig specialist en/of physician assistant een goed alternatief voor de inzet van anios. Voor de ouderenzorg is de verwachting dat de inzet van anios per jaar iets afneemt, terwijl in de gehandicaptenzorg deze nog wat toeneemt.
- Cluster 2 omvat ongeveer 70% van de anios en drievijfde van alle werkzame basisartsen. Basisartsen vormen een vaste, flexibele schil in de formatie. Er is een krappe arbeidsmarkt voor de anios en juist een ruime arbeidsmarkt voor aios. Anios kunnen specialisten en aios ontlasten in de diensten. Voor diensten worden de physician assistant of de verpleegkundig specialist nog niet altijd als een alternatief gezien voor de anios. Voor andere taken is er wel meer overlap tussen de anios en deze beroepsgroepen. Op basis van de werkgeversenquête is de verwachting voor de komende 5 jaar een groei van de anios van ongeveer 2% per jaar.
- Cluster 3 omvat ongeveer 16% van de anios en ook 16% van alle werkzame basisartsen. Er is voor anios en aios sprake van een krappe arbeidsmarkt en dat geldt ook voor specialisten. De norm is nog steeds dat anios worden ingezet om aios te worden, ook al is de praktijk soms anders. In de jeugdgezondheidszorg zien we een verschuiving van specialist naar de arts KNMG. Op basis van de resultaten van het Werkgeversonderzoek is voor de komende 5 jaar een groei van de anios voor Arbeid & Gezondheid van ongeveer 0,5% per jaar te verwachten en voor Maatschappij & Gezondheid van ongeveer 1% per jaar. De verwachte opschaling van aios ligt veel hoger.

Voor de drie clusters van specialismen neemt de niet-demografische vraag om extra inzet van anios gemiddeld toe met ongeveer 1,5% per jaar.

De verwachte vraag naar aios is ingeschat op basis van het verschil tussen de instroomadviezen van specialisten en artsen KNMG van deze raming ten opzichte van de vorige raming en de vastgestelde instroom van VWS. Met name de instroomadviezen in de sociale geneeskunde zijn lager, terwijl die in de medisch specialistische zorg iets stijgen. Voor cluster 1 is ten opzichte van de door VWS vastgestelde plaatsen ook sprake van een kleine stijging. Totaal neemt de niet-demografische vraag naar aios af met 1,5% per jaar.

Conclusie parameter niet-demografische vraag

	Per jaar
Anios	1,5%
Aios	-1,5%
Totaal	0%

6 Balans tussen vraag en aanbod basisartsen

6.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn de diverse onderdelen van het ramingsmodel uitgewerkt. In dit hoofdstuk vatten we de resultaten kort samen en rekenen we de parameters van het ramingsmodel door.

Vervolgens presenteren we een aantal overwegingen waar we bij het instroomadvies rekening mee willen houden.

6.2 Doorrekening afgeleide parameterwaarden

Afbakening van de raming

Deze raming richt zich op basisartsen. Basisartsen zijn artsen met een BIG registratie artikel 3 die aan het begin van hun loopbaan staan. De drie grootste groepen basisartsen zijn de aios, de anios en de onderzoekers. Aios zijn vaak voor hun 45ste jaar uitgestroomd en inmiddels specialist of arts KNMG. Na de start als anios, is het grootste deel van de anios gemiddeld na iets meer dan 3,5 jaar aios en datzelfde geldt ook voor de meeste onderzoekers. Een achtste van de artsen met een BIG registratie artikel 3 is ouder dan 45 jaar en blijft waarschijnlijk werken als arts; de uitstroom uit het register is relatief gering.

Aantal werkzame basisartsen en onvervulde vraag in het basisjaar 2025

Momenteel zijn er zo'n 24.330 werkzame basisartsen; tweederde daarvan is vrouw. De basisartsen zijn werkzaam in diverse specialismen. Ongeveer een zesde van de basisartsen is werkzaam in cluster 1 (huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, arts VG en verslavingsgeneeskunde) en in dit cluster is driekwart van de basisartsen aios. In cluster 2, de medisch specialistische zorg, werkt bijna drievijfde van de basisartsen en bijna de helft daarvan is aios. In cluster 3, de sociale geneeskunde, werkt ook ongeveer een zesde van de basisartsen en is 30% aios. De basisartsen in cluster 1 en cluster 3 werken veelal op basis van contracten van 36 uur en dat geldt inmiddels ook voor de anios in cluster 2. De aios in de medisch specialistische zorg werken daarentegen gemiddeld per week 46 tot 48 uur (met daarin verweven de opleidingsuren).

Op dit moment is er een tekort aan basisartsen van 6,5%; dat zijn in de praktijk iets meer dan 1.500 basisartsen. Daarbij gaat het zowel om onvervulde aiosplekken in cluster 1 en 3 als tekorten aan anios in met name de ouderengeneeskunde, de medisch-specialistische zorg en de sociale geneeskunde. Het aniostekort in ziekenhuizen is de afgelopen jaren toegenomen, mede door het conform de Cao ziekenhuizen terugbrengen van de contractduur van 38+10 naar 38 uur. Ook parttime contracten komen nu vaker voor.

Verwacht aanbod en verwachte vraag in het evenwichtsjaar

Op dit moment is de vastgestelde instroom voor geneeskunde 3.015 studenten. De verwachting is dat over zo'n 7 jaar een iets lager aantal zich laat registreren als arts in het BIG-register. De uitval tijdens de bachelor wordt grotendeels gecompenseerd door de zijinstroom in de master en de buitenlandse instroom in het BIG-register. Na 5 jaar registratie als basisarts is ongeveer 20% specialist

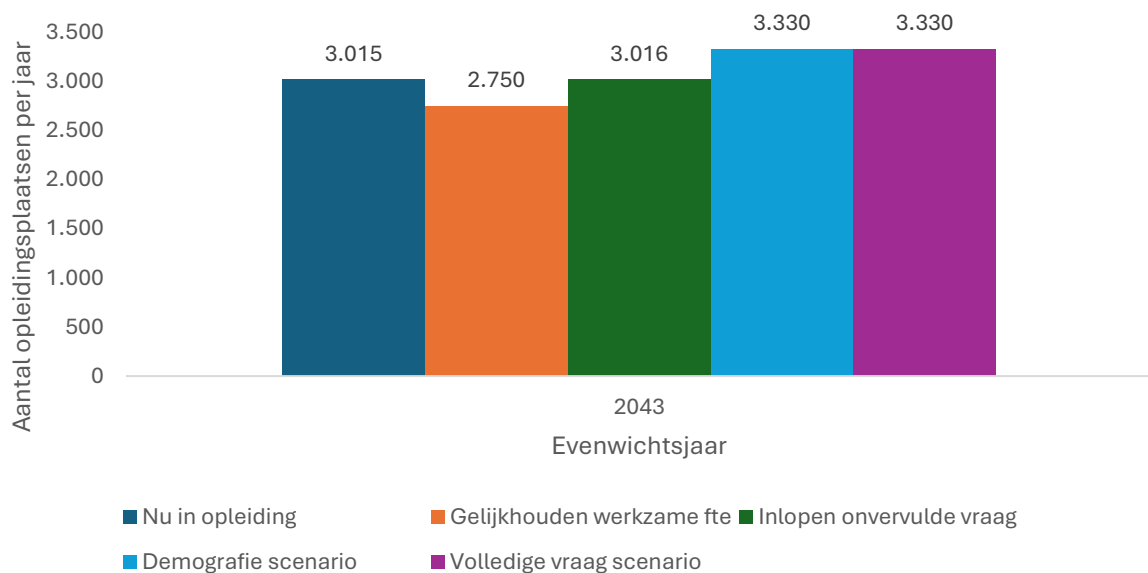
geworden, na 10 jaar is dat 65% en na 15 jaar is dat naar verwachting iets meer dan 80%. Na 5 jaar is iets meer dan 5% uitgeschreven uit het BIG-register en na 10 jaar is dat ongeveer 8%.

