Onderzoek naar de herintroductie van verzorgingshuizen

September 2025

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. Directie Maatschappelijke Ondersteuning
Parnassusplein 5, 2511 VX
Den Haag

12 september 2025

Referentie: 2025-V8F0/SVV/bg/mo

Betreft: Onderzoek herintroductie verzorgingshuizen

Geachte mevrouw Roelofs,

Voor u ligt ons rapport over het onderzoek naar herintroductie van het verzorgingshuis. Dit rapport is opgesteld conform onze afspraken vastgelegd in de opdrachtbevestiging van 22 mei 2025.

Dit rapport hebben wij opgesteld in het kader van het in beeld krijgen van de kosten van herintroductie van het verzorgingshuis voor de beoogde doelgroep, en de bredere implicaties van herintroductie voor individuele bewoners (in termen van betaalbaarheid), alsook de arbeidsmarkt (in termen van personeelstekorten).

Hebt u nog vragen? Neem dan gerust contact met mij op.

Met vriendelijke groet,

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.,

Sander van Veldhuizen
Partner
sander.van.veldhuizen@pwc.com

'PwC' is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services N.V. (KvK 51414406), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services N.V. (KvK 54226368), PricewaterhouseCoopers N.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op deze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Op leveringen aan deze vennootschappen zijn algemene inkoopvoorwaarden van toepassing. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen, waaronder deze algemene (inkoop)voorwaarden die ook zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.

Over dit rapport

Reikwijdte

Dit rapport heeft als doel om de kosten van de herintroductie van het verzorgingshuis voor een specifieke doelgroep in kaart te brengen, en perspectief te bieden op de implicaties van herintroductie voor de individuele bewoner (in termen van betaalbaarheid), alsook de arbeidsmarkt (in termen van tekorten). Hoewel het onderzoek vanwege de verschillende onderwerpen – waaronder zorgkosten, bouwkosten, arbeidsmarkttekorten en betaalbaarheid – uitgebreid is, is de doorrekening (beleidsarm) uitgevoerd voor een specifieke woonvorm en doelgroep.

Wij hebben de werkzaamheden uitgevoerd zoals afgesproken in de opdrachtbevestiging. Zie hoofdstuk 1 (introductie) voor een uitgebreidere toelichting van de opdrachtomschrijving en aanpak.

Wij hebben onze analysewerkzaamheden afgerond op 12 september 2025. Dit rapport bevat daarom niet de gevolgen van gebeurtenissen na die datum of de impact van later beschikbaar gekomen informatie.

Beschikbaarheid en kwaliteit van informatie

Het onderzoek is gebaseerd op deskresearch, gesprekken met ouderen en vertegenwoordigers van zorg- en welzijnsorganisaties en een eigen enquête onder ouderen met 13.160 respondenten. Zie hoofdstuk 1 (introductie) en 7 (referenties) voor een uitgebreidere toelichting van de gebruikte informatie.

Deze informatie heeft ons in staat gesteld inzicht te krijgen in de verschillende benodigde componenten om de doorrekening uit te kunnen voeren. Tegelijkertijd constateren we dat openbare data en informatie over dit onderwerp versnipperd en van wisselende kwaliteit is. Zodoende zijn waar nodig veronderstellingen gedaan om de doorrekening uit te kunnen voeren. Veronderstellingen zijn gedurende het onderzoek getoetst bij de opdrachtgever en/of de klankbordgroep om deze te valideren.

Uitgangspunt voor ons werk

We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op

het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit- of reviewstandaarden.

Toegang tot ons rapport

Ons rapport is specifiek opgesteld voor cliënt met wie we overeenstemming hebben over het doel en de reikwijdte van ons werk of aan wie we de aard en omvang van ons werk en de beperkingen daarin hebben toegelicht. Voor het gebruik van het rapport door andere partijen dan de cliënt aanvaarden wij derhalve geen verantwoordelijkheid, zorgplicht of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins.

Zoals overeengekomen in onze opdrachtbrief, mag ons rapport uitsluitend voor informatieve doeleinden worden gedeeld.

Mocht u een verzoek op grond van de *Wet open overheid (*hierna: "Woo-verzoek") ontvangen met betrekking tot schriftelijke uitingen van PwC, dan verzoeken wij u ons onverwijld (in ieder geval voorafgaand aan de besluitvorming over het Woo-verzoek en dus voorafgaand aan een eventuele openbaarmaking) schriftelijk op de hoogte te stellen. In dat kader verzoeken wij u ons te voorzien van alle beschikbare achtergrondinformatie met betrekking tot het Woo-verzoek. U stelt ons daarmee in de gelegenheid om vooruitlopend op de door u te nemen beslissing op het Woo-verzoek onze zienswijze over het Woo-verzoek naar voren te brengen.

Overige opmerkingen

Het Rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) het Rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht.

Voorwoord

Dit rapport bevat onze raming van de kosten en bredere implicaties van de herintroductie van verzorgingshuizen in Nederland, die gestoeld is op onze raming van de omvang van de doelgroep die in aanmerking zou komen voor het beoogde verzorgingshuis én zou overwegen naar deze woonvorm te verhuizen. Wij hebben onafhankelijk onderzoek gedaan en onze eigen conclusies getrokken.

Ons onderzoek is feiten gedreven: wij hebben ons gebaseerd op bestaand onderzoek en data, en telkens meerdere benaderingswijzen onderzocht en gewogen om tot gedegen inzicht te komen. Beelden die ontstonden uit data zijn verrijkt met inzichten uit een eigen enquête – waar 13.160 ouderen op reageerden – en uiteenlopende gesprekken met ouderen, vertegenwoordigers van zorginstellingen en andere belanghebbenden.

Bij het uitvoeren van het onderzoek zijn wij daarnaast bijgestaan door een constructief-kritische klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers van ActiZ, Aedes, Alzheimer Nederland, ANBO-PCOB, Mantelzorg Nederland, ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO), Radboudumc, Senioren Netwerk Nederland, VNG, Zorgverzekeraars Nederland, en de directie DMO als opdrachtgever. De rol van de klankbordgroep was de verificatie van feiten en signaleren van eventuele aanscherpingen op de onderzoeksaanpak. Wij danken de deelnemers voor hun betrokkenheid en de tijd die ze hebben genomen om op onze aanpak en onze concepten te reageren, onze vragen te beantwoorden en hun inzichten met ons te delen. De conclusies blijven uiteraard voor onze rekening.

Een conceptrapport is gedeeld met de klankbordgroep op 15 en 27 augustus 2025. Leden van de klankbordgroep hebben schriftelijke reactie kunnen geven. Het ontvangen commentaar en de reactie van PwC hierop (aanpassing doorvoeren of niet, inclusief motivatie) zijn schriftelijk vastgelegd en met opdrachtgever gedeeld.

Op basis van ons onderzoek concluderen wij in de eerste plaats dat de groep ouderen die ‘tussen wal en schip valt’ bestaat, en dat er binnen deze groep ook behoefte is aan (een vorm van) het verzorgingshuis. Ook stellen wij vast dat het realiseren van een dergelijke vorm investeringen zal vereisen.

In dit onderzoek geven wij geen oordeel over of, in hoeverre en in welke vorm de verzorgingshuizen geherintroduceerd zouden moeten worden. Wel biedt ons onderzoek een aantal handvaten, waarvan wij hopen dat deze beleidsmakers in staat zullen stellen om afgewogen keuzes te maken.

