

Capaciteitsplan 2027 - 2030

Verantwoording Sociaal Geneeskundigen

Arbeid en gezondheid

- **Bedrijfsarts**
- **Verzekeringsarts**

Maatschappij en Gezondheid

- **Artsen M+G**
- **Profielartsen M+G**

Forensische Geneeskunde

- **Forensisch arts**



Colofon

Dit is een rapport van het Capaciteitsorgaan

Postbus 20051 | 3502 LB Utrecht

info@capaciteitsorgaan.nl | www.capaciteitsorgaan.nl

T 30 - 2004510

December, 2025

Inhoud

1. Inleiding.....	15
1.1. Capaciteitsorgaan	15
1.2. Ramingsproces.....	16
1.3. Ramingsmodel.....	17
1.4. Toelichting beroepsgroepen.....	19
1.4.1. Arbeid en gezondheid	19
1.4.2. Maatschappij en gezondheid.....	21
1.4.3. Forensische geneeskunde.....	24
1.5. Opleidingen	24
1.5.1. Erkenning en registratie.....	25
1.5.2. Het LOP Maatschappij en Gezondheid	26
1.6. Leeswijzer	27
2. Huidige arbeidsmarkt	28
2.1. Geregistreerde specialisten	28
2.2. Werkzame specialisten	31
2.3. Deeltijdfactor.....	33
2.4. Onvervulde vraag	35
3. Veranderingen in het aanbod van de beroepsgroep	38
3.1. Inleiding.....	38
3.2. Overzicht parameterwaarden opleidingen.....	38
3.2.1. Toelichting op de opleidingen.....	38
3.2.2. Aantal aios in de sociaalgeneeskundige opleidingen.....	39
3.2.3. Duur van de opleiding neemt toe.....	42
3.3. Intern rendement opleidingen	43
3.4. Extern rendement opleidingen	44
3.5. Uitstroom werkzamen.....	46
3.6. Overige ontwikkelingen aanbod.....	51
3.7. Conclusie	52
4. Veranderingen in de vraag naar beroepsgroep.....	53
4.1. Inleiding.....	53
4.2. Demografische ontwikkelingen	53
4.3. Niet-demografische ontwikkelingen	55
4.3.1. Bedrijfsartsen	57
4.3.2. Verzekeringsartsen	58
4.3.3. Artsen Maatschappij en Gezondheid	58
4.3.4. Jeugdarts KNMG en Arts M+G/ JGZ	59
4.3.5. Arts IZB KNMG en arts M+G/ Infectieziektebestrijding.....	60
4.3.6. TB-arts KNMG en arts M+G/ TB	61
4.3.7. Arts MMK KNMG en Arts M+G/ MMK.....	62
4.3.8. Vertrouwensarts VVAK en Vertrouwensarts M+G	62

4.3.9.	Donorarts KNMG en Arts M+G/ Donorgeneeskunde.....	63
4.3.10.	BAIA-arts KNMG en Arts M+G/ BAIA	64
4.3.11.	Forensisch arts.....	64
4.4.	Conclusie	66
5.	Instroomadvies.....	68
5.1.	Inleiding.....	68
5.2.	Evenwichtsjaar.....	68
5.3.	Demografische scenario en volledig vraagscenario	68
5.4.	Alternatieve scenario's, what if... ..	69
5.5.	Haalbaarheid scenario's	72
5.6.	Conclusie overwegingen en instroomadvies	74
Bijlagen		78
	Bijlage 1: Overzicht parameterwaarden (aangepast)	79
	Bijlage 2: Geraadpleegde experts	82
	Bijlage 3: Afkortingen en Begrippenlijst	86

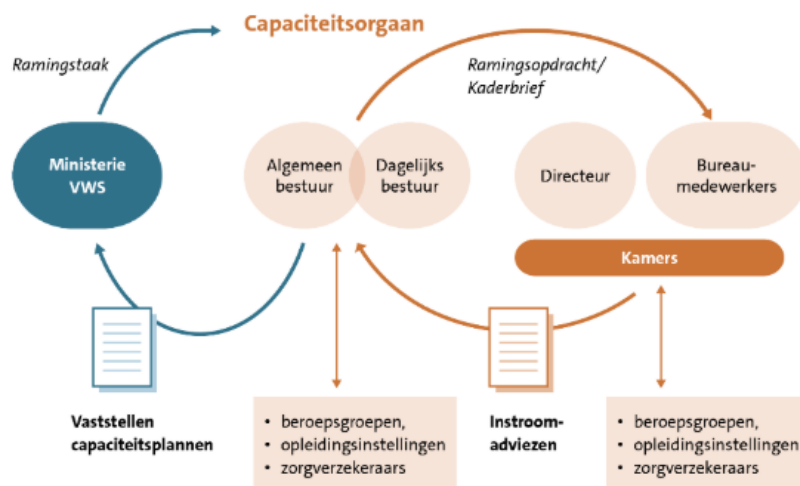
1. Inleiding

1.1. Capaciteitsorgaan

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft met het Capaciteitsorgaan een uitvoeringsovereenkomst voor het opstellen van ramingen voor de opleidingsbehoefte van zorgprofessionals. De ramingen resulteren in adviezen over hoeveel zorgprofessionals de (vervolg)opleiding moeten/mogen instromen. Op basis van de instroomadviezen stellen ministeries gelden beschikbaar voor het opleiden van zorgprofessionals.

De instroomadviezen komen onafhankelijk van de ministeries tot stand. Het ministerie stelt daarbij als eisen dat de instroomadviezen zo objectief mogelijk moeten zijn. Veldpartijen moeten daarbij betrokken zijn zodat er draagvlak is in het veld voor het instroomadvies. Bij het uitvoeren van de ramingstaak geeft het Capaciteitsorgaan enkel instroomadviezen af en heeft geen taak in de beleidsvorming.

Het Capaciteitsorgaan verricht eenmaal in de drie jaar ramingen voor zo'n 80 beroepsgroepen. De beroepsgroepen zijn gegroepeerd in verschillende Kamers, bijvoorbeeld de Kamer Sociale Geneeskunde waar negentien beroepen onder vallen. De Kamers komen met ondersteuning van het bureau tot een raming met bijbehorend instroomadvies. Het Algemeen Bestuur ziet toe op een verantwoorde werkwijze van de Kamers (o.b.v. een Kaderbrief) en communiceert de plannen naar buiten toe ([Figuur 1.1](#)).



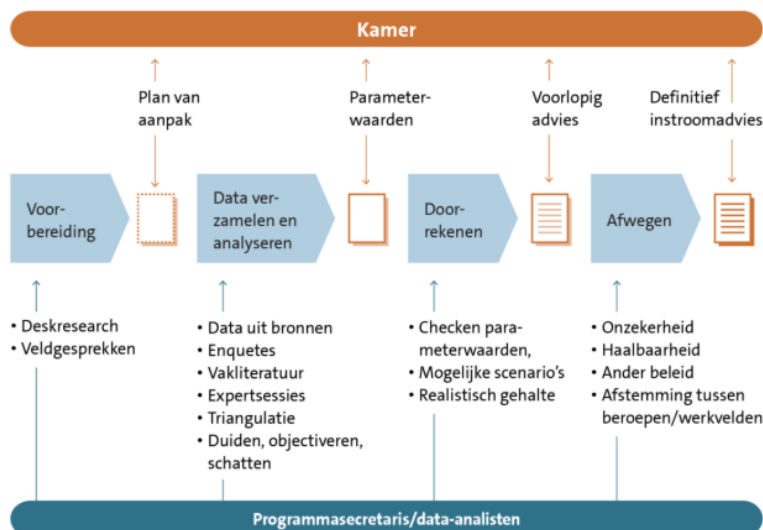
Figuur 1.1 Taak en samenstelling Capaciteitsorgaan

1.2. Ramingsproces

De voorbereiding en uitvoering van de raming ligt bij medewerkers van het bureau. De medewerkers maken gebruik van diverse bronnen en leggen die naast elkaar (triangulatie) om te komen tot een inschatting van incidentele en structurele trends. Er vinden expertsessies plaats waarvoor veldpartijen worden uitgenodigd. De medewerkers laten zich bij de analyse en duiding van resultaten ondersteunen door data-analisten en onderzoekers binnen of buiten het bureau ([Figuur](#)).

Veldpartijen zijn intensief betrokken bij de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Dat is ook nodig, want het zijn de mensen uit de praktijk van zorg en preventie die goed kunnen inschatten welke ontwikkelingen zich voordoen, hoe die ontwikkelingen samenhangen en welke de meeste invloed hebben. Het betrekken van veldpartijen bij de ramingen past dan ook in de methodiek van participatieve beleidsanalyse zoals die steeds meer voor complexe systemen als de zorg wordt toegepast. Bij het maken van prognoses is het dan van belang om de wensen van veldpartijen goed te onderscheiden van realistische verwachtingen.

De medewerkers van het Capaciteitsorgaan bespreken met de Kamer het plan van aanpak voor de raming, de uitgevoerde onderzoeken en de resultaten daarvan en de uiteindelijke inschatting van waarden voor de afzonderlijke parameters van het ramingsmodel. Met name voor die parameters waar (grote) onzekerheid over bestaat, houdt de medewerker er rekening mee dat belangen en wensen doorklinken in expert opinions en reacties van de Kamer. De medewerker levert de uitkomsten van de waarden van parameters aan bij het Nivel die de doorrekening maakt. De medewerker deelt de uitkomsten van de doorrekening van de raming met de Kamer en doet een voorstel voor het instroomadvies. Doorslaggevend in het gesprek in de Kamer over het instroomadvies zijn inhoudelijke argumenten en overwegingen op basis van alle verzamelde data en kwalitatieve input. Het Algemeen Bestuur stelt het instroomadvies definitief vast.



Figuur 1.2 Ramingsproces en de rol van programmasecretaris en de kamer

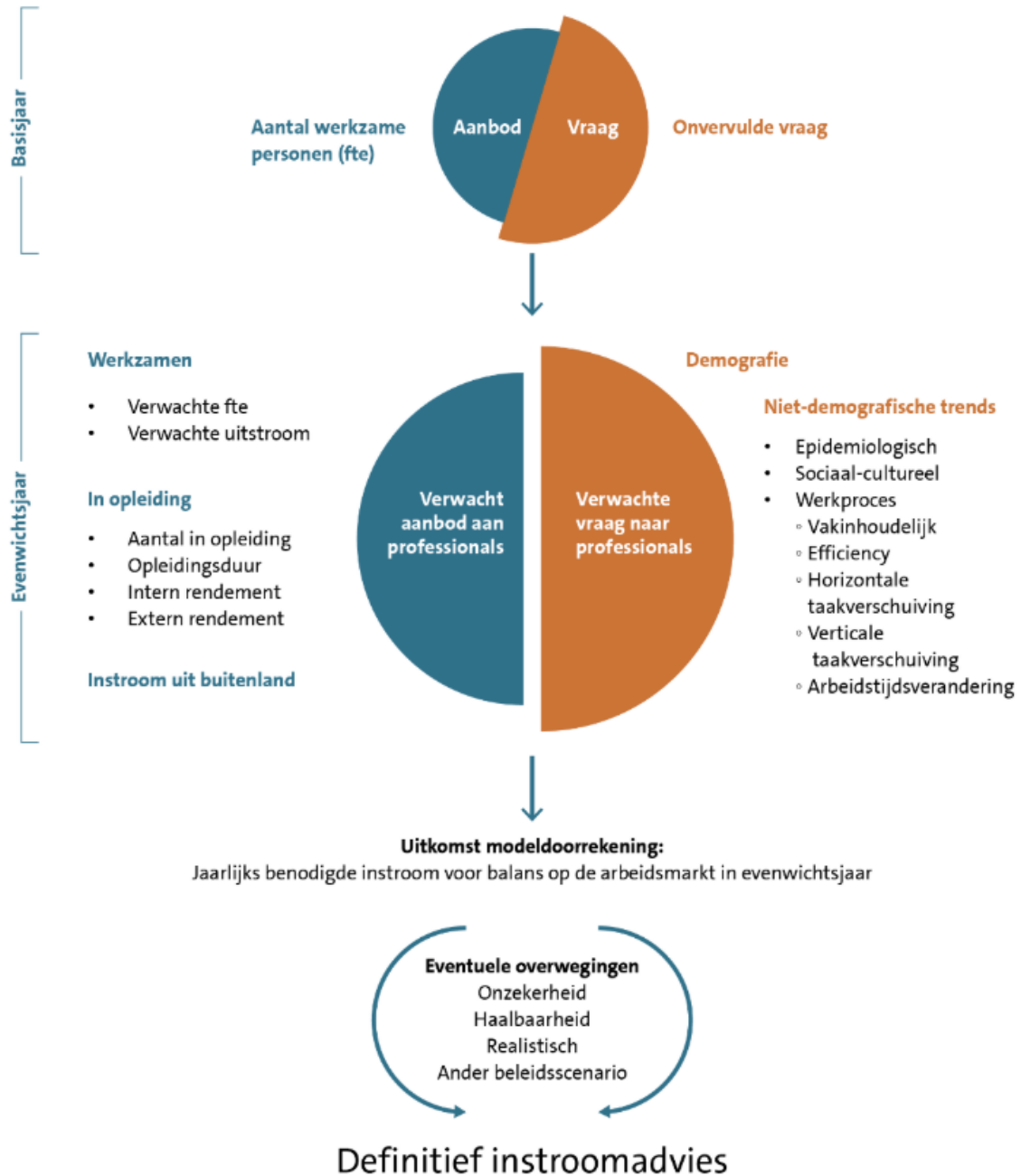
1.3. Ramingsmodel

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan omvat een vijftigtal parameters ([Figuur 1.3](#)). Die parameters gaan over:

- het aantal werkzame zorgprofessionals en bestaande tekorten/overschotten;
- hoeveel zorgprofessionals naar verwachting in de toekomst beschikbaar zijn, rekening houdend met uitstroom naar pensioen, vroegtijdige uitstroom, instroom vanuit de opleiding en instroom van buitenlands gediplomeerden;
- hoeveel zorgprofessionals nodig zijn als we demografische trends doortrekken naar de toekomst;
- hoeveel zorgprofessionals nodig zijn als we ook rekening houden met niet-demografische ontwikkelingen.

Voor alle vijftig parameters wordt een waarde vastgesteld. Op basis van het totaal van die inschattingen komen we tot een doorrekening van hoeveel zorgprofessionals er in de toekomst ongeveer nodig zijn en hoe hoog daarvoor de instroom in de opleiding moet zijn. Het definitieve instroomadvies meldt de overwegingen waarop het is gebaseerd.

Het basisjaar is de uitgangssituatie van waaruit geraamd wordt. Het evenwichtsjaar is het jaar waarin wordt gestreefd naar een balans tussen aanbod en vraag. Met name voor het verwacht aanbod en de verwachte vraag in dit evenwichtsjaar berusten de schattingen op aannames. Dat geldt voor demografische ontwikkelingen, maar nog meer voor de niet-demografische ontwikkelingen. Om zicht te krijgen op toekomstige ontwikkelingen in het aanbod en de vraag maken we gebruik van kwantitatieve databronnen en kwalitatieve expert-opinions. Bij dergelijke ontwikkelingen valt niet altijd voort te bouwen op betrouwbare schattingen uit het verleden. Wanneer er weinig veranderingen optreden, dan bieden eerdere waarden van parameters redelijk zicht op de wereld van morgen. Maar als beleid, zorg en preventie veranderen, kan minder worden geleund op informatie uit het verleden en wordt de praktijkervaring en kennis van de experts belangrijker. Dat betekent dat bij het inschatten van toekomstige ontwikkelingen vaak onzekerheid in het spel is. Juist door daar rekening mee te houden, helpen prognoses om beter voorbereid te zijn op de toekomst. Die onzekerheid is ook de reden om na drie jaar opnieuw een raming uit te voeren.



Figuur 1.3 Vereenvoudigde weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan

1.4. Toelichting beroepsgroepen

Dit rapport omvat de raming van 19 specialismen binnen de sociale geneeskunde, bestaande uit 2 specialismen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid, 16 specialismen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid en de Forensische geneeskunde (Tabel 1.1). In dit rapport worden met de term ‘sociaal geneeskundigen’ alle 19 beroepsgroepen bedoeld tenzij anders aangegeven.

Tabel 1.1: 19 specialismen binnen de sociale geneeskunde

Specialisme/profiel
Arbeid en Gezondheid
• Bedrijfsarts
• Verzekeringsarts
Maatschappij en Gezondheid
• Arts M+G
• Jeugdarts KNMG
• Arts M+G/ Jeugdgezondheid
• Profielarts IZB
• Arts M+G/ Infectieziektebestrijding
• Profielarts TB
• Arts M+G/ TB
• Profielarts MMK
• Arts M+G/ MMK
• Vertrouwensarts VVAK
• Arts M+G/ Vrije richting Vertrouwensarts
• Donorarts KNMG
• Arts M+G/ Donorgeneeskunde
• BAIA-arts KNMG (Beleid en Advies en Indicatie en Advies)
• Arts M+G/ BAIA
• Arts M+G/ Vrije richting waaronder Militaire Beleidsarts
Forensische geneeskunde
• Forensisch arts

1.4.1. Arbeid en gezondheid

Onder de specialisatie Arbeid en gezondheid vallen de bedrijfs- en verzekeringsartsen. Beide beroepsgroepen spelen een belangrijke rol in de gezondheid en werkrelatie van werknemers. De verzekeringsarts en de bedrijfsarts werken veelal in het verlengde van elkaar. Raakt een werkende ziek en/of (deels) arbeidsongeschikt, dan komt deze in eerste instantie terecht bij de bedrijfsarts. Is er na twee jaar nog geen of nog geen volledig herstel, dan komt betrokkene, volgens de Wet WIA, al dan niet voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking. Op dat moment komt de verzekeringsarts in beeld. Ook bij werkloosheid kun je langdurig ziek zijn. In dat geval valt iemand ook onder de zorg van een verzekeringsarts, die heeft dan mede een rol in arbeidsparticipatie. Wanneer werkenden niet onder een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering vallen, kunnen ze zichzelf

hiervoor verzekeren. Bij acceptatie, claimbeoordeling en begeleiding speelt de verzekeringsarts een rol. Tot slot beoordeelt de verzekeringsarts ook de arbeidsmogelijkheden en gezondheidsimpact na een ongeval.

Bedrijfsgeneeskunde

De bedrijfsarts is adviseur op basis van arbeidsgezondheidskundige expertise. De arts is in staat beroepsziekten en beroepsgebonden aandoeningen te beoordelen, te begeleiden en daarover te adviseren. De bedrijfsarts adviseert over de aanpak van het ziekteverzuim en de verbetering van de arbeidsomstandigheden. Preventie van ziekteverzuim - en bevordering van het individuele arbeidsvermogen - door middel van organisatieadvies op het gebied van werken aan gezondheid is hierbij belangrijk. Hierbij valt te denken aan preventiemaatregelen als vitaliteitsprogramma's, beschermende kleding en gehoorbescherming, maar ook de begeleiding van zwangere vrouwen. De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor de verzuimbegeleiding en de arbozorg bij kleine en grote organisaties. De bedrijfsarts houdt bedrijfsgeneeskundig spreekuur en begeleidt de re-integratie van zieke werknemers.

Verzekeringsgeneeskunde

De verzekeringsarts werkt binnen een breed spectrum van wet- en regelgeving. De arts beoordeelt en stelt vast of er sprake is van een rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek, waardoor iemand beperkt is in zijn functioneren. De arts is tevens betrokken bij de begeleiding en re-integratie van arbeidsongeschikte verzekerden.

De meeste verzekeringsartsen werken bij het UWV. Hier is de arts verantwoordelijk voor het beoordelen van claimklachten, participatiegedrag en mogelijkheden tot functioneren in arbeid in het kader van de WIA, WAO en de WAJONG of de Ziektewet. Ook levert de arts een bijdrage in beroep- en bezwaarprocedures. Kerntaak is beoordelen van de belastbaarheid, inclusief het actief volgen van de belastbaarheid van de verzekerde en het begeleiden naar herstel.

Verzekeringsartsen zijn tevens werkzaam bij particuliere verzekeringsmaatschappijen. Hierbij wordt beoordeeld in hoeverre verzekerden recht hebben op een uitkering op basis van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, bij letselschade na een ongeval op basis van een relevante verzekering of bij de acceptatie van een levensverzekering. Tot slot zijn er verzekeringsartsen werkzaam bij particuliere adviesorganisaties. Zij zijn betrokken bij adviezen over arbeidsongeschiktheid, participatie en allerlei claims in de brede zin van het woord.

1.4.2. Maatschappij en gezondheid

Arts Maatschappij en gezondheid

De Arts Maatschappij en Gezondheid (M+G) is evenals de bedrijfsarts en verzekeringsarts een erkend medisch specialist. De titel arts M+G behaalt een arts na een tweejarige opleiding, die volgt op een tweejarige profielopleiding in één van de deskundigheidsgebieden van Maatschappij en Gezondheid. De opleiding voor de specialisatie arts M+G is profieloverstijgend. Artsen M+G zijn opgeleid in de aanpak van complexe gezondheidsvraagstukken op populatieniveau en in het opstellen van preventief gezondheidsbeleid, management en wetenschappelijk onderzoek. Zij kunnen ongeacht hun profiel overeenkomstige werkzaamheden verrichten en op dezelfde wijze worden ingezet. Hoewel een belangrijk deel van de artsen M+G binnen hun eigen profiel werkzaam blijft, stromen zij ook uit naar andere functies waar hun brede geneeskundige blik meerwaarde heeft voor de publieke gezondheid, bijvoorbeeld als strategisch adviseur bij een organisatie.

De wijze waarop de opleidingsplaatsen voor artsen M+G beschikbaar worden gesteld, verschilt tussen de profielen. Zo is er een verschil tussen de gesubsidieerde plekken en niet-gesubsidieerde plekken. De gesubsidieerde plekken gelden voor JGZ, IZB, TB, MMK, en vertrouwensartsen. Voor de overige opleidingsplaatsen geldt dat die worden ingekocht door de werkgevers.

Het Capaciteitsorgaan adviseert het aantal opleidingsplaatsen voor de opleiding tot arts M+G in deze raming naast profielspecifiek ook integraal aangezien deze opleiding opleidt tot artsen met een regiefunctie in de publieke gezondheid ongeacht het profiel waarin de arts is opgeleid.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

De jeugdarts richt zich op de gezondheid van individuen én groepen jeugdigen in hun omgeving. De nadruk van de medische taken ligt op het bewaken en bevorderen van de gezondheid en het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten. De jeugdarts overziet het brede zorg- en jeugddomein en de leefomgeving van het kind (van prenataal tot 18 (of 23) jaar). In de welzijn-onderwijs-zorg-keten en in de Centra voor Jeugd en Gezin speelt de jeugdarts een centrale rol in de bewaking én bevordering van de gezondheid van de jeugd. In de jeugdgezondheidszorg is samenwerking belangrijk: met ouders en jongeren, andere professionals in de jeugdgezondheidszorg en publieke gezondheid, met lokale jeugdteams, kinderopvang en onderwijs, met huisartsen, eerste en tweedelijnsgezondheidszorg, gehandicaptenzorg en ook met beleidsmakers in organisaties en (lokale) overheid. Jeugdartsen werken onder meer bij GGD'en, Jeugdgezondheidszorgorganisaties, Thuiszorginstellingen, CJG's en GGZ-instellingen.

Infectieziektebestrijding (IZB)

De arts infectieziektebestrijding richt zich op het voorkómen van infectieziekten, maar ook op doelmatige bestrijding van uitbraken van diverse besmettelijke ziekten. Artsen infectieziektebestrijding indiceren en regisseren (grootschalige) interventies in de infectieziektebestrijding. De kerntaken zijn: 1) Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding, 2) Surveillance, 3) Beleidsadvisering, 4) Preventieactiviteiten, 5) Netwerk en regie, 6) Voorbereiding op grootschalige

infectieziekte-uitbraken en 7) Kennis en onderzoek.¹ De arts infectieziektebestrijding heeft een belangrijke netwerkfunctie tussen zowel professionals als publiek en is vaak betrokken bij regionaal en landelijk onderzoek. Doordat er sprake is van besmettelijke aandoeningen heeft het vak een grote maatschappelijke relevantie. Het gaat nooit alleen om een enkele patiënt, maar ook om de gezondheid van de omgeving. Artsen infectieziektebestrijding werken bij GGD'en, bij landelijke instellingen zoals het RIVM en bij onderzoeksinstituten.

Tuberculosebestrijding (TB)

De tuberculosearts houdt spreekuur met patiënten, doet diagnostiek - en behandelt, zowel curatief als preventief. De tuberculosearts heeft, als centrale deskundige bij de tuberculosebestrijding, veel contact met anderen die zich bezighouden met tuberculosebestrijding, zoals longartsen, microbiologen, internisten, kinderartsen in ziekenhuizen, huisartsen of ook bijzondere artsen, zoals - vanwege de patiëntengroep - straatartsen of artsen die in een gevangenis werken. De tuberculosearts doet wetenschappelijk onderzoek en heeft vaak internationale contacten, met name als patiënten tijdens behandeling het land verlaten. Tuberculoseartsen werken voornamelijk bij GGD'en.

Medische milieukunde (MMK)

Een arts MMK kent de relatie tussen milieufactoren in de leefomgeving en de invloed hiervan op de gezondheid. De arts MMK analyseert de risico's van een milieuprobleem, geeft duiding aan wat dit betekent in kader van gevraagde zorg en zorgvraag, en geeft advies daarover aan de betrokkene; dat kan een individu zijn of de overheid. Daarnaast geeft de arts ook (risico)voorlichting. Een arts MMK heeft niet alleen tot taak het bewaken en bevorderen van een gezond leefmilieu, maar adviseert ook over het tegengaan van ongewenste blootstelling aan bedreigende factoren vanuit het algemene milieu. Ook is de arts MMK betrokken bij het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij ongevallen of (dreiging van) rampen. Bij het vrijkomen van gevaarlijke chemische stoffen adviseert de arts MMK over de gezondheidsrisico's en de beleidsconsequenties hiervan in het kader van bevolkingszorg. De arts MMK werkt vaak bij een GGD vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg)-taak medisch milieukundige zorg, maar ook in het brede publieke domein. Milieufactoren en -incidenten creëren immers vaak onrust onder de bevolking.