De verwachte vraag betreft zowel demografische als niet-demografische vraag. Wanneer we rekening houden met de demografische groei en het aantal basisartsen per 100.000 inwoners in de toekomst gelijk houden, dan zal het aantal basisartsen de komende 5 jaar met ongeveer 0,45% per jaar moeten groeien. Bij de niet-demografische vraag is een onderscheid te maken naar aios en naar anios. De vraag naar aios neemt naar verwachting de komende jaren af met 1,5% en de vraag naar anios neemt naar verwachting juist toe met ongeveer 1,5%; dat levert gezamenlijk een 0% niet-demografische groei van de vraag naar basisartsen op.

Vooraf in de medisch-specialistische zorg is een toename van de vraag naar inzet van anios in de praktijk van zorg te verwachten. Voor de specialismen van cluster 1 en cluster 3 komt de vraag naar anios vooral voort uit het willen werven van meer aios. Die specialismen hechten vooral aan de inzet van aios omdat zij veel taken van de specialist kunnen vervullen. Door tekorten aan specialisten en/of aios voelde men zich genoodzaakt meer anios in te zetten, maar dat heeft niet de voorkeur. De verwachting is dat met name in specialismen van cluster 1 de verpleegkundig specialist en de physician assistant anios kunnen vervangen.

Uitkomsten doorrekening

Figuur 6.1 geeft de doorrekening weer van de in de vorige hoofdstukken afgeleide parameters.



Figuur 6.1 Uitkomen doorrekening parameterwaarden ramingsmodel voor basisartsen

Voor het inlopen van de onvervulde vraag zou de instroom in de bachelor geneeskunde op 3.015 uitkomen; dat is vergelijkbaar met de huidige instroom in de bachelor. Rekening houdend met de demografische en niet-demografische groei zou een aantal nodig zijn van 3.330. Het alleen

compenseren voor de uitstroom en daarmee de vervangingswaarde leidt tot een instroom in de bachelor van 2.750 geneeskundestudenten.

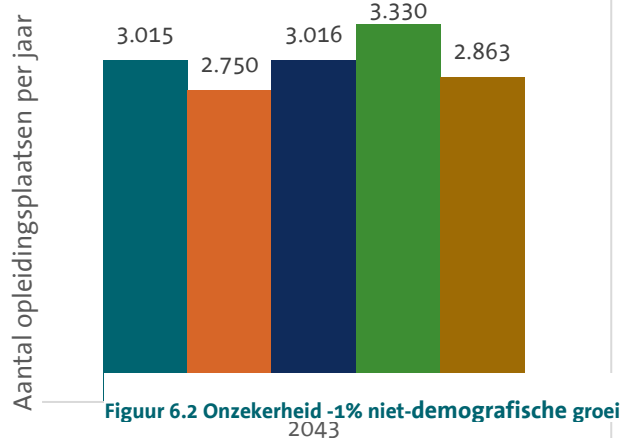
6.3 Overwegingen bij advies aantal studenten geneeskunde

6.3.1 Overwegingen van onzekerheid en realiteit

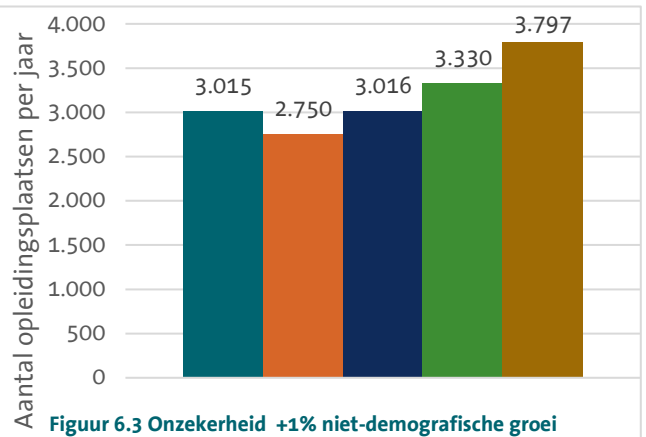
De inschatting van vraagfactoren in hoofdstuk 5 is gebaseerd op een voorzichtige schatting. Zo is er geen rekening gehouden met een eventuele afname van het aantal uren dat basisartsen in de toekomst gaan werken. Vanwege de afnemende vraag naar aiosplekken en een stijgende verwachte vraag naar anios komen we gemiddeld uit op een niet-demografische vraag van 0%. Gelet op de afspraken in het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) lijkt het ook realistisch om het aanbod van artsen niet sterk te verhogen. Hoewel het AZWA arbeidsbesparingen op de korte termijn wil realiseren (in de jaren 2026, 2027 en 2028) is hier de inschatting dat het meer tijd kost om transformaties te realiseren en beperking van de zorgvraag te bewerkstelligen.

De kans is groot dat de komende jaren de werkdruk bij specialisten hoog blijft. De inzet van basisartsen zal waarschijnlijk nodig blijven om die werkdruk te verlichten en om schommelingen in de zorgvraag op te vangen. Ook zullen anios nodig blijven om structurele tekorten aan aios en specialisten op te vangen. Het aantal aios en het aantal anios lijken tot op zekere hoogte communicerende vaten. Wanneer het aantal aios in een specialisme afneemt en/of de aios vanwege opleiding minder beschikbaar is dan neemt de behoefte aan flexibele capaciteit van anios toe. Ook wanneer verpleegkundig specialisten en physician assistants in de regio moeilijk beschikbaar zijn, zal de behoefte aan tijdelijke inzet van anios toenemen. Tekorten in de ene beroepsgroep werken door in de vraag naar de andere beroepsgroep en vice versa.

Hoe tekorten tussen beroepsgroepen elkaar in de toekomst beïnvloeden, is niet met zekerheid aan te geven. Vanwege die onzekerheid geeft Figuur 6.2 inzicht in de impact als de niet-demografische vraag de komende 10 jaar iets daalt (-1% per jaar) dan wel iets groeit (met +1% per jaar). Dit zou betekenen dat het aantal geneeskundestudenten respectievelijk 14% lager uitvalt dan wel 14% hoger.



- Nu in opleiding
- Gelijkhouden werkzame fte
- Inlopen onvervulde vraag
- Demografie scenario
- Volledige vraag scenario



6.3.2 Overwegingen van haalbaarheid en eventuele alternatieve beleidsscenario's

Voldoende belangstelling voor opleiding geneeskunde en knelpunten opleidingscapaciteit

Het aantal aanmeldingen voor de opleiding geneeskunde is nog steeds vele malen hoger dan het aantal toegelaten studenten. Opleidingsinstellingen zien mogelijkheden om meer geneeskundestudenten toe te laten tot de opleiding geneeskunde; onderzoeken onder studenten van DeGeneeskundestudenten laten zien dat ook meer praktische problemen zijn te verwachten. Zo kunnen de wachttijden bij de coschappen verder oplopen.¹¹⁸ Deelnemers aan de expertsessies verwachten dat de bestaande inrichting van coschappen in de toekomst sowieso niet houdbaar is. Er is een tekort aan plekken voor coschappen en er zijn niet altijd voldoende nieuwe patiënten om artsen goed op te leiden en exposure te bieden. Het anders invullen van de coschappen is volgens hen in de toekomst noodzakelijk.