Tijdens het onderzoek werden we geraakt door de vele persoonlijke verhalen die we ontvingen in handgeschreven brieven, mails, en in waardevolle gesprekken bij ouderen thuis. Dit benadrukte nog eens hoezeer dit onderwerp leeft. We hopen dat ons rapport bijdraagt aan een beter inzicht in de noden en wensen van ouderen en daarmee aan de inrichting van het woonzorglandschap voor hen.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 6
Samenvatting 7
1. Introductie 11
1.1 Aanleiding van het onderzoek 11
1.2 Vraagstelling 11
1.3 Onderzoeksaanpak 14
1.4 Gehanteerde data 15
1.5 Verspreiding en verwerking commentaren 15
2. Afbakening van de potentiële doelgroep 16
2.1 Methodiek om de doelgroep af te bakenen 16
2.2 Omvang van de potentiële doelgroep voor het verzorgingshuis 17
2.3 Verdieping per ramingsmethodiek 18
3. Woon- en zorgbehoefte van de doelgroep 29
3.1 Zorgbehoeften van de doelgroep 29
3.2 Woonbehoeften van de doelgroep 35
4. Kosten van het organiseren van het verzorgingshuis 41
4.1 Vertaling van doelgroep naar bewoners 42
4.2 Kosten van zorg en ondersteuning in de woonvorm 46
4.3 Meerkosten van bouwen van het verzorgingshuis 55
4.4 Overige kosten en besparingen 63
4.5 Budgettaire impact van herintroductie 67
5. Implicaties van introductie van de beoogde woonvormen 69
5.1 Betaalbaarheid voor bewoners 69
5.2 Arbeidsmarkteffecten 74
6. Reflectie 85
6.1 Zorginzet en -kosten 85
6.2 Woonvorm 87
7. Referenties 88
8. Bijlagen 94
Over de auteurs 112

Samenvatting

Geconstateerd is dat er – (mede) als gevolg van hervormingen van de langdurige zorg – mogelijk een 'gat' bestaat in het woon- en zorgaanbod voor ouderen voor wie een plek in het verpleeghuis nog niet aan de orde is, maar de zorgafhankelijkheid al wel gevorderd is.[1] Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft PwC gevraagd te onderzoeken voor welke groep ouderen dit 'gat' bestaat (in kenmerken en omvang), te ramen wat de kosten van de herintroductie van het verzorgingshuis voor deze groep zouden zijn, en perspectief te bieden op de implicaties van herintroductie voor de individuele bewoner (in termen van betaalbaarheid), alsook de arbeidsmarkt (in termen van personeelstekorten).

Uitgangspunt voor deze doorrekening is dat de zorg voor de doelgroep wordt georganiseerd via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); zij krijgen geen toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Het startjaar is afhankelijk van de termijn waarop eventueel benodigde wetgeving ingeregeld kan worden; meegegeven uitgangspunt is startjaar 2029. Ramingen zijn uitgevoerd tot en met 2050.

In 2029 bestaat de totale potentiële doelgroep uit 56.385 ouderen

De beoogde doelgroep bij herintroductie van het verzorgingshuis bestaat uit *een deel* van de ouderen die tot 2013 en 2014 in aanmerking kwamen voor een indicatie VV2 of VV3 in de langdurige zorg; specifiek ouderen die een hoge leeftijd hebben, alleen wonen, en daarnaast geen of een zwak sociaal netwerk, een laag inkomen en laag opleidingsniveau hebben. Zij zijn als gevolg van gezondheidsklachten niet in staat om algemene dagelijkse levensverrichtingen zelfstandig uit te voeren. Omdat deze ouderen beperkte hulpbronnen hebben – bijvoorbeeld in de vorm van een partner of naaste die mantelzorg kan verlenen, of financiële middelen om particuliere zorg aan te kunnen spreken – zijn zij aangewezen op professionele (collectieve) zorg en ondersteuning.

Ten tijde van de genoemde hervormingen van de langdurige zorg is deze groep ook geïdentificeerd als groep die mogelijk tussen wal en schip zullen belanden. Deze ouderen ervaren nu een hiaat op het vlak van wonen en zorg. In 2029 betreft dit naar schatting een groep van 56.385 ouderen.

Om de kosten en effecten van herintroductie van het verzorgingshuis te ramen is uitgegaan van twee scenario's: een onzelfstandige, en een zelfstandige woonvorm

De wijze waarop het verzorgingshuis wordt gerealiseerd is bepalend voor de kosten en implicaties; enkel het gedeelte van de groep van 56.385 ouderen dat naar een bepaalde woonvorm zou verhuizen is immers relevant voor de doorrekening. In de context van dit onderzoek zijn twee woonvormen voor het verzorgingshuis ('scenario's) gespecificeerd:

- Scenario 1 (onzelfstandig): elke bewoner heeft een kamer met eigen badkamer, en deelt een woonkamer, keuken en ontmoetingsruimte met andere bewoners.

[1] Opdrachtomschrijving

- Scenario 2 (zelfstandig): elke bewoner heeft een zelfstandig tweekamerappartement, en deelt een ontmoetingsruimte met andere bewoners.

In 2029 is in scenario 1 sprake van 6.761, en in scenario 2 van 20.237 ouderen die in beginsel naar de betreffende woonvorm zou willen verhuizen

Om de bereidheid van de doelgroep om te verhuizen te bepalen, is onderzoek naar secundaire bronnen uitgevoerd, en een enquête uitgevoerd onder ouderen waarin de verhuisbereidheid voor verschillende woonvormen is getoetst. Deze enquête is door 13.160 ouderen ingevuld. Op basis hiervan bestaat de doelgroep in 2029 uit 6.761 ouderen in scenario 1, en 20.237 ouderen in scenario 2. De doelgroep is groter in scenario 2 omdat een groter aandeel van de ouderen in de doelgroep bereid is om te verhuizen naar een zelfstandige woning.

Herintroductie van het verzorgingshuis verhoogt de budgettaire uitgaven in 2040 met €160,2 miljoen in scenario 1 en €535,7 miljoen in scenario 2

Naast het aantal bewoners per jaar is de budgettaire impact afhankelijk van de veranderingen in zorgkosten (Zvw, Wlz en Wmo), huurtoeslag en eigen bijdragen (Wlz) per bewoner.

Verandering in zorgkosten

Bij het in kaart brengen van de zorgkosten per bewoner is uitgegaan van de netto impact van de toename in zorginzet in het verzorgingshuis en de verwachte afname van overige zorgkosten (e.g.: huisartsenzorg, MSZ, mondzorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg). De zorginzet is gebaseerd op de hoeveelheid zorg waar de doelgroep vroeger recht op zou hebben gehad in het verzorgingshuis. Dit is meer zorg dan de doelgroep nu doorgaans in de thuissituatie ontvangt. In diverse onderzoeken wordt geconstateerd dat de huidige zorginzet voor deze ouderen ontoereikend of niet passend is, en de doelgroep zelf geeft aan behoefte te hebben aan meer zorg en ondersteuning. De zorgkosten per oudere nemen in scenario 1 toe met 46-124%, en in scenario 2 met 46-100%.