Donorgeneeskunde

De donorarts richt zich op de medische aspecten van donoren die bloed, weefsels of organen afstaan bij leven of na het overlijden. Deze zorg is zowel curatief, zoals transfusie en transplantatie als preventief, bijvoorbeeld immunisatie tegen hepatitis, tetanus of preventie van anti-Rhesus-D bij zwangere vrouwen. De donorarts controleert of het afgestane lichaamsmateriaal veilig voor de ontvanger is, beoordeelt welke ontvangers het meest geschikt zijn voor het lichaamsmateriaal en maakt beleid over allerlei zaken bij donatie en transplantatie. Preventie van gezondheidsschade die kan ontstaan als gevolg van de donatie gegeven door een vrijwillige, meestal gezonde, donor is een eerste prioriteit van de donorarts. Het gedoneerde lichaamsmateriaal is meestal bedoeld voor de behandeling van patiënten door middel van transfusie en/of transplantatie, maar kan ook gebruikt worden voor

¹ GGD GHOR Nederland (2022) *De kerntaken van de infectieziektebestrijding. Adviesrapport Heroriëntatie deeltaken voor een optimale infectieziektebestrijding.*

preventie bij gezonde personen (bijv. Tetanus of anti-Rhesus-D immunoglobuline). Donorgeneeskunde gaat dus over het algehele beleid, beoordeling en controle over (gezonde) donors die lichaamsmateriaal afstaan voor hun medemens.

Sociaal medische expertise geweld in afhankelijkheidsrelaties (vertrouwensartsen)

Vertrouwensartsen werken in principe bij Veilig Thuis (VT), het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Veilig Thuisorganisaties vallen onder een GGD, direct onder de gemeente of zijn een op zichzelf staande organisatie. De vertrouwensarts adviseert en ondersteunt, zowel intern aan de medewerkers van Veilig Thuis als extern aan (para)medische professionals, ketenpartners en andere betrokkenen. Dat adviseren gaat over juridische aspecten zoals de omgang met het beroepsgeheim en het meldrecht of over sociaal-medisch inhoudelijke zaken, bijvoorbeeld wanneer sprake is van lichamelijke mishandeling. Ook worden (zorg)professionals geactiveerd en geïnformeerd bij signalen of vermoeden van huiselijk geweld, ouderen- en kindermishandeling. De vertrouwensarts onderzoekt en duidt de sociaal medische problematiek en adviseert mede wat nodig is om kindermishandeling/huiselijk geweld te stoppen, veiligheid te borgen en eventueel opgelopen schade te herstellen. Hiertoe voert de vertrouwensarts ook zelf gesprekken met betrokkenen, zowel met cliënten als professionals en doet onderzoek naar de situatie waarin het geweld plaatsvond. De vertrouwensarts wordt betrokken bij acute ernstige of levensbedreigende situatie voor (ongeboren) kinderen of volwassenen, psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek of somatische aandoeningen.

Vrije richting en beleidsarts voor defensie

Binnen het specialisme Maatschappij en gezondheid is het mogelijk om zonder koppeling aan een van de profielen in opleiding te gaan tot arts M+G. Mensen die wel ten behoeve van de publieke gezondheid, de sociale geneeskunde werken maar die niet in een van de profielen passen maken gebruik van deze mogelijkheid; bijvoorbeeld artsen die werken als militair arts, bij een universiteit, het RIVM of een ministerie. Zij volgen een individueel opleidingsplan bij de NSPOH, met het theoretische deel aldaar en de praktijkopleiding in een toepasselijke door de RGS erkende opleidingsinstelling.

Beleid & Indicatie en advies (BAIA)

Tot en met de vorige meting werden de profielartsen Beleid en Advies cq. Indicatie en Advies en de artsen M+G Beleid en Advies cq. Indicatie en Advies apart geraamd. De twee richtingen zijn nu samengevoegd tot het erkende beroepsprofiel Beleid & Advies /Indicatie & Advies (BAIA). Het werk dat zij doen wordt (sociaal) medisch adviseren en indiceren ((S)MA &I) genoemd.

De arts beleid en advies analyseert, adviseert en voert uit. BAIA-artsen ontwerpen plannen en regelingen, toetsten deze aan de wetgeving, financiering en aan de consequenties daarvan voor individuele patiënten en hebben vaak ook een rol in de uitvoering. In de kern gaat het om goede, bereikbare en betaalbare zorg. De BAIA-arts stuurt organisaties, projecten en veranderingsprocessen aan, analyseert krachtenvelden en doet onderzoek naar het functioneren van de gezondheidszorg als systeem. De BAIA-arts werkt onder meer bij zorgverzekeraars, het college voor zorgverzekeringen, GGD'en, het CIZ, in de staf van zorginstellingen, ministeries, de inspectie Gezondheidszorg, defensie en in de OGGZ.

Ook zijn er BAIA-artsen die kijken naar welke (mate van) ondersteuning nodig is om zo zelfstandig mogelijk deel te nemen aan het leven van alledag, zonder dat er te veel zorg of ondersteuning wordt ingezet. De arts onderzoekt de mogelijkheden en beperkingen van de individuele burger en bekijkt op welke vlakken er een probleem in functioneren bestaat. Op grond daarvan wordt binnen de bestaande wet- en regelgeving geadviseerd wat er nodig is. Wanneer er een noodzaak is voor 24-uurs zorg in de nabijheid of voor toezicht wordt daarvoor ook een indicatie gesteld. Een onafhankelijke en toetsbare werkwijze is maatschappelijk relevant, opdat schaarse collectieve middelen rechtvaardig verdeeld worden. De arts indicatie en advies werkt bij het CIZ, bij zelfstandige adviesbureaus of als zelfstandige (ZZP'er) voor gemeenten en soms bij een GGD.

1.4.3. Forensische geneeskunde

Forensische geneeskunde

De forensisch arts werkt op het snijvlak van geneeskunde en strafrecht.² De forensisch arts verricht lijkschouw bij niet-natuurlijk overlijden, stelt letselverklaringen op, doet medische beoordeling of behandeling van personen die op een politiebureau zijn ingesloten, neemt lichaamsmateriaal (bloed, urine, DNA) af bij slachtoffers of verdachten van een misdrijf en stelt expertiserapporten op voor het openbaar ministerie of de rechtbank over het ontstaan van letsel of over de doodsoorzaak van een slachtoffer. De forensisch arts werkt hiervoor samen met gemeenten, politie, justitie, (para-)medische experts en zorgt voor een objectieve medische blik. Vragen voor de forensisch arts zijn onder meer: Welk letsel is er bij een slachtoffer van geweld? Is er sprake van een niet-natuurlijke dood? Kan een arrestant onder invloed een nacht in de politiecel doorbrengen? De forensisch arts dient een groot gemeenschappelijk belang en levert een bijdrage aan het recht, de openbare orde en de publieke gezondheid. De meeste (eerstelijns) forensisch artsen zijn in dienst van een GGD, de FARR en NFI en werken onafhankelijk van politie en justitie, maar worden op indicatie door hen ingeschakeld. In 2023 is in kaart gebracht hoeveel verrichtingen forensisch artsen per jaar uitvoeren. Het grootste aandeel bestond in dat jaar uit de medisch arrestantenzorg (MAZ) en behelsde 43% van het aantal verrichtingen. Daarna volgen forensische medische expertise (14%), bloedafname (11%), lijkschouw (9%) en inspectie bij euthanasie (6%).³

1.5. Opleidingen

Er zijn landelijke actieplannen en campagnes om de extramurale artsenberoepen meer bekendheid te geven en de aantrekkelijkheid ervan te tonen aan zowel geneeskundestudenten als aan basisartsen. Hierdoor stromen vaker jonge artsen in de opleidingen van de sociale geneeskunde in. Belangrijke motivatie is de wens om preventief c.q. collectief als arts aan de slag te gaan, te werken aan gezondheid en/of bij te dragen aan een gezonde leefomgeving in plaats van aan de aanpak van ziekten. Ook speelt de wens voor een goede werk-privé balans een rol. De toename van de werkdruk in de klinische setting en de toenemende aandacht voor persoonlijke regelruimte brengt ook sommige klinisch specialisten ertoe om over te stappen naar extramurale beroepen.

² Het besluit voor het profiel forensische geneeskunde met spreidings- en erkenningseisen is sinds 1 februari 2022 van kracht geworden. Hiermee is de forensische geneeskunde een zelfstandig profiel geworden binnen de sociale geneeskunde en formeel geen onderdeel meer van het specialisme Maatschappij en Gezondheid.

³ Het gaat hierbij om het aantal verrichtingen op die onderwerpen, niet om de hoeveelheid tijd. Voor meer informatie zie [Factsheet eerstelijns forensische geneeskunde in kaart - jaarcijfers 2023](#)

VWS verstrekt opleidingssubsidie voor een groot aantal sociaalgeneeskundige beroepen. Daarentegen worden de opleiding tot BAIA-arts, tot arts M+G vrije richting, donorgeneeskunde M+G en de opleidingen in de hoofdstroom arbeid en gezondheid gefinancierd door de werkgevers. Het niet subsidiëren van deze opleidingen kan een rem betekenen op de instroom doordat er onvoldoende opleidingsbudget vanuit werkgevers beschikbaar is of wordt gesteld.

De taken van de sociaalgeneeskundige beroepen zijn veelal gebaseerd op een wettelijke basis, en zijn daarmee beleidsrijk. De wijze en kwaliteit van uitvoering wordt bepaald door de beroepsgroepen zelf, veelal ondersteund door kwaliteitsmanagementsystemen. RGS en CGS zien toe op het toepassen van de Koers waarbinnen veilig opgeleid kan worden en de kwaliteit van de opleidingen gemonitord en blijvend verbeterd en aangepast wordt aan de hand van maatschappelijke en technische ontwikkelingen.

1.5.1. Erkenning en registratie

Binnen de sociale geneeskunde zijn drie groepen geneeskundig specialisten erkend door het Ministerie van VWS. Zij staan als medisch specialisten geregistreerd in het BIG-register bij RGS. Het gaat om bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen Maatschappij en Gezondheid (M+G). Daarnaast heeft de KNMG/CGS een profielregistratie voor zes sociaalgeneeskundige profielen: – arts beleid en advies/indicatie en advies KNMG (BAIA-artsen KNMG), – donorarts KNMG, – arts infectieziektebestrijding KNMG, – jeugdarts KNMG, – arts medische milieukunde KNMG, – arts tuberculosebestrijding KNMG en – forensisch arts KNMG. De profielregistraties zijn door de KNMG gedeponeerd.

Donorgeneeskunde is een jong profiel, erkend in 2014-2015. In 2016-2017 konden artsen die in de donorgeneeskunde werkten via een nascholingsprogramma de profielregistratie halen, maar zij bleven net als de overige profielartsen binnen de sociale geneeskunde voor RGS geregistreerd als basisarts. In 2023 is de profielopleiding donorgeneeskunde, de eerste fase-opleiding, gesubsidieerd door het ministerie van VWS en is de opleiding gestart met 6 aiossen. In september 2025 start een tweede cohort.

Tot en met de huidige raming hebben de vertrouwensartsen nog geen eigen profielregistratie. Ze worden opgenomen in het beroepsregister van de VVAK, maar blijven gezien worden als basisartsen. Per 2027 zal de tweejarige opleiding wel leiden tot een profielregistratie vertrouwensarts KNMG.⁴ Vanaf september 2021 bestaat de opleiding arts M+G vrije richting vertrouwensarts onder het specialisme M+G. Na afronding van deze vierjarige opleiding tot arts M+G komen de artsen in aanmerking voor een registratie als arts M+G bij het RGS. Sinds de start van deze opleiding komen artsen in opleiding in dienst bij SBOH. In 2020 heeft het Capaciteitsorgaan een eerste richtinggevend advies gepubliceerd voor deze groep.⁵ Ten tijde van de huidige raming loopt het proces van profielaanvraag bij het CGS voor het vakgebied sociaal-medische expertise geweld in afhankelijkheidsrelaties. Dit proces loopt parallel aan het nieuwe LOP arts M+G (zie volgende paragraaf). Zodra deze beide van kracht zijn, zal de opleiding bestaan uit een tweejarig profiel-specifiek deel voor het vakgebied sociaal-medische expertise geweld in afhankelijkheidsrelaties met mogelijkheid tot toegang tot de 2e

⁴ <https://vertrouwensartsen.nl/informatieavond-over-het-nieuwe-cohort-voor-de-opleiding-tot-vertrouwensarts/>

⁵ 2020_11_26-Capaciteitsplan-Vertrouwensartsen-DEF-WEB.pdf

fase. Na het profiel-specifieke deel komen deze vertrouwensartsen in aanmerking voor registratie bij het RGS.

1.5.2. Het LOP Maatschappij en Gezondheid

In het huidige ontwerp Besluit M+G is opgenomen dat de opleiding plaatsvindt in een of meer deskundigheidsgebieden. Profielartsen die momenteel als zodanig in het KNMG-register staan ingeschreven kunnen blijven werken als profielarts met hun huidige profielerkenning.⁶ Ook kunnen zij instromen in de 2-jarige 2e fase opleiding tot arts M+G als zij de titel van arts M+G willen behalen voor het bekleden van een regierol in de publieke gezondheid.

Op 8 april 2020 heeft het CGS ingestemd met het nieuwe landelijke opleidingsplan (LOP) voor de opleiding Maatschappij en Gezondheid.⁷ Dit LOP bepaalt de inhoud van de opleidingen Maatschappij en Gezondheid. De nieuwe opleiding wordt verankerd in het Besluit Maatschappij en Gezondheid (M+G).⁸ Dit besluit is, evenals het Kaderbesluit profielen, als ontwerp vastgesteld en kon in 2021 nog niet definitief afgerond worden, omdat het CGS onder andere in afwachting was van besluitvorming over eventuele financiering van de nieuwe opleiding en van de uitkomsten van onderzoek naar het draagvlak onder werkgevers voor de nieuwe opleiding.⁹ De grootste verandering in de opleiding was dat de acht profielen die de eerste fase vormen van de opleiding M+G komen te vervallen. Het plan was dat er daarvoor in de plaats één alomvattende opleiding tot arts voor Maatschappij en Gezondheid met daarbinnen vijf deskundigheidsgebieden zou komen.¹⁰

- Jeugdgezondheidszorg
- Medische expertise kindermishandeling en huiselijk geweld
- Infectieziektebestrijding, Tuberculosebestrijding en Medische milieukunde
- Medische Advisering
- Donor- en Farmaceutische geneeskunde.

Het Besluit Maatschappij en Gezondheid is aan de minister van VWS voorgelegd, die ingevolge artikel 14, vierde lid, van de Wet BIG formeel moet instemmen met het besluit. De minister van VWS is niet akkoord gegaan met het in 2021 aangeboden LOP met als belangrijkste argument dat VWS en werkgevers het nieuwe LOP qua financiering niet passend kregen. KAMG is opnieuw aan de slag gegaan om met alle belanghebbende partijen, waaronder ook VWS, te komen tot een nieuw voorstel.

Stand van zaken LOP 2025

De planning is dat een breed gedragen nieuw LOP Maatschappij en Gezondheid in december 2025 ter goedkeuring wordt aangeboden aan CGS. Bij uiteindelijke goedkeuring door VWS zal dit nieuwe LOP op zijn vroegst in 2027 in werking treden. De verwachting is dat er in tegenstelling tot het

⁶ Zittende profielartsen zijn niet verplicht alsnog arts M+G te worden.

⁷ Zie: <https://www.kamg.nl/wp-content/uploads/2020/04/LOP-2020-0204CGS.pdf> M+G Geraadpleegd op 27 oktober 2022.

⁸ Zie: Ontwerp Besluit Maatschappij en Gezondheid; Besluit van PM houdende de opleidings- en erkenningseisen voor het geneeskundig specialisme Maatschappij en Gezondheid (CSG, Utrecht 2020)

⁹ Jaarverslag CGS 2021 | KNMG

¹⁰ Dat betekent onder andere dat het CGS de acht profielen op termijn opheft. Uiteindelijk verdwijnen de profielartsen behorende bij het specialisme M+G en zijn er alleen nog artsen M+G. In het Kaderbesluit profielen worden de profielen M+G opgeheven per 1 januari 2051. In de tussentijd worden de profielartsen-registers in 2026 gesloten voor nieuwe inschrijvingen.

voorstel van 2020 geen 4-jarige opleiding zal komen, maar een 2+2-jarige opleiding, omdat het niet wenselijk wordt geacht om alle profielartsen op te leiden tot arts M+G.¹¹

1.6. Leeswijzer

De volgende hoofdstukken gaan nader in op de ontwikkelingen in de aantallen artsen binnen de sociaal-geneeskundige beroepen en de opleidingen. In hoofdstuk 2 staat de huidige arbeidsmarkt centraal met aandacht voor het aantal geregistreerde en werkende specialisten en de on vervulde vraag. Hoofdstuk 3 gaat in op het aanbod aan opgeleide artsen met aandacht voor de instroom en uitstroom uit de verschillende beroepen. Hoofdstuk 4 beschrijft de demografische ontwikkelingen en de sociaal-culturele veranderingen en ontwikkelingen in het werkproces. In hoofdstuk 5 volgen de adviezen voor de opleidingsplaatsen en de overwegingen daarbij.

¹¹ Zie website KAMG [Landelijk Opleidingsplan \(LOP\) - KAMG](#).

2. Huidige arbeidsmarkt

2.1. Geregistreerde specialisten

Methode

Het aantal geregistreerde artsen per 1 januari 2025 wordt bepaald aan de hand van de gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG. In dit register staan de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, forensisch artsen, de profielartsen en de artsen M+G. Bij de laatste groep is tevens aangegeven uit welk profiel ze afkomstig zijn.

Resultaten

Per 1 januari 2025 zijn er 2.620 artsen geregistreerd binnen het vakgebied Arbeid en Gezondheid. Hierbij valt op dat het aantal verzekeringsartsen afneemt in tegenstelling tot het aantal bedrijfsartsen. Binnen Maatschappij en Gezondheid staan er in totaal 685 artsen M+G geregistreerd, waarvan de meesten vallen onder het profiel jeugdgezondheidszorg (49,8 procent). De op een na grootste groep wordt gevormd door de artsen M+G/ IZB (16,5%). Het aantal jeugdartsen KNMG en BAIA-artsen is gedaald. Er zijn 168 geregistreerde forensisch artsen. Tabel 2.1 en figuren 2.1 en 2.2 tonen een overzicht.

Voor Arbeid en Gezondheid neemt het percentage vrouwelijke artsen toe, vooral onder de verzekeringsartsen. De meeste beroepen binnen Maatschappij en Gezondheid kennen al een hoger percentage vrouwen dan mannen en dit is verder versterkt.

Tabel 2.1: Totaal aantal geregistreerde medisch specialisten (Bron: RGS)¹²

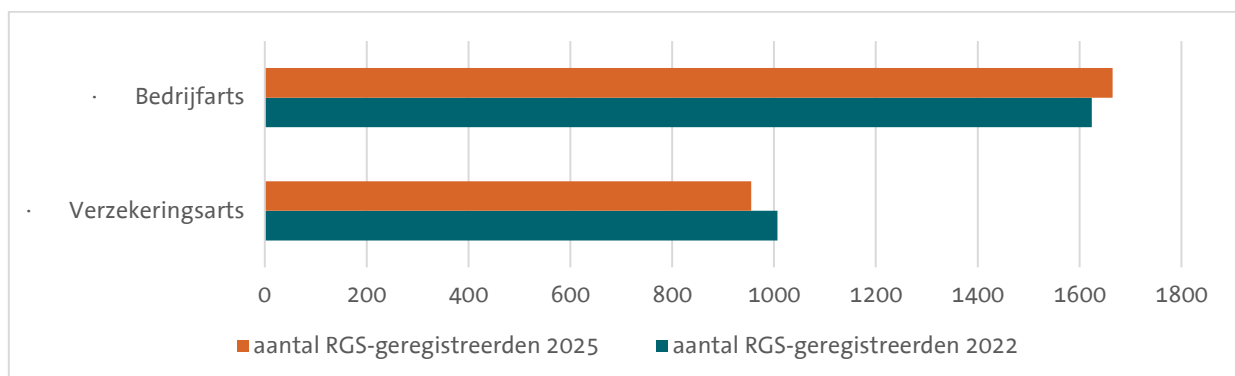
Specialisme/profiel	raming 2022 aantal RGS- geregistreerden	% vrouwen	raming 2025 aantal RGS- geregistreerden	% vrouwen
<i>Arbeid en Gezondheid</i>				
· Bedrijfsarts	1.624	38%	1.665	39%
· Verzekeringsarts	1.007	45%	955	74%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>				
· Arts M+G	664	72%	685	76%
· Jeugdarts KNMG	854	95%	752	94%
· Arts M+G/ JGZ	326	89%	341	91%
· Profielarts IZB	32	81%	67	76%
· Arts M+G/ IZB	118	55%	124	63%
· Profielarts TB	3	67%	3	67%
· Arts M+G/ TB	22	41%	19	83%

¹² De cijfers van het aantal geregistreerden voor Maatschappij en Gezondheid en forensisch artsen in 2022 in deze tabel staan in de raming van 2022 abusievelijk bij het aantal werkzamen. Ze verwijzen echter naar het aantal geregistreerden in het RGS op 1 januari 2022. Er is geen zicht op het aantal werkzamen in 2022. In de volgende paragraaf presenteren we daarom alleen de cijfers voor 2025.

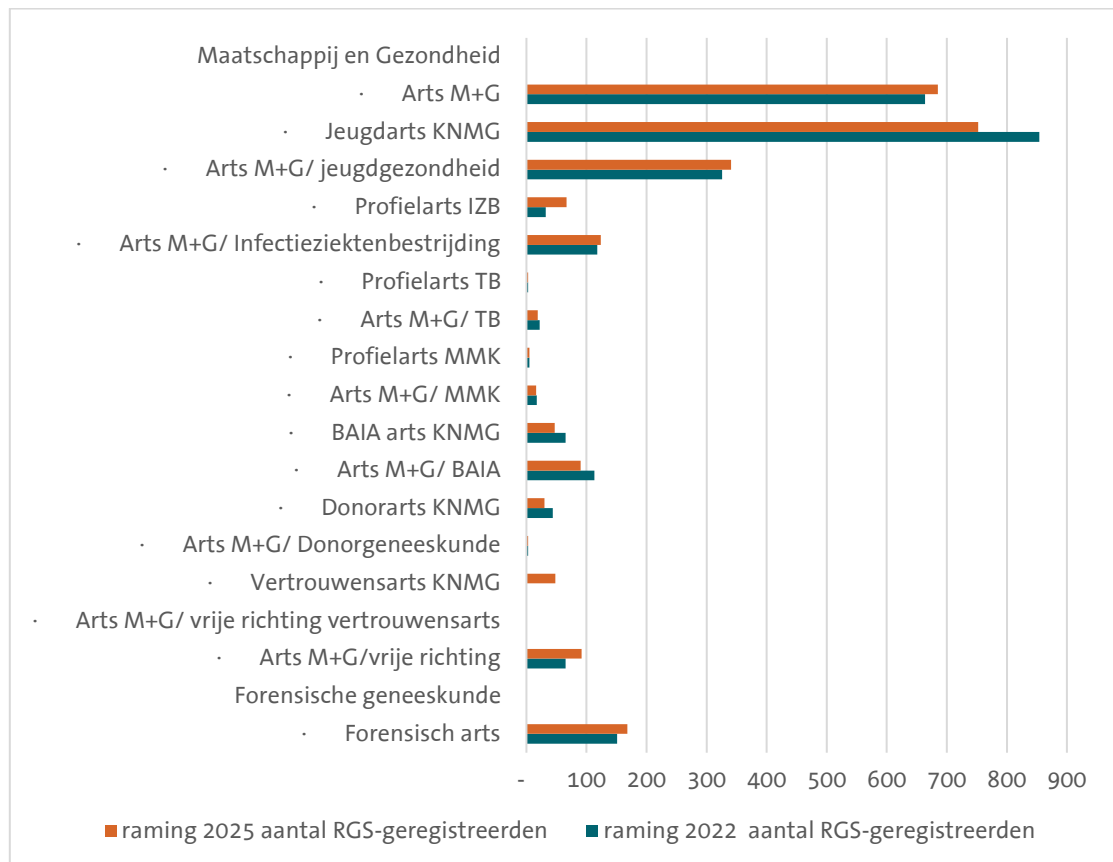
· Profielarts MMK	5	60%	5	100%
· Arts M+G/ MMK	17	65%	16	75%
· Vertrouwensarts VVAK	**	nvt	48	97%
· Arts M+G/ vrije richting ver- trouwensarts	**	nvt	***	98%
· Donorarts KNMG	44	73%	30	80%
· Arts M+G/ Donorgenees- kunde	3	62%	3	100%
· BAIA arts KNMG	65	54%	47	66%
· Arts M+G/ BAIA	113	51%	90	67%
· Arts M+G/vrije richting	65	51%	92	76%
<i>Forensische geneeskunde</i>				
· Forensisch arts	151	39%	168	56%

** nog niet apart geraamd, vielen onder artsen M+G zonder profiel

*** Vertrouwensarts M+G is nog geen erkende registratie, ze vallen tot nu toe onder artsen M+G zonder profiel



Figuur 2.1: Totaal aantal geregistreerde specialisten Arbeid en Gezondheid per 1 januari 2022 en 2025 (Bron: RGS)



Figuur 2.2: Totaal aantal geregistreerde specialisten Maatschappij en Gezondheid per 1 januari 2022 en 2025 (Bron: RGS)

2.2. Werkzame specialisten

Methode

Het huidige aantal werkzamen voor de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en de artsen M+G in totaal is gebaseerd op CBS Statline 84776NED, waarin per medisch specialist het aantal personen wordt aangegeven dat BIG-geregistreerd en werkzaam is als medisch specialist. In het ramingsjaar 2025 zijn alleen de aantallen per 1 januari 2024 bekend.¹³ Om toch het aantal specialisten per 1 januari 2025 te berekenen wordt op basis van de jaren 2020 tot en met 2024 het gemiddeld percentage werkzame specialisten berekend. Dit percentage wordt in combinatie met het huidige aantal geregistreerden per 1 januari 2025 uit de CIBG gebruikt om te komen tot het huidige aantal werkzamen.