Andere spreiding basisartsen over de clusters van specialismen

Mogelijk dat basisartsen die na de geneeskunde opleiding nu nog twijfelen over een vervolgopleiding in de toekomst eerder en bewuster kiezen voor cluster 1 en/of cluster 3 specialismen. Dat betekent dat – bij een gelijkblijvende zorgvraag – de onvervulde vraag naar aios bij deze clusters afneemt en mogelijk ook minder anios nodig zijn voor het opvangen van tekorten. De inschatting is dat een

¹¹⁸ Vergelijk ook: [250311-Correctie-naslagdocument-wachttijd.pdf](#) en andere publicaties van DeGeneeskundestudent.

andere spreiding niet zomaar van de grond komt ondanks de vele initiatieven daartoe. Meer geneeskundestudenten kan dan betekenen dat de concurrentie om aiosplekken in ziekenhuizen verder toeneemt. Een combinatie van meer diversiteit bij de instroom in de opleiding geneeskunde, evenredige aandacht tijdens de opleiding voor diverse specialismen en profielen, verbreding van de opleiding en meer waardering voor de extramurale arts lijkt nodig om het loopbaangedrag van basisartsen te kunnen sturen. Voor de hele lange termijn is het ook mogelijk dat artsen meer domeinoverstijgend werken en dat verschillen tussen de clusters gaan afnemen.

Basisartsen breder inzetbaar

De aniosperiode wordt over het algemeen productief benut. Met name anios die nog niet zeker zijn over hun loopbaan benutten deze periode om uit te vinden wat het beste bij hen past. Vooralsnog is er geen reden om te veronderstellen dat een langere aniosperiode tot gevolg heeft dat minder basisartsen een vervolgopleiding willen doen. Mogelijk dat toekomstige visies op een breder inzetbare basisarts, meer generiek opleiden in de bachelor geneeskunde en in vervolgopleidingen alsook de visies rond het opleidingscontinuüm wel effect hebben op de lengte van de aniosperiode en het aantal basisartsen dat promoveert. Anios stromen dan mogelijk sneller in in een vervolgopleiding en zijn kortere tijd beschikbaar op de arbeidsmarkt. Ook kan het zijn dat aios sneller uitstromen als generiek specialist. Op dit moment is geen precieze inschatting te maken van de effecten van een breder inzetbare arts op het aantal benodigde basisartsen. Voor het vergroten van de kans op een medisch-specialistische aiosplek verrichten veel basisartsen promotieonderzoek. Het onderzoek basisartsen laat zien dat basisartsen soms aanhikken tegen het vermeende verplichte promoveren om een aiosplek te bemachtigen. Behalve initiatieven tot academisering komen er meer initiatieven tot andersoortige profileringsmogelijkheden van basisartsen, zoals in onderwijs, management, kwaliteit en veiligheid en beleid/bestuur. Wanneer basisartsen zonder interesse in onderzoek niet meer zouden promoveren, kan dat leiden tot extra anioscapaciteit.

Minder uren werken

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

Richtinggevend advies op basis van richtinggevende raming

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

Literatuurlijst

Brunori, C., Jaarsma, C., Pols, J. and Venhorst, V. (2020). *De opleidingsduur van artsen en de arbeidsmarktpositie van basisartsen: Regionale verschillen en trends*. URSI Research Report nr. 365 Urban and Regional Studies Institute University of Groningen.

Buistraan, J, Dijkhuizen, K, Veldhuis, S., van der Post, R, Driessen, E., van Lith, J.M.M., de Beaufort AJ (2018). *Why do trainees leave hospital-based specialty training? A nationwide survey study investigating factors involved in attrition and subsequent career choices in the Netherlands*.

Cao SBOH: <https://www.sboh.nl/nieuws/cao-sboh-2025-definitief/>

Cao ziekenhuizen 2023-2025.

Cao umc 1 januari 2024 t/m 31 december 2025 NFU.

Capaciteitsorgaan en Nivel (2024). *Wat beweegt de basisarts: Vooronderzoek raming basisartsen*. Utrecht.

CBS (2023). *Beroepen binnen en buiten zorg en welzijn: Een vervolg op het onderzoek kwalificaties in zorg en welzijn*. Vries, R. en Mooren, F. van de.

CBS (2024). *Bevolkingsprognose CBS 2024-2070*.

Cohen-Schotanus, J., Reinders, J.J., Agsteribbe, J. en Meyboom-de Jong, R. (2002). *Tien jaar arts: Een longitudinaal onderzoek naar de loopbaan van artsen die hun studie begonnen in Groningen*.

College Geneeskundig Specialismen (2023). *Generalisme als basis voor opleiding en beroepsuitoefening: Houtkoolschets van het specialismenlandschap 2035*.

Convenant samenwerking MGZ: Medisch-generalistische zorg voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg in de ouderen- en gehandicaptenzorg. 2024

DeGeneeskundestudent (2025a). *Rapport Extramurale capaciteit*. [Onderzoeksrapport-Extramurale-capaciteit-2025.pdf](#)

DeGeneeskundestudent (2025b). *Loopbaanwensen*. Onderzoeksrapport.

De Jonge Specialist (2021). *Anios & CAO*. Utrecht.

De Jonge Specialist (2025). *Nationale a(n)ios enquête gezond en veilig werken 2024. Trots op het werk, niet op de omstandigheden*.

Van Dee, V., van der Klis, B.M. en van Dijk, M.R. (2017). *De loopbaan van afgestudeerde artsen: vergelijking van geneeskundestudenten uit Utrecht, Leiden en Groningen*. NtvG, 161 D504

Fikrat-Wevers, S. (2024). *Selection and student diversity. The impact of tools, preparatory activities and acceptants in health professionals education*.

FMS (2024). *Loopbaanmonitor Medisch Specialisten*.

FMS (2025). *Advies Opleidingsstructuur: Medisch Specialistische vervolgopleidingen*.

FMS (2025). *Medisch Specialist 2035: bevlogen, betrokken en verbindend*. Utrecht.

FMS (2025). *Handreiking taakherschikking Met focus op registratieve en financiële aspecten*.

Gennissen, L., Stegers-Jager, K., van Exel J., Fluit L., de Graaf, J. en de Hoog, M. (2021). Career orientations of medical students: A Q-methodology study. *PLoS ONE* 16(5):e0249092.

GGD GHOR Nederland (2022). *GGD Benchmarkrapportage 2021*.

Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg: Samen voor kwaliteit van bestaan (2025).

Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg (2022).

Ipsos I&O (2025). *Werkgeversonderzoek 2024*.

KNMG (2020). *Hoe ziet het werk van de arts eruit in 2040? Kernwaarden en verhouding tot samenleving*.

Koier, E. en de Jonge J. (2018). *De zin van promoveren: Loopbanen en arbeidsmarktperspectieven van gepromoveerden*. Den Haag: Rathenau Instituut.

Langlois, S. (2020). Collective competence: Moving from individual to collaborative expertise. *Perspect Med. Education* (2020), 9: 71-73.

Mulder, L., Wouters, A., Akwiwu, E.U., Koster, A.S., Ravesloot, J.H., Peerdeman, S.M., Salih, M., Croiset, G. and Kusurkar, R.A. (2023). Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health*; 35, online October.

Niemansburg, S. (2023). Opleidingen moeten arts van de toekomst centraal gaan stellen. *Medisch Contact*, 50 14 december 2023.

Loopbaanonderzoeken basisartsen Capaciteitsorgaan (2009, 2013, 2016, 2019, 2022).