Verandering in huurtoeslag en eigen bijdragen (Wlz)

De woonvorm in scenario 1 voldoet niet aan de vigerende eisen voor huurtoeslag, waardoor de budgettaire uitgaven aan huurtoeslag per bewoner afnemen met €4.248 per jaar. In scenario 2 nemen de budgettaire uitgaven per bewoner toe met €684 per jaar. Op termijn zal een deel van de bewoners van het verzorgingshuis in aanmerking kunnen komen voor een indicatie in de Wlz. Ten opzichte van het basispad neemt de (Wlz) eigen bijdrage voor een deel van de bewoners met een Wlz-indicatie toe met €2.109 per jaar.[2]

[2] Voor bewoners staat hier vanuit het oogpunt van betaalbaarheid tegenover dat de voedingskosten deel uitmaken van het VPT, en zij deze kosten niet meer hoeven te betalen.

In 2040 stijgen de jaarlijkse budgettaire uitgaven met €160,2 miljoen in scenario 1, en €535,7 miljoen in scenario 2; verschillen worden gedreven door verschillen in zorginzet (hoger in scenario 1, lager in scenario 2) en bewonersaantallen en huurtoeslag (lager in scenario 1, hoger in scenario 2).

(Meer)kosten voor de bouw bedragen per woning € 16.426 in scenario 1 en € 23.645 in scenario 2, cumulatief tot een onrendabele top in 2040 van €197,1 miljoen in scenario 1 en €846,7 miljoen in scenario 2

Geclusterde en zorggeschikte ouderenwoningen zijn duurder om te bouwen dan 'reguliere' woningen. Nieuwbouw van het verzorgingshuis in de voorgestelde vorm leidt tot meerkosten van €16.426 per woning in scenario 1, en €23.645 in scenario 2. De meerkosten vormen een onrendabele top die (ten minste gedeeltelijk) gedekt zal moeten worden om partijen te stimuleren om deze woningen te realiseren. Als er voldoende woningen worden gebouwd voor de gehele doelgroep, leidt dit tot een cumulatieve te dekken onrendabele top in 2040 van €197,1 miljoen in scenario 1, en €846,7 miljoen in scenario 2.

Meerkosten van nieuwbouw vertalen zich niet direct in budgettaire impact, omdat de manier waarop en mate waarin deze budgettaire impact hebben afhankelijk is van wie de woonvorm gaat realiseren of daar financieel aan bijdraagt. De woningen zullen waarschijnlijk niet tot stand komen zonder (enige) compensatie van de meerkosten; de budgettaire doorvertaling daarvan hangt af van zowel de vorm als de bron van het in te zetten beleidsinstrument.

Betaalbaarheid voor bewoners is sterk afhankelijk van het scenario; de woonlasten zijn in beide scenario's een knelpunt voor ouderen met de laagste inkomens

Betaalbaarheid van de woonvorm is een cruciale overweging voor de doelgroep. Als zij de woning niet kunnen betalen, dan zullen zij hier geen gebruik van maken. In beide scenario's nemen de woonlasten voor bewoners toe. Omdat de woning in scenario 1 volgens huidige vereisten niet in aanmerking komt voor huurtoeslag, leidt dit tot een woonlastenstijging voor de doelgroep met 231%. De doelgroep kan als gevolg van deze stijging niet voldoen aan de basisuitgaven, het absolute minimum voor levensonderhoud. In scenario 2 nemen de woonlasten ook toe; ouderen in de doelgroep houden maandelijks €183,17 over na de basisuitgaven.

De hogere zorginzet in het verzorgingshuis vergroot het verwachte arbeidsmarkttekort in 2034[3] met 2.799 medewerkers in scenario 1, en 6.345 medewerkers in scenario 2

In 2034 wordt een personeelstekort van 265.600 medewerkers verwacht in de sector zorg en welzijn, waarvan 40% in de ouderenzorg.[4] Herintroductie van verzorgingshuizen verhoogt de personeelsinzet per bewoner (op basis van historische zorginzet), maar clustering maakt zorg efficiënter omdat reistijd afneemt. Toch neemt het verwachte tekort in beide scenario's toe; met de veronderstelde zorginzet neemt

[3] Voor de ramingen van het verzorgingshuis wordt startjaar 2029 gehanteerd; om inzicht te bieden in de structurele impact op de arbeidsmarkt is het laatst beschikbare jaar uit het prognosemodel (2034) gepresenteerd, nadat de bewonerspopulatie van het verzorgingshuis gestabiliseerd is.
[4] Branches thuiszorg en verpleging & verzorging.

het verwachte arbeidsmarkttekort in 2034 toe met 2.799 medewerkers in scenario 1, en 6.345 medewerkers in scenario 2.

Reflectie op de methodiek en uitkomsten

De kosten en implicaties van herintroductie van het verzorgingshuis zijn sterk afhankelijk van de gekozen invulling van het verzorgingshuis (in termen van zorg en woonvorm). Omdat de doelgroep nu niet in beeld is en de beoogde woonvorm met de veronderstelde inzet van zorg en ondersteuning op dit moment niet bestaat voor die doelgroep, zijn noodzakelijkerwijs veronderstellingen gedaan om de doorrekening uit te kunnen voeren. De methodologie heeft implicaties voor hoe uitkomsten gelezen dienen te worden.

Zorginzet

Zorgkosten en arbeidsmarkeffecten zijn afhankelijk van de zorginzet in het verzorgingshuis. Als er een lagere zorginzet wordt verondersteld, is de impact op budgettaire uitgaven en het arbeidsmarkttekort ook lager dan gepresenteerd in dit rapport waarbij is uitgegaan van historische zorginzet. De historische zorginzet is mogelijk hoger dan de hoeveelheid zorg die vandaag de dag in de praktijk wordt ingezet. Naar verwachting hebben veranderingen plaatsgevonden in de manieren van werken in de (langdurige) zorg, onder andere gedreven door personeelstekorten; er wordt ingezet op het verminderen van de (professionele) zorginzet. Doorrekening op basis van een lagere zorginzet zou impact op uitgaven en de arbeidsmarkt verlagen. Dit effect is op basis van beschikbare data en informatie echter niet gedegen te kwantificeren.

Woonvorm

Meerkosten van bouw zijn afhankelijk van de gekozen vorm, locatie, en de mogelijkheden om naast nieuwbouw ook mogelijkheden te vinden binnen bestaand vastgoed. In deze raming is uitgegaan van nieuwbouw van zorggeschikte woningen, tegen gemiddelde meerkosten voor geclusterde woonvormen in de Wlz. Bij eventuele herintroductie dienen dergelijke keuzes verder te worden verdiept om een beter beeld te krijgen van de meerkosten. Het is denkbaar dat de meerkosten gerelateerd aan bouw als gevolg van deze verdieping lager zullen uitvallen. Dit effect is op basis van nu beschikbare informatie echter niet gedegen te kwantificeren, en wordt als zodanig buiten beschouwing gelaten.