Voor de profielartsen KNMG, de onderverdeling van de artsen M+G naar profiel, en de forensisch artsen zijn deze CBS-gegevens niet beschikbaar, aangezien zij niet als specialisme in de CBS-registratie staan. Om toch een beeld te krijgen van het percentage werkenden hebben we verschillende methoden gebruikt. Zo hebben we dit nagevraagd bij de beroepsverenigingen. Zeker de kleinere beroepsgroepen hebben goed zicht op het aantal artsen dat werkzaam is in die beroepen. Dit geldt ook voor de infectieziektebestrijding. Daarnaast hebben we gekeken naar de leeftijdsopbouw van de geregistreerden in het RGS bestand en dat als indicatie gebruikt voor het percentage werkenden. Ook de beroepsgroepenquête heeft input geleverd om het percentage werkzamen te berekenen.

Resultaten

Het gemiddelde percentage werkzamen ligt op 85%. Er is wel wat verschil tussen de beroepsgroepen. Voor de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen kunnen we een vergelijking maken met de raming van 2022.¹⁴ Daarbij zien we dat het aantal werkzamen binnen Arbeid en Gezondheid is afgenomen. In de afgelopen drie jaar is de uitstroom uit het beroep, voornamelijk vanwege pensionering groter geweest dan de instroom van nieuwe artsen.¹⁵ In het volgende hoofdstuk in de paragraaf over uitstroom gaan we hier nader op in.

¹³ CBS peildatum Kerst van jaar X wordt gezien als proxy voor 1 januari van jaar X+1).

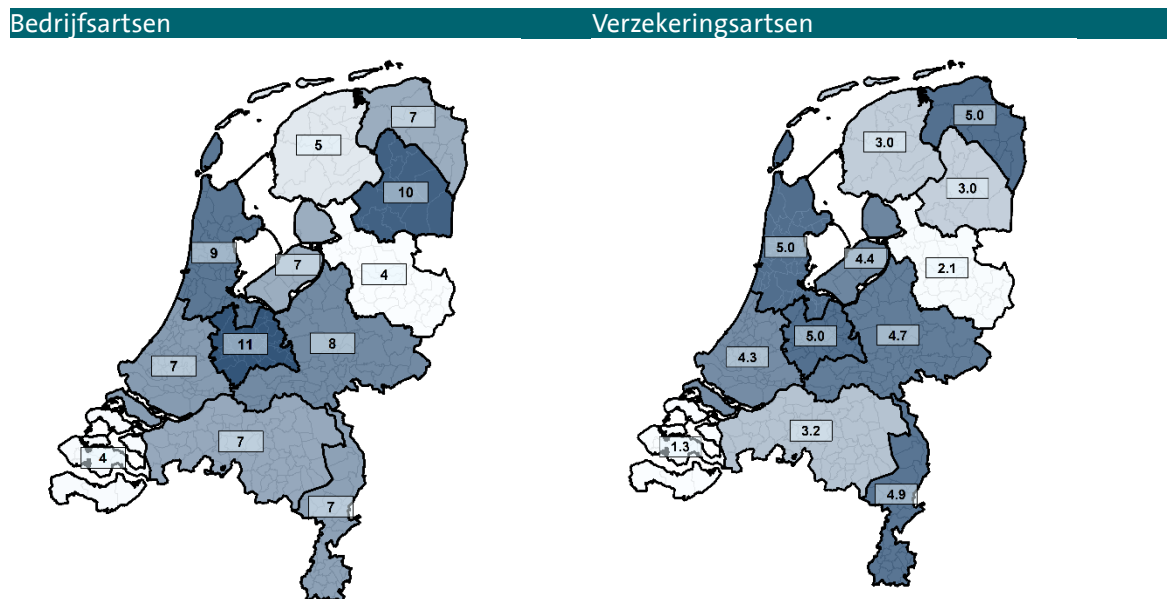
¹⁴ Doordat in de raming van 2022 de cijfers voor het aantal werkzamen in de profielen feitelijk het aantal geregistreerden was, kunnen we geen vergelijking naar het aantal werkzamen maken. Voor de bedrijfsarts en verzekeringsarts kan dit wel. In 2022 waren er 1.510 bedrijfsartsen werkzaam en 880 verzekeringsartsen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de definitie voor werkzamen bij CBS is aangepast. Zie ook noot 14.

¹⁵ Voor een deel hangt dit ook samen met de veranderde definitie van werkzamen in de bestanden van het CBS. Voorheen is door CBS de definitie van 1 euro gebruikt terwijl nu wordt gekeken naar de voornaamste inkomstenbron. Het gaat bijvoorbeeld om artsen die pensioen ontvangen en nog een paar uur in werkzaam zijn. Zij worden volgens de nieuwe definitie aangemerkt als gepensioneerd. Overigens is de impact op de instroomadviezen nihil, omdat eenzelfde definitie van 'werkzaam' wordt gehanteerd voor de huidige groep werkzamen als voor de toekomstige groep werkzamen.

Tabel 2.2 Percentage werkzame medisch specialisten en percentage werkzame vrouwen (Bron: RGS, CBS Statline 84776NED: bewerking Capaciteitsorgaan)

Specialisme/profiel	Aantal RGS geregi- streerden	% werkzamen	N werkzaam	% vrouwen
<i>Arbeid en Gezondheid</i>				
· Bedrijfsarts	1.665	87%	1.450	39%
· Verzekeringsarts	955	81%	770	74%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>				
· Arts M+G	685	85%	585	76%
· Jeugdarts KNMG	752	99%	743	94%
· Arts M+G/ JGZ	341	95%	324	91%
· Profielarts IZB	67	60%	40	76%
· Arts M+G/ IZB	124	90%	112	63%
· Profielarts TB	3	100%	3	67%
· Arts M+G/ TB	19	89%	17	83%
· Profielarts MMK	5	100%	5	100%
· Arts M+G/ MMK	16	100%	16	75%
· Vertrouwensarts VVAK	48	83%	40	97%
· Arts M+G/ vrije richting ver- trouwensarts	**	nvt	7	86%
· Donorarts KNMG	30	100%	30	80%
· Arts M+G/ Donorgenees- kunde	3	100%	3	100%
· BAIA arts KNMG	47	81%	38	66%
· Arts M+G/ BAIA	90	81%	73	67%
· Arts M+G/vrije richting	92	36%	33 *	76%
<i>Forensische geneeskunde</i>				
· Forensisch arts	168	92%	155	56%

*Schatting op basis van totaal aantal geregistreerde en werkzame artsen M+G



Figuur 2.3 1 Regionale verdeling van het aantal werkzame specialisten per 100.000 inwoners (Bron: CBS Statline 84779NED: bewerking door het Capaciteitsorgaan)

Er zijn regionale verschillen voor alle beroepen binnen de sociale geneeskunde wat betreft de beschikbaarheid. De algemene indruk is dat regio's met een UMC makkelijker aan voldoende artsen komen dan andere regio's. Alleen voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen beschikken we over CBS-data om de regionale verdeling over het land te laten zien (zie figuur 2.3). Voor de bedrijfsartsen zijn de tekorten in Zeeland, Friesland en Overijssel groter dan in andere regio's. Voor verzekeringsartsen is er een vergelijkbaar beeld, waarbij de tekorten ook het grootst zijn in Zeeland en Overijssel. Ook de andere beroepsgroepen geven aan dat er grote regionale verschillen zijn. Zo zijn er geen forensisch artsen in Zeeland. Er wordt opgeschaald, waardoor een arts een groter geografisch gebied moet bestrijken. Hierdoor wordt de aanrijtijd wel lang. In het noorden en oosten van het land missen veel Veilig Thuisorganisaties een vertrouwensarts.

2.3. Deeltijdfactor

Methode deeltijdfactor

Voor het berekenen van de deeltijdfactor van de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en de artsen M+G algemeen hebben we gebruikt gemaakt van CBS Statline 84778NED. Voor de andere beroepen is de deeltijdfactor gebaseerd op de uitkomsten van de beroepsgroepenenquête.¹⁶ Voor de forensisch geneeskunde is een groot verschil in deeltijdfactor tussen de 'oudere' artsen en de artsen die sinds kort in het vak werken. De 'oudere' artsen werken vaak in deeltijd als forensisch arts voor de 24-uursdiensten en hebben daarnaast nog een ander specialisme. Om te komen tot de deeltijdfactor is de beroepsgroep gewogen naar leeftijd op basis van de leeftijdsverdeling van de geregistreerde

¹⁶ Beroepsgroepenenquête, uitgezet door het Capaciteitsorgaan onder leden van de beroepsverenigingen van de sociaal geneeskundige beroepen, voorjaar 2025.

forensisch artsen in het RGS. Voor de kleine beroepsgroepen is de uitkomst van de deeltijdfactor gecheckt met de beroepsgroepen. Een fulltime contract is voor vrijwel alle sociaalgeneeskundigen 36 uur.

Resultaat

Het gemiddelde percentage contracturen neemt gestaag toe bij veruit de meeste beroepen. Voor een belangrijk deel komt dit doordat vrouwen vaker meer uren werken dan in eerdere ramingen. Het meest opvallend is de stijging bij de jeugdgezondheidszorg. Voorheen had een deel van de artsen kleine contracten, nu werkt vrijwel iedereen tenminste drie dagen. Een verklaring hiervoor is dat artsen tenminste een dienstverband van 70% aan moeten gaan als ze in opleiding gaan. Na afloop blijven zij een vergelijkbaar aantal uren werken. Ook bij forensisch artsen is de deeltijdfactor sterk toegenomen. Dit wordt voor een belangrijk deel verklaard doordat oudere forensisch artsen vaak ook nog werkzaam zijn in een ander specialisme en de forensische diensten eraan doen. De nieuwe instroom werkt doorgaans sec als forensisch arts voor 86% of meer. Ook het aantal uren dat artsen infectieziektebestrijding werken is toegenomen, mede door het extra werk dat is ontstaan in de coronacrisis.

Tabel 2.3 Gemiddelde deeltijdfactor per medisch specialisme in 2019, 2022 en 2025 (Bron: CBS Statline 84778NED: bewerking Capaciteitsorgaan, werkgeversenquête)¹⁷

	Raming 2019 Totaal	Raming 2022 Totaal	Raming 2025 Totaal	Man	Vrouw
<i>Arbeid en Gezondheid</i>					
· Bedrijfsarts	88%	85%	89%	93%	82%
· Verzekeringsarts	89%	82%	89%	93%	85%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>					
· Arts M+G	82%	83%	87%	98%	84%
· Jeugdarts KNMG	55%	35%	67%	89%	67%
· Arts M+G/ JGZ	54%	71%	78%	89%	78%
· Profielarts IZB	73%	80%	86%	89%	85%
· Arts M+G/ IZB	73%	82%	92%	95%	89%
· Profielarts TB	65%	70%	70%	70%	70%
· Arts M+G/ TB	65%	77%	86%	70%	89%
· Profielarts MMK	85%	81%	89%	89%	89%
· Arts M+G/ MMK	85%	100%	89%	89%	89%
· Vertrouwensarts VVAK	-*	74%	86%	100%	85%
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts	-*	-*	86%	100%	85%
· Donorarts KNMG	50%	86%	82%	95%	79%
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	-*	60%	100%	100%	100%
· BAIA arts KNMG	57%	85%	70%	65%	73%
· Arts M+G/ BAIA	56%	82%	89%	99%	85%

¹⁷ Werkgeversonderzoek 2024. Onderzoek uitgevoerd door Ipsos I&O in opdracht van het Capaciteitsorgaan.

· Arts M+G/vrije richting	82%	83%	87%	98%	84%
<i>Forensische geneeskunde</i>					
· Forensisch arts	41%	60%	73%	49%	91%

*dit beroep werd nog niet apart in kaart gebracht

2.4. Onvervulde vraag

Methode

Het bestaande tekort of overschot aan artsen, ofwel onvervulde vraag, wordt aan de hand van verschillende bronnen ingeschat. De vacaturegraad wordt als uitgangspunt gebruikt. De vacaturegraad baseren we op de werkgeversenquête 2024 van het Capaciteitsorgaan.¹⁸ Per zorginstelling is gevraagd naar het aantal vacatures in fte en het aantal medewerkers in fte per beroepsgroep. Voor het bepalen van de onvervulde vraag, kijken we alleen naar vacatures die langer dan drie maanden openstaan.

De vacaturegraad als indicator van het tekort heeft een aantal beperkingen. Zo zijn niet alle beroepsgroepen even goed vertegenwoordigd in de werkgeversenquête. Ook zetten werkgevers voor sommige beroepen geen vacatures meer uit, omdat ze weten dat er geen kandidaten zijn. We hebben daarom ook gebruikgemaakt van secundaire bronnen. Dit betreft:

- Ervaren tekorten zorgorganisaties: in de werkgeversenquête 2024 van het Capaciteitsorgaan is ook gevraagd hoe zorgorganisaties de huidige personeelsbezetting ervaren: zeer groot tekort, tekort, geen tekort, of overschot.
- Meer dan bij voorgaande ramingen hebben we bij de onvervulde vraag gekeken naar de gewenste functiemix of aanwezigheid van opgeleide artsen per regio, zorgorganisatie of GGD om onderschatting van de vraag naar artsen te voorkomen. Zo zijn er verschillende beroepen waarbij sprake is van de inzet van bijvoorbeeld basisartsen of beleidsmedewerkers, terwijl de gewenste functiemix vraagt om meer profielartsen KNMG en artsen M+G.
- Ervaren tekorten door sociaal geneeskundigen: tijdens de expertbijeenkomsten is gevraagd naar de inschatting van de arbeidsmarktsituatie binnen de deskundigheidsgebieden.
- Trends in online vacatures. Het Capaciteitsorgaan houdt een vacaturedashboard bij.¹⁹ Aan de hand van dit dashboard is een beeld verkregen van trends in de vacatures. Dit geldt vooral voor de grotere beroepsgroepen.

Resultaten

Binnen de drie hoofdstromen sociale geneeskunde is er al lange tijd een tekort aan opgeleide artsen. Als gevolg hiervan worden basisartsen aangenomen, wordt een deel van de taken beperkt uitgevoerd en verschuiven taken naar verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, gedragsdeskundigen, beleidsmakers en andere aanpalende beroepsgroepen. Het tekort aan opgeleide artsen blijkt ook deze raming weer, vrijwel alle beroepsgroepen kennen een onvervulde vraag. Uit de werkgeversenquête blijkt tevens dat veel vacatures voor de verschillende beroepen zeker drie maanden

¹⁸ Werkgeversonderzoek 2024. Onderzoek uitgevoerd door Ipsos I&O in opdracht van het Capaciteitsorgaan.

¹⁹ [Vacaturedashboard 2019-2025 - Capaciteitsorgaan](#)

openstaan.²⁰ Wel is er verschil tussen de beroepsgroepen in de mate van onvervulde vraag ten opzichte van de vorige raming in 2022. Zo is er nog steeds een tekort aan bedrijfsartsen, maar is het tekort licht ingelopen. Ook is de onvervulde vraag voor artsen IZB minder groot. Er zijn in de afgelopen jaren relatief veel IZB-artsen opgeleid. Het tekort aan verzekeringsartsen is daarentegen verder toegenomen, wat leidt tot een hogere onvervulde vraag.

Deze raming schatten we voor het eerst het tekort aan vertrouwensartsen. Er zijn verschillende VT-organisaties die geen vertrouwensarts in dienst hebben. Met name in het noorden en oosten van het land is het erg lastig om vertrouwensartsen te vinden.

Zoals hiervoor aangegeven zijn er verschillende beroepen, waarvoor werkgevers geen vacatures of maar in beperkte mate vacatures openzetten. Ze nemen vaak andere beroepsgroepen aan. Dit geldt bijvoorbeeld voor de BAIA-artsen en de vertrouwensartsen. Hiervoor hebben we een aanname gedaan over de onvervulde vraag. Ondanks dat er weinig nieuwe BAIA-artsen bijkomen zijn er nauwelijks vacatures te vinden voor deze beroepsgroep. Ook in de werkgeversenquête hebben de responderende werkgevers geen vacatures aangegeven. De onvervulde vraag is voor de BAIA-artsen door bovenstaande aspecten lastig te bepalen. Door de sterke afname van het aantal werkzame personen met dit profiel dreigt de beroepsgroep langzaam te verdwijnen, terwijl zij zelf aangeven wel duidelijk meerwaarde te hebben. De onvervulde vraag is daarom bepaald op het behouden van het aantal artsen dat de vorige raming in deze beroepen werkzaam was.

Tabel 2.4 Inschatting van de onvervulde vraag in raming 2022 en raming 2025

	2022	2025
<i>Arbeid en Gezondheid</i>		
· Bedrijfsarts	29%	13%
· Verzekeringsarts	30%	42%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>		
· Arts M+G	-	4%
· Jeugdarts KNMG	43%	*53%
· Arts M+G/ JGZ	43%	*37%
· Profielarts IZB	47%	26%
· Arts M+G/ IZB	43%	26%
· Profielarts TB	24%	0%
· Arts M+G/ TB	0%	6%
· Profielarts MMK	9%	15%
· Arts M+G/ MMK	9%	15%
· Vertrouwensarts VVAK	**41%-67%	***32%-69%
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts	-****	30%

²⁰ Uit de werkgeversenquête is het percentage langdurig openstaande vacatures te achterhalen voor de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, de IZB-artsen, MMK-artsen, Vertrouwensartsen en forensisch artsen. 85% -100% van de vacatures staat langer dan drie maanden open.

· Donorarts KNMG	64%	32%
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	20%	25%
· BAIA arts KNMG	****0%	*****35%
· Arts M+G/ BAIA	0%	*****23%
· Arts M+G/vrije richting	12%	4%
<i>Forensische geneeskunde</i>		
· Forensisch arts	60%	29%

*Onvervulde vraag is gebaseerd op het verschil tussen de huidige verhouding basisartsen/ jeugdartsen KNMG en arts M&G JGZ en de gewenste casemix AJN.

** Eerste percentage uit advies, tweede percentage uit samenvatting, zie [2020_11_26-Capaciteitsplan-Vertrouwensartsen-DEF-WEB.pdf](#)

*** Eerste percentage werkgeversenquête, tweede percentage op basis van alle Veilig Thuisorganisaties een vertrouwensarts.

**** toen nog niet apart geraamd.

***** Bij de vorige raming werd nog gewerkt met een laag, midden en hoog aantal. Voor de arts beleid en advies KNMG was dit in alle drie de gevallen 0%. Bij de arts indicatie en advies KNMG was dit respectievelijk 0%, 418% en 670%. Aangezien de groep artsen beleid en advies KNMG veel groter is, houden we dit percentage op 0%

***** Werkgevers geven aan geen vacatures te hebben. Het aantal artsen neemt echter drastisch af. Percentage waarmee het is afgenomen genomen als onvervulde vraag.

3. Veranderingen in het aanbod van de beroepsgroep

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staan de veranderingen in het aanbod van de beroepsgroep centraal. Het gaat hier zowel om de nieuwe instroom vanuit de opleidingen als de uitstroom doordat artsen het vak verlaten voor of op het moment van hun pensioen. We beginnen met een korte schets van het opleidingslandschap voor sociaal geneeskundigen.

3.2. Overzicht parameterwaarden opleidingen

3.2.1. Toelichting op de opleidingen

Er zijn in Nederland vier opleidingsinstituten die opleidingen bieden voor sociaal geneeskundigen. Het gaat om SGB, NSPOH, TNO en sinds september 2025 het UPHO. Aios volgen hier het theoretisch deel van de opleiding tot sociaal geneeskundige. Arbo-diensten, het UWV, private bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige diensten, het CIZ, Beleid en adviesdiensten, GGD'en, JGZ-organisaties, Veilig Thuis, organisaties voor donatie en transplantatie, het RIVM, FARR en NFI, Universiteiten en andere overheidsinstellingen bieden stageplekken en praktijkopleiders voor het leren in de praktijk.

Wegens de verwachting van een toenemend tekort aan bedrijfsartsen en praktijkopleiders door de vergrijzing heeft de toenmalige minister van SZW in 2023 tijdelijke financiële middelen ter beschikking gesteld om de instroom in de opleiding te vergroten. Dit kreeg vorm in het ZonMw-programma Innovatieve Arbozorg dat zich richt op het verhogen van de kwaliteit en opleiding van bedrijfsartsen en het verbeteren van arbeidsgerelateerde zorg. De centrale aanmelding voor de opleiding en het ontwikkelen van innoverende digitale onderwijsvormen, zoals oefenen met virtual reality vormen onderdeel van dit programma.

Artsen solliciteren voor een gesubsidieerde opleidingsplek Maatschappij en Gezondheid bij Sogea die de selectiegesprekken voert en toegang geeft tot de opleidingen. SBOH is de werkgever voor artsen in opleiding tot specialist (aios) voor de opleidingen binnen Maatschappij en Gezondheid die door VWS gesubsidieerd worden. Dit gaat om de meeste specialismen binnen de hoofdstroom M+G. De opleidingen tot BAIA-arts, arts M+G/Donorgeneeskunde en arts M+G vrije richting worden niet gesubsidieerd door VWS, maar betaald door de werkgever. Ook de opleiding tot bedrijfsarts of verzekeringsarts wordt betaald door de werkgever van de aios. Zij-instromers komen in aanmerking voor een verkorte opleiding als zij overstappen vanuit een ander medisch specialisme waarvoor zij een opleiding hebben gevolgd.

De nominale opleidingsduur voor de opleidingen Bedrijfsgeneeskunde en Verzekeringsgeneeskunde is sinds 1994 4 jaar. Vanaf 2004 is ook de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid verlengd tot 4 jaar. Sedert juni 2006 bestaat de opleiding tot arts M+G uit nominaal 2x2 jaar waarbinnen aios de eerste 2 jaar een profielopleiding volgen (1^e fase). Daarna kunnen ze doorstromen naar de 2^e fase, die opleidt tot arts M+G.

De profielopleidingen M+G zijn vooral gericht op competentieontwikkeling voor het uitvoerend deel van het werk. De profieltitels zijn door de KNMG gedeponereerd. Het betreft de titels: forensisch arts, arts beleid & advies en sociaal medisch indicatie & advies (BAIA-artsen), arts infectieziektebestrijding, arts tuberculosebestrijding, arts medische milieukunde, jeugdarts en donorarts. Sinds 2021 wordt de opleiding tot vertrouwensarts (officieel medische expertise geweld in afhankelijkheidsrelaties) gesubsidieerd in afwachting van erkenning als geneeskundig specialisme door CGS.

Na de profielopleiding kan een arts direct of op een later moment doorstromen naar de 2e fase opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid, of profielarts blijven. De 2e fase opleiding is profieloverstijgend en gericht op beleidsadvisering, innovatie, bestuurlijke advisering, management en wetenschappelijk onderzoek. Na afronden volgt inschrijving in het medisch specialisten register.

Het profiel forensische geneeskunde is per 2022 een zelfstandig profiel binnen de sociale geneeskunde. De opleiding tot forensisch arts duurt 3 jaar, waarna een registratie volgt in het profielregister KNMG. Er is ook een relatief kleine groep van artsen die worden opgeleid in de zogenaamde vrije richting tot arts M+G zonder profiel. Zij zijn vaak werkzaam als vertrouwensarts, als beleidsarts binnen defensie of als ZZP-er.

Bij artsen die gaan werken in de infectieziektebestrijding, in de medische milieukunde en in de tuberculosebestrijding is het gebruikelijk om na de eerste fase door te stromen naar de tweede fase. Bij deze profielen is een registratie als arts M+G nodig, gezien de context van het vakgebied, waarin regelmatig onder meer geadviseerd wordt over bestuurlijke maatregelen. Daarom hangen bij de ramingen voor deze profielen de adviezen voor 1e en 2e fase van de opleiding nauw samen.

3.2.2 Aantal aios in de sociaalgeneeskundige opleidingen

Het aantal artsen in opleiding tot sociaalgeneeskundige is gestegen van bijna 1.000 (per 1-1-2022) naar ruim 1.300 (op 1-1-2025). De grootste groei is te zien bij de bedrijfsartsen en de artsen infectieziektebestrijding. Het aantal artsen in opleiding tot verzekeringsarts en tot BAIA-arts daalt daarentegen. Bij de jeugdgezondheidszorg is het aantal jeugdartsen KNMG in opleiding iets afgenomen, maar er is meer doorstroom naar de opleiding tot arts M+G.