NFU c.s. (2023). *Visiedocument het opleidingscontinuüm van student tot geneeskundig specialist*.

Nivel (2022). *Wat wil de werkgever? De vraag naar zorgprofessionals in vijf sectoren en de komende vijf jaar. Uitkomsten van de werkgeversenquête 2021/2022*. Flinterman, L., Vis, E. en Batenburg, R. Utrecht.

Nivel (2022). *De sociaal geneeskundigen in Nederland: Een ramingsonderzoek anno 2022 naar het aantal op te leiden sociaal geneeskundigen in de periode 2024-2040*.

Nivel (2024). *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2023. Toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets.*

Nivel (2025). *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.* Utrecht.

NVAVG (2024). *Leidraaddoelmatige praktijkvoering arts VG 2.0.* HHM.

Nza 2025. *Rapport Kostenonderzoek naar (medisch-)specialistische vervolgoopleidingen, april 2025. aios medisch specialistische zorg.*

Querido, S.J., Rond, M.E.J. de, Wigersma, L. & Cate O. ten (2023). Some residents drop out of specialty training. How important is priori clinical experience? A survey among residents in the Netherlands. *Journal for Medical Education*, vol. 40 (1).

Querido, S., van den Broek S., de Rond M., Wigersma L. en ten Cate O. (2018). Factors affecting senior medical students' career choice. *International Journal of Medical Education*, 9: 332-339.

Raamplan Artsopleiding 2020.

Rompen, H., Lovink, M., van Vught, A., en Laurant, M. (2020). *Eindrapport Regionale Arbeidsmarkt Ouderenzorg. Optimaal benutten van expertise en capaciteit specialisten ouderengeneeskunde in Zorgregio Nijmegen.* Nijmegen: HAN University of Applied Sciences

RGS, *Eisen herregistratie basisarts.*

SBOH (2025). *Jaarverslag 2024.*

SBOH (2024). *Vergelijkingsonderzoek primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden AIOS.* FWG.

Sikkel, R. en Harbers, L. (2023). Zorgweekend aniestekort in ziekenhuizen (2023). *NtVG*, 167, nr. 22 (juni).

Sira Consulting (2025). *Kostenonderzoek opleidingen tot arts Maatschappij en Gezondheid. Rapportage.*

SiRM (2022) *opties onder de loep: onderzoeksbeleidsopties arbeidsmarkt ouderenzorg.*

Spieker (P.) (2012). *Dringen rond het bed: Een quick scan naar innovaties in zorgberoepen en opleidingen in opdracht van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen.* Nieuwegein.

SiRM, 2025. *Kosten praktijkonderwijs cluster 1 SBOH.*

Tijdink (J.K.) Promoties in de geneeskunde: verspilde onderzoeksinspanning of noodzakelijk? *NtVG*, 2020, 164.

Tweede Kamer der Staten Generaal, 2022-2023. *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. 29282, nr. 521.

Ministerie van Justitie en Veiligheid (2023). *Antwoorden Kamervragen over het bericht 'Het schrijnende tekort aan forensisch artsen'*.

Ministerie van VWS (2023). *Reactie vergelijkingsonderzoek FWG naar arbeidsvoorwaarden aios*.

Venhorst, V.A., Daams, N.M., van Dijk, J. (2017). *De regionale mobiliteit en binding van medisch specialisten. Het belang van opleiden en onderwijs voor de regionale gezondheidszorg*.

Verenso (2019). *Specialist ouderengeneeskunde: gat in en op de markt. Het effect van de onvervulde opleidingsplaatsen op de toekomstige arbeidsmarkt*.

VvZG (2025). *Ziekenhuisarts KNMG Profielschets & beroepsprofiel & functieomschrijving*.

Wolters, F. (2020). Academische carrièreperspectieven van gepromoveerde dokters: een landelijk cohortonderzoek in de periode 1992-2018. *NTvG*, 2020, 164_5300.

Werkgroep extramurale artsen (2023). *Actieplan 'Meer extramurale artsen'*.

Bijlage 1 Definities gehanteerde begrippen in het ramingsmodel en parameterwaarden

Definities en begrippen	Definitie	Waarde parameter
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.	2025
Bijsturingsjaar	Het eerste jaar waarvoor de instroom in de opleiding aangepast kan worden.	2028
Evenwichtsjaar (zie keuze toelichting in het rapport)	Het jaar waarin binnen de raming zoveel mogelijk balans tussen vraag en aanbod naar zorgprofessionals wordt nagestreefd.	2043
Trendjaar	Het is mogelijk om niet-demografische ontwikkelingen niet alle jaren van de raming mee te tellen, maar enkel tot het trendjaar.	2035

Aanbod van zorgprofessionals

	Definitie	Waarde parameter
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.	24.330
Percentage vrouwen	Het percentage vrouwen dat op de peildatum werkzaam is in het beroep waarvoor de raming wordt opgesteld.	67%
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.	24.330
Uitstroom	Het aandeel van de werkzame personen in het basisjaar dat naar verwachting in de ramingsperiode stopt met werken in het beroep.	Tot 2030 25% Tot 2035 70% Tot 2040 90% Tot 2045 90%
Aantal personen in opleiding (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf)	Aantal personen in opleiding in basisjaar en in de toekomst per leerjaar.	Tot 2025 2.699 2025/2027 2.957 Vanaf 2027 3.015
Percentage vrouwen in opleiding (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Percentage vrouwen in de opleiding in het basisjaar en in de toekomst (indien relevant).	68%
Opleidingsduur (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Duur van de opleiding in jaren.	7
Intern rendement (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Het percentage van de gestarte opleidingen dat het einddiploma behaalt.	92%
	Het percentage personen met een einddiploma dat een bepaalde periode (veelal 1, 5, 10	Na 1 jaar 100% Na 5 jaar 77%

Extern rendement (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	of 15 jaar) in het beroep werkzaam blijft in Nederland na afronding geneeskunde.	Na 10 jaar 25% Na 15 jaar 10 %
Buitenlandse instroom	Instroom per jaar uit het buitenland Geslachtsverdeling; aantal vrouw Rendement	327 58% Na 1 jaar 100% Na 5 jaar 77% Na 10 jaar 25% Na 15 jaar 10%

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.	6,5%
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.	Tot 2030 2,27% Tot 2035 4,37% Tot 2040 6,27% Tot 2045 7,82%
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	0%