Daarnaast zijn bij een herintroductie van verzorgingshuizen de volgende overwegingen van belang. De herintroductie van het verzorgingshuis gaat uit van zorgpakketten vergelijkbaar met de Wlz, maar gefinancierd via de Zvw en Wmo. Dit leidt tot uitvoeringsvragen, bijvoorbeeld als gevolg van de gedecentraliseerde en separate indicatiestelling van de Zvw en Wmo. Naast de directe effecten op zorgkosten die zijn geïncludeerd in de raming, kunnen er zich op de lange termijn ook neveneffecten voordoen door herintroductie van het verzorgingshuis; bijvoorbeeld als ouderen later instromen in de Wlz, of als de nabijheid van zorg een aanzuigend effect heeft op zorggebruik. Ten aanzien van de woonvorm zijn ook niet-financiële risico's voor ontwikkelaars, zoals bijvoorbeeld de lange-termijn inzetbaarheid van vastgoed, en vraagstukken rondom toewijzing van de woningen van belang.

1. Introductie

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Met het programma Wonen en zorg voor ouderen wordt ingezet op het realiseren van voldoende en passende woningen voor een toenemend aantal ouderen. In 2030 beoogt het kabinet hiertoe 290.000 additionele woningen voor ouderen gerealiseerd hebben. Deze woningen zijn opgedeeld in drie typen, en zijn bedoeld om tegemoet te komen aan de verschillende woonbehoeften van ouderen.[5] Met de huidige invulling van de bouwopgave – en in het verlengde van de afbouw van verzorgingshuizen – is er mogelijk een gat in het woon- en zorgaanbod voor een groep ouderen; specifiek ouderen voor wie een plek in het verpleeghuis nog niet aan de orde is, maar zorgafhankelijkheid al wel gevorderd is. Om deze reden werd het voornemen onderzoek te doen naar de terugkeer van de verzorgingshuizen in september 2024 al opgenomen in het regeerprogramma.[6] Op 20 februari 2025 informeerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Tweede Kamer extern onderzoek uit te laten voeren naar de kosten en implicaties van herintroductie van het verzorgingshuis voor deze groep.[7]

1.2 Vraagstelling

De directie Maatschappelijke Ondersteuning (DMO) van het ministerie van VWS heeft PwC gevraagd onafhankelijk onderzoek te doen naar het bestaan van en de omvang van de bovengenoemde groep, kosten van herintroductie van verzorgingshuizen voor deze groep, en de impact van herintroductie op de arbeidsmarkt, betaalbaarheid voor bewoners en de bouwopgave voor ouderenhuisvesting. Hierbij dient aandacht te zijn voor primaire en secundaire effecten van wonen in het verzorgingshuis.[8] Voor de doelgroep en woonvorm zijn de volgende uitgangspunten meegegeven:[9]

1. **Doelgroep**
   De beoogde doelgroep van het verzorgingshuis bestaat uit ouderen die vroeger in aanmerking zouden komen voor een plek in het verzorgingshuis met een zorgprofiel VV2 of VV3 vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).[10] Tegenwoordig wonen deze ouderen zelfstandig in de wijk, een plek in het verpleeghuis is nog niet aan de orde. Een deel van deze ouderen kampt met een gevorderde zorgafhankelijkheid, vaak door beginnend regieverlies, waardoor zij behoefte hebben aan een

[5] 170.000 nultreden woningen, 80.000 woningen in geclusterde woonvormen, en 40.000 verpleegzorgplekken, of 'zorggeschikte' woningen.
[6] Rijksoverheid. (13 september 2024). *Regeerprogramma, Uitwerking van het hoofdlijnenakkoord door het kabinet*.
[7] Agema, M.F. & Maeijer, V. (2025, 20 februari). *Kamerbrief met reactie op paper 'Leefvormen in een ouder wordende samenleving' van Movise en Vilans*.
[8] Eerdere doorrekeningen van de extramuralisering (in de aanloop naar de hervorming van de langdurige zorg in 2015) en het opnieuw toegang verlenen tot de Wlz voor mensen met een indicatie VV2 of VV3 (Zorgkeuzes in Kaart) gaan uit van de directe effecten, en nemen daarmee mogelijk niet alle kosten en baten mee
[9] De gehanteerde uitgangspunten zijn in lijn met Agema, M.F. & N.P.V. Pouw-Verweij. (2023, 6 december). *Voorstel van wet van de leden Agema en Pouw-Verweij inzake wijziging van de Wet langdurige zorg in verband met de terugkeer van de verzorgingshuizen*'.
[10] Voor 2015 was de langdurige zorg geregeld via de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). De Wlz is in 2015 in werking getreden.

beschutte woonomgeving.[11] De doelgroep bestaat specifiek uit ouderen met beginnend regieverlies en een bestaande zorgbehoefte, die zonder partner of sociaal netwerk leven, en voorheen in aanmerking zouden komen voor een zorgprofiel VV2 of VV3.

2. Woonvorm

Er is sprake van een beschutte woonvorm waarin ouderen samen in een gebouw wonen ("gezamenlijk huis") met een inpandige ontmoetingsruimte en een gedeelde buitenruimte. De woonvorm is zorggeschikt; dit betekent dat het gebouw en de woningen rolstoel toe- en doorgankelijk zijn.[12] Er is controle op de toegang tot het gebouw. Een vaste zorgaanbieder organiseert de zorg en ondersteuning in het gebouw, en zorg en ondersteuning is op afroep beschikbaar. Het verzorgingshuis biedt ouderen daarmee bescherming en veiligheid, maar nog geen 24-uurs toezicht en verpleegzorg in de nabijheid zoals in het verpleeghuis. Er is voldoende schaal voor de zorgaanbieder om te kunnen werken vanuit een zorgpost in het gebouw. Idealiter wordt de woonvorm in directe nabijheid van of in verbinding met een verpleeghuis gerealiseerd. De zorgverlening kan dan efficiënt worden ingericht, en een eventuele verhuizing naar het verpleeghuis op een later moment is minder ingrijpend omdat de omgeving en zorgverleners al bekend zijn.

Bovenstaande uitgangspunten vormen de basis van een tweetal scenario's, welke worden gehanteerd binnen dit onderzoek:

Scenario 1: De woonvorm sluit aan bij de historische invulling van het verzorgingshuis. Ouderen bewonen een kamer met eigen sanitair (badkamer en toilet) in een complex. Bewoners delen – aanvullend op de ontmoetingsruimte op de begane grond – een woonkamer en keuken per twaalf bewoners. Omdat de eigen woning van de bewoner niet beschikt over een keuken, is sprake van een onzelfstandige woning.[13] Bij een onzelfstandige woning kan in de basis geen aanspraak worden gemaakt op huurtoeslag, tenzij het woongebouw hier door Dienst Toeslagen specifiek voor wordt aangemerkt.

Scenario 2: De woonvorm sluit in termen van fysieke invulling aan bij hedendaagse ontwikkelingen op het vlak van geclusterde zorggeschikte woningen.[14] Ouderen bewonen een zelfstandig tweekamerappartement in een complex, met eigen woonkamer, keuken, aparte

[11] Beginnend regieverlies kan het gevolg zijn van vorderende dementie, maar kan ook andere oorzaken hebben. Dementie is specifiek opgenomen als mogelijke oorzaak van regieverlies in de onderzoeksvragen, maar gedurende de looptijd van het onderzoek losgelaten als specifiek kenmerk van de doelgroep omdat regieverlies uiteenlopende oorzaken kan hebben en ook afhankelijk is van de persoonlijke kenmerken en context van een oudere.
[12] De gehanteerde definitie van een zorggeschikte woning wordt in hoofdstuk 4 nader toegelicht.
[13] Er is sprake van een zelfstandige woning als de woning beschikt over een eigen toegang, eigen keuken en eigen sanitair. Er is sprake van een eigen toegang, omdat bewoners de deur van de kamer af kunnen sluiten en niet afhankelijk zijn van ruimten van anderen om de woning te bereiken. Ook is sprake van eigen sanitair. De keuken wordt echter gedeeld, waardoor de woning niet zelfstandig kan worden bewoond. Bewoner is immers afhankelijk van gedeelde voorzieningen.
[14] De woonvorm is fysiek vergelijkbaar met zorggeschikte geclusterde woonvormen, maar verschilt door de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt georganiseerd, en door de doelgroep waarvoor de woonvorm beschikbaar wordt gesteld.

slaapkamer en sanitair (badkamer en toilet). Omdat er sprake is van een zelfstandige woning, wordt verondersteld dat bewoners aanspraak kunnen maken op huurtoeslag.