Tabel 3.1 Aantal aios in opleiding voor het betreffende specialisme (Bronnen: RGS, SBOH)

Specialisme	Raming 2022 Peildatum 1-1-2022	Raming 2025 Peildatum 1-1-2025
	Aantal aios	Aantal aios
<i>Arbeid en Gezondheid</i>		
· Bedrijfsarts	352	471
· Verzekeringsarts	228	208
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>		
· Arts M+G	145	174
· Jeugdarts KNMG	159	150
· Arts M+G/ JGZ	95	109
· Profielarts IZB	48	62
· Arts M+G/ IZB	17	35
· Profielarts TB	1	2
· Arts M+G/ TB	2	2
· Profielarts MMK	5	6
· Arts M+G/ MMK	3	4
· Vertrouwensarts VVAK	-	13
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts	-	6
· Donorarts KNMG	0	4
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	?	-
· BAIA arts KNMG	9	5
· Arts M+G/ BAIA	?	3
· Arts M+G/vrije richting	12	15
<i>Forensische geneeskunde</i>		
· Forensisch arts	19	37
Totaal	950	1132

1-1-2022 Man/vrouw verhouding bedrijfsgen. 43%:57%/verzekeringsgeneeskunde 28%:72%

1-1-2025 Man/vrouw verhouding bedrijfsgen. 42%:58%/verzekeringsgeneeskunde 26%:74%

1-1-2022 Man/vrouw verhouding 1e fase opleiding M+G 11,9%: 88,1%; 2e fase opleiding M+G 11,7%: 88,3%

1-1-2025 Man/vrouw verhouding 1e fase opleiding M+G 11,1%: 88,9%; 2e fase opleiding M+G 8,5%: 91,5%

Tabel 3.2 laat de instroom per jaar zien. Hier valt op dat de aios bedrijfsgeneeskunde met name de laatste twee jaar een sterke groei laten zien. Ook in 2025 startte er een grote groep aios van ruim 160 personen.²¹ De lopende campagnes 'De andere dokter', 'Next Level Dokter' en het actieprogramma 'Meer extramurale artsen' trekken mogelijk meer artsen richting de sociale geneeskunde.²² Aios geven aan dat verschil in salariering met andere artsenberoepen (zowel klinische als een aantal niet-klinische) van invloed blijft op de keuze van basisartsen en het blijven werken in loondienst of in het vakgebied. Detachering voor een aantal uur/dagdelen per week naar een werkgever elders

²¹ Bronnen SGBO en NSPOH, november 2025

²² Zie bijvoorbeeld: [Heb jij het lef?](#), Zie voor: Actieplannen: meer extramurale artsen [Extramurale artsen | KNMG](#).

(bijv. voor forensisch geneeskundige taken of naar GGD GHOR NL en opleidingsinstituten) wordt steeds gebruikelijker.

De stijging in het aantal aios geldt niet voor alle deskundigheidsgebieden, zo schommelt de instroom voor de opleiding tot verzekeringsarts. In 2025 is er daarentegen een grote instroom geweest van ruim 70 artsen voor deze opleiding.²³ De opleiding tot jeugdarts KNMG laat in 2025 ook een stijging zien naar 68 artsen die de opleiding starten. Het aantal jeugdartsen KNMG dat in 2025 startte met de 2e fase tot arts M+G was daarentegen aanmerkelijk lager dan de voorgaande jaren (11 aios).²⁴ Met de aantallen instroom in de opleidingen in 2025 is bij deze raming niet gerekend. Het aantal artsen dat opgaat voor het specialisme van M+G laat een piek zien in 2022. In dat jaar zijn relatief veel jeugdartsen de M+G-opleiding gaan doen. Zij konden dat jaar nog in dienst blijven bij hun werkgever. Vanaf 2023 komen de aios tijdens hun opleiding in dienst van de SBOH.

Tabel 3.2 Aantal aios dat per jaar instroomt in de opleiding gedurende de afgelopen 5 jaar. Peildatum is steeds 31 dec van elk jaar (bronnen: RGS, SBOH, Sogea, SGBO, NSPOH)

Specialisme	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Arbeid en Gezondheid</i>					
· Bedrijfsarts	125	103	109	139	136
· Verzekeringsarts	62	65	58	54	57
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>					
· Arts M+G	53	56	73	51	53
· Jeugdarts KNMG	45	61	51	53	49
· Arts M+G/ JGZ	45	43	57	23	22
· Profielarts IZB	18	22	23	27	21
· Arts M+G/ IZB	9	10	11	16	19
· Profielarts TB	2	0	0	2	1
· Arts M+G/ TB	1	0	1	1	0
· Profielarts MMK	2	2	3	2	3
· Arts M+G/ MMK	1	3	0	2	2
· Vertrouwensarts VVAK	0	9	0	9	9
· Arts M+G/vrije richting vertrouwensarts	0	0	0	2	5
· Donorarts KNMG	-	-	-	7	-
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	0	1	0	2	1
· BAIA arts KNMG	3	4	4	6	2
· Arts M+G/ BAIA	4	0	2	5	5
· Arts M+G/vrije richting	0	0	5	6	4

²³ Bronnen SGBO en NSPOH, november 2025

²⁴ Bron: SBOH, november 2025.

<i>Forensische geneeskunde</i>					
· Forensisch arts	11	9	14	13	17

3.2.3 Duur van de opleiding neemt toe

In tabel 3.3 is de nominale en werkelijke duur van de opleidingen opgenomen. Het eerste dat opvalt is dat vrijwel voor alle opleidingen de gemiddelde duur is toegenomen. Dit komt ook naar voren uit interviews met experts. Het betreft vooral onderbrekingen wegens zwangerschap en ziekte. De aios, zowel mannen als vrouwen, volgen parttime de opleiding. Doorgaans gaat het om 32 uur. Voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen is het verschil in opleidingsduur tussen de ramingen kleiner dan het verschil bij de opleidingen Maatschappij en Gezondheid.

Het veld maakt zich zorgen over toenemende onderbrekingen door ziekte onder aios. Uit de cijfers van SBOH blijkt dat in 2024 het verzuim onder aios die een eerste fase opleiding volgen binnen Maatschappij en Gezondheid hoger is dan het gemiddelde voor alle opleidingen waarvoor SBOH werkgever is, namelijk 6,2% tegenover 4,5%.²⁵

Tabel 3.3 Nominale duur en werkelijke duur van de opleiding per specialisme (BRON RGS, SBOH)

<i>Specialisme</i>	Nominale op- leidingsuur	Raming 2019	Raming 2022	Raming 2025
<i>Arbeid en Gezondheid</i>				
· Bedrijfsarts	4,0	4,50	4,40	4,50
· Verzekeringsarts	4,0	4,30	4,05	4,10
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>				
· Arts M+G	2,0	2,40	*	2,90
· Jeugdarts KNMG	2,0	2,80	2,87	2,70
· Arts M+G/ JGZ	2,0	*	2,80	3,00
· Profielarts IZB	2,0	2,10	2,19	2,50
· Arts M+G/ IZB	2,0	*	2,34	2,40
· Profielarts TB	2,0	1,90	2,25	2,40
· Arts M+G/ TB	2,0	*	2,25	2,40
· Profielarts MMK	2,0	2,30	2,25	2,70
· Arts M+G/ MMK	2,0	*	2,25	2,90
· Vertrouwensarts VVAK	2,0	***3,00	****	2,80
· Arts M+G/ vrije richting vertrou- wensarts	2,0	*	****	3,00
· Donorarts KNMG	2,0	2,00	2,00	2,80
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	2,0	*	2,00	2,80
· BAIA arts KNMG	2,0	**2,38	**2,32	2,40
· Arts M+G/ BAIA	2,0	*	2,25	2,35
· Arts M+G/vrije richting	2,0	3,80	3,04	*****3,00

²⁵ [jaarbeeld-sboh-cijfers-aios-2024.pdf](#)

Forensische geneeskunde				
· Forensisch arts	3.0	2.00	3.00	3.00

*In de betreffende raming niet als aparte groep geraamd.

**Bij vorige raming werden artsen indicatie en beleid en advies apart genoemd. Hier is het gemiddelde van beiden genomen.

***Uit capaciteitsplan 2021-2024 specifiek voor vertrouwensartsen

****Vertrouwensartsen zijn in de vorige raming geschaard onder de artsen vrije richting.

*****Schatting

3.3. Intern rendement opleidingen

Methode

Het intern rendement, ofwel het opleidingsrendement, is het percentage aios van een instroomcohort dat de opleiding afrondt. Het intern rendement wordt op basis van dezelfde recordbestanden berekend als de opleidingsduur. Het intern rendement van de aios nu in opleiding verschilt van de aios die nog in opleiding gaan, omdat een deel van de uitval plaatsvindt in het eerste jaar van de opleiding. Voor de aios die nu in opleiding zijn, wordt er in de berekening ervanuit gegaan dat het uiteindelijk intern rendement gelijk zal zijn aan het intern rendement van een nog startende aios.

Resultaten

Het intern rendement onder alle sociaal geneeskundigen blijft in de ramingen van 2019, 2022 en 2025 ongeveer gelijk en ligt ruim boven de 90%. Wel zijn er met name bij de opleidingen met een beperkt aantal aios grote schommelingen mogelijk door het effect van één uitvaller. Hoewel een groot deel van de uitval tijdens de opleiding te maken heeft met persoonlijke omstandigheden, komt ook uit het onderzoek onder basisartsen⁴ naar voren dat uitval tijdens de sociaal geneeskundige vervolgopleiding onder andere te maken heeft met of een startende aios voldoende beeld heeft of krijgt van de werkzaamheden van een sociaal geneeskundige.

Het werkelijke intern rendement onder alle sociaal geneeskundigen fluctueert in de afgelopen vijftien jaar, maar ligt boven de 90 procent. Uitzonderingen daarop zijn de donorartsen en vertrouwensartsen in opleiding. Hoewel er bij individuele sociaalgeneeskundige vakgebieden meer fluctuatie is en bij de specialismen met een klein aantal opleidingsplaatsen mogelijk een keuze uit weinig sollicitanten tot meer uitval tijdens de opleiding kan leiden, zijn deze vermoedens te onzeker om het intern rendement daarop aan te passen. Bij de donorartsen en vertrouwensartsen in opleiding is een relatief laag percentage intern rendement. Uit de expertgesprekken blijkt een grote motivatie onder de huidige aios, mogelijk is het toekomstig rendement hoger.

Tabel 3.4 Intern rendement in de raming 2019, 2022 en 2025 (bron: RGS, bewerking Capaciteitsorgaan)

Specialisme	Intern rendement (%)		
	Raming 2019	Raming 2022	Raming 2025
<i>Arbeid en Gezondheid</i>			
· Bedrijfsarts	96,1%	94%	92%
· Verzekeringsarts	91,5%	92%	91%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>			
· Arts M+G	*95,4%	**94%	92%
· Jeugdarts KNMG	94,0%	95%	96%
· Arts M+G/ JGZ	95,4%	94%	95%
· Profielarts IZB	85,7%	86%	87%
· Arts M+G/ IZB	95,4%	95%	93%
· Profielarts TB	91,8%	73%	*****100%
· Arts M+G/ TB	95,4%	95%	*****100%
· Profielarts MMK	91,8%	73%	92%
· Arts M+G/ MMK	95,4%	95%	*****100%
· Vertrouwensarts VVAK	****	****	72%
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts	****	*****93%	93%
· Donorarts KNMG	95,4%	94%	71%
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	95,4%	94%	*****100%
· BAIA arts KNMG	***88,7%	***81%	*****100%
· Arts M+G/ BAIA	95,4%	95%	89%
· Arts M+G/vrije richting	*95,4%	93%	92%
<i>Forensische geneeskunde</i>			
· Forensisch arts	91,8%	73%	85%

*In 2019 is voor alle artsen M+G eenzelfde intern rendement genomen

**Gemiddelde van artsen M+G vrije richting en de artsen M+G per profiel

***Gemiddelde van de artsen beleid en indicatie & advies

****In vorige raming niet meegenomen

*****Percentage van artsen vrije richting genomen

*****Het historisch rendement is 100%. Omdat het aantal artsen in opleiding heel klein is, kan het toekomstige rendementspercentage met het uitvallen van 1 persoon al snel veel lager zijn.

3.4. Extern rendement opleidingen

Methode

Het extern rendement is het percentage artsen dat na afronding van de opleiding nog werkzaam is als sociaal geneeskundige. Dit rendement wordt geschat op 1, 5, 10 en 15 jaar na afstudeerdatum.

Voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen en de artsen M+G totaal is gebruik gemaakt van CBS-microdata. Hierbij wordt gekeken naar de uitstroom van artsen tot en met 39 jaar uit deze beroepen. Voor de artsen M+G werkt deze methode maar in beperkte mate, omdat de groep jonge artsen relatief klein is. Het 1-jaars extern rendement kent relatief grote fluctuaties en is daarom onvolledig robuust. Daarom is dit berekend als een vijfde van het 5-jaars extern rendement.

Voor de profielartsen en de artsen M+G per deskundigheidsgebied zijn deze cijfers niet beschikbaar. Voor deze groepen is gebruik gemaakt van de beroepsgroepenenquête. In het geval de groep te klein was om een robuuste schatting te maken, is uitgegaan van het extern rendement voor de totale groep M+G. Het extern rendement van de profielartsen IZB, TB en MMK is op andere wijze berekend. Deze groep artsen stroomt in principe binnen vijf jaar door naar de M+G-opleiding. Op basis van de gesprekken met deskundigen hebben we kunnen verifiëren dat dit ook inderdaad het geval is.

Resultaten

Een jaar na afstuderen zijn de sociaal geneeskundigen vrijwel allemaal nog werkzaam. Dit percentage daalt na 5 jaar naar 80-90%. Na tien jaar naar 75-85% en na vijftien jaar naar gemiddeld iets minder dan 75%. Uitzondering hierop zijn de profielartsen IZB, TB en MMK, omdat zij in principe al doorstromen naar de 2e fase. De jeugdartsen, vertrouwensartsen en BAIA-artsen KNMG stromen voor een deel door naar de 2e fase. Omdat het aantal artsen die de sociaal geneeskundige opleidingen voor hun 39e jaar afronden vrij klein is, vallen bij uitval van enkele personen percentages snel lager uit.

Tabel 3.5 Extern rendement van de opleiding over 1, 5, 10 en 15 jaar naar geslacht (Bronnen: CBS – Microdata projectnr 9071 voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen M+G als hele groep; overigen: beroepsgroepenenquête Capaciteitsorgaan en expertmeetings)

Specialisme	1 jaar		5 jaar		10 jaar		15 jaar	
	M	V	M	V	M	V	M	V
<i>Arbeid en Gezondheid</i>								
· Bedrijfsarts	99%	99%	92%	97%	92%	97%	87%	95%
· Verzekeringsarts	98%	98%	91%	91%	81%	810%	77%	77%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>								
· Arts M+G	97%	97%	93%	93%	86%	86%	79%	79%
· Jeugdarts KNMG	96%	96%	80%	80%	72%	72%	63%	63%
· Arts M+G/ JGZ	96%	96%	93%	93%	87%	87%	80%	80%
· Profielarts IZB	96%	96%	10%	10%	0%	0%	0%	0%
· Arts M+G/ IZB	96%	96%	90%	90%	82%	82%	74%	74%
· Profielarts TB	96%	96%	5%	5%	0%	0%	0%	0%
· Arts M+G/ TB	100%	100%	100%	100%	75%	75%	75%	75%
· Profielarts MMK	96%	96%	5%	5%	0%	0%	0%	0%
· Arts M+G/ MMK	100%	100%	80%	80%	80%	80%	72%	72%
· Vertrouwensarts VVAK***	100%	100%	97%	97%	83%	83%	69%	69%
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts***	100%	100%	93%	93%	86%	86%	79%	79%
· Donorarts KNMG	97%	97%	83%	83%	69%	69%	45%	45%
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	100%	100%	100%	100%	75%	75%	75%	75%

· BAIA arts KNMG	100%	80%	77%	70%	45%	70%	41%	50%
· Arts M+G/ BAIA	100%	100%	93%	93%	86%	86%	79%	79%
· Arts M+G/vrije richting	100%	100%	93%	93%	86%	86%	79%	79%
<i>Forensische geneeskunde</i>								
· Forensisch arts	97%	97%	91%	91%	70%	70%	45%	45%

3.5. Uitstroom werkzaam

Methode

Voor de berekening van de uitstroomcijfers voor de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en de artsen M+G als totale groep wordt gebruikgemaakt van de microdata-omgeving van het CBS. Hierin worden per specialisme en per geslachts- en vijfjaarsleeftijdcohort de uitstroomkansen bepaald. Voor de uitstroomkansen na 5 jaar is een gemiddelde genomen over de startjaren 2013 tot en met 2018. Om zoveel mogelijk recente gegevens te benutten en omdat CBS geen historische gegevens van 20 jaar geleden heeft, zijn de uitstroomkansen na 20 jaar bepaald door combinaties van 10-jaarsuitstroomkansen van verschillende geslachts- en leeftijdscohorten. Zo zijn de 20-jaarsuitstroomkansen van mannen van 20–25 jaar samengesteld uit de 10-jaarsuitstroomkansen van mannen van 20–25 jaar en de 10-jaarsuitstroomkansen van mannen van 30–35 jaar. De 15-jaars uitstroomkansen naar leeftijd en geslacht zijn bepaald via interpolatie uit de 10- en 20-jaarsuitstroomkansen. De verwachte uitstroom na 5, 10, 15 en 20 jaar is vervolgens berekend door de uitstroomkansen te wegen naar de geslachts- en leeftijdsopbouw van het aantal werkenden in het beroep in het meest recente jaar (CBS-verslagjaar 2023).

Voor de forensisch artsen, profielartsen KNMG en M+G artsen naar deskundigheidsgebied zijn deze cijfers niet beschikbaar. Voor deze beroepsgroepen is de 5-, 10-, 15- en 20-jaars uitstroom berekend op basis van de huidige leeftijdsverdeling van alle geregistreerde specialisten en de uitkomsten van de beroepsgroepenquête, waarin onder meer is gevraagd hoelang mensen verwachten te blijven werken in het beroep.

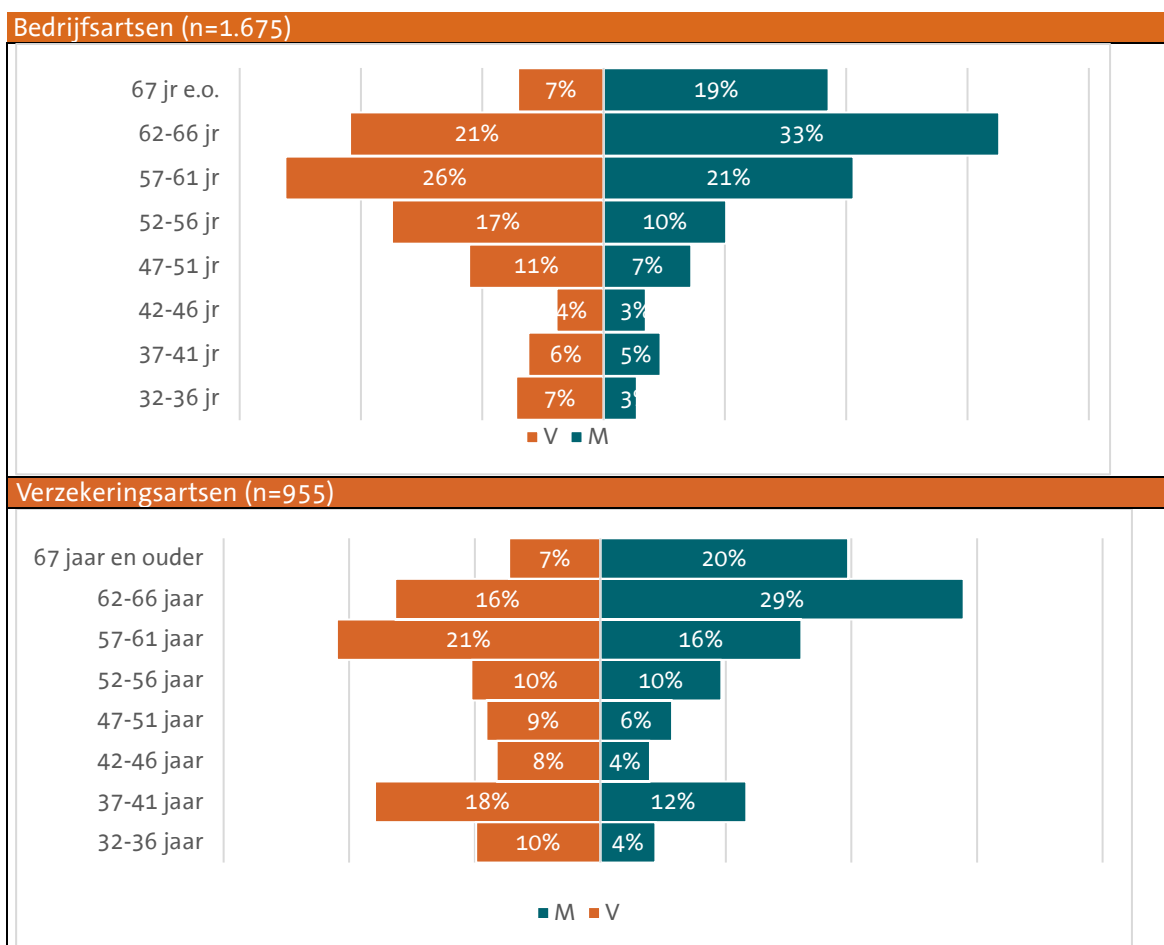
Uitstroom kan te maken hebben met pensionering, maar ook met uitstroom naar bijvoorbeeld een ander specialisme of de overstap naar een functie waarbij een BIG-registratie niet nodig is. Dit beeld wordt bevestigd in de beroepsgroepenquête, waaruit blijkt dat een deel van de artsen verwacht vóór de AOW-leeftijd te stoppen met het uitoefenen van het beroep, een ander deel geeft juist aan door te willen werken na de pensioenleeftijd.

Resultaten

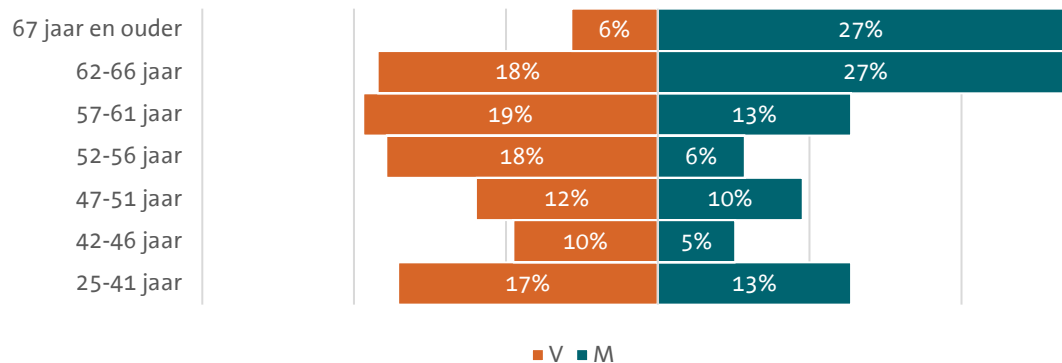
Veel van de beroepen binnen de sociale geneeskunde worden gekenmerkt door een relatief oudere beroepsbevolking. Vooral bij de mannen is een meerderheid ouder dan 55 jaar. Deze leeftijd ligt mede zo hoog door zij-instromers in het vak. Bij vrouwen is vaker sprake van jongere instroom. Voor de deskundigheidsgebieden waar de aantallen groot genoeg zijn – per leeftijdscategorie ten minste 5 – is dit hieronder grafisch weergegeven. Het gaat hierbij om de bedrijfsartsen en

verzekeringsartsen, de artsen M+G als totale groep, jeugdartsen KNMG en artsen M+G/JGZ, artsen M+G/ IZB, artsen M+G/ BAIA en de forensisch artsen. De overige beroepsgroepen zijn te klein om op deze wijze weer te geven. Voor de BAIA-artsen zijn de jongere leeftijdscategorieën samengevoegd. Voor de jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ JGZ zijn de mannen en vrouwen samengevoegd, vanwege het beperkte aantal mannen.

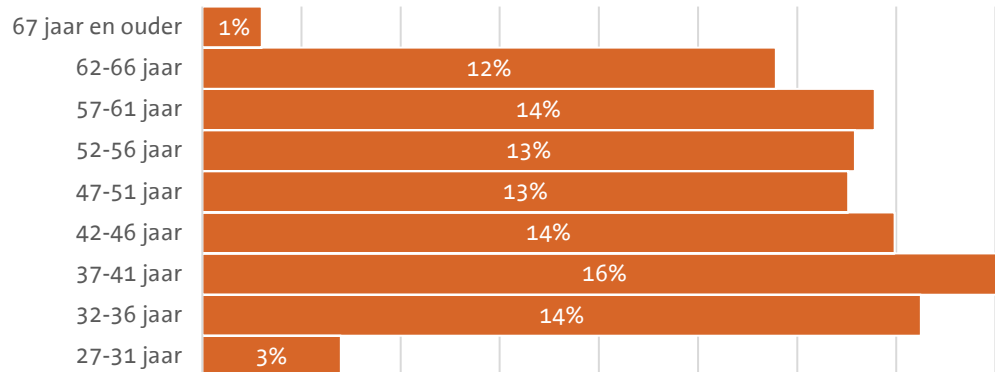
De figuren hebben betrekking op het aantal BIG-geregistreerden op 1-1-2025.