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 2 Verslagen expertsessies

Expertessie 1 Lange termijn ontwikkelingen inzet anios/basisartsen

Belangrijkste ontwikkelingen vanuit het perspectief van de deelnemers

- Ongelijkheid in gezondheid. Er zijn mensen met weinig geld en mensen met meer geld, mensen met theoretische opleidingen en mensen met praktische opleidingen. De sociale context doet er echter meer toe dan de medische problematiek. De zorg hoeft niet alles op te lossen; we moeten problemen niet altijd met meer zorg willen oplossen.
- Jonge artsen en specialisten hebben een andere kijk op werk-privébalans. Mogelijk dat in de toekomst ook de Cao wijzigt en de normatieve werkweek voor specialisten omlaag gaat. Er is een te grote inzet van anios en aios voor anw diensten. De inzet van zorgprofessionals verschuift ook door concentratie en spreiding van zorg.
- Schaarste speelt steeds meer een rol bij de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden. De consequenties van schaarste werken door in het beroepsprofiel en de aanpassing van richtlijnen.
- We gaan in de toekomst steeds meer toe naar samenwerken in teams. Dat betekent dat we in plaats vanuit de CanMEDS rollen van de individuele zorgverlener meer gaan denken in hoe verdeel je de 'collective competence' in het team.
- Interprofessioneel opleiden en brede inzet van medische expertise wordt belangrijker. Het alleen afronden van de bachelor geneeskunde is ook relevant voor andere beroepen waar de medische blik ertoe doet, zoals global health. De focus ligt in de master heel erg op de kliniek, terwijl een groot deel van zorg en gezondheid juist plaatsvindt buiten de kliniek.
- ZonMw heeft een taak in het aanjagen van IZA en het faciliteren van de beweging die in het IZA wordt neergezet. ZonMw heeft daarvoor diverse programma's, zoals waarde gedreven zorg, passende zorg, juiste zorg op juiste plek en gezondheid in plaats van ziekte. Ook wordt er ingezet op programma's voor werkplezier en het inspireren van professionals. Een andere beweging is die naar de regio's en naar versterking eerstelijnszorg door samenwerking in de wijk en het bereiken van kwetsbare burgers.
- We hikken aan tegen gedragsverandering. Veel programma's en ontwikkelingen hebben als effect het dweilen met de kraan open. Het lukt ons nog niet om door het bestaande denken heen te breken. Mensen hebben veel te veel verwachtingen van de zorg en dat wordt door zorgprofessionals ook verder aangewakkerd. De gedragsverandering komt nog niet van de grond, zolang we niet anders gaan denken en er geen andere visie is op zorg en ziekte. Gezondheidszorg wordt met name bepaald door individueel gedrag en collectieve context.

Voorbeelden van hoopvolle ontwikkelingen die de toekomst kunnen veranderen:

- Er zijn sociale factoren in de leef- en woonomgeving en de wijk die aangrijpingspunten vormen voor wat gemeenten en de Nederlandse overheid kunnen doen.
- Het gedrag aanpassen begint op de werkvloer. Dat vraagt om voorbeeldfuncties en ander aanspreekgedrag.
- Bevorderen van de brede inzetbaarheid van artsen en anders kijken naar subspecialistische zorg. De huidige ziekenhuisarts is een mooi voorbeeld van generalistische specialistische

zorg binnen de intramurale setting die bijdraagt aan meer efficiëntie en verbinding. De medisch specialist van de toekomst zal volgens de visie van FMS meer oog hebben voor diversiteit en aanjager zijn van gezondheid en preventie (zie ook FMS Medisch Specialist 2035).

- Ook bij verpleegkundigen en verzorgenden zie je brede inzetbaarheid en anders kijken naar subspecialismen. De grenzen tussen beroepen en rollen kunnen daardoor vervagen en zo kunnen ook in het verlengde van de 'collective competence' van het team mengvormen ontstaan tussen het verpleegkundig en artsendom. Verpleegkundigen kunnen taken overnemen van artsen al blijft de kern van het beroep van verpleegkundige en arts overeind.
- Die bredere en generalistisch insteek vertaalt zich ook naar de verpleegkundige vervolgoopleidingen (CZO flex level) en vervolgoopleidingen voor artsen. De intentie is dat zorgprofessionals blijven kiezen voor een vervolgoopleiding, maar dat de flexibele inzetbaarheid toeneemt. Het anders inrichten van vervolgoopleidingen vraagt van het Capaciteitsorgaan ook een andere manier van ramen.
- De bredere inzetbaarheid en de behoefte van jonge artsen aan verbreding werkt ook door in de initiële opleiding geneeskunde. De brede bachelor is daar een mooi voorbeeld van. Ook vergroten van de zijinstroom in de master geneeskunde biedt meer variatie in het opleiden. Er zijn mogelijkheden voor meer digitalisering van het cursorisch onderwijs en ook het werkplekleren (coschappen in de masterfase) is aan vernieuwing toe.
- Bij de raming van basisartsen zou je kunnen werken met een basisscenario (wat als we zo doorgaan) en wens- of beleidsscenario's. Zo is een beleidsscenario van meer verschuiving naar eerste lijn en sociaal domein is voorstelbaar.
- Het doorontwikkelen van het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan op basis van group model building sessies over het complexe systeem van zorg en gezondheid biedt perspectief.

Expertessie 2 Ontwikkelingen toekomstig aanbod basisartsen

Belangrijkste ontwikkelingen vanuit het perspectief van de deelnemers

- De zorgvraag stijgt, onder andere door multiproblematiek. Er is het doemscenario van een zorginfarct. Er vindt verplaatsing plaats van de zorg en toenemende zorg in de eerste lijn.
- De verwachting is dat er in de toekomst meer taakherschikking zal plaatsvinden. Daarbij is het relevant na te gaan wat door dokters gedaan moet worden. Door technologie kan het domein van de arts veranderen. Dat betekent dat je niet meer kunt uitgaan van zoveel dokters op zoveel patiënten/inwoners. Het systeem verandert. Ook voor de transitie heb je dokters nodig die overstijgend kunnen denken. Instellingen zullen (ook) behoefte hebben aan een vaste bezetting van PA en VS met de ziekenhuisarts. Met het oog op de samenstelling van het team is het jammer dat de subsidieregeling voor het opleiden van ziekenhuisartsen is gesneuveld.
- De work-life balance van artsen verandert. Jonge artsen zien het niet meer zitten om full-time te werken. Het is ook niet meer vanzelfsprekend om levenslang als arts te blijven werken. Dat vraagt om flexibilisering en mogelijkheden om te switchen naar ander beroepen.

- De uitval van anios is relatief hoog. Ook hier is het van belang oog te hebben voor de behoefte aan verdieping en verbreding om zo artsen voor de zorg te behouden.¹¹⁹
- De aniosperiode lijkt vast onderdeel te worden van de loopbaan van de jonge dokter. Er ontstaat een anios nieuwe stijl; een soort tussenvervolgopleiding. De jonge dokter houdt op voorhand al rekening met minimaal drie jaar als anios werkzaam zijn en in deze eerste drie jaren dan nog niet te kiezen voor een bepaalde richting. Werkervaring is ook nodig om te weten wat je wilt. Dat komt ook omdat het een (te) grote stap is van het werken als co-assistent naar het werken als jonge arts. Naar verwachting zal het aniosschap een grotere vlucht nemen. Studenten willen beter weten wat ze willen en gerichtere en gefundeerde keuzes maken. Dat past ook bij deze generatie. Als je te kort anios bent, leg je jezelf te vroeg vast. Er lijkt sprake van een zekere loopbaanbindingsangst. Bij sommige specialismen is een lange aniosperiode/3 jaar werkervaring ook een vereiste voor het mogen solliciteren.
- Werkgevers hebben anios nodig om diensten te draaien en anios willen gemiddeld genomen niet meer uren werken waardoor de tekorten oplopen. Het tekort aan anios is mogelijk op te lossen als artsen die daarvoor niet intrinsiek gemotiveerd zijn geen onderzoek gaan doen. Het komt nog te vaak voor dat de intrinsieke motivatie ontbreekt, maar artsen toch een PhD-traject ingaan vanwege de verwachting dat dit nodig is voor het krijgen van een opleidingsplek. Deze onderzoekscapaciteit zou goed zijn in te zetten voor het oplossen van anios tekorten.
- Er is meer aandacht voor diversiteit en kansenongelijkheid. Interessant is de impact die de centrale selectie/decentrale loting in de toekomst kan hebben op het artsenaanbod.

Waar leidt de geneeskundeopleiding toe op?