Specifiek heeft DMO aan PwC de volgende onderzoeksvragen gesteld:[15]

1. Op welke wijze kan de doelgroep worden afgebakend van andere groepen ouderen?;
2. Wat is de woon- en zorgbehoefte van deze afgebakende doelgroep?;
3. Wat zijn de kosten van het organiseren van een beschutte woonomgeving voor mensen met beginnend regieverlies?;[16]
    i. Bepaal hoe groot de groep is die, meestal door vorderende dementie, een regieverlies heeft en die behoefte heeft aan een beschutte woonomgeving zoals hierboven beschreven;
    ii. Bepaal de kosten die verbonden zijn aan deze woonomgeving. Neem hierbij in ieder geval de volgende kosten mee:
        i. De kosten voor de zorg in de beschutte woonvorm;
        ii. De extra bouwkosten ten opzichte van reguliere woningen (o.a. kosten voor bouweisen/toegankelijkheidseisen, kosten voor brandveiligheid);
        iii. De kosten voor de zorg in de situatie dat deze mensen zelfstandig thuis wonen, zowel de kosten voor wijkverpleging en ondersteuning als voor ziekenhuiskosten en het eerstelijnsverblijf;
        iv. De gevolgen voor crisiszorg kosten in verband met meldingen van mensen met verward gedrag[17];
        v. Mogelijk andere kosten.
    iii. Bepaal het effect op de betaalbaarheid van deze woonvorm voor de bewoner (netto effect van lagere eigen bijdrage, betalen huur, ontbreken huurtoeslag);
    iv. Bepaal de gevolgen voor de arbeidsmarkt die hiermee gepaard zijn; maak hierbij een onderverdeling in de verschillende typen zorgverleners. Neem daarbij ook de kosten mee van overhead, zoals kosten verbonden met de reisbeweging/ reistijd;
    v. Bepaal welk deel van de opgave van 290.000 woningen voor ouderen tot en met 2030 voor de verzorgingshuizen gereserveerd moet worden.

[15] Bijlage 1 biedt een overzicht van de onderzoeksvragen en de hoofdstukken waarin deze worden beantwoord.
[16] Beginnend regieverlies kan het gevolg zijn van vorderende dementie, maar kan ook andere oorzaken hebben. Dementie is specifiek opgenomen als mogelijke oorzaak van regieverlies in de onderzoeksvragen, maar gedurende de looptijd van het onderzoek losgelaten als specifiek kenmerk van de doelgroep omdat regieverlies uiteenlopende oorzaken kan hebben en ook afhankelijk is van de persoonlijke kenmerken en context van een oudere.
[17] Meldingen van personen met verward of onbegrepen gedrag (“E33-meldingen”) kunnen gerelateerd zijn aan dementie, en aanleiding geven tot crisiszorg op het moment dat de persoon waarover melding wordt gemaakt (tijdelijk) niet verantwoord thuis kan wonen.

Andere beleidsmaatregelen en ontwikkelingen dan de herintroductie van het verzorgingshuis vallen buiten scope van het onderzoek.

1.3 Onderzoeksaanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende vijf stappen doorlopen:

1. **Afbakenen van de doelgroep (hoofdstuk 2)**. Om de doelgroep af te bakenen is in de eerste plaats op verschillende manieren in kaart gebracht wat de totale omvang van de VV2 en VV3 groep vandaag de dag zou zijn, als deze indicaties niet waren afgeschaft. Ook is op verschillende manieren op basis van relevante kenmerken de omvang van de doelgroep in kaart gebracht. De bevindingen zijn getrianguleerd, om te komen tot een zogenaamde 'bovengrens' van de totale doelgroep van het verzorgingshuis. Hierbij is gebruik gemaakt van de opdrachtomschrijving, het initiatiefwetsvoorstel[18], literatuuronderzoek en een cijfermatige doorvertaling op basis van publiek beschikbare data.

2. **Afbakenen welk gedeelte van de totale doelgroep gebruik zou maken van het beoogde verzorgingshuis in scenario 1 en 2 (hoofdstuk 3)**. Genoemde 'bovengrens' betreft een overschatting van de totale doelgroep voor het verzorgingshuis; niet iedereen die binnen deze bovengrens valt, zal bereid zijn te verhuizen naar het verzorgingshuis. Vervolgstap is dan ook het in kaart brengen van zorg- en woonbehoeften van ouderen, en deze confronteren met de scenario's zoals meegegeven door DMO. Om bovenstaande uit te voeren is gebruik gemaakt van inzichten uit historisch zorggebruik, literatuuronderzoek, een enquête onder 13.160 ouderen, verdiepende interviews met personen binnen de doelgroep, en validatie van bevindingen met zorg- en welzijnsorganisaties.

3. **Doorrekenen van de kosten van de herintroductie van het verzorgingshuis (hoofdstuk 4)**. Om te komen tot een inschatting van de kosten van de herintroductie van het verzorgingshuis zijn voor beide scenario's i) kostencomponenten in kaart gebracht, ii) omvang van de kostencomponenten geraamd, en iii) deze componenten vermenigvuldigd met het geraamde aantal ouderen dat in de – in scenario 1 en 2 uitgewerkte – woonvorm zou willen wonen. Hierbij geldt dat de totale kosten van het organiseren van het verzorgingshuis het netto-effect van kosten en baten van de kostencomponenten omvatten. Daarbij zijn inzichten uit deze ramingen ook in relatie tot de bestaande bouwopgave van 290.000 woningen gebracht. Om bovenstaande uit te voeren is gebruik gemaakt van inzichten uit kamerstukken, rapporten van zorginstituten, (onafhankelijk) onderzoek naar zorg(kosten) en een cijfermatige doorvertaling op basis van publieke data.

[18] Agema, M.F. & Pouw-Verweij, N.P.V. (6 december 2023).

4. **Duiden van bredere implicaties van herintroductie van het verzorgingshuis (hoofdstuk 5)**. Bredere implicaties binnen de scope van het onderzoek zijn: betaalbaarheid voor bewoners en arbeidsmarkteffecten. Betaalbaarheid voor bewoners is geduid op basis van de doorrekening van financiële implicaties voor een drietal relevante 'persona's'. Arbeidsmarkteffecten zijn geduid door voor beide scenario's i) het totale verschil in zorginzet en -kosten in kaart te brengen, ii) de toe- of afname hiervan te vertalen naar arbeidsinzet in de verschillende soorten zorg, en iii) de effecten hiervan te bepalen op het reeds verwachte arbeidstekort binnen zorg en welzijn. Om bovenstaande uit te voeren is gebruik gemaakt van publicaties van publieke (financiële) instanties, literatuuronderzoek en een cijfermatige doorvertaling op basis van publieke data.