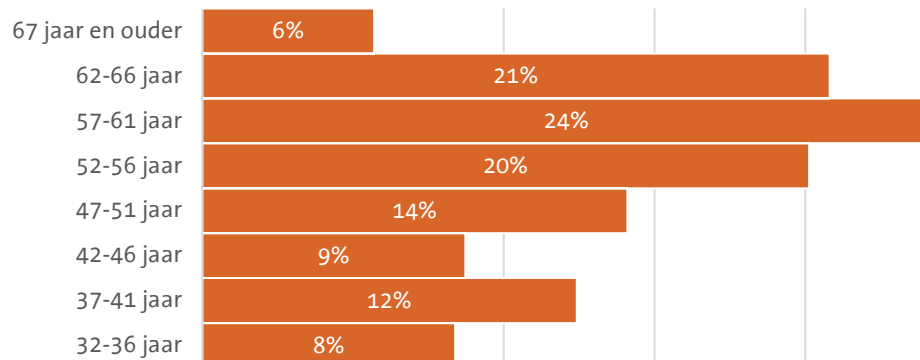
Artsen Maatschappij en Gezondheid (n=685)

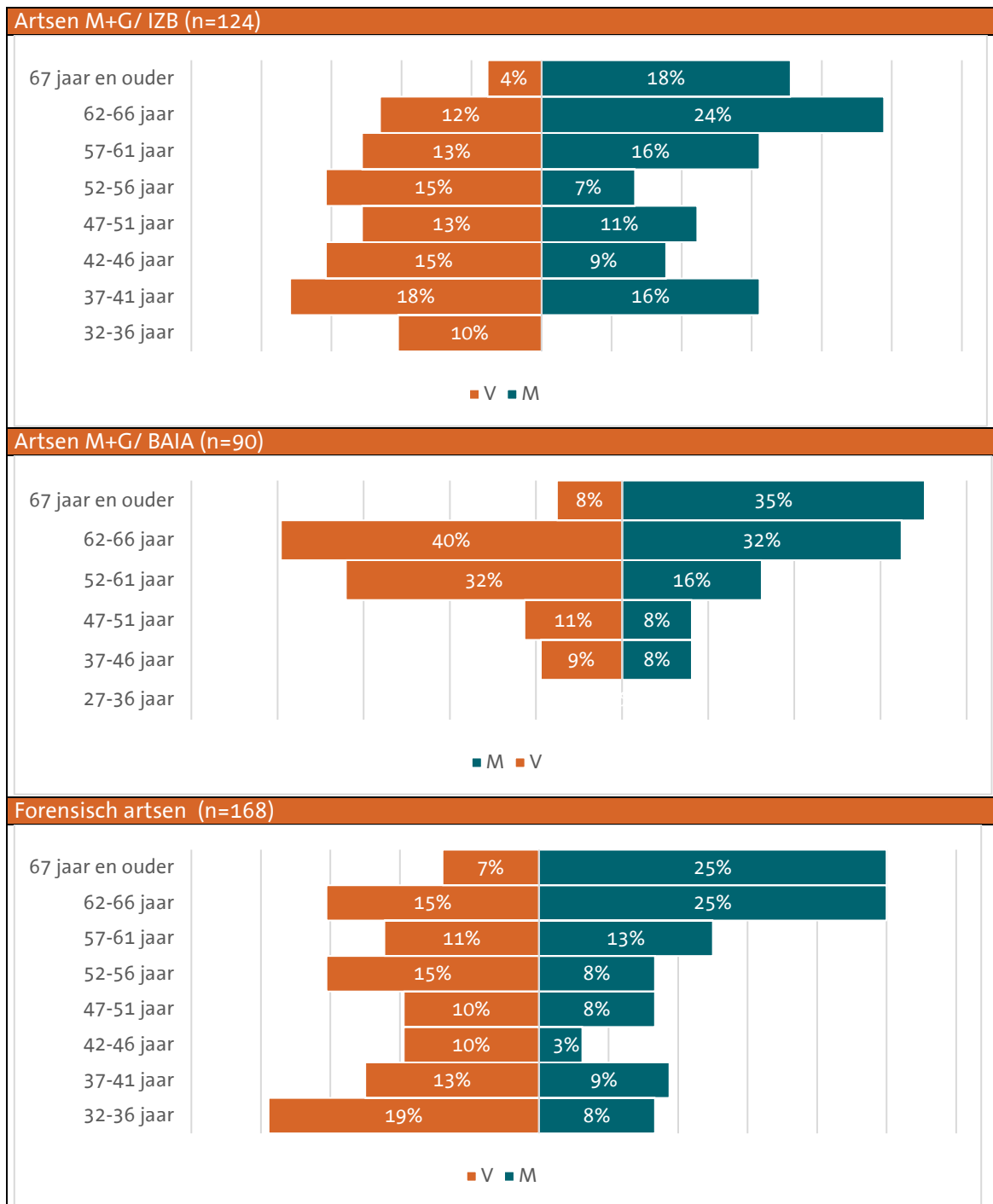


Jeugdartsen KNMG (n=752, mannen en vrouwen samen, vanwege gering aantal mannen)



Arts M+G/ JGZ (n=342, mannen en vrouwen samen, vanwege beperkte aantal mannen)





Figuur 3.1 leeftijdsverdeling geregistreerde artsen Sociale geneeskunde in procenten (bron: RGS)

Naar verwachting gaan er de komende vijf jaar relatief veel bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, artsen M+G en ook forensisch artsen met pensioen. De leeftijdscategorie 62 jaar en ouder is bij deze beroepsgroepen verreweg het grootst, vooral bij de mannen. Om voldoende jonge artsen op te kunnen leiden

blijven er een aantal artsen na hun pensioengerechtigde leeftijd nog werkzaam. Dit komt vooral voor bij bedrijfsartsen en artsen M+G.

Aangezien de beroepsgroepen artsen M+G/ MMK en TB erg klein zijn en de gemiddelde leeftijd onder hen hoog, is hier de komende 5 jaar sprake van een grote uitstroom. De vervangingsvraag bepaalt hier voor een groot deel het aantal benodigde opleidingsplaatsen. Ditzelfde geldt voor de donorartsen KNMG en vertrouwensartsen KNMG in de komende 10 jaar. Het percentage BAIA-artsen dat uitstroomt de komende 5-10 jaar is vooral zo groot doordat er jarenlang geen artsen zijn opgeleid voor het deskundigheidsgebied. Zij stromen voornamelijk wegens pensionering uit.

Tabel 3.6 Uitstroom van de huidige groep werkzamen – mannen en vrouwen (Bron: CBS - Microdata onder projectnr 9071: bewerking Capaciteitsorgaan voor bedrijfs- en verzekeringsartsen en artsen M+G. Bron: RGS voor profielartsen KNMG en de artsen M+G per deskundigheidsgebied).

Specialisme	Geslacht	Raming 2022 (%)				Raming 2025 (%)			
		5 jaar	10 jaar	15 jaar	20 jaar	5 jaar	10 jaar	15 jaar	20 jaar
Arbeid en Gezondheid									
· Bedrijfsarts	Mannen	39%	78%	87%	96%	46%	69%	80%	92%
	Vrouwen	33%	66%	80%	94%	32%	56%	70%	87%
· Verzekeringsarts	Mannen	38%	76%	84%	93%	38%	49%	59%	86%
	Vrouwen	33%	66%	80%	94%	29%	50%	61%	77%
Maatschappij en Gezondheid									
· Arts M+G	Mannen	*	*	*	*	44%	86%	92%	98%
	Vrouwen	*	*	*	*	29%	58%	72%	89%
· Jeugdarts KNMG	Mannen	48%	76%	86%	100%	11%	30%	41%	51%
	Vrouwen	29%	57%	76%	89%	13%	27%	41%	56%
· Arts M+G/ JGZ	Mannen	21%	46%	63%	67%	23%	36%	47%	57%
	Vrouwen	24%	41%	58%	73%	20%	43%	62%	76%
· Profielarts IZB	Mannen	99%	99%	99%	99%	90%	100%	100%	100%
	Vrouwen	99%	99%	99%	99%	90%	100%	100%	100%
· Arts M+G/ IZB	Mannen	20%	60%	60%	60%	30%	51%	61%	75%
	Vrouwen	23%	54%	69%	69%	14%	28%	45%	60%
· Profielarts TB****	Totaal	67%	72%	100%	100%	99%	99%	99%	99%
· Arts M+G/ TB****	Totaal	67%	72%	100%	100%	66%	66%	100%	100%
· Profielarts MMK****	Totaal	34%	34%	71%	84%	99%	100%	100%	100%
· Arts M+G/ MMK	Mannen	34%	34%	71%	84%	42%	42%	73%	73%
	Vrouwen	34%	34%	71%	84%	20%	47%	57%	75%
· Vertrouwensarts VVAK	Mannen	75%***	75%***	75%***	100***	0	0	100%	100%
	Vrouwen	47%***	70%***	85%***	98***	35%	57%	79%	81%
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts	Mannen	*	*	*	*	44%	86%	92%	98%

	Vrouwen	*	*	*	*	29%	58%	72%	89%
· Donorarts KNMG	Mannen	47%	55%	86%	89%	48%	82%	93%	93%
	Vrouwen	47%	55%	86%	89%	28%	42%	61%	80%
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde****	Totaal	47%	55%	86%	89%	66%	66%	100%	100%
· BAIA arts KNMG**	Mannen	63%	83%	94%	94%	31%	62%	69%	87%
	Vrouwen	63%	83%	94%	94%	12%	27%	45%	50%
· Arts M+G/ BAIA**	Mannen	63%	88%	97%	97%	40%	66%	77%	89%
	Vrouwen	63%	88%	97%	97%	54%	71%	75%	88%
· Arts M+G/vrije richting	Totaal	58%	75%	90%	93%	44%	86%	92%	98%
Forensische geneeskunde									
· Forensisch arts	Mannen	36%	53%	78%	85%	50%	63%	70%	73%
	Vrouwen	36%	53%	78%	85%	22%	33%	48%	58%

*In 2022 niet berekend

**2022 Ongewogen gemiddelde van artsen beleid en indicatie & advies

***Uit capaciteitsplan 2021-2024 voor de 47 werkzame vertrouwensartsen VVAK

**** Vanwege het beperkte aantal artsen en de eenzijdige samenstelling naar geslacht van deze beroepsgroepen geven we alleen het totaal

3.6. Overige ontwikkelingen aanbod

De werkdruk onder zorgpersoneel ligt in Nederland onder andere door tekorten erg hoog. Voor sociaal geneeskundigen is dat de belangrijkste reden voor een grote werkdruk. Dit kan resulteren in uitval en uitstroom uit het medisch vak en remt de professionalisering en doorontwikkeling van de sociaal geneeskundige deskundigheidsgebieden. NFU lanceerde daarom in 2024 Actieplannen voor meer extramurale artsen, die nu uitgerold worden.²⁶ Ook zijn er initiatieven vanuit de sociale geneeskunde zoals 'Next Level Dokter' en 'De andere dokter.'²⁷ Deze initiatieven leiden mogelijk tot een blijvend hoger animo voor de opleidingen tot sociaal geneeskundigen. Vooralsnog is dit vooral te zien bij de opleidingen tot bedrijfsarts en arts medische milieukunde. De toename in 2025 bij de opleiding tot verzekeringsarts is hier mogelijk ook een gevolg van. Er is toenemende aandacht voor preventie in de samenleving en dat brengt de sociale geneeskunde onder basisartsen meer in beeld.

Daarnaast vraagt de complexiteit van de samenleving veel van de inwoners en kloppen steeds meer mensen met vragen en psychische en lichamelijke klachten aan in de preventieve sector en de eerste lijn. Veelal gaat het bij hen om sociaal maatschappelijke problemen. De toenemende zorgvraag stelt de samenleving op de proef. Daarbij spelen zorgen om het klimaat en de leefbaarheid, oorlogsdreiging en het uitvallen van cruciale voorzieningen zoals elektriciteit, internet en watervoorziening.²⁸ Bij uitstek zijn dit vraagstukken waar artsen Arbeid en Gezondheid en artsen Maatschappij en Gezondheid organisaties en overheden kunnen adviseren en begeleiden. Dit zet het vak van sociaal geneeskundigen op de kaart en maakt het werk aantrekkelijk en uitdagend. Erkenning, academisering

²⁶ Actieplannen Meer Extramurale artsen. Een werkgroep van de NFU en KNMG met deelnemers uit alle verschillende beroeps- en werkgeversorganisaties, academische werkgroepen en geneeskundigen in opleiding hebben acht prioritaire aandachtsgebieden geformuleerd om de belangstelling voor de extramurale werkgebieden te vergroten.

²⁷ [Heb jij het lef?](#) en [De andere dokter](#) | OVAL

²⁸ [Nederlandse zorgen anders dan zorgen rest van de wereld - Ipsos I&O Publiek](#)

en professionalisering van een aantal sociaalgeneeskundige beroepen en hun opleidingen, zoals die tot arts M+G, vertrouwensarts, donorarts en forensisch arts kunnen leiden tot meer animo onder basisartsen om te kiezen voor deze vakgebieden.

3.7. Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de ontwikkelingen die het aanbod van sociaal geneeskundigen bepalen voor de toekomst. Vooral de uitstroom door pensionering bepaalt de komende jaren de behoefte aan voldoende instroom in de opleidingen sociale geneeskunde. Over het algemeen genomen is er een toename van het aantal aios sociale geneeskunde, maar deze is nog niet voldoende om aan de huidige vraag en komende vervangings- en uitbreidingsvraag te voldoen. Actieplannen, campagnes vanuit de beroepsgroepen en de aandacht voor preventie lijken de animo voor de sociaalgeneeskundige beroepen te doen toenemen. Ook de wens voor meer regelruimte onder artsen werkt ten gunste van de sociale geneeskunde. Een groeiende groep artsen ervaren de sociale geneeskunde als een aantrekkelijke sector, maar het blijft voor werkgevers een uitdaging om bij hoge werkdruk de artsen te behouden voor het werk.

4. Veranderingen in de vraag naar beroepsgroep

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staan de ontwikkelingen die effect hebben op de zorgvraag centraal. We kijken daarvoor eerst naar de demografische ontwikkelingen en vervolgens naar andere niet-demografische factoren, zoals onder meer epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

4.2. Demografische ontwikkelingen

De omvang en samenstelling van de bevolking zijn factoren die bepalen of de vraag naar sociaal geneeskundigen toeneemt in de toekomst. Bij een toename van de bevolking is de verwachting dat de zorgvraag groter zal zijn, omdat er meer mensen zijn die zorg gebruiken. De waarden voor demografie worden bepaald op basis van de bevolkingsprognoses van het CBS voor de komende 20 jaar. Deze prognoses worden voor de verschillende beroepsgroepen gebruikt om de percentuele verandering in de vraag naar zorg door demografische veranderingen te berekenen. De verschillende beroepsgroepen hebben ieder een iets andere doelgroep. In tabel 4.1 staat een overzicht. Er is hierbij geen verschil tussen de profielartsen en artsen M+G.

Tabel 4.1: Leeftijdsafbakening sociaalgeneeskundige specialismen voor ontwikkeling demografie

Sociaalgeneeskundig specialisme/profiel	Demografische groepen
<i>Arbeid en Gezondheid</i>	
Bedrijfsgeneeskunde	16-jarigen tot 67-jarigen (tot en met 2039)/68-jarigen (vanaf 2040)
Verzekeringsgeneeskunde	16-jarigen tot 67-jarigen (tot en met 2039)/68-jarigen (vanaf 2040)
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>	
Jeugdgezondheidszorg	0 tot 18-jarigen
Infectieziektebestrijding	Gehele bevolking
Tuberculosebestrijding	Gehele bevolking
Medische milieukunde	Gehele bevolking
Vertrouwensartsen	Gehele bevolking onderverdeeld in leeftijdsklassen en naar rato van gebruik ²⁹
Donorgeneeskunde	Gehele bevolking
Beleid en advies/ Indicatie en Advies	Gehele bevolking/ 18-jarigen en ouder
M+G/vrije richting	Gehele bevolking (Uitzondering militaire beleidsartsen)
Forensische geneeskunde	Gehele bevolking

²⁹ Op basis van de samenstelling van leeftijdsopbouw van cliënten van Veilig Thuis in de afgelopen jaren hebben we de demografie bepaald. Deze verdeling over de casussen is (0-20 jaar 88%, 20-65 jaar 5%, 65 jaar en ouder 7%).

De prognose van het CBS laat een lichte toename van de totale bevolking zien, waarbij het aantal 0-18-jarigen minder snel stijgt ten opzichte van de totale bevolking. Dit komt vooral door vergrijzing en in iets mindere mate door immigratie. Via de factor demografie wordt zo ook rekening gehouden met vergrijzing.

Voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen kijken we naar de mensen in de beroepsbevolking van 16 jaar tot de pensioenleeftijd. Deze pensioenleeftijd gaat langzaam omhoog, maar iets minder snel dan bij de vorige meting werd aangenomen. We hanteren voor deze meting tot 2039 de grens van 67 jaar en vanaf 2040 de grens van 68 jaar. De jeugdgezondheidszorg heeft betrekking op de jeugd tot 18 jaar. De twee richtingen die onder de artsen BAIA vallen hebben een iets andere doelgroep. Beleid en Advies heeft betrekking op de gehele bevolking, terwijl artsen Advies en Indicatie met een volwassen doelgroep te maken hebben. In de berekening van de demografische verandering hebben we hiermee rekening gehouden. Bij de berekening van de demografie voor de vertrouwensarts is gekeken naar de leeftijdsopbouw van de cliënten. In tabel 4.2 staat een overzicht met de voorspelde demografische veranderingen voor de komende 20 jaar.

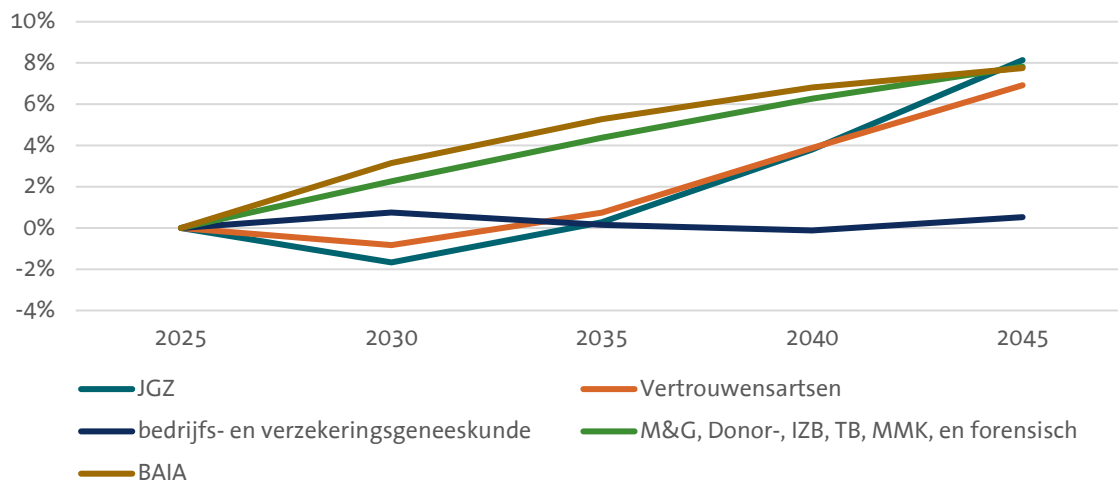
Tabel 4.2: Demografische verandering voor beroepsgroepen komende 5, 10, 15 en 20 jaar vanaf 2025 (%):

Vakgebied	5 jaar	10 jaar	15 jaar	20 jaar
	2030	2035	2040	2045
<i>Arbeid en Gezondheid</i>				
Bedrijfsgeneeskunde	0,75%	0,16%	-0,12%	0,52%
Verzekeringsgeneeskunde	0,75%	0,16%	-0,12%	0,52%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>				
Beleid en advies/ Indicatie en Advies	3,15%	5,28%	6,81%	7,75%
Donorgeneeskunde	2,27%	4,37%	6,27%	7,82%
Jeugdgezondheidszorg	-1,67%	0,28%	3,80%	8,14%
Infectieziektebestrijding	2,27%	4,37%	6,27%	7,82%
Tuberculosebestrijding	2,27%	4,37%	6,27%	7,82%
Medische milieukunde	2,27%	4,37%	6,27%	7,82%
Vertrouwensartsen	-0,83%	0,74%	3,87%	6,92%
M+G/vrije richting	2,27%	4,37%	6,27%	7,82%
Forensische geneeskunde	2,27%	4,37%	6,27%	7,82%

Bron: CBS-prognose bevolking, CBS Aard van het geweld bij meldingen, bewerking Capaciteitsorgaan

Voor vrijwel alle beroepsgroepen is in alle perioden sprake van een lichte toename. Deze toename is voor de gehele bevolking lager dan bij de vorige prognose. De bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde laten na 15 jaar een hele lichte afname van de doelgroep zien, door de relatieve grote uitstroom van 'babyboomers.' Doordat we daarna uitgaan van een pensioenleeftijd van 68 jaar, is er na 20 jaar weer sprake van een lichte toename. Voor de jeugdgezondheidszorg en de vertrouwensartsen wordt

op korte termijn een lichte krimp voorzien, daarna neemt het aantal jongeren weer iets toe. In figuur 4.1 staat dit grafisch weergegeven.



Figuur 2 4.1 Demografische ontwikkelingen voor de verschillende vakgebieden binnen de sociale geneeskunde, (Bron: CBS Statline: bewerking door het Capaciteitsorgaan)

4.3. Niet-demografische ontwikkelingen

De eventuele toe- of afname van de zorgvraag wordt mede bepaald door de zogenoemde niet-demografische ontwikkelingen. Het gaat hierbij om enerzijds epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen en anderzijds om ontwikkelingen die te maken hebben met het werkproces, zoals vakinhoud, innovaties, efficiency en taakverschuiving. Hieronder volgt een korte toelichting op deze begrippen.

Epidemiologie

Epidemiologie betreft de eventuele toename of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep als gevolg van het voorkomen en de verspreiding van ziekten en aandoeningen onder de bevolking.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-cultureel betreft de eventuele toename of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep als gevolg van veranderingen in omgang met en verwachtingen ten aanzien van ziekten en gebruik van zorg in de bevolking. Hieronder vallen ook veranderingen in het beleid rond de organisatie van de zorg.

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Vakinhoudelijk betreft de eventuele toename of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep als gevolg van veranderingen in de vaktechnische en wetenschappelijke aspecten van het vakgebied van sociaaldeskundigen.

Efficiency

Efficiency betreft de eventuele toename of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep als gevolg van veranderingen die gericht zijn op meer efficiency van de werkprocessen. Hierbij is deze raming nadrukkelijk gekeken naar ontwikkelingen op het gebied van de inzet van AI.

Taakverschuiving, horizontaal en verticaal

Taakverschuiving betreft de eventuele toename of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep als gevolg van verschuiving van werk naar andere dan de beroepsgroep. Dat kan tussen vergelijkbaar opgeleide beroepsgroepen (horizontale verschuiving) of lager of hoger opgeleide beroepsgroepen (verticale verschuiving).

Arbeidstijdsverandering

Het gaat hierbij om veranderingen in de formele werktijd. Voor zover bekend zijn hierin geen wijzigingen voor de onderzochte beroepen in de afgelopen periode. Deze wordt dan ook verder niet meegenomen.

Methode

De input voor de niet-demografische veranderingen is in verschillende stappen verzameld. We hebben daarbij gebruik gemaakt van de volgende methoden:

1. Veldgesprekken met de veldpartijen voor de verschillende beroepsgroepen. Hierbij is gereflecteerd op de vorige raming en vooruitgekeken naar mogelijke ontwikkelingen in het vakgebied zelf en relevante maatschappelijke ontwikkelingen.
2. Gedurende de hele ramingsperiode is relevante literatuur verzameld en geanalyseerd op mogelijke ontwikkelingen en de impact daarvan. Het gaat hierbij onder meer om wetenschappelijke literatuur, visiedocumenten door werkgevers en beroepsgroepen, bredere zorgontwikkelingen.
3. Bezoek aan relevantie congressen en studiedagen.
4. In de werkgeversenquête en beroepsgroepenenquête was ruimte voor de respondenten om relevante ontwikkelingen aan te geven.
5. De verzamelde informatie is door het Capaciteitsorgaan geanalyseerd en vervolgens voorgelegd aan expertgroepen. Deze expertgroepen waren thematisch georganiseerd, deelnemers waren zowel de beroepsgroep, opleiders en werkgevers. Zij kregen voorafgaand aan de onlinebijeenkomsten een korte vragenlijst toegestuurd. Op basis van alle input is er gediscussieerd over de impact van de verschillende ontwikkelingen. Leidt de ontwikkeling tot meer of minder vraag naar de beroepsgroep en hoe waarschijnlijk is het dat het ook daadwerkelijk gaat plaatsvinden. Er zijn tien expertmeetings gehouden. In bijlage 2 staat een overzicht.
6. Op basis van alle input is een verslag gemaakt van de verschillende ontwikkelingen en de impact voor de niet-demografische ontwikkelingen. Deze teksten zijn besproken met het veld en de kamer.

Resultaat

De ontwikkelingen in het vakgebied en de maatschappij zijn vaak niet één op één toe te wijzen aan de onderscheidde begrippen. Voor de sociale geneeskunde is het bijvoorbeeld lastig om onderscheid te maken tussen epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkelingen. Komen bijvoorbeeld bepaalde

problemen vaker voor bij kinderen of is de drempel lager om hiervoor aandacht te vragen bij de JGZ. Ook bij veranderingen in het werkproces hangen de verschillende ontwikkelingen samen. Voor deze raming werken we daarom met één parameter: niet-demografische ontwikkelingen. Bij het achterhalen van deze parameter is echter wel steeds aandacht geweest voor de achterliggende onderwerpen. In de beschrijving van de verschillende beroepsgroepen besteden we aandacht aan de meest relevante ontwikkelingen. In tabel 4.3 geven we het totaal voor deze parameter. Met kleurtjes geven we weer wat de invloed van de verschillende ontwikkelingen is. Hoe donkerder de kleur hoe sterker de invloed.

4.3.1. Bedrijfsartsen

Geraadpleegde deskundigen verwachten dat epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen waarschijnlijk tot meer vraag leiden. Zo ervaren meer werknemers psychosociale druk en arbeidsbelasting. Dit geldt zowel voor jonge als oudere werknemers. Generatie-Z verzuimt meer en langer dan de generaties daarvoor. Over de hele linie is sprake van een toename van psychische klachten³⁰. Daarnaast lopen oudere werknemers meer risico op verzuim doordat ze langer doorwerken³¹. Zij hebben vaak complexere problemen die niet door POB'ers (praktijkondersteuner bedrijfsarts) en verpleegkundigen kunnen worden opgepakt. Om langdurig zieke werknemers waar nodig in te laten stromen in de WIA kost dat veel tijd vanwege de gevraagde onderbouwing die daarvoor nodig is. Dit vraagt om meer en een andere inzet van de bedrijfsarts.