- We leiden nu patiëntgericht op: iemand beter maken die ziek is. De focus is (te veel) op zeldzame aandoeningen en 'ouderwetse' geneeskunde. Daarnaast ligt de focus op doorstromen vanuit de bachelor naar de master geneeskunde. De opleiding is minder gericht op de brede zorgpraktijk inclusief publieke gezondheid en/of met de bachelor je weg vinden in de (aanpalende) gezondheidszorg. Er is een spanningsveld tussen praktische competenties voor de individuele patiëntenzorg en een bredere visie op zorg. Zo komen in de opleiding de financiële en technologische kanten van de zorg te weinig aan bod. De opleidingen kunnen echter niet te ver vooruitlopen op ontwikkelingen in het werkveld; het werkveld is nog niet altijd zo ver. De opleiding leidt nu toch veel op voor een intramurale vervolgplek.
- Het is belangrijk om studenten maatschappelijk geëngageerd op te leiden. Artsen hebben het bredere perspectief nodig van de rol van de patiënt in zijn sociale context. De medische expertise is geworteld in de patiëntenzorg en dat helpt ook bij een breder maatschappelijk perspectief. De core business van de opleiding is de patiëntenzorg en vanuit die rol in de patiëntenzorg word je als arts serieus genomen. Er is een verbinding te maken van het micro-niveau naar het mesoniveau en het macroniveau. De medische expertise kan beleidsmakers

¹¹⁹ <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/6/e028631.full.pdf>; <https://bmjopen.bmj.com/content/15/6/e088316.full>; Dijkhuizen, K., Bustraan, J., van den Bogaard, M. E. D., Velthuis, S. I., van Lith, J. M. M., Driessen, E. W., & de Beaufort, A. J. (2020). Values and beliefs on trainee selection: What counts in the eye of the selector? A qualitative study exploring the program director's perspective. *Medical Teacher*, 42(10), 1179–1186. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1798912>

goed helpen. Het kan ook zijn dat je – in de loop van je carrière - beleidsachtige functies combineert met je baan als arts. De raming zou er rekening mee moeten houden dat mensen zich in de loop van de tijd ontwikkelen en terecht (willen) komen in een andere rol.

- Voor een consultancy baan en ict baan heb je in principe geen opleiding geneeskunde nodig. De medische expertise die je in de opleiding geneeskunde opdoet, is wel breder inzetbaar. Vanuit een brede bachelor of een master geneeskunde zou je ook aansluiting kunnen vinden met andere werkvelden zonder directe patiëntenzorg.

Wat verandert er in de geneeskunde opleiding en wat is de impact daarvan?

- In de geneeskundeopleiding is sprake van een verschuiving van prestatiegericht leren naar ontwikkelingsgericht leren. Het behoren tot de top en 'het neusje van de zalm' is minder dominant. Andere veranderingen zijn de andere wijze van decentrale selectie (loting), behoefte aan maatschappelijke verbreding en medische verdieping en mogelijkheden tot keuze in de master.
- De coschappen helpen om uit te vinden wat (niet) bij je past. De coschappen zijn vormend en cruciaal om voor jezelf het plaatje compleet te krijgen. De belasting van de co-assistent verdient aandacht; er is ruimte nodig om ook iets anders ernaast te kunnen doen. Soms is het nu al mogelijk 4 dagen coschappen te lopen en daarnaast een zelfstudiemiddag te hebben. Het gaat met kleine stappen de goede kant op. Coassistenten moeten zich soms noodgedwongen laten leiden door financiële afwegingen. Je moet voldoende inkomen kunnen genereren en daarvoor soms (erbij) werken. Er zijn vragen te stellen bij het leereffect van de diverse 'snuffelstages' in de coschap periode.
- Veranderingen in de geneeskunde opleiding werken door in het vervolg van de loopbaan. Meer extramurale coschappen zullen in de toekomst nodig zijn om tekorten aan coschappen op te vullen. Het positieve effect van de extramurale coschappen is dat studenten geneeskunde nu vaker een extramurale loopbaan overwegen. Veranderingen gaan echter langzaam.

Wat verandert er bij geneeskundestudenten en wat is de impact daarvan?

- Studenten geneeskunde hebben een bredere blik; er is meer dan de studie om voor te leven en daar moet ook ruimte voor zijn. Studenten van nu hebben ook te maken met andere maatschappelijke omstandigheden (woningnood).
- Studenten zijn nog steeds intrinsiek gemotiveerd; ze willen wel hun scope verbreden. Dat uit zich ook in vakoverstijgende onderwerpen zoals duurzaamheid en zingeving. Je ziet veel studenten na de bachelor eerst een andere master doen. Je ziet ook studenten met andere bachelors in de master geneeskunde instromen. Die gevarieerde achtergrond kan helpen in het maken van betere loopbaankeuzen..
- De behoefte aan verbreding tijdens de opleiding geneeskunde werkt door in het toekomstige werkzame leven. Je wilt in beweging blijven en bijvoorbeeld niet 40 jaar hetzelfde doen en 9 dagdelen alleen poli draaien

Is het haalbaar om de instroom in de geneeskundeopleiding te vergroten/te verlagen?

- Het werkplekleren zoals we het nu doen, is een uitdaging. Door fusies en concentraties en de rol van zbc's is het nu lastiger geworden om voldoende coschapplekken te hebben waar studenten voldoende leren en begeleiding krijgen. De plekken voor praktijkleren worden schaarser. Het is moeilijker geworden om studenten goed te plaatsen, ook al komen er extramurale plaatsen voor coschappen bij. Je zou bijvoorbeeld met meer simulatieleren winst kunnen behalen ten opzichte van het werkplekleren zoals dat nu is ingericht.

Expertsessie 3 Inzet anios/basisartsen in de sociale geneeskunde/jeugdgezondheidszorg

Algemene ontwikkelingen in het werk van de jeugdgezondheidszorg/GGD

- Jeugdgezondheidszorg is een relatief jong vak. Het vak hangt sterk samen met het werk in het sociaal domein en van de wijkteams. Die afstemming met samenwerkingspartners vergt dan ook steeds meer tijd. Van belang zijn niet alleen de tekorten in de eigen organisatie, maar ook tekorten die spelen bij samenwerkingspartners. Door krapte bij samenwerkingspartners kan er meer werk terecht komen bij de jeugdgezondheidszorg.
- De jeugdgezondheidszorg is afhankelijk van gemeenten en beschikbare financiering. Ondanks de toegenomen aandacht voor preventie en gezondheid in bijvoorbeeld IZA en aanvullende akkoorden, is het niet vanzelfsprekend dat het jeugdartsenwerk toeneemt.
- Een inhoudelijke ontwikkeling binnen de jeugdgezondheidszorg is het werken met een groepsgerichte benadering. Niet elke deelnemer acht de impact van deze ontwikkeling groot.
- De jeugdarts kiest vaak bewust voor het vakgebied. In vergelijking met artsen in ziekenhuizen is de sfeer in de jeugdgezondheidszorg minder 'streberig' en meer gelijkwaardig. Andere specialisten zijn vaak weinig vertrouwd met de jeugdarts en de specialisatie jeugdgezondheidszorg. Het lijkt alsof de jeugdarts moet 'bewijzen' dat jeugdgezondheidszorg een volwaardig en interessant specialisme is. Er zijn veel specialisten die de overstap hebben gemaakt naar de jeugdgezondheidszorg.
- Over het algemeen kiezen jeugdartsen bewust voor het vak en minder voor een specifieke GGD of jeugdzorgorganisatie. Jeugdartsen blijven over het algemeen lang werken bij dezelfde organisatie. Jeugdartsen willen over het algemeen niet ver weg werken van waar ze wonen; ze zoeken werk in de buurt.
- Het nieuwe opleidingsprogramma evenals de regeling dat je voor je vervolgopleiding in dienst komt bij de SBOH (sinds 2019) heeft impact gehad. Als instelling heb je nu geen invloed meer op aios die bij jou komen voor de eerste fase van de opleiding. Het lukt ook niet altijd om de eigen anios de garantie te geven dat ze na afronding van hun eerste fase weer bij jou in dienst kunnen komen. Bij de tweede fase opleiding heb je wel meer invloed op het opleiden van eigen aios. Door deze regeling is de doorstroom van jeugdartsen toegenomen.