5. **Reflecties op het onderzoek (hoofdstuk 6).** Relevante overwegingen die volgen uit de methodologie of uitkomsten worden in kaart gebracht, denk hierbij aan de "additionaliteit" van de vorm, de gevoeligheid van de ramingen, praktische uitdagingen, en raakvlakken met beleidsontwikkelingen. Hierbij wordt ook de verhouding tot analyses en uitkomsten geduid.

1.4 Gehanteerde data

De doorrekening van kosten en bredere implicaties is gebaseerd op kwantitatieve en kwalitatieve data. Op hoofdlijnen betreft het de volgende data:

- Demografische gegevens en prognoses over de Nederlandse bevolking op basis van cijfers van het CBS (bijvoorbeeld huishoudenssamenstelling en inwoners naar leeftijd)
- Kwantitatieve data over het historisch gebruik van verzorgingshuiszorg en overige verpleging en verzorging in de aanloop naar en in navolging van de hervormingen in de langdurige zorg
- Empirische data uit wetenschappelijke publicaties en beleidsdocumenten (over de hervormingen in de langdurige zorg, zorg voor (thuiswonende) ouderen, woonvoorkeuren van ouderen, bouweisen, et cetera)
- Kwantitatieve en kwalitatieve data over de voorkeuren van ouderen op het vlak van wonen en zorg die in een enquête onder 13.160 ouderen is opgehaald
- Kwantitatieve data over de zorg voor ouderen (zorggebruik, zorgkosten)
- Kwalitatieve data vanuit informatie die in interviews (met ouderen, zorg- en welzijnsorganisaties, relevante experts) is gedeeld

1.5 Verspreiding en verwerking commentaren

De conceptversie van dit rapport hebben wij op 15 en 27 augustus 2025 ter controle op feitelijke onjuistheden voorgelegd aan het ministerie van VWS als opdrachtgever van dit onderzoek, en aan de

door het ministerie van VWS ingestelde klankbordgroep van dit onderzoek. Dit heeft geresulteerd in een lijst met opmerkingen vanuit de opdrachtgever en de klankbordgroep.

PwC heeft de ontvangen commentaren doorgenomen. Feitelijke onjuistheden hebben wij gecorrigeerd. Voor de overige ontvangen commentaren geldt dat PwC zelfstandig heeft besloten om naar aanleiding van het commentaar aanpassingen in het rapport door te voeren. Het ontvangen commentaar en de reactie van PwC hierop (aanpassing doorvoeren of niet, inclusief motivatie) zijn schriftelijk vastgelegd en met het aanbieden van een nieuwe versie van het rapport aan de opdrachtgever meegestuurd.

Dit eindrapport (kenmerk: 2025-V8F0/SVV/bg/mo) heeft PwC op 12 september 2025 zelfstandig en zonder interventie door de opdrachtgever en de klankbordgroep vastgesteld en is voor akkoord aan de opdrachtgever aangeboden.

2. Afbakening van de potentiële doelgroep

In dit hoofdstuk wordt de omvang van de potentiële doelgroep van het verzorgingshuis (hierna: de doelgroep) bepaald op basis van historische data en relevante kenmerken. Deze doelgroep omvat de mensen die voldoen aan de kenmerken zoals uiteengezet in paragraaf 1.2. Het betreft de groep die in *aanmerking* zou komen voor het verzorgingshuis, en waarvan een gedeelte ook zou *kunnen* kiezen voor het verzorgingshuis.[19] Paragraaf 2.1 beschrijft de gehanteerde methode om de omvang van de doelgroep te bepalen. In paragraaf 2.2 worden de resultaten van de ramingen gepresenteerd. In paragraaf 2.3 worden de onderliggende methodieken in detail toegelicht.

2.1 Methodiek om de doelgroep af te bakenen

Methodologisch zijn twee benaderingswijzen mogelijk om de omvang van de doelgroep te ramen:

1. "Macrobenadering" waarbij de omvang van de doelgroep wordt bepaald op basis van historische data en ramingen over de vraag naar en het gebruik van verzorgingshuiszorg, gecorrigeerd voor tussentijdse demografische ontwikkelingen.
2. "Microbenadering" waarbij de omvang van de doelgroep wordt 'opgebouwd' op basis van literatuuronderzoek naar relevante persoonskenmerken.

De macrobenadering biedt inzicht in de historische gebruikers van verzorgingshuizen, maar voor de doelgroep in dit onderzoek is slechts een deel van die populatie relevant; het verzorgingshuis was toegankelijk voor ouderen met een zorgprofiel VV1 tot en met VV4.[20] De doelgroep betreft een gedeelte

[19] Het gedeelte van de doelgroep dat ook *gebruik* zou maken van het verzorgingshuis is afhankelijk van de verhuisbereidheid van personen in de doelgroep naar de gespecificeerde woonvorm. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3.
[20] Het verzorgingshuis werd beoogd voor ouderen met een zorgprofiel VV1 tot en met VV4 (of het equivalent voor invoering van de zorgzwaartepakketten ("zorgprofielen" vanaf 2015) in 2009); in de praktijk bleef een deel van de

van de ouderen die tot 2013 (VV2) of 2014 (VV3) in aanmerking zouden komen voor een indicatie VV2 of VV3 met specifieke persoonskenmerken. Zodoende leidt de macrobenadering tot een overschatting. Daarmee biedt de macrobenadering een bovengrens om de microbenadering aan te toetsen.[21]

De microbenadering biedt een inhoudelijkere benadering van de doelgroep op basis van relevante kenmerken, maar benodigde (openbare) data beperkt de specificiteit waarmee kan worden gecorrigeerd voor persoonskenmerken. Dit beperkt de mate van precisie waarmee de omvang van de doelgroep middels deze benadering kan worden berekend. Op basis van deze overwegingen zijn voor invulling van beide benaderingen meerdere ramingsmethodieken toegepast (zie figuur 1). Door evaluatie van elke methodiek en vergelijking van uitkomsten is getracht tot een bandbreedte van de omvang van de doelgroep te komen. De gehanteerde ramingsmethoden en uitkomsten daarvan zijn, onder andere tijdens bijeenkomsten van de klankbordgroep, voorgelegd aan en gevalideerd door experts in het veld.