De beroepsvereniging NVAB heeft medio 2024, om de toenemende vraag en daarmee het toenemende tekort aan bedrijfsartsen het hoofd te bieden, na uitvoerig beraad met de achterban een nieuwe koers uitgezet.³² Deze koers verlegt de focus naar meer preventie en sociale geneeskunde gericht op een veilig en gezond werkklimaat en –omgeving en duurzame inzetbaarheid. Naast individuele begeleiding wil de bedrijfsarts zich meer richten op het populatie- en groepsniveau door middel van bijvoorbeeld organisatieadvies. De uitdaging van het omgaan met een krimpende beroepsbevolking is daarbij een vraagstuk van betekenis. Bedrijfsartsen verwachten dat deze verandering een proces is dat tijd vraagt en niet op korte termijn van kracht zal zijn. Een afname van de vraag naar bedrijfsartsen is hier dan ook nog niet van te verwachten. Ook de huidige wetgeving belemmert deze ontwikkeling nog enigszins, omdat verzuimbegleiding niet overgedragen kan worden aan andere professionals. De opleiding is er tevens nog onvoldoende op ingericht.

Wel is er sprake van verdere professionalisering en taakdelegatie. De samenwerking tussen bedrijfsarts en taakgedeelegeerden, zoals de POB, verpleegkundig specialist en physician assistent wordt steeds beter en efficiënter. Bedrijfsartsen houden hierdoor steeds minder eigen spreekuren en kunnen zich meer inzetten in een superviserende rol. Dit heeft wel als risico dat de bedrijfsartsen minder zicht hebben op wat er speelt en dat zij het werk minder aantrekkelijk gaan vinden en uitstromen.

³⁰ [Ziekteverzuim | Naar oorzaak | Volksgezondheid en Zorg](#)

³¹ [Ziekteverzuim volgens werknemers; arbeidsomstandigheden | CBS](#)

³² [NVAB Koersdocument 2805.pdf](#)

De landelijke toename van psychische problematiek onder de bevolking leidt tot meer verwijzingen naar gz-psychologen. De lange wachttijden voor psychologische behandeling verhogen de verzuimduur en het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid.

Door oplopende wachttijden in de zorg en tekorten bij het UWV komt er meer vraag richting de bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen.

*Er is nog veel onzeker over de ontwikkelingen rond de bedrijfsartsen en de inzet voor het UWV. De inschatting is dat bovenstaande ontwikkelingen leiden een kleine toename van de vraag naar bedrijfsartsen van **0,8**.*

4.3.2. Verzekeringsartsen

De wachttijden bij het UWV lopen op en de zorgvraag neemt toe door onder andere de complexiteit van de samenleving die zich vooral vertaalt in een toename van WIA-aanvragen onder lagere SES-beroepsgroepen, immigranten en ook de jongere generatie. Ook de verschuiving van de pensioenleeftijd en het gemiddeld ouder worden van beroepsbevolking (demografie) draagt daaraan bij.³³ Demografische trend zal in de periode 2030-2040 keren als de gemiddelde leeftijd van de beroepsbevolking weer daalt.

ZZP-ers kunnen zich verzekeren bij het UWV tegen arbeidsongeschiktheid. Deze groep van 11-13% binnen de beroepsbevolking is relatief nieuw als zorgvrager bij het UWV. Daarnaast vraagt de toename van het aantal beoordelingen voor de Wajong om extra inzet.

De verwachting is dat de koers die de bedrijfsartsen inzetten richting meer focus op sociale geneeskunde en preventie zich op den duur vertaalt naar vermindering van het langdurig zieken en dus minder werk voor de verzekeringsartsen. Met de reeds ingezette verandering van werkwijze met sociaal medische centra, waar de verzekeringsartsen met ondersteuning van sociaal medisch verpleegkundigen en medische secretaresses werken en een rol hebben in duale aansturing van het team wordt getracht op een efficiënte wijze de productiviteit te vergroten ten aanzien van langdurig ziekgemelde werknemers. Ook de vereenvoudigde WIA-aanvraag beoordelingen voor mensen van boven de 60 jaar, waarbij de arbeidsdeskundigen een grote rol hebben, draagt bij aan een verlichting van de werkdruk.³⁴

*De inschatting is dat bovenstaande ontwikkelingen leiden tot een kleine toename van de vraag naar verzekeringsartsen van **0,15%**.*

4.3.3. Artsen Maatschappij en Gezondheid

De vraag naar artsen Maatschappij en Gezondheid neemt licht toe. Preventie staat hoog op de politieke agenda. Er is daardoor meer aandacht voor preventie voor de totale bevolking om zorgkosten te beperken. De klimaatverandering vraagt om planetary health. De complexiteit van de maatschappij leidt tot leef- en lijdensdruk en meer zorgbehoefte, waarbij artsen M+G op populatieniveau –

³³ [WIA-instroom 2018–2024 geduid](#)

³⁴ [60 plus regeling van UWV voor de WIA | UWV](#)

landelijke, gemeentelijk en op wijkniveau - een belangrijke rol in de preventie kunnen spelen. Het aantal aioto-plekken en functies binnen universiteiten nemen langzaamaan toe. Ook is een toename te zien in nieuwe functies in landelijke en overheidsorganisaties. Hierbij is soms nog wel een vraag hoe een arts M+G de registratie kan behouden. De uitbreiding van de krijgsmacht vraagt op termijn mogelijk ook om extra artsen M+G.

Het veld geeft aan dat er enorme kansen zijn voor artsen M+G, bijvoorbeeld bij GALA en AZWA, maar de vraag ligt nog niet direct bij artsen M+G. Organisaties denken niet automatisch aan artsen M+G. Werkgevers vragen in plaats daarvan vaak beleidsmedewerkers en missen daarbij de sociaal medische expertise. Beleidsmedewerkers weten deze artsen M+G steeds makkelijker te vinden.

*Vanwege de nog beperkte opdrachten is de inschatting dat bovenstaande ontwikkelingen ondanks de vele mogelijkheden leiden tot een kleine toename van de vraag naar artsen M+G van **0,65%**.*

4.3.4. Jeugdarts KNMG en Arts M+G/ JGZ

Een van de gevolgen van het chronisch tekort aan jeugdartsen is dat zowel basisartsen, jeugdartsen KNMG en artsen M+G veel basistaken en spreekkamerwerk doen, terwijl artsen M+G opgeleid zijn voor een regiefunctie public health. Er is nog weinig taakdifferentiatie tussen de verschillend opgeleide jeugdartsen doorgevoerd. Daarnaast voeren ook jeugdverpleegkundigen en eventueel ook VS'en het JGZ-sprekkamerwerk uit. Hierbij zijn verschillen tussen de regio's. In Friesland, Limburg, de kop van Noord-Holland en Zeeland zijn de tekorten groter dan in andere regio's.

In de vorige raming werd ervanuit gegaan dat een veel groter aantal jeugdartsen dan voorheen zou doorstromen naar de tweede fase, vanwege een grotere belangstelling bij aios en het idee dat alle jeugdartsen opgeleid moeten worden tot arts M+G met een regiefunctie voor public health. In de praktijk blijkt het beschikbare werk voor dit grotere aantal artsen M+G/ JGZ beperkt. Werkgevers zetten artsen M+G beperkt in op taken buiten de spreekkamer. Dit leidt tot het inzicht dat er behoefte is aan een passende functiemix van basisartsen, jeugdartsen KNMG en artsen M+G voor een duurzame inzet in het vakgebied. AJN Jeugdartsen Nederland heeft zich in november 2025 hierover uitgesproken en gaat uit van een casemix van 15% basisartsen: 60% jeugdartsen KNMG: 25% artsen M+G/JGZ.³⁵ Werkgevers noemen een verdeling van 25%/50%/25%. In de praktijk is het percentage basisartsen veelal hoger, waarbij er regelmatig sprake is van veel verloop onder de basisartsen. Dit drukt zwaar op de artsen KNMG. Zwaardere casuïstiek verdicht zich, zoals gewenst op de spreekuren van jeugdartsen KNMG en zij besteden daarnaast relatief veel tijd aan inwerken van nieuwe basisartsen.

Het takenpakket voor de JGZ breidt zich de laatste jaren uit; denk aan prenataal huisbezoek, extra vaccinaties, toename schoolverzuim, JGZ voor asielzoekers in vrijwel alle gemeenten, en verschuiving van taken vanuit de eerste en tweede lijn zoals ADHD-medicatie follow-up, heupecho's, voorschrijven van huidmedicatie en lab-bepalingen van de gele baby. Ook is de verwachting dat er extra taken en werkzaamheden voor de JGZ komen vanuit het AZWA (Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord). Knelpunt hierbij is de financiering. Door de aangekondigde bezuinigingen bij gemeenten

³⁵ Bron: besluit AJN nov 2025

wordt bij een aantal GGD'en vooral ingezet op de wettelijke taken, zoals het vroegtijdig signaleren en vaccineren en minder op nieuwe taken.

Er is sprake van lange wachtlijsten in de jeugdzorg waardoor meer kinderen met problemen een beroep blijven doen op de JGZ (overbruggingszorg). Het gaat vooral om sociaal-emotionele problemen bij armoede en niet passende huisvesting. Bij de oudere jeugd is er sprake van een toename van mentale gezondheidsproblemen, problemen in digitale veiligheid/mediaopvoeding en leefstijlproblemen (vape).³⁶ JGZ ziet ook een toename van complexe gezinssituaties.

Tekorten worden deels opgelost door taakherschikking, waarbij er een grotere inzet is van jeugdverpleegkundigen. Zij worden vooral voor de reguliere preventieve taken en voorlichting ingezet bij met name de 0-4-jarigen waar weinig risico wordt geconstateerd. Artsen worden ingezet voor de meer complexe casussen. Verpleegkundigen worden bijvoorbeeld opgeleid in pluis/niet-pluis consultvoering, waardoor de jeugdarts gerichter kan worden ingezet. In enkele regio's wordt nu ervaring opgedaan met de inzet van verpleegkundig specialisten.

Samengevat is er veel onzekerheid bij de vraag naar jeugdartsen. Er ligt veel werk dat door hen gedaan kan worden, maar de financiering is onder meer door gemeentelijke bezuinigingen een onzekere factor. Dit maakt dat we de effecten van de niet-demografische factoren voorzichtig hebben ingeschat.

*Vanwege de grote onzekerheid is de inschatting dat bovenstaande ontwikkelingen leiden tot een kleine toename van de vraag naar jeugdarts KNMG en Arts M+G/ JGZ van **1,5%**.*

4.3.5. Arts IZB KNMG en arts M+G/ Infectieziektebestrijding

De infectieziektebestrijding is fors in beweging. Onder de vlag van pandemische paraatheid is de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de GGD'en en het RIVM. Hoewel de duurzame financiering van de pandemisch paraatheid in het regeerakkoord van 2024 is geschrapt, heeft de minister in juli 2025 de financiering voor de komende jaren tot 2028 veiliggesteld, zodat de versterkingsprogramma's doorgang kunnen vinden.³⁷ Een aantal GGD'en heeft wel te maken met bezuinigingen in 2026 bij de gemeenten, het zogenoemde ravijnjaar, maar dit lijkt beperkt effect te hebben op de artsenformatie.

De coronapandemie heeft veel teweeggebracht binnen het vakgebied. Er zijn nu bijvoorbeeld jaarlijks terugkerende coronavaccinatiecampagnes gericht op zorgpersoneel, ouderen en kwetsbaren in de samenleving. Het bereiken van vooral de laatste groep vraagt specifieke inzet en expertise die deels geleverd wordt door artsen M+G/ IZB. Naast coronavaccinaties komen er steeds meer nieuwe vaccins tegen verschillende infecties op de markt. GGD'en zijn bezig met de opzet van regionale vaccinatiecentra waarbij ook medische expertise nodig is voor het bepalen van vaccinatiebeleid landelijk en regionaal.

³⁶ <https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2024/11/Rapportage-Verdiepend-onderzoek-Gezondheidsmonitor-Jeugd-2023.pdf>

³⁷ Brief ministerie van VWS, Kenmerk 4150234-1085034-PDWZ, van 3 juli 2025, zie [file](#).

Door het landelijk werkgeverschap van aios bij SBOH, waardoor de aios uit dienst gaat bij de werkgevers, heeft de basisarts haar intrede gedaan binnen het specialisme infectieziektebestrijding. Daarmee is een poule van potentiële aios ontstaan en heeft de arts M+G/ IZB er een coördinerende en superviserende taak bij gekregen.

De impact van bovenstaande ontwikkelingen op de formatie artsen M+G/ infectieziektebestrijding moet gezien worden vanuit de kerntaken van de infectieziektebestrijding. Het grootste deel van de taken van de arts M+G IZB is het uitvoeren van de reguliere infectieziektebestrijding. Het aantal meldingsplichtige ziekten per jaar is de belangrijke indicator voor de vereiste formatie.³⁸ Het inwoneraantal per GGD is de belangrijkste voorspeller van het aantal meldingsplichtige ziekten. Er zijn verder een aantal trends die het aantal meldingsplichtige ziekten bepalen, zoals:

- de dalende vaccinatiegraad;
- het toenemen van mondiale reisbewegingen;
- bevolkingsgroei en vergrijzing
- antibiotica-resistentie

die erop wijzen dat het aantal meldingsplichtige ziekten niet zal afnemen.

*Vanwege onzekerheid bij de verdere ontwikkeling rond pandemische paraatheid is een voorzichtige inschatting gemaakt. De met name epidemiologische ontwikkelingen leiden tot een kleine toename van de vraag naar IZB-arts KNMG en Arts M+G/ IZB van **1,0%**.*

4.3.6. TB-arts KNMG en arts M+G/ TB

Artsen TB zijn doorgaans werkzaam bij de GGD'en. Er zijn onvoldoende artsen voor iedere GGD, er wordt daarom samengewerkt in vier REC's (regionale expertisecentra). In de meer centrale delen van Nederland lukt het om voldoende artsen te vinden, in het zuiden van het land is dat een stuk lastiger.

Al jaren is de verwachting dat het aantal TB-gevallen in Nederland minder zal worden. Met name door migratie naar Nederland blijkt dit in de praktijk niet het geval en blijft specifieke aandacht voor TB noodzakelijk.

Vakinhoudelijk verandert de wijze van screening. Dat vraagt een korte periode extra tijd, maar leidt niet tot meer vraag naar TB-artsen. Doordat het lastig is om TB-artsen te vinden, wordt er samengewerkt met longartsen in de ziekenhuizen. Ook zijn er longartsen geïnteresseerd in de overstap, onder andere omdat zij meer regelruimte verwachten. Longartsen zijn echter vooral patiëntgericht en niet geschoold in de meer M+G-vaardigheden, zoals een grotere populatiegerichtheid die bij TB van belang is.

*Er zijn geen grote veranderingen te verwachten op termijn. We houden de impact van niet-demografische ontwikkelingen voor de TB-arts KNMG en Arts M+G/TB op **0%**.*

³⁸ [Infectieziektebestrijding - GGD GHOR Nederland](#)

4.3.7. Arts MMK KNMG en Arts M+G/ MMK

Er ligt een breed werkterrein voor de artsen MMK met een focus op de relatie tussen blootstelling aan milieufactoren in de leefomgeving en de invloed hiervan op de gezondheid. Advies wordt zowel gegeven aan overheid als individuen. Deze actoren zijn zich steeds meer bewust van de impact van de leefomgeving op gezondheid, waardoor de vraag om advisering stijgt.

Het aantal artsen MMK in Nederland is beperkt. Werkgevers zetten daarom vaak voor de M+G gerichte vraagstukken beleidsmedewerkers in; goedkoper en meer voorradig. Er wordt een enkele keer gewerkt met basisartsen, die zo kennis kunnen maken met het vak.

Artsen MMK zijn vooral bij de GGD'en werkzaam. Niet alle GGD'en zijn voorzien in deze medische expertise. Mede daardoor hebben GGD'en in de multidisciplinaire teams niet altijd de toegevoegde waarde van een arts goed in beeld. Waar nodig en mogelijk biedt een arts MMK, die elders werkzaam is medisch advies aan organisaties in een ander gebied. Er wordt binnen de beroepsgroep een groot tekort ervaren om al het werk op te pakken. Door het beleid van vlot reageren op binnenkomende vragen blijft er te weinig tijd over voor de pro-actieve advisering over preventieve maatregelen ter bescherming en bevordering van de publieke gezondheid. Er is een toename van werkplekken te zien waar deze specifiek medische kwaliteiten en kennis van artsen MMK gewenst is. Zij zijn bijvoorbeeld werkzaam bij het RIVM, NSPOH, Universiteiten, VWS, NVIC en GGD GHOR NL.

De ontwikkelingen die de belangrijkste impact op de vraag naar artsen M+G/ Medische Milieukunde hebben, zijn die op het sociaal-culturele vlak. Door de Omgevingswet is er meer aandacht voor gezondheidsaspecten bij het inrichten van de fysieke leefomgeving.³⁹ Verder dragen zorgen over het klimaat bij burgers, de impact van klimaatverandering, aandacht voor planetary health en het sluiten van Green Deals bij aan een groeiende vraag.

Vanwege de grote vraag naar de expertise en het feit dat er nog niet in alle regio's een arts MMK is, maar anders opgeleiden, schatten we de niet-demografische groei voor de MMK-arts KNMG en Arts M+G/MMK op 12%.

4.3.8. Vertrouwensarts VVAK en Vertrouwensarts M+G

De verwachting is dat de vraag naar vertrouwensartsen verder toeneemt. Het aantal meldingen bij Veilig Thuis (VT) stijgt.⁴⁰ Gebrek aan goede woonruimte, schuldenproblematiek, bestaansonzekerheid dragen bij aan meer spanningen in gezinnen. Gemeenten trekken minder geld uit voor preventie, waardoor het risico op zwaardere problematiek groter wordt.

Tegelijkertijd is er veel onzekerheid over de toekomst van het vak. De verwachting is dat organisatie van Veilig Thuis op de schop zal gaan en het is nog niet duidelijk wat dat betekent voor de inzet van medische expertise en de rol van vertrouwensartsen daarbij.⁴¹

³⁹ [Het is zover: de Omgevingswet is van kracht | Informatiepunt Leefomgeving](#)

⁴⁰ [Huiselijk geweld en kindermishandeling | De Staat van Volksgezondheid en Zorg](#)

⁴¹ [Veilig Thuis nu en straks - zomer2024](#)

De rol van vertrouwensartsen bij de Veilig Thuisorganisaties (VT) is, mede dankzij de komst van een erkende opleiding, sterk in ontwikkeling. Werkgevers leggen zich door de hoge druk op het primaire proces vooral toe op de invulling van taken binnen dit primaire proces, tijdens kantoor tijden en daarbuiten. De meerwaarde die een arts M+G kan hebben ten aanzien van bijvoorbeeld kwaliteitsbevordering en beleidsvorming voor de sociaal-medische expertise bij VT wordt nog niet optimaal benut.

Door het tekort aan vertrouwensartsen is het lastig voor de vertrouwensartsen M+G om het vak door te ontwikkelen en de beroepsgroep sterker op de kaart te zetten. Instroom van artsen is vaak uit andere disciplines, zoals jeugd- of huisartsen. Sinds de start van de opleiding zijn er meer aanknopingspunten om de zichtbaarheid van het vak te vergroten en stromen ook steeds vaker basisartsen in. Net als in andere medische disciplines is de anios binnen VT in opkomst. Ondanks dat veel vertrouwensartsen de meeste tijd besteden aan het primaire proces wordt, in samenwerking met het Landelijk Netwerk Veilig Thuis (LNVV) en de KAMG gewerkt aan het borgen en uitbreiden van de sociaal-medische expertise geweld in afhankelijkheidsrelaties van de vertrouwensartsen bij Veilig Thuis.

Binnen het werkveld is er een tijd geleden een rapport opgesteld met daarin een inwoners-vertrouwensarts ratio. Deze is verouderd. Momenteel is er geen uitgangspunt voor een casemix van medische expertise binnen Veilig Thuis organisaties dat beschrijft hoe de ideale verhouding basisartsen: profielartsen: artsen M+G zou zijn. Hierbij is al wel duidelijk dat het niet nodig is voor de uitvoering van het werk dat alle profielartsen doorstromen naar de tweede fase als arts M+G. Als er een casemix wordt vastgesteld zal dit een groei van de vraag naar vertrouwensartsen die de eerste fase hebben gedaan betekenen, aangezien in de huidige situatie niet alle Veilig Thuisorganisaties een vertrouwensarts in dienst hebben.

*Vanwege de grote onzekerheid is de inschatting dat bovenstaande ontwikkelingen leiden tot een kleine toename van de vraag naar vertrouwensarts VVAK/KNMG van **2%**. Gezien het feit dat er nog nauwelijks gespecialiseerde vertrouwensartsen M+G en de behoefte aan doorontwikkeling van het vak, schatten we de toename van de vraag op **8%**.*

4.3.9. Donorarts KNMG en Arts M+G/ Donorgeneeskunde

De belangrijkste ontwikkeling voor een toename van de vraag naar donorartsen is de professionaliseringslag die het vakgebied aan het maken is. Er werken van oudsher veel basisartsen in het vakgebied. Doordat de profielopleiding nu gesubsidieerd wordt, stromen meer artsen in de opleiding in. De stages bij andere organisaties geven een sterke impuls aan de behoefte om van elkaar te leren en verder te professionaliseren. De sector is nog wel op zoek naar een goede casemix tussen basisartsen, artsen KNMG en artsen M+G, maar duidelijk is dat er vooral behoefte is aan meer profielartsen. Dat betekent dat we in de niet-demografische parameter voor de verticale substitutie een positieve waarde hebben opgenomen, van basisarts naar meer profielartsen. Gezien de aard van de werkzaamheden is het niet nodig dat iedere arts KNMG doorstroomt naar de tweede fase.

Het veld verwacht ook door epidemiologische ontwikkelingen een licht stijgende vraag naar donorartsen. Zo wordt er een lichte groei verwacht door de toegenomen levensverwachting die leidt tot

meer vraag naar donororganen. Ook zijn er steeds meer orgaan- en weefseldonaties mogelijk. Door toestroom van zowel asielzoekers als arbeidsmigranten verandert de samenstelling van de bevolking. Dit leidt tot meer complexiteit van het donorproces. Op vakinhoudelijk gebied worden donorartsen meer betrokken bij wetenschappelijk onderzoek vanuit researchafdelingen. Er komen ook meer mogelijkheden voor promotie-onderzoek voor artsen M+G.

Er is diverse Europese wetgeving op het gebied van bijvoorbeeld donorweefsel op komst die geïmplementeerd moet worden.⁴² Hiervoor zijn artsen M+G nodig.

*Vanwege de ontwikkelingen is de verwachting dat er een stijging is van de vraag naar donorartsen KNMG van **11%**. De ontwikkelingen rond de arts M+G Donorgeneeskunde leiden tot een groei van de vraag van **17%**.*

4.3.10. BAIA-arts KNMG en Arts M+G/ BAIA

Er is veel werk voor artsen BAIA bij verschillende instellingen als CIZ, verzekeraars, (commerciële) bureaus die indicaties stellen en adviesbureaus. Het gaat om onder meer om medisch advies over belastbaarheid voor werk, medisch juridische expertise zoals levenstestamenten en andere notariële akten, wilsbekwaamheid en bewindvoering, bezwaar-en beroepsprocedures, maar ook over kwaliteit van interne medische processen. De verwachting is dat de vraag overal zal toenemen.

Er wordt door de werkgevers echter nauwelijks geïnvesteerd om artsen in de opleiding te laten instromen. Werkgevers betalen de opleiding en zij vinden die vaak te kostbaar. De regelgeving vereist niet dat er een BAIA-profielarts moet worden ingezet bij het indicerende werk. Werkgevers zien niet altijd de meerwaarde om een arts tot profielarts of arts M+G/ BAIA op te leiden. Het werk wordt veelal door artsen met andere specialisaties of basisartsen uitgevoerd.

Gezien de hoeveelheid werk die er is op het terrein van indicatiestelling en sociaal medische advisering door verschillende organisaties is er wel behoefte aan profiel-specifieke artsen M+G/BAIA mede om sociaal medische ontwikkelingen te constateren en daarop te anticiperen. De praktijk is dat er een toenemend aantal niet-medische indicatiestellers (zogenoemde beoordelaars en onderzoekers) werkzaam is en een deel van het indiceren wordt geautomatiseerd. Bij complexe problematiek van cliënten heeft medische expertise van BAIA-artsen meerwaarde voor de indicatiestelling. Artsen Beleid en Advies adviseren over gezondheidsbeleid. Zij vinden hun weg binnen GGD'en, als zelfstandig adviseur, bij de Raad voor de volksgezondheid en bij bijvoorbeeld onderzoeksinstituten.

*Vanwege de ontwikkelingen is de verwachting dat er een lichte stijging is van de vraag naar BAIA-artsen KNMG van **1%**. De ontwikkelingen rond de arts M+G BAIA leiden tot een beperkte groei van de vraag van **0,35%**.*

4.3.11. Forensisch arts

Het bepalen van de behoefte aan forensisch artsen in deze periode is lastig. Er zijn verschillende ontwikkelingen die een grote invloed hebben op het benodigd aantal forensisch artsen. Het gaat zowel

⁴² [Wet- en regelgeving | Bloed weefsels en organen. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)

om verschuivingen binnen het vakgebied door substitutie, als het verdwijnen van taken. In de eerste plaats is er een overgang van beschikbaarheidsmodel naar fulltime dienstverbanden. Voorheen waren forensisch artsen voornamelijk werkzaam als huisarts of bij een GGD en hadden vaak een dubbele BIG-registratie. Ze waren dan bijvoorbeeld voor 80 uur/per maand beschikbaar als forensisch arts en hadden daarvoor een aanstelling van 0,2 fte. Voor de overige fte werkten ze dan bijvoorbeeld als arts IZB. De artsen die nu van de opleiding komen, willen werken als forensisch arts en dat betekent meer fte. Deze overgang brengt met zich mee dat de branche zoekende is naar hoeveel artsen er precies nodig zijn om de 24-diensten te kunnen vervullen, rekening houdend met de aanrijdtijden en daarnaast het bieden van een interessante werkplek aan de artsen. Er zou dan eerst bepaald moeten worden wat er nodig is met de huidige taken en hoeveel artsen per regio per 24 uur nodig zijn, waarbij er gewerkt wordt met fulltime artsen en artsen die deels beschikbaar zijn. Deze exercitie moet nog worden uitgevoerd.