Rol en taak anios bij de GGD/jeugdgezondheidszorg

- Als anios is het niet gebruikelijk om direct je eerste aniosschap bij de GGD te doen. Het merendeel van de anios (80 tot 90%) heeft dan ook eerst een aniosschap in het ziekenhuis gedaan. Als je direct als anios bij de GGD zou beginnen, kom je daarna, als je dat zou willen, ook niet meer gemakkelijk binnen in een ziekenhuis. Je ziet bij de jeugdgezondheidszorg ook veel anios die vervolgens in opleiding gaan als huisarts.
- Er zijn meer anios de jeugdgezondheidszorg binnen gekomen die nog heel zoekend zijn. Het is vaak doordat de anios ervaring krijgt met jeugdgezondheidszorg dat de arts het leuk gaat vinden en dan blijft. Meer ervaringen met coschappen jeugdgezondheidszorg tijdens de opleiding zou daarom kunnen helpen.
- Anios worden over het algemeen ingezet voor spreekuren; ze dragen bij aan de productie in de basisjgz. Sommigen zetten de anios alleen in voor 0-4-jarigen; anderen doen dat ook voor 0-12-jarigen. De een vindt dat de anios zoveel mogelijk spreekuren moet draaien (en vliegen moet maken); de ander zet de anios breder in oog met het oog op 'exposure' en het aantrekkelijk maken van het werk. Er wordt meer dan vroeger rekening gehouden met werkdruk en werkplezier van de anios; er wordt voorzichtiger met anios omgegaan.
- Of anios die in de jeugdgezondheidszorg blijven, vervolgens in opleiding gaan, verschilt door de tijd heen. Er is een tijd geweest dat het logisch was dat elke jeugdarts arts M+G werd; nu lijkt de visie te zijn dat je in ieder geval arts KNMG wordt en dat is vanuit kwaliteitsoogpunt ook gewenst. Voor de (jonge) anios is het niet financieel aantrekkelijk om snel in opleiding te gaan; de meer ervaren anios kan in opleiding in aanmerking komen voor een hoger salaris.
- Werkgevers stimuleren anios over het algemeen om in opleiding te gaan: "Je wilt ze het enthousiasme voor het vak bijbrengen." Het verschilt per organisatie in hoeverre daar echt op wordt gestuurd.

Inzet anios in verhouding tot aios, arts KNMG en arts M+G en verpleegkundigen

- Het werken met anios verschilt sterk per GGD/jeugdgezondheidszorgorganisatie. De arbeidsmarktkrapte is daar mede op van invloed. Zo werken de GGD's Amsterdam en regio Utrecht met artsen waarvan bijna de helft anios is; bij een GGD IJsselland is het merendeel arts KNMG en is er slecht een gering aantal anios. In stad Utrecht is het merendeel arts KNMG. In Amsterdam zijn er grotere tekorten artsen KNMG en worden de anios mede ingezet om tekorten op te vullen. De beschikbaarheid van artsen KNMG lijkt te verschillen over het land en per regio. Als er geen artsen KNMG met ervaring zijn, ben je bij het invullen van vacatures afhankelijk van de anios. Soms wordt om beide gevraagd in een vacature en reageren alleen basisartsen die geen arts KNMG zijn. Het meer inzetten van anios betekent ook dat de ervaren artsen meer tijd kwijt zijn met inwerken omdat anios sneller doorstromen.
- De inzet van anios is afhankelijk van de ervaring. Een anios die net begint, is anders in te zetten dan een anios met jaren ervaring. Kleinere organisatie verdelen het werk ook anders. Zo is er in de organisatie van Inke 1 functieomschrijving voor arts jgz, ongeacht of deze nu basisarts, arts KNMG of arts M+G is. Staftaken worden daar verdeeld over de aanwezige artsen.

- Artsen KNMG krijgen over het algemeen de meer ingewikkelde gevallen. De arts M+G is meer voor de overstijgende zaken. De inzet van anios is behalve van de ervaring ook afhankelijk van hoe je de werkprocessen organiseert en of je werkt met groepsgesprekken in plaats van individuele gesprekken. Richtlijnen of zorgstandaarden zijn tot nu toe weinig richtinggevend over wanneer je de basisarts/anios in zet of de arts KNMG. Het landelijk professioneel kader jeugdgezondheidszorg wordt in GGD's en andere jeugdgezondheidszorgorganisaties verschillend ingevuld.
- Het verkrijgen van anios/basisartsen lijkt makkelijker in de steden met een faculteit geneeskunde dan het verkrijgen van artsen KNMG of artsen M+G. Er zijn meer artsen M+G bij gekomen (ook net voor de invoering van de opleiding nieuwe stijl). Anios werken over het algemeen meer uren dan artsen KNMG omdat artsen KNMG in een andere levensfase verkeren. De anios werken vaak 32 tot 36 uur; de artsen KNMG vaker 3 dagen.
- De aios wordt vaak bovenformatief ingezet en zoveel mogelijk vrijgespeeld; vooral in de eerste fase. Ook kan de aios een rol spelen in de aansturing van co-assistenten. Als je de aios bovenformatief inzet dan kost je dat geld vanwege de afdracht die je moet doen aan de SBOH. Een aios die de eerste fase heeft afgerond, kan niet altijd in aanmerking komen voor de tweede fase als er minder plekken voor opleiding tot arts M+G beschikbaar zijn.
- Er zijn verschillen in de werkzaamheden waar je de anios voor inzet en de verpleegkundige of verpleegkundig specialist. In het verleden zijn de pluis-niet pluisgesprekken van de arts overgeheveld naar de verpleegkundige. Je wilt niet dat anios het werk doen van de verpleegkundigen. Er zijn nu GGD's die minder artsuren hebben dan daarvoor; dat betekent dat je ook gaat kijken naar mogelijkheden van verschuiving van werkzaamheden van anios naar medisch verpleegkundigen.

Ontwikkelingen die in de toekomst een rol kunnen spelen

- De verwachting is dat de GGD's en andere organisaties voor jeugdgezondheidszorg de komende tijd niet veel zullen groeien; dat komt mede door het ravijnjaar. De nadruk zal de komende jaren liggen op de vervangingsvraag en minder op de uitbreidingsvraag. Het kan wel zijn dat er meer taken bij jeugdgezondheidszorg terecht komen door krapte elders (zoals bij samenwerkingspartners). De impact van het IZA en de aanvullende akkoorden is moeilijk in te schatten; het kan alle kanten opgaan.
- De inschatting is dat de taakafbakeningen in de toekomst duidelijker worden. Dat kan zich ook vertalen in aanscherpingen in richtlijnen en standaarden. Het zou kunnen betekenen dat je wat minder arts M+G taken krijgt en daarvoor ook minder uren nodig hebt.
- De decentrale loting in de opleiding geneeskunde kan als gevolg hebben dat er een andere type arts komt die goed past in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg.