Figuur 1: Gehanteerde methodieken per benaderingswijze

Benaderingswijze	Methodiek
Macrobenadering	1 **Geactualiseerde raming van het SCP ramingsmodel VeVeRa-IV** Meeste recente raming voor verpleging en verzorging (uit 2012) t/m 2030 geactualiseerd op basis van tussentijdse bevolkingsgroei
	2 **Gelijk gebruik van verzorgingshuiszorg onder ouderen** Raming van het gebruik van verzorgingshuiszorg onder ouderen op basis van het gebruik in 2009 tot 2012 i.c.m. bevolkingsontwikkelingen
	3 **Gelijk aandeel Wlz-indicaties voor zorgprofielen VV2 en VV3** Toepassing van het historische aandeel 65-plussers met een zorgprofiel VV2 of VV3 op de huidige bevolking
Microbenadering	1 **Gelijk aandeel ouderen in specifiek "zorgprofiel" o.b.v. SCP onderzoek** Toepassing van het aandeel ouderen met dit zorgprofiel op de huidige bevolking, gecorrigeerd naar gebruik per zorgtrede
	2 **Alleenstaanden ≥75 jaar, die beperkt zijn in ten minste één ADL-verrichting** Raming van alleenstaande 75-plussers met ADL-beperking o.b.v. historische data en toekomstige trends
	3 **Alleenstaanden ≥75 jaar, die zich door hun gezondheid voortdurend beperkt voelen in de sociale activiteiten** Raming van alleenstaande 75-plussers die sociale beperkingen ervaren door de gezondheid o.b.v. de gezondheidsenquête
	4 **Alleenstaanden ≥75 jaar, die niet zelfstandig in staat zijn tot ten minste één IADL-verrichting en een latente hulpvraag hebben** Raming o.b.v. CBS-onderzoek van alleenstaande 75-plussers met moeite bij IADL-verrichtingen en behoefte aan (meer) hulp

2.2 Omvang van de potentiële doelgroep voor het verzorgingshuis

De gehanteerde benaderingen om de doelgroep af te bakenen bieden een bandbreedte van de omvang van de potentiële doelgroep van het verzorgingshuis tot en met 2050 (zie figuur 2).[22] De macrobenadering betreft het gemiddelde van de drie methodieken. De microbenadering betreft een gewogen gemiddelde van de verschillende methodieken, op basis van de inhoudelijke aansluiting bij de gespecificeerde doelgroep en datakwaliteit van elke methodiek.[23]

De beoogde doelgroep bij herintroductie het verzorgingshuis betreft een deel van de historische doelgroep van het verzorgingshuis. Op basis van de microbenadering betreft dit in 2029 45% van de historische doelgroep.[24] In 2029 betreft de maximale doelgroep bij herintroductie van het

ouderen met een hoger zorgprofiel ook in het verzorgingshuis wonen. De historische groep gebruikers is dus divers en breder (lagere en hogere zorgvragen) dan de doelgroep die nu beoogd wordt.

[21] Als een ramingsmethode binnen de microbenadering ver boven de ramingen uit de macrobenadering uitkomt, kan bijvoorbeeld worden geconcludeerd dat dit geen passende benadering is.

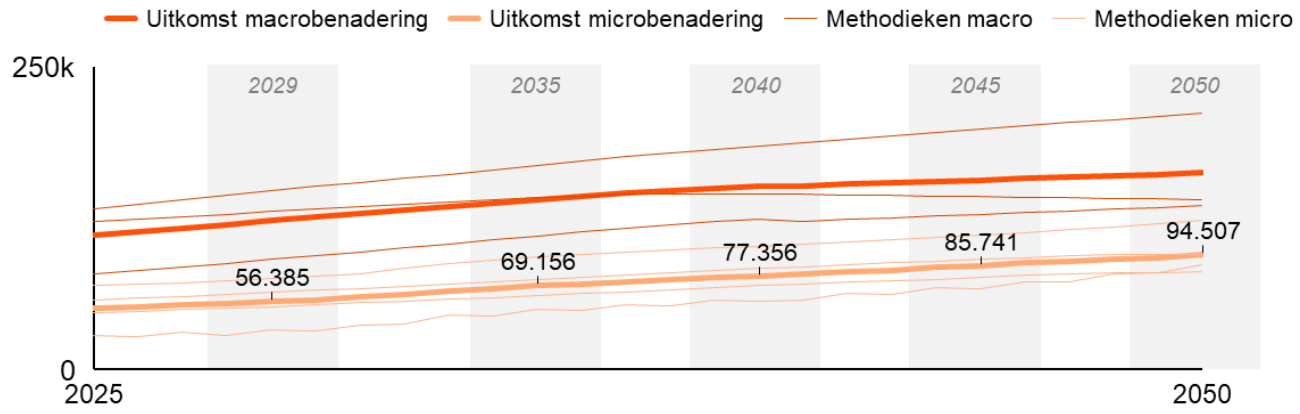
[22] Zie bijlage 5.1 voor de volledige ramingen per jaar.

[23] Zie paragraaf 2.3 voor detaillering van de benaderingen en totstandkoming van de ramingen.

[24] 56.385 (microbenadering in 2029) uitgedrukt als een percentage van 122.828 (macrobenadering in 2029).

verzorgingshuis 56.385 ouderen. In hoofdstuk 3 wordt bepaald welk aandeel van deze doelgroep verhuisbereid naar verwachting gebruik zou (willen) maken van het verzorgingshuis.

Figuur 2: Uitkomsten verschillende ramingsmethodieken en maximale omvang van de potentiële doelgroep van het verzorgingshuis, 2025 – 2050



2.3 Verdieping per ramingsmethodiek

2.3.1 Macrobenadering

Onderstaande paragrafen beschrijven de verschillende ramingsmethodieken die in de macro benadering zijn gebruikt. Vervolgens worden de verschillende ramingen kwalitatief geduid, waarna wordt gekomen tot de raming van de omvang van de historische doelgroep.

2.3.1.1 Methodiek 1: Laatst beschikbare raming verpleging en verzorging (SCP)

Deze methodiek is gebaseerd op actualisering van een raming uit 2012 over de ontwikkeling van het aantal gebruikers van verzorgingshuiszorg tot en met 2030.

Tussen 2004 en 2012 is de verwachte omvang van de doelgroep voor verpleging en verzorging meermaals tot en met 2030 geraamd, op basis van het ramingsmodel verpleging en verzorging ("VeVeRa").[25] Het ramingsmodel is gebaseerd op de gerealiseerde inzet van verpleging en verzorging in combinatie met de kenmerken van de gebruikers van de diverse vormen van zorg binnen verpleging en verzorging. Voor iedere zorgvorm – waaronder 'verzorgingshuiszorg' – zijn relevante kenmerken als leeftijd getoetst als determinanten. Op basis van de verwachte ontwikkeling van deze determinanten in de Nederlandse bevolking en verwachte beleidsontwikkelingen is vervolgens een raming gemaakt van het gebruik van de verschillende vormen van verpleging en verzorging tot 2030. De meeste recente raming (VeVeRa-IV) komt uit 2012, en is gebaseerd op data van 2008 en 2009.

In 2009 maakten 86.000 personen gebruik van verzorgingshuiszorg. Op basis van de verwachte demografische ontwikkelingen en beleidswijzigingen heeft het SCP in 2012 geraamd dat de vraag naar verzorgingshuiszorg met 2,4% per jaar toe zal nemen tussen 2009 en 2030, resulterend in 141.000 potentiële gebruikers in 2030. De determinanten die zijn gebruikt in VeVeRa-IV kunnen niet allemaal

[25] Eggink et al. (2012). *VeVeRa-IV*.

worden geactualiseerd op basis van openbare data.[26] De demografische ontwikkeling is wel geactualiseerd. De bevolking is sneller gegroeid dan in 2009 verwacht werd. Op basis van de meest recente demografische ontwikkelingen en de bevolkingsprognose 2025-2070 van het CBS is er sprake van een potentiële doelgroep van 147.341 ouderen in 2029.[27]

Dit betreft een bovengrens voor de doelgroep. De raming is gebaseerd op het aantal gebruikers van verzorgingshuiszorg in 2008 en 2009. De doelgroep van dit onderzoek betreft een deel van de historische gebruikers. Op basis van VeVeRa is geen verdere detaillering binnen de gebruikers mogelijk.