In 2025 is er een aanbesteding geweest voor de MAZ. Deze is gegund aan de huisartsenorganisatie Arts en Zorg.⁴³ De gunning is nog niet definitief. FARR en GGD'en zijn hiertegen in beroep gegaan. In juli 2025 is dit beroep afgewezen. De FARR heeft vervolgens een spoedappèl aangevraagd. Uitspraak volgt in december 2025. Wanneer de gunning definitief wordt, betekent het dat een groot deel van het werk bij het forensisch vak wordt weggehaald, één van de drie pijlers waarop het is gebouwd. Dit zal duidelijk effect hebben op de vraag naar forensisch artsen.

Er vindt substitutie naar (forensisch) verpleegkundigen plaats. Dit is nog niet algemeen bij alle werkgevers. Verder zijn er een toenemend aantal anios werkzaam in het veld. Zo kunnen zij ingezet worden bij lijkschouw. Er is daarvoor een tijdelijk vooropleidingsregister in het leven geroepen. Anios met een dergelijke registratie zijn gekwalificeerd tot het uitvoeren van niet gecompliceerde lijkschouw zoals bij euthanasie. Anios zijn aangetrokken omdat er een tekort aan forensisch artsen was, maar inmiddels wordt er ook gekeken naar meer structurele inzet van anios. Verpleegkundigen doen steeds vaker bloedproeven.

Voor de forensisch artsen komen er daarnaast taken bij, zoals letselrapportages en juridische beoordelingen. Dergelijke activiteiten kosten veel tijd. Vanuit het ministerie van Justitie loopt er een pilot voor de uitbreiding van de lijkschouw bij onverwacht overlijden voor het 45ste jaar. Tot nu toe lag de grens bij 18 jaar. Dit wordt mogelijk structureel. SEH-artsen en huisartsen verwijzen vaker naar forensisch artsen voor letselonderzoek bij verdachte verwondingen. Het gaat hierbij om het verzamelen van medische informatie voor rechtbankverslagen. Het is een interessant onderdeel van het vak voor de meeste forensisch artsen. Door nieuwe technieken neemt de duur van de lijkschouw toe. Dit heeft invloed op de inzet van forensisch artsen. Verder is er meer ruimte voor wetenschappelijk onderzoek.

Vanwege de grote onzekerheid van de mogelijkheid voor zowel groei als een sterke afname houden we de ontwikkeling van de vraag voor deze raming op 1%.

⁴³ [Zorgen over gevolgen van wegvallen medische arrestantenzorg voor forensische geneeskunde - GGD GHOR Nederland](#)

Tabel 34.3 Per medisch specialisme de impact van stimulerende (blauw) en dempende (oranje) niet-demografische ontwikkelingen per jaar

	Epidemiologie	Sociaal-cult. ontwikkeling	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Efficiency/ AI	Horizontale taakverschuiving	Verticale taakverschuiving	Totale verandering per jaar (%)
<i>Arbeid en Gezondheid</i>							
· Bedrijfsarts							0,8%
· Verzekeringsarts							0,15%
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>							
· Arts M+G							0,65%
· Jeugdarts KNMG							1,5%
· Arts M+G/ JGZ							1,1%
· Profielarts IZB							0,5%
· Arts M+G/ IZB							0,5%
· Profielarts TB							0%
· Arts M+G/ TB							0%
· Profielarts MMK							12%
· Arts M+G/ MMK							12%
· Vertrouwensarts VVAK							2%
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts							8%
· Arts M+G/vrije richting							0,65%
· Donorarts KNMG							11%
· Arts M+G/ Donorge-neeskunde							17%
· BAIA arts KNMG							1%
· Arts M+G/ BAIA							0,35%
<i>Forensische geneeskunde</i>							
· Forensisch arts							1%

4.4. Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar factoren die invloed hebben op de artsen binnen de sociale geneeskunde. Demografische ontwikkelingen hebben beperkt invloed op de groei van de vraag. Met name de beroepsbevolking, die relevant is voor de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, blijft vrij stabiel. Voor de overige beroepen is er een lichte groei over de langere termijn.

Voor de niet-demografische ontwikkelingen, zoals epidemiologie, sociaal-cultureel en factoren die te maken hebben met de het werkproces zijn er grote verschillen tussen de beroepen. Wat vooral opvalt is de grote onzekerheid voor verschillende beroepen over welke kant de ontwikkelingen zullen opgaan. Aan de ene kant dreigen bezuinigingen waardoor er mogelijk minder werk beschikbaar komt voor met name de artsen Maatschappij en Gezondheid, aan de andere kant zijn er epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen waardoor er meer vraag is naar deze sociaal

geneeskundigen. Financiering voor de pandemische paraatheid is vastgesteld tot en met 2028 met daarin belangrijke rol voor de arts M+G. Ook werkt de beroepsbevolking met de stijging van de pensioenleeftijd langer door en is er meer werk- en lijdensdruk, waardoor er meer werk is voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Voor de jeugdartsen en medisch milieukundigen geldt dat er steeds meer taken bijkomen. Dit zal ook vanuit de doelen beschreven in het AZWA verder kunnen toeneemen. Door toenemende stress en onzekerheid in zowel de kwetsbare als ook tot nu toe zelfredzame gezinnen, krijgen zowel jeugdartsen als vertrouwensartsen meer werk. Digitalisering dringt langzaam maar in de sociale geneeskunde, maar levert naar verwachting op korte termijn nog niet veel tijdswinst op.

De vraag in de verschillende beroepen wordt enigszins gedempt door de inzet van verpleegkundigen, VS'en en anios. Dit geldt niet voor alle beroepen. Bij de donorgeneeskunde is er juist een tendens om meer te investeren in profielartsen om het werk op een kwalitatief hoger niveau vorm te geven. Dit geldt ook voor de forensisch artsen. Daarnaast heerst er grote onzekerheid omtrent het werkpakket voor de forensisch artsen. Ze dreigen een belangrijk onderdeel van hun werk te verliezen, de medische arrestantenzorg (MAZ). Aan de andere kant komt er meer vraag naar letselonderzoek en lijkschouw en zijn er 24-uursdiensten die bemenst moeten blijven in alle regio's.

5. Instroomadvies

5.1. Inleiding

Op basis van alle informatie over de huidige arbeidsmarkt (hoofdstuk 2), veranderingen in aanbod van de verschillende beroepsgroepen (hoofdstuk 3) en veranderingen in vraag naar deze beroepen (hoofdstuk 4) maken we een inschatting van het instroomadvies. Daartoe wordt allereerst een evenwichtsjaar gedefinieerd (paragraaf 5.2). In paragraaf 5.3 worden de modeldoorrekeningen gedaan, bestaande uit een demografisch en volledig-vraagscenario. Paragraaf 5.4 laat alternatieven zien voor het demografisch en volledig-vraagscenario op basis van de vraag 'Wat gebeurt er, als.....' Uiteindelijk wordt de keuze gemaakt voor het meest waarschijnlijke scenario met de passende instroomadviezen (paragraaf 5.5).

5.2. Evenwichtsjaar

Het evenwichtsjaar is het jaar waarin binnen de raming wordt gestreefd naar een balans tussen de vraag naar en aanbod van zorgprofessionals. Hoe later in de tijd, hoe meer tijd er is om tot een evenwicht te komen. Dit betekent doorgaans een lagere jaarlijkse instroom. Voor de sociaal geneeskundigen wordt, net als in vorige ramingen, een evenwichtsjaar over 12 jaar aangehouden.⁴⁴ De keuze hiervoor komt voort uit het feit dat de sociaalgeneeskundige beroepen doorgaans een relatief kort opleidingstraject kennen en met grote tekorten kampen, waarvoor het van belang is dat er snel meer instroom komt. De argumenten voor de keuze van een evenwichtsjaar van 12 jaar zijn de volgende:

- Het duurt 2 jaar voordat het nieuwe instroomadvies kan worden geïmplementeerd;
- Het duurt tussen de 2 en 4,5 jaar voordat een aijs is afgestudeerd;

5.3. Demografische scenario en volledig vraagscenario

Op basis van de resultaten uit de vorige hoofdstukken, de huidige situatie, het aanbod en de vraag kunnen verschillende modeldoorrekeningen, zogenoemde beleidsarme scenario's worden gedaan. Voor de sociaalgeneeskundigen kijken we naar het demografisch scenario: de toename of afname van de vraag naar een bepaald specialisme als gevolg van de demografische ontwikkelingen (van de bevolking en van de beroepsgroep zelf), en naar het volledig-vraagscenario, waarbij we ook kijken naar de ontwikkelingen aan de vraagkant.⁴⁵ Voor vrijwel alle beroepen geldt dat er sprake is van meer vraag dan puur op basis van de demografische ontwikkelingen. Om hieraan te voldoen is een hoger beoogd aantal opleidingsplaatsen nodig. Er bestaat meer behoefte aan sociaalgeneeskundigen door sociaal-culturele ontwikkelingen, epidemiologische en vakinhoudelijke. Meer efficiency en een voorzichtige introductie van AI levert wel een kleine beperking van de vraag op, maar nog niet substantieel. Twee sociaalgeneeskundige beroepen vormen een uitzondering op een benodigde

⁴⁴ Voor de ramingen voor de andere medisch specialisten wordt 18 jaar aangehouden.

⁴⁵ We zouden ook nog kunnen kijken naar een scenario voor de vervangingsvraag. Voor de beroepen in de sociale geneeskunde is dat weinig zinvol omdat vrijwel overal sprake is van tekorten. Als alleen voldaan wordt aan de vervangingsvraag blijven deze tekorten bestaan.

groei van het aantal op te leiden artsen. Dit betreft de IZB-artsen en de forensisch artsen. Bij de bepaling van het voorkeursadvies (paragraaf 5.4) gaan we hier nader op in.

Tabel 4 5.1 Het aantal opleidingsplaatsen op basis van het demografisch en volledig vraagscenario

Beroepen	Demografisch scenario	Volledig vraagscenario
<i>Arbeid en Gezondheid</i>		
· Bedrijfsarts	115	148
· Verzekeringsarts	93	97
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>		
· Arts M+G	42	50
· Jeugdarts KNMG	74	108
· Arts M+G/ JGZ	28	41
· Profielarts IZB	19	14
· Arts M+G/ IZB	0	2
· Profielarts TB	1	1
· Arts M+G/ TB	2	2
· Profielarts MMK	2	6
· Arts M+G/ MMK	1	5
· Vertrouwensarts VVAK	4	9
· Arts M+G/ vrije richting vertrouwensarts	0	1
· Donorarts KNMG	0	6
· Arts M+G/ Donorgeneeskunde	0	2
· BAIA arts KNMG	4	6
· Arts M+G/ BAIA	10	11
· Arts M+G/vrije richting	2	4
<i>Forensische geneeskunde</i>		
· Forensisch arts	12	15

5.4. Alternatieve scenario's, what if...

In hoofdstuk 4 over de niet-demografische ontwikkelingen is bij meerdere beroepen aangegeven dat er nog veel onzekerheden zijn over de toekomstige ontwikkelingen. Wat is het effect van bezuinigingen, de uitrol van programma's als GALA en AZWA, wat gebeurt er op het gebied van technologische en vakinhoudelijke ontwikkelingen? Op basis van gesprekken met deskundigen hebben we voor de verschillende beroepen gekeken naar mogelijke alternatieve scenario's. Eén onderwerp kwam vaak terug: de voorspelde bezuinigingen bij gemeenten van vanwege 'het ravijnjaar', die mogelijk effect hebben op de financiering van de GGD'en.⁴⁶ We hebben dit niet meegenomen in de scenario's. Er is nog te veel onduidelijk en het is de vraag of het effect heeft op de medische beroepen. Daarnaast gaat het hierbij niet om de vraag naar sociaal geneeskundigen, maar zal het veeleer effect hebben

⁴⁶ [Gemeenten vallen in financieel ravijn | VNG](#)

op het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen. Een ongewenst effect, maar geen reden om bij voorbaat het aantal opleidingsplaatsen naar beneden bij te stellen.

Niet voor alle beroepen is er aanleiding om een alternatief scenario door te rekenen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de groep Artsen M+G als geheel, de profiel- en artsen M+G TB, de profiel- en artsen M+G MMK, de vertrouwensartsen en de BAIA-artsen. Voor de overige beroepsgroepen beschrijven we kort de doorgerekende scenario's.

Er is op dit moment onvoldoende zicht op de ontwikkelingen binnen de artsenorganisatie van defensie in het licht van de toekomstige forse uitbreiding van de defensie uitgaven in zowel materieel als personeel opzicht. Nader onderzoek in de nabije toekomst is hiervoor wellicht wenselijk.

Bedrijfsartsen

De beroepsvereniging van de bedrijfsgeneeskundigen (NVAB) heeft medio 2024 een nieuwe koers uitgezet waarin de focus verlegd wordt naar preventie en organisatieadvies voor een veilig en gezond werkklimaat. Dat zou moeten leiden tot meer duurzame inzetbaarheid en minder ziekteverzuim voor werknemers. Voor het model hebben we dit vertaald naar 9% tijdwinst in de komende jaren. Dit heeft als effect dat er op termijn minder opleidingsplaatsen nodig zouden zijn dan in de huidige situatie, namelijk **128**.

Daarnaast geven de opleidingsinstituten aan dat er de komende 2-3 jaar meer instroom wordt verwacht dan in de huidige situatie. Een instroom van 150 artsen in de opleiding per jaar in de komende drie jaar zorgt ervoor dat er daarna minder opleidingsplaatsen nodig zijn om tot een evenwicht te komen, namelijk **115**.

Verzekeringsartsen

De tekorten aan verzekeringsartsen blijven onverminderd hoog, terwijl de instroom in de opleiding achterblijft. De verwachting is dat er meer werk aankomt, zoals de ZZP'ers die vanaf 2030 ook onder de zorg van het UWV gaan vallen. We hebben dit vertaald naar een groei van de vraag van 0,96%. Het effect hiervan is dat er meer opleidingsplaatsen nodig zijn, namelijk **117**.

Er zijn verder geluiden dat er meer geïnvesteerd moet worden in AI, waardoor een deel van het proces van de beoordelingen door AI zou kunnen worden overgenomen. Dit zou bij de implementatie iets meer tijd kosten, maar daarna flink tijd van de artsen kunnen besparen. We schatten dit op -2%. Dit betekent dat als het werkelijkheid wordt, er **57** opleidingsplaatsen nodig zijn. Vooralsnog is dit echter nog geen reëel scenario.

Door de bedrijfsarts meer te laten doen in het traject voor de WIA-aanvraag kan tijd bespaard worden door de verzekeringsarts. Het is lastig om in te schatten hoeveel dit zal opleveren, aangezien ook nu gebruik gemaakt wordt van de dossiers van bedrijfsartsen. Als we uitgaan van een afname van 0,5% per jaar, zijn er **85** opleidingsplaatsen nodig.

Jeugdartsen KNMG en Arts M+ G/ JGZ

Hoewel al meegenomen in de raming is de verwachting dat er een groter beroep gedaan zal worden op jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ JGZ in de samenwerking met andere organisaties, bijvoorbeeld in het kader van AZWA. Het gaat hierbij om ketensamenwerking, digitalisering van administratieve processen en bijdragen aan beleidsvoorstellen. We vertalen dit naar hogere waarde voor sociaalculturele ontwikkelingen van 1%. Dit betekent **136** opleidingsplaatsen voor de jeugdarts KNMG en **52** voor de arts M+G/JGZ.

Voor de jeugdarts KNMG geldt dat er mogelijk een verdere uitbreiding van het takenpakket plaatsvindt. Zo krijgt de jeugdarts meer bevoegdheden om ook als behandelaar op te treden bijvoorbeeld bij eczeem en een gele baby en als diagnosticus bij bijvoorbeeld echo voor de heupen of screening voor coeliakie. We schatten in dat dit een extra procent toename voor het werk betreft. Dit betekent **120** opleidingsplaatsen om aan de vraag te voldoen.

Artsen Infectieziektebestrijding

In opdracht van GGD GHOR Nederland heeft Berenschot berekend hoeveel artsen IZB er zouden moeten zijn om de GGD'en goed uit te rusten. Dit vertaalt zich naar een onvervulde vraag van 43%. Dit geeft de volgende uitkomsten: voor artsen IZB KNMG **27** opleidingsplaatsen. Voor de artsen M+G/IZB is dit **7**. Dit zou betekenen dat niet alle artsen IZB KNMG kunnen doorstromen naar de tweede fase. Wordt het aantal opleidingsplaatsen voor artsen M+G/ IZB opgehoogd, dan komen er binnen twaalf jaar zeer waarschijnlijk teveel artsen voor de hoeveelheid werk.⁴⁷

Donorartsen

De instroom van meer artsen in de opleiding voor donorarts KNMG stimuleert de professionaliseringsslag van het vak. Als de werkgevers deze ontwikkeling ook wensen en meer basisartsen de opleiding willen laten instromen dan rekenen we een hogere waarde voor de onvervulde vraag van nog eens 15%. Dit leidt tot een vraag naar **9** opleidingsplaatsen.

Forensisch artsen

Rond de situatie van de forensisch artsen bestaat de meeste onzekerheid. Dit leent zich bij uitstek voor de scenario's. Als de MAZ definitief weggaat bij de forensische geneeskunde leidt dit mogelijk tot een verlies van 13% van het werk, een schatting op basis van het aantal verrichtingen voor MAZ in relatie tot de andere activiteiten in 2024. Tegelijkertijd is er sprake van een grote onvervulde vraag van 29%. We rekenen daarom met een onvervulde vraag van 16%. Daarnaast is sprake van enige substitutie naar forensisch verpleegkundigen en naar andere dan forensisch artsen, zoals basisartsen bij euthanasiebeoordelingen. Dit zou leiden tot de vraag naar **8** opleidingsplaatsen.

⁴⁷ Het ramingsmodel beschouwd de eerste en tweede fase als aparte opleidingen en is daardoor minder goed toepasbaar voor deskundigheidsgebieden waarin de profielartsen vrijwel allen doorstromen naar de 2e fase. De hoge uitstroom uit de eerste fase vraagt (namelijk naar de tweede fase) wordt vertaald in relatief veel opleidingsplaatsen. De uitstroom bij de artsen M+G is veel lager en geeft een reëler beeld van de werkelijke vraag.

5.5. Haalbaarheid scenario's

De sociaalgeneeskundige beroepen worden al lang gekenmerkt door tekorten. De instroom in de opleiding blijft achter bij de beschikbare opleidingsplaatsen en het werk moet door te weinig mensen gedaan worden. Positief is dat er de laatste jaren voor een deel van de beroepen een kentering is gekomen en het aantal aios is gestegen. Daarnaast is voor veel van de beroepsgroepen binnen de sociale geneeskunde veel gaande, andere manieren van werken, wijzigingen in taken, bijvoorbeeld binnen de bedrijfsgeneeskunde of de forensische geneeskunde. Bij de volgende raming zal er meer duidelijk zijn welke kant de ontwikkelingen opgaan.

Er is een tendens dat specialisten en anios moeite hebben met de werkdruk en diensten in de ziekenhuizen en op zoek gaan naar meer regelruimte in zowel werk als privé. Zij verbreden hun scope, kijken naar extramurale medische vakgebieden en komen daarbij onder andere uit bij de sociale geneeskunde. Publiekscampagnes en aandacht voor de extramurale beroepen in het curriculum dragen er mede toe bij dat meer mensen kiezen voor een sociaalgeneeskundig beroep. Dit is terug te zien in een stijging van het aantal aios zoals blijkt uit hoofdstuk 3. Hierdoor ontstaat een verschillend beeld over de haalbaarheid van de geadviseerde opleidingsplaatsen. Er zijn beroepsgroepen waar de haalbaarheid van het vullen van benodigde opleidingsplekken onder druk staat, beroepen waar de haalbaarheid waarschijnlijk geen probleem zal zijn of zelfs een groter aanbod dan vraag laten zien. Hieronder gaan we hier nader op in.

Beroepsgroepen met grote tekorten

Bedrijfsgeneeskundigen, verzekeringsartsen, jeugdartsen KNMG en artsen M+G kennen al lange tijd grote tekorten, terwijl het beroep dat op hen wordt gedaan steeds groter wordt. Er is veel aandacht voor preventie zonder dat daar altijd extra middelen voor beschikbaar worden gesteld. Jeugdartsen zijn gemiddeld meer uren gaan werken. Het risico op uitval en grotere tekorten is hierdoor reëel.

Voor bedrijfsartsen geldt tevens dat ondanks een geleidelijke stijging, het aantal bedrijfsartsen in opleiding achterloopt op de benodigde instroom. Wegens de verwachting van een toenemend tekort aan bedrijfsartsen en praktijkopleiders door de vergrijzing heeft de toenmalige minister van SZW in 2023 tijdelijke financiële middelen ter beschikking gesteld om de instroom in de opleiding te vergroten. Dit kreeg vorm in het ZonMw programma Innovatieve Arbozorg dat zich richt op het verhogen van de kwaliteit van de opleiding van bedrijfsartsen en het verbeteren van arbeidsgerelateerde zorg. De centrale aanmelding voor de opleiding en het ontwikkelen van innoverende digitale onderwijsvormen, zoals oefenen met virtueel reality vormen onderdeel van dit programma. De hoop is dat dit bijdraagt aan meer instroom.

Verzekeringsartsen kennen in verhouding de grootste tekorten en er is nog weinig uitzicht op het inlopen van deze tekorten. Dit heeft niet alleen gevolgen voor hun eigen werkdruk, maar heeft ook effect op de keuring en herkeuring van mensen die langdurig (deels) uitvallen in de zorg en andere sectoren, waardoor mogelijk veel capaciteit verloren gaat. In 2025 was er een duidelijke toename in instroom, de tijd zal leren of dit een trendbreuk zal betekenen.

De instroom van jeugdartsen blijft achter bij de ramingen. Sinds 2019 komen artsen in opleiding tot jeugdarts in dienst bij de SBOH. Een aantal basisartsen en Jeugdartsen KNMG die in dienst zijn bij een GGD of JGZ-organisatie en door willen voor de opleiding KNMG of M+G zien dit als een belemmering. Aangezien veel werkgevers zoekende zijn naar een passende inzet van een arts M+G naast de jeugdarts KNMG, weten de aios voor de opleiding M+G niet altijd zeker of ze bij hun oude werkgever kunnen terugkeren. Aangekondigde bezuinigingen bij gemeenten en daardoor ook bij GGD'en maken de toekomst voor de aios nog onzekerder.

Voor de BAIA-artsen geldt dat de instroom in de opleiding beperkt is. Het aantal opleidingsplaatsen voor deze artsen wordt bepaald door de werkgevers, zij betalen voor de opleiding en lijken hiertoe weinig genegen. In deze raming hebben we daarom een voorzichtige uitspraak over het aantal opleidingsplaatsen gedaan.

Beroepsgroepen met een haalbaar advies

Voor de eerste fase MMK, TB-artsen, donorartsen en vertrouwensartsen geldt dat gezien de huidige instroom en de belangstelling voor het vak, het voorgestelde advies haalbaar zal zijn. Wel zijn er voorwaarden om de aantallen ook daadwerkelijk te halen. TB-artsen geven er de voorkeur aan om minimaal 2 artsen tegelijk op te leiden (zo nodig om het jaar, in plaats van ieder jaar 1), zodat de artsen elkaar kunnen ondersteunen en stimuleren. Voor donorartsen geldt een gelijke overweging. Zij geven er ook de voorkeur aan om iedere 2 jaar een iets grotere groep op te leiden. Voor de instroom van donorartsen is de opstelling van de werkgevers van belang. Om de eerste fase te volgen, komen de artsen in dienst bij de SBOH, sommigen artsen zijn hier huiverig voor.

Voor de opleiding MMK KNMG is het aantal opleiders beperkt, omdat de beroepsgroep vrij klein is. Opleiden op enige afstand heeft zijn intrede inmiddels gedaan en draagt bij aan een oplossing hiervoor. Voor de donorartsen geldt een dergelijke situatie ook.

Beroepsgroepen die meer dan voldoende instroom kennen

De recente instroom in de opleiding Infectieziektebestrijding laat zien dat de situatie van tekorten ook snel kan veranderen. Mede door de grote vraag naar IZB-artsen door Corona en de grotere zichtbaarheid van het vak is er vanaf 2023 een substantiële instroom geweest van 23 artsen per jaar in de profielopleiding die doorstromen naar de tweede fase. In 3-4 jaar tijd komen er daarmee zo'n 57-60 artsen M+G ter beschikking. Als het opleiden in hetzelfde tempo doorgaat kan er een overschot ontstaan. Om dit te voorkomen is het verstandig het aantal opleidingsplaatsen terug te brengen naar het aantal van voor de coronapandemie.⁴⁸ Tegelijkertijd dient er rekening gehouden te worden met voldoende doorstroombmogelijkheid voor de aios die hun 1e fase-opleiding afronden.

⁴⁸ Van 2023 t/m 2026 is er subsidie beschikbaar gesteld voor het opleiden van 23 in de 1e fase opleiding. Een groot aantal artsen rond tussen 2026-2031 hun 1e fase opleiding af. Uitgaande van een rendement van 87% zullen er in deze periode jaarlijks zo'n 19 artsen willen doorstromen naar de 2e fase opleiding. Qua uitstroom op basis van leeftijd en wegens andere redenen is de komende 5 jaar een vervangingsvraag van 21-24 artsen te verwachten. Hierbij opgeteld de onvervulde vraag (het huidige tekort van minimaal 26%) van 29-30 artsen kom je uit op een benodigd aantal van 50-54 artsen.