Expertessie 4 Inzet anios/basisartsen in de medisch-specialistische zorg

Belangrijkste ontwikkelingen vanuit het perspectief van de deelnemers/positie anios

- De positie van de anios in het ziekenhuis verandert. Was het vroeger en zelfs nog een paar jaar geleden zo dat je als anios niet eenvoudig aan de slag kon; nu is dat geheel anders. De

arbeidsrechtelijke positie van de anios is ook veranderd. Momenteel krijgen anios een contract volgens de CAO als reguliere werknemer en niet meer op basis van extra werkuren die bij de aios onder opleiding vallen.

- Over het algemeen zie je dat de anios bewust kiest voor een aniosplek. Anios kiezen voor een betere werk-privébalans. De anios wil niet meer zoveel werken als 15 jaar geleden en willen geen hoge dienstbelasting voor de rest van hun leven. Dat heeft consequenties voor de beschikbaarheid nu en in de toekomst.
- Er zijn steeds meer anios die werken via een uitzendbureau. Die kunnen dan op verschillende plekken proeven aan het werk en hebben de beschikking over een leaseauto en soms ook een traineeship. Ziekenhuizen werken overigens soms bewust niet samen met deze bureaus.
- Er zijn momenteel meer anios die niet weten wat ze willen worden. Je ziet daarnaast veel collega's van de studie die het ziekenhuis verlaten. Als je het ziekenhuis uit bent, kom je ook niet meer terug. Degene die voor huisartsenzorg kiezen, geven bijvoorbeeld aan in de co-schappen wel genoeg te hebben gezien van het ziekenhuis. Er zijn nu ook meer mogelijkheden voor anios in de huisartsenpraktijk. Er zijn veel anios werkzaam in de (perifere) ziekenhuizen die al weten huisarts te willen worden.
- Je ziet dat artsen meer moeite hebben om de Randstad te verlaten en niet meer makkelijk aios of specialist worden in de uitgestrektere (perifere) regio's. Het is geografisch minder aantrekkelijk. Reistijd vormt meer een belemmering.

Behoefte aan anios vanuit ziekenhuis

- Er zijn in alle drie ziekenhuizen tekorten in de formatie. Het valt niet altijd mee vacatures voor medisch specialisten te vullen. Daardoor neemt de behoefte aan een flexibele schil toe. Anios zijn nodig voor de productie; het ziekenhuis kan niet meer zonder. Anios worden soms ook ingezet om tekorten aan medisch specialisten op te vangen. De tekorten in formatie werken door in een hoge dienstbelasting voor anios. De anios is daarin veel minder beschermd dan de aios; de aios heeft een geringe tot geen dienstenbelasting. Er zijn bovendien meer anios nodig omdat anios meer parttime werken wat eerder veel minder voorkwam en/of niet mogelijk was. De werkdruk voor anios verschilt per ziekenhuis.
- De tekorten aan anios verschillen per ziekenhuis. In Isala is de behoefte aan anios de laatste jaren toegenomen en is de beschikbaarheid van het aantal anios afgenomen. In Bernhoven en Rivierenland is de belangstelling van anios nog groot. Vaak gaat het ook om anios die daarna de huisartsenzorg in willen. De anios hebben steeds vaker een contract voor 32 uur of werken parttime. Daarnaast zijn er goede voorwaarden voor anios gekomen voor wat betreft opleiding en inwerken. Soms wordt er gewerkt met een kleine pool van anios voor zaalwerk. Ook wordt soms onderscheid gemaakt tussen anios voor het beddenhuis (met alleen dagdiensten), anios voor de SEH en anios voor acute opname.
- Behalve per ziekenhuis verschillen tekorten ook per afdeling. Je ziet vaak tekorten aan anios bij bijvoorbeeld cardiologie, neurologie en long. Bij long was het historisch al moeilijk om arts-assistenten te krijgen; het lijkt een minder sexy vakgebied en anios zijn er ook minder mee bekend. Voor neurologie kan ook meespelen dat er geen coschap neurologie is. Als het niet lukt voldoende anios te krijgen, moeten de specialisten zelf weer de nachtdiensten

doen met ondersteuning van de SEH. Terwijl het eerder populair was om bij chirurgie anios te zijn, zie je nu ook daar tekorten ontstaan aan anios. Op de SEH merken ze de effecten van aniostekorten bij andere afdelingen in het ziekenhuis; dan gaat er meer werk van de afdeling naar de SEH. De extra drukte op de SEH is daarmee ook een signaal voor aniostekorten.

- PA's worden bij tekorten aan anios soms ingezet voor taken die anders anios vervullen. PA's maken soms deel uit van de pool van anios. De PA en VS zet je echter wel anders in als anios. De PA heeft in tegenstelling tot de anios regelmatige werktijden en heeft een vaste aanstelling wat zorgt voor continuïteit in de patiëntenzorg. De anios en aios rouleren daarentegen vaker van afdeling. De PA wordt niet altijd voor diensten ingezet. Ook PA's en VS'n zijn overigens niet altijd makkelijk te krijgen. Daarbij kan financiering van de PA en positionering binnen het ziekenhuis of de afdeling een rol spelen. Ondanks de afspraken in CAO en functiewaardering kunnen de salarissen voor PA per ziekenhuis verschillen.

Voorbeelden van ontwikkelingen die de toekomst kunnen veranderen:

- Ziekenhuisartsen kunnen goed de werkdruk ontlasten en de 'puntjes op de i' zetten. Door het stopzetten van het gesubsidieerd aanbod van de opleiding voor ziekenhuisartsen in het recente verleden is mede de behoefte aan anios toegenomen. De ziekenhuisarts zou in een perifeer ziekenhuis een goede verbindende rol kunnen vervullen.
- De mogelijkheden tot decentrale loting kunnen leiden tot een nieuwe instroom in de opleiding geneeskunde met andersoortige artsen. Nu zijn er veel van een bepaald soort artsen. Het zou kunnen dat aanpassing van de selectiewijze ervoor zorgt dat de geneeskundestudenten een betere vertegenwoordiging van de samenleving vormen. Een effect daarvan zou kunnen zijn dat het risico op uitval door psychische overbelasting vermindert.
- In sommige ziekenhuizen wordt voor elke opgeleide PA of VS een business case gemaakt met daarin uitgewerkt de mogelijkheden tot taakherschikking en werken op poli of kliniek.
- Er is meer aandacht voor het inwerken van de anios op de verschillende afdelingen en voor diensten. Er is ook meer opleidingsperspectief voor de anios gekomen. Traineeships voor anios kunnen helpen om het werk voor anios aantrekkelijk te maken.

Bijlage 3 Samenstelling Werkgroep en Adviesgroep basisartsen

Samenstelling werkgroep raming basisartsen

Raymond van de Walle (SOON, voorzitter Kamer SO)
Saskia Peerdeman (UMCNL/AB)
Heleen Staal (FMS/AB)
Jan Berkelmans (ZN/AB en voorzitter)
Franka Lammert (LOSGIO)
Mitchel Dijkhof (LOVAH)

Samenstelling adviesgroep raming basisartsen

Hayat Suleiman (NFU/UMCNL)
Tamara Darbyshire (ZN)
Lars van Prooijen (IMS)
Jeannette de Graauw (NVZ)
Phebe Berben (DJS)
Eke van der Ploeg (DJS)
Marlies de Rond (KNMG)
Dov Ballak (NFU/UMCNL)
Mitchel Dijkhof (Lovah)
Lionne Grootjen (VAAVG)
Annemarie Bolt (LOSGIO)
Merel Holstege (SBOH)
Franka Lambert (LOSGIO)
Lize van der Tang-Kooijman (De Geneeskundestudent)

**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