5.6. Conclusie overwegingen en instroomadvies

In tabel 5.2 staan de adviezen voor de raming van 2025. De geadviseerde aantallen verschillen in veel gevallen sterk met de vorige raming. Hiervoor zijn duidelijke verklaringen. Over het algemeen geldt dat in de vorige raming, mede om de urgentie van de tekorten te benadrukken, hoge adviezen zijn gegeven. In hoofdstuk 3 hebben we kunnen zien dat de instroom daar ver bij is achtergebleven. Verder is de demografische ontwikkeling van de bevolking iets afgevlakt. Ook blijkt dat de artsen gemiddeld genomen meer uren werken in de huidige periode, vooral vrouwen werken meer. Daarnaast gelden er per beroepsgroep specifieke bijzonderheden en verklaringen. We besteden kort aandacht aan alle beroepsgroepen en gaan vooral in op de gesubsidieerde opleidingen.

Bedrijfsartsen

Voor de bedrijfsarts is het advies lager dan bij de vorige raming. Er zijn nog steeds grote tekorten, maar met een jaarlijkse instroom van 148 artsen in de opleiding conform het volledig-vraagscenario zou er over 12 jaar voldoende artsen moeten zijn. Door een afvlakking van de vraag vanuit de demografie van de bevolking en taakdifferentiatie is het benodigde aantal lager geraamd ten opzichte van het vorige advies. Het advies is **148** opleidingsplaatsen.

Verzekeringsartsen

Voor de verzekeringsarts nemen we eveneens het volledig-vraagscenario als uitgangspunt. Gezien de grote tekorten en de beperkte instroom zal het lastig zijn om de instroom van **97** artsen te halen. Investeren in andere werkwijzen en ondersteunende technologie is een mogelijkheid om de tekorten in te lopen.

Artsen M+G totaal

Ditmaal zijn de artsen M+G als totale groep geraamd. Het ramen op basis van alle parameters levert echter niet voldoende opleidingsplaatsen op als we kijken naar de verschillende deskundigheidsgebieden. Dit komt doordat de niet-demografische ontwikkelingen bij de verschillende deskundigheidsgebieden onvoldoende kunnen worden meegenomen in het model. We volgen hier dan ook niet de uitkomst van het volledig vraagscenario voor de artsen M+G, maar zijn voor het advies uitgegaan van het totaal geraamde opleidingsplaatsen M+G per deskundigheidsgebied, waarbij we onderscheid hebben gemaakt tussen het aantal gesubsidieerde plaatsen (**67**) en het totaal (**84**).

Voor de inzet van de gesubsidieerde plaatsen is het aan te bevelen om de verdeling tussen de deskundigheidsgebieden flexibel in te zetten. Deze flexibiliteit leidt tot tijdige doorstroom en vlotte beschikbaarheid van breed inzetbare artsen. De opleiding tot arts M+G is immers algemeen en leidt op tot arts met een regiefunctie in de public health en zonder directe binding met een deskundigheidsgebied.

Jeugdartsen

In de vorige raming is ervan uitgegaan dat het wenselijk zou zijn dat in principe alle artsen KNMG doorstromen naar de opleiding voor arts M+G. Steeds duidelijker wordt dat een belangrijk deel van het werk, zoals het spreekkamerwerk en afstemming met belangrijke ketenpartners, vooral de expertise is van de jeugdartsen KNMG. Aangezien specifieke taken voor artsen M+G de public health,

en daarmee specifieke groepen betreffen is dit werk minder afhankelijk van het aantal kinderen in zorg en hoeft niet elke jeugdarts KNMG door te stromen naar de 2^e fase. De beroepsgroep heeft een voorstel gedaan voor een functiemix met voor het grootste deel artsen KNMG. Met het laten doorstromen van veel artsen naar de tweede fase bestaat het risico dat er onrealistische verwachtingen ten aanzien van de werkopdrachten worden gewekt bij artsen M+G. De raming voor de artsen M+G/JGZ is daarmee substantieel lager dan bij de vorige raming. Voor het aantal opleidingsplaatsen in deze meting volgen we het volledig-vraagscenario: **103** opleidingsplaatsen ten behoeve van jeugdartsen KNMG en **41** voor de opleiding tot arts M+G/ JGZ.

Artsen IZB

Voor de artsen IZB kijken we af van het aantal opleidingsplaatsen dat naar voren komt uit het volledig-vraagscenario. Er is een onvervulde vraag aan IZB-artsen, er is veel belangstelling voor het vak en er worden relatief veel artsen opgeleid. Als het opleiden in huidige tempo doorgaat, kan er een overschot ontstaan. Om dit te voorkomen is het verstandig het aantal opleidingsplaatsen terug te brengen naar het aantal van voor de Coronapandemie. Tegelijkertijd dient er rekening gehouden te worden met voldoende doorstroommogelijkheid voor de artsen die hun 1e fase opleiding de komende jaren afronden. Het advies voor Profielartsen IZB KNMG komt daarmee uit op **14** opleidingsplaatsen. Voor de artsen M+G/IZB is het advies om **19** artsen om de doorstroom vanuit de profielopleiding veilig te stellen.

Artsen TB

Het aantal artsen TB is beperkt. Voor het aantal opleidingsplaatsen volgen we het volledig-vraagscenario. Dat betekent **2** opleidingsplaatsen voor de arts M+G. Om doorstroom naar de 2^e fase te borgen zijn er per jaar ook **2** opleidingsplaatsen voor de profielarts TB noodzakelijk.

Artsen MMK

Uit het volledig-vraagscenario komt een aantal van 6 op te leiden artsen M+G om aan de vraag naar artsen te voldoen. De jaarlijkse uitstroom uit de eerste fase opleiding MMK ligt echter lager. Die zal eerst moeten stijgen voordat er een grotere instroom in de opleiding M+G/ MMK kan plaatsvinden. Het advies voor de arts M+G is daarom iets naar beneden bijgesteld. Het aantal opleidingsplaatsen voor de arts MMK KNMG komt op **6** en voor de arts M+G/ MMK op **4**.

Vertrouwensartsen (Sociaal medische expertise geweld in afhankelijkheidsrelaties)

Om alle VT-organisaties van vertrouwensartsen te voorzien, moet er de komende jaren voldoende worden opgeleid. We adviseren daarom **9** opleidingsplekken voor de vertrouwensarts VVAK. Momenteel volgen verschillende vertrouwensartsen de opleiding tot arts M+G. Het is echter gezien de werkzaamheden niet nodig dat alle profielartsen doorstromen. We adviseren voor de vertrouwensarts M+G daarom **1** opleidingsplaats per jaar (en zo nodig 2 artsen om het jaar)

Donorartsen

De adviezen voor donorgeneeskunde sluiten aan bij het uitkomsten uit het volledig vraagscenario. Dat betekent **6** opleidingsplaatsen voor de opleiding tot donorarts KNMG en **2** voor de opleiding tot arts M+G.

BAIA-artsen

Bij de vorige raming is het aantal opleidingsplaatsen voor de artsen BAIA heel hoog ingeschat. Er is al jaren weinig instroom is, terwijl er wel veel behoefte is aan de kennis van de BAIA-artsen. Het zijn echter de werkgevers die de opleiding financieren en zij doen dat in zeer beperkte mate. Het aantal opleidingsplaatsen in deze raming is daarom voorzichtiger ingeschat dan in 2022 en het advies is **6** voor de opleiding tot BAIA-arts KNMG en **11** voor de BAIA-arts M+G.

Forensisch artsen

Het is dit jaar eigenlijk nog te vroeg om een gedegen raming van het aantal opleidingsplaatsen voor forensisch artsen te maken. Er zijn te veel onzekerheden, waardoor de vraag naar forensisch artsen kan dalen. De keuze is nu gemaakt om met een kleine groei rekening te houden, vanwege de toenevende vraag naar letselrapportages. Voor deze raming is het advies **15** opleidingsplaatsen.

Tabel 5.2: Adviezen Capaciteitsorgaan voor sociaal geneeskundigen beroepen 2025

Beroepen	Advies 2019	Advies 2022	Gesubsidi- eerde oplei- dings-plaat- sen nav ad- vies 2022	Gerealiseer- de instroom (gem. laat- ste 3 jaar 2022-2024)	Advies 2025
<i>Arbeid en Gezondheid</i>					
· Bedrijfsarts	250	258	Nvt	128	148
· Verzekeringsarts	70	233	Nvt	56	97
<i>Maatschappij en Gezondheid</i>					
· Arts M+G*		248	77	59	**67-84
· Jeugdarts KNMG	80	154	70	51	108
· Arts M+G/ JGZ	30	154	52	34	41
· Profielarts IZB	15	37	23	24	14
· Arts M+G/ IZB	12	35	19	15	19
· Profielarts TB	2	1	2	1	2
· Arts M+G/ TB	2	1	2	1	2
· Profielarts MMK	2	4	3	3	6
· Arts M+G/ MMK	2	3	1	1,3	4
· Vertrouwensarts VVAK	-	Nvt	-	6	9
· Arts M+G/ vrije richting ver- trouwensarts	Zie vrije richting	Nvt	3	2,3	1
· Donorarts KNMG	17	15	***3	2,3	6
· Arts M+G/ Donorgenees- kunde	1	2	Nvt	1	2
· BAIA arts KNMG	12	93	Nvt	4	6
· Arts M+G/ BAIA	8	10	Nvt		11
· Arts M+G/vrije richting	13	30	Nvt	5	****4
<i>Forensische geneeskunde</i>					
· Forensisch arts	8	27	14	15	15

*Dit zijn totalen, komen niet boven op het aantal artsen M+G per deskundigheidsgebied

** 65 alleen de gesubsidieerde opleidingsplekken; 84 inclusief de niet-gesubsidieerde opleidingsplekken

*** feitelijk 6 per 2 jaar.

****zonder de vertrouwensartsen

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht parameterwaarden (aangepast)

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

Aanbod van zorgprofessionals

	Interne definitie	Externe definitie
Aantal werkzame personen	Het aantal personen dat werkzaam is in het beroep waarvoor de raming wordt opgesteld. Peildatum is doorgaans 1 januari van het basisjaar; in dit geval 2025. Het is belangrijk af te bakenen welke personen meetellen, zoals het wel of niet meetellen van personen die (alleen) werkzaam zijn in management/onderwijs.	Het aantal personen dat werkzaam is in het beroep waarvoor de raming wordt opgesteld. Peildatum is doorgaans 1 januari van het basisjaar; hier 2025.
Percentage vrouwen	Het percentage vrouwen dat werkzaam is in het beroep waarvoor de raming wordt opgesteld. (Peildatum is doorgaans 1 januari van het basisjaar.) Is dit strikt noodzakelijk om te melden?	Het percentage vrouwen dat op de peildatum werkzaam is in het beroep waarvoor de raming wordt opgesteld.
FTE	Fulltime equivalent. Aanduiding van de mate waarin men fulltime (1 fte) of parttime (minder dan 1 fte) werkt. Per beroepsgroep kan het aantal uren voor 1 fte verschillen per beroep; in het rapport de definitie van 1 fte vermelden en of NWA daar wel of niet onder valt). Het aantal 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.

	kan eventueel apart voor mannen en vrouwen worden ingevoerd.	
Uitstroom	Het aandeel van de werkzame personen in het basisjaar dat naar verwachting over respectievelijk 5, 10, 15 en 20 jaar niet meer werkzaam is in het beroep. Dit omvat uitstroom vanwege alle redenen (pensionering en voortijdige uitstroom). Let op: het gaat dus enkel om de huidige werkzame beroepsgroep die uitstroomt, niet over de nog af te studeren groep.	Het aandeel van de werkzame personen in het basisjaar dat naar verwachting in de ramingsperiode stopt met werken in het beroep.
Aantal personen in opleiding (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf)	Het aantal personen dat gemiddeld nu per studiejaar in opleiding is. Doorgaans het totaal aantal personen in opleiding, gedeeld door de (nominale) opleidingsduur dat instroomt per jaar tussen nu en het bijsturingsjaar. Doorgaans de gemiddelde historische instroom van de afgelopen 3 jaar).	Aantal personen in opleiding in basisjaar en in de toekomst.
Percentage vrouwen in opleiding (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	(Percentage vrouwen in de opleiding. Dit kan indien nodig apart worden ingeschat voor de drie groepen: gemiddeld nu per jaar, verwacht tot aan het bijsturingsjaar en vanaf het bijsturingsjaar. Eventueel weglaten).	Percentage vrouwen in de opleiding in het basisjaar en in de toekomst (indien relevant).
Opleidingsduur (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Duur van de opleiding in jaren. Er kan voor gekozen worden om de nominale ofwel de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur te nemen (bijvoorbeeld 2,2 jaar).	Duur van de opleiding in jaren.
Intern rendement (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Het percentage van de gestarte aiossen dat het einddiploma behaalt. Zie meer info in de handleiding input parameters model.	Het percentage van de gestarte aiossen dat het einddiploma behaalt.
Extern rendement (nu, tot bijsturingsjaar en vanaf bijsturingsjaar)	Het percentage personen met een einddiploma dat een bepaalde periode (veelal 1, 5, 10 of 15 jaar) in het beroep werkzaam blijft in Nederland.	Het percentage personen met een einddiploma dat een bepaalde periode (veelal 1, 5, 10 of 15 jaar) in het beroep werkzaam blijft in Nederland.

Vraag naar zorgprofessionals

Onvervulde vraag	Inschatting van het verschil in het basisjaar tussen de benodigde en beschikbare capaciteit in fte van een bepaalde beroepsgroep, in procenten van de huidige beschikbare fte's in het basisjaar.
Demografie	Inschatting van de procentuele toe- of afname in behoefte aan zorgprofessionals, als gevolg van veranderingen in de omvang van de bevolking, uitgaande van gelijkblijvend zorggebruik naar leeftijd en geslacht.
Niet demografische ontwikkelingen	Inschatting van de procentuele toe- of afname in behoefte aan zorgprofessionals door niet demografische ontwikkelingen. Dit kunnen beleidsontwikkelingen zijn, maar ook ontwikkelingen vanuit patiënten of

	werkgevers. Het gaat om trends op macro- en microniveau en op zowel de korte als lange termijn. Daarbij kan gedacht worden aan: epidemiologische, sociaal culturele, vaktechnische en financiële ontwikkelingen
--	---

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

Epidemiologie	Veranderingen in behoefte aan zorgprofessionals door verandering in het vóórkomen en de verspreiding van ziekten en aandoeningen onder de bevolking naar leeftijd en geslacht.
Sociaal-cultureel	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de zorg. Bijvoorbeeld toenemende mondigheid van patiënten of financiële barrières tot zorg.
Vakinhoudelijk	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen/wijzigingen in de technische en wetenschappelijke aspecten van het vakgebied, zoals deze bijvoorbeeld tot uiting komen in richtlijnen en zorgstandaarden.
Efficiency	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen die gericht zijn op het verhogen van de efficiency van de werkprocessen van de beroepsgroep en de organisaties waarin zij werken. Voorbeelden zijn schaalvergroting, administratieve druk of toename van productiviteit.
Horizontale substitutie	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een vergelijkbaar opleidingsniveau. Bijvoorbeeld van de specialist in de tweede lijn naar de huisarts in de eerste lijn of vice versa.
Verticale substitutie	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een lager opleidingsniveau of vice versa. Bijvoorbeeld van artsen naar verpleegkundig specialisten of physician assistants.
Arbeidstijdverandering	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verandering in het aantal uur dat een beroepsgroep formeel kan of mag werken, vastgelegd in cao's of andere regelgeving.

Bijlage 2: Geraadpleegde experts

Dit Capaciteitsplan 2027-2030, verantwoordingsrapport Sociale Geneeskunde is tot stand gekomen op basis van uitgebreide dataverzameling door of in opdracht van het Capaciteitsorgaan. De onderzoeksagenda is tot stand gekomen in samenspraak met de Kamer Sociale Geneeskunde, een gremium binnen het Capaciteitsorgaan met beroepsbeoefenaren, (praktijk)opleidingsinstellingen en werkgevers. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Kamer Sociale Geneeskunde. De Kamer Sociale Geneeskunde heeft dit deelrapport goedgekeurd op 24 november 2025. Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft dit deelrapport vastgesteld op 17 december 2025.

De samenstelling van de Kamer Sociaal geneeskundigen was op 24-11-2025:

Beroepsbeoefenaren:

Annemarie Bolt (LAD)
Astrid Nielen (AJN)
Karine van 't Land (KAMG)
Erik Sprong (NVAB), voorzitter
Gerard Breuker (UWV)
Kevin de Decker (NVVG)

Werkgevers:

Angela Bransen (ActiZ Jeugd)
Petra Strienstra (GGD GHOR NL)
Karin Hoogteijling (OVAL)

Opleidingsinstituut/opleidingsinstellingen:

Marc Soethout (IOSG)
Sylvia van der Burg-Vermeulen (IOSG)
Marjolein Bastiaanssen (SGBO)
Jenneke van Rheenen (NSPOH)

Adviserende leden:

Karien Wielaart (TNO)
Merel Mooren (SBOH)

Programma secretarissen

Anneke Witt
Marjolein Brink

Deelnemers veldgesprekken en expertbijeenkomsten naar type en deelnemende organisaties per deskundigheidsgebied

Deskundigheidsgebied	Deelnemende organisaties
Algemeen	<i>Veldgesprekken:</i> IOSG SBOH (accountmanagers) NSPOH (eindverantwoordelijke opleidingen; instituutsopleider)
Bedrijfsartsen	<i>Veldgesprekken</i> Human Total Care (directeur) NSPOH Occupational Health (verzekeringsarts; opleider) Losgio (aios bedrijfsgeneeskunde) NVAB (bestuurslid) SGBO (hoofd opleidingen)

	<i>Expertbijeenkomst</i> Human Total Care (algemeen directeur) De Jonge bedrijfsarts (bestuurslid/aios bedrijfsgeneeskunde; 3^e jaars aios) NVAB (bestuurslid/aios bedrijfsgeneeskunde) OPrijk (praktijkopleider) Arbodienst (bedrijfsarts/praktijkopleider/stafarts)
Verzekeringsartsen	<i>Veldgesprekken</i> NSPOH Occupational Health (verzekeringsarts; opleider) LOSGIO Verzekeringsgeneeskunde (aios) SGBO (hoofd opleidingen) UWV (hoofd medische zaken; hoofd HEM; Beleidsadviseur HRM; hoofd businesscontrol) NVVA (voorzitter) <i>Expertbijeenkomst</i> UWV (HRM-adviseur; beleidsadviseur HRM; Verzekeringsarts/districtsmanager arbeid en gezondheid); NSPOH (verzekeringsarts/instituutopleider)
Arts M+G	<i>Veldgesprekken</i> Losgio (aios M+G) KAMG (voorzitter) GGD GHOR NL (bestuurslid/ algemeen directeur GGD Hecht; DPG GGD Zuid Limburg) <i>Expertbijeenkomst (twee sessies)</i> GGD Hart voor Brabant (arts M+G/ opleider IZB) KAMG (beleidsmedewerker) NZA (arts M+G) KAMG (voorzitter/arts M+G) GGD GHOR Nederland (projectleider opleidingen IZB; beleidsadviseur opleiden) GGD Fryslan (Arts M+G / JGZ) SBOH (beleidsmedewerker) NSPOH (arts M+G/instituutopleider) VGGM (aios M+G/MMK) VAV (bestuurslid/arts M+G) GGD Regio Utrecht (arts M+G) Losgio (arts M+G/vertrouwensarts; aios M+G) UMC Utrecht (arts M+G/preventiecoördinator) Sanquin (arts M+G/donorgeneeskunde) GGD Zuid Limburg (arts M+G/stafarts) CIZ (arts M+G/bestuursadviseur) GGD Regio Utrecht (arts M+G/IZB/bestuurslid KAMG)
Arts Jeugdgezondheidszorg	<i>Veldgesprekken</i> Actiz Jeugd (directeur, beleidsadviseur) AJN (bestuursleden en artsen M+G) Jeugdartsen (Aios; arts M+G/opleidingscoördinator; stafarts/opleidingscoördinator) TNO (adviseur jeugdarts KNMG, eindverantwoordelijke eerste fase JGZ)

	<i>Expertbijeenkomst</i> GGD Amsterdam (arts M+G) NSPOH (instituutsopleider) GGD Fryslan (arts M+G, stafarts) GGD NOG (jeugdarts KNMG) CJG Den Haag (aios arts M+G)
Artsen IZB/TB	<i>Veldgesprekken</i> NVIB (IZB, bestuursleden) GGD GHOR NL (IZB, projectleider IZB; kwartiermaker bovenregionale samenwerking) Losgio (aios IZB) REC Noordoost (TB, procescoördinator) GGD Amsterdam (TB, teamleider /regiocoördinator Noordwest) REC Nederland Zuid (TB, procescoördinator) <i>Expertbijeenkomst</i> GGD West Brabant (Arts M+G/TB) GGD Hart voor Brabant (Arts M+G/IZB) GGD Rotterdam Rijnmond (longarts) GGD GHOR Nederland (projectleider opleiding IZB) GGD Haaglanden (Arts M+G TB) RIVM (arts M+G IZB/opleider) NSPOH (instituutsopleider)
Arts Medische milieukunde	<i>Veldgesprekken</i> GGD GHOR Nederland (coördinator gezonde leefomgeving) NVMM (bestuurslid/ Arts M+G) RIVM (arts M+G/praktijkopleider) GGD (aios 2^e fase) <i>Expertbijeenkomst</i> GGD Gelderland Zuid (aios arts M+G) Aios MMK KNMG Aios MMK M+G GGD Haaglanden (strategisch adviseur/arts M+G) RIVM (arts M+G)
Vertrouwensarts	<i>Veldgesprekken</i> VVAK (bestuursleden) <i>Expertbijeenkomst</i> NSPOH (instituutsopleider) Veilig Thuis Oost Brabant (arts M+G) Veilig Thuis Utrecht (aios M+G) Veilig Thuis Kennemerland (aios M+G en teammanager) VVAK (voorzitter) Veilig Thuis Rotterdam Rijnmond (vertrouwensarts)
Arts donorgeneeskunde	<i>Veldgesprekken</i> NVDG (bestuurslid/donorarts/bestuurslid KAMG; vice voorzitter/ Arts M+G) Matchis (medisch directeur) Eurotranspland (donorarts KNMG)

	Sanquin (arts M+G/donorgeneeskunde; aios donorarts KNMG; aios arts M+G; donorarts KNMG) ETB Bislife (donorarts KNMG) Nederlandse Transplantatiestichting (manager operations; arts) Matchis (medisch directeur/aios M+G)
BAIA-arts	<i>Veldgesprekken</i> VAV (adviserende geneeskundige VGZ; hoofd opleider en strategisch medisch adviseur GGD)
Forensisch arts	<i>Veldgesprekken</i> LOEF (forensisch geneeskundige/hoogleraar) NSPOH (hoofd opleider) Aios GGD GHOR Nederland (projectleider) GGD Amsterdam (afdelingshoofd) FMG (voorzitter/forensisch arts; bestuurslid/aios) <i>Expertbijeenkomst</i> GGD GHOR Nederland (projectleider) NFI (manager) GGD Hollands Noorden (forensisch arts) FMG (bestuurslid) GGD Regio Utrecht (forensisch arts) GGD Amsterdam (coördinerend manager)
Arts M+G /defensie	<i>Veldgesprek</i> Landmacht (stafarts)

Bijlage 3: Afkortingen en Begrippenlijst

Tabel B4.1 bevat (in alfabetische volgorde) in dit Capaciteitsplan (veel) voorkomende afkortingen en begrippen en hun betekenis.

Tabel B4.15: Lijst met afkortingen en begrippen

Afkorting/begrip	Betekenis
AI	Artificial Intelligence
Aios	Arts in opleiding tot specialist
Anios	Arts niet in opleiding tot specialist
ATV	Arbeidstijdverandering
BAIA	Beleid en advies en indicatie en advies
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGS	College Geneeskundige Specialismen; het CGS stelt regels vast voor de opleidingen, de erkenning van opleidingen en opleiders en de (her)registratie van specialisten en profielartsen.
Extern rendement	Het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na bepaalde tijd nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid.
Fte	Fulltime-equivalent
Functiemix	De betrokkenheid van verschillende beroepen bij de behandeling van cliënten
Intern rendement	Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt.
IOSG	Interprofessionele opleidingen binnen de Sociale Geneeskunde
IZB	Infectieziektebestrijding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LOP	Landelijk OpleidingsPlan
MMK	Medische Milieukunde
NFU	Nederlandse Federatie van Universiteiten
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor aios sociale geneeskunde
Opleidingsinstituut	Onderwijsinstelling die de opleiding tot sociaal geneeskundige verzorgt

PA	Physician Assistant(s)
Parameter	Variabele waaraan een bepaalde waarde wordt toegekend, om met behulp daarvan andere onbekende grootheden te kunnen berekenen.
Parameterwaarde	Percentage jaarlijks benodigde groei of krimp van een beroepsgroep.
RGS	Registratiecommissie geneeskundig specialismen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen, Specialisten ouderen geneeskunde en Sociaal geneeskundigen; werkgever van artsen in opleiding voor genoemde vakgebieden.
SGBO	Sociaal geneeskundige beroepsopleidingen
SSB	Sociaal Statistisch Bestand; bevat databestanden over o.a. personen, banen, inkomen en opleidingen. Deze gegevens zijn onderling gekoppeld.
TB	Tuberculosebestrijding
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek; opleidingsinstituut voor de opleiding tot jeugdarts KNMG
UPHO	Universitair Public Health Opleidingsinstituut
UvN	Universiteiten van Nederland
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zelfstandige zonder personeel

**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