2.3.1.2 Methodiek 2: Gelijk gebruik van verzorgingshuiszorg

Deze methodiek is gebaseerd op de veronderstelling van gelijk gebruik van verzorgingshuiszorg onder de bevolking van 65 jaar of ouder. Bijvoorbeeld: in 2009 gebruikt 3,5% van ouderen van 65 jaar en ouder zorg in het verzorgingshuis. Het percentage gebruik is geraamd tot en met 2050 en toegepast op het verwachte aantal ouderen van 65 jaar en ouder.

Om het referentiepunt voor het percentage gebruikers te bepalen is uitgegaan van het zorggebruik zoals gerapporteerd over de periode 2009 – 2012.[28] Zoals zichtbaar in figuur 3, was tot 2009 sprake van een sterke afname van het aandeel 65-plussers dat zorg kreeg in een verzorgingshuis.[29] Deze afname vlakt af vanaf 2009.[30] Vanaf 2013 wordt het aandeel 65-plussers dat zorg kreeg in het verzorgingshuis sterk beïnvloed door de hervorming van de langdurige zorg en de afbouw van de verzorgingshuizen.[31] Data over het aantal bewoners van verzorgingshuizen wordt sinds 2005 ook geconsolideerd met bewoners van verpleeghuizen.[32]

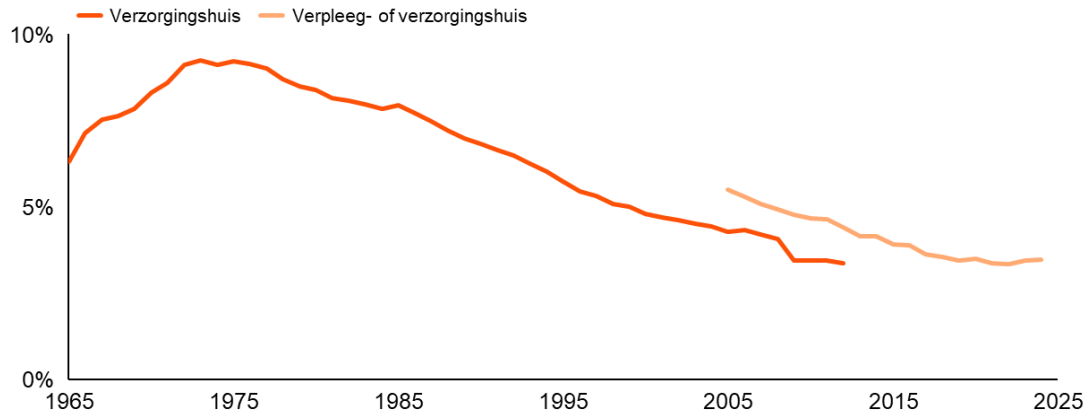
Het gebruik is geraamd tot en met 2050 op basis van het gebruik van verzorgingshuiszorg zoals geobserveerd tussen 2009 – 2012[33] en het gebruik van verpleeghuiszorg tussen 2005 – 2024.[34] Het gebruik van verpleeghuiszorg is geïncludeerd als referentiepunt omdat het gebruik van verzorgingshuiszorg wordt beïnvloed door de afbouw van verzorgingshuizen. Beide referentiepunten tonen echter een vergelijkbare dalende trend (zie figuur 3).

---

[26] Determinanten die niet geactualiseerd kunnen worden zijn onder andere de verdeling naar opleidingsniveaus (definitie is veranderd), de prevalentie van verschillende aandoeningen, en de ernst van beperkingen.
[27] CBS (laatst gewijzigd op 17 december 2024). *Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2025-2070*.
[28] Eggink et al. (2012). *VeVeRa-IV*.
[29] 1965-2005 op basis van CBS (laatst gewijzigd op 18 april 2007). *Verzorgingshuizen; kerncijfers en indexcijfers, 1965-2005*.; 2005-2009 op basis van Eggink et al. (2012). *VeVeRa-IV*.
[30] Eggink et al. (2012). *VeVeRa-IV*.
[31] Voor de hervormingen hadden ouderen met een zorgprofiel VV1, VV2 en VV3 toegang tot langdurige zorg (met verblijf) in een verzorgingshuis via de AWBZ. Met ingang van 2013 (VV1 en VV2) en 2014 (VV3) worden deze zorgprofielen niet meer geïndiceerd en is de zorg voor personen met deze indicaties geëxtramuraliseerd. De indicatie verleent dus geen toegang meer tot intramurale zorg. Ouderen met deze indicaties behielden de indicatie en het bijbehorende recht op zorg op basis van een overgangsrecht. Hoewel er cijfers beschikbaar zijn vanaf 2013, reflecteren deze cijfers met name het verloop van de groep ouderen die dit zorgprofiel vóór 2013 (of 2014) hadden.
[32] Vanaf 2012 is geen data beschikbaar over het aantal bewoners van verzorgingshuizen.
[33] Eggink et al. (2012). *VeVeRa-IV*.
[34] CBS. (Laatst gewijzigd op 3 september 2025). *Personen in institutionele huishoudens; geslacht en leeftijd, 1 januari*.

Op basis hiervan omvat de potentiële doelgroep 130.382 personen in 2029. Dit is wederom een bovengrens, omdat de historische gebruikers van het verzorgingshuis een bredere groep omvat dan de gespecificeerde doelgroep in dit onderzoek.

Figuur 3: Aandeel van de bevolking van 65 jaar of ouder woonachtig in een verzorgings- of verpleeghuis[35]



2.3.1.3 Methodiek 3: Gelijke indicatiestelling zorgprofielen VV2 en VV3

Deze methodiek is gebaseerd op de extrapolatie van het aandeel van de bevolking dat 65 jaar of ouder is, en een indicatie krijgt voor zorgprofielen VV2 of VV3.[36]

Dit betreft een meer gerichte benadering ten opzichte van methodiek 1 en 2, omdat een afslag wordt gemaakt binnen de historische gebruikers van het verzorgingshuis. Hierbij geldt dat voor de raming relevante zorgprofielen[37] met ingang van 2013 (VV1 en VV2) en 2014 (VV3) niet meer geïndiceerd zijn.[38] Aangezien de zorgprofielen in 2009 zijn geïntroduceerd, is alleen (bruikbare) data beschikbaar over het aantal personen met een indicatie voor zorgprofiel VV2 voor de periode 2009 – 2011, en voor VV3 voor de periode 2009 – 2013.[39] Het aantal personen met deze indicaties fluctueert ook binnen deze periode.

Op basis van de beschikbare data is de raming per zorgprofiel als volgt opgesteld:

- VV2: gemiddelde van een lineaire raming vanaf 2012 op basis van het aantal personen met een zorgprofiel VV2 tussen 2009 – 2011, en raming op basis van de ontwikkeling van het aantal personen met een indicatie VV4 (2009 – 2024 op basis van gerealiseerde cijfers, 2024 – 2040 op basis van de raming van het RIVM[40] over de verwachte groei).
- VV3: gemiddelde van een lineaire raming vanaf 2014 op basis van het aantal personen met een indicatie VV3 tussen 2009 – 2013, en raming op basis van de ontwikkeling van het aantal

[35] 1965-2005 op basis van CBS. (laatst gewijzigd op 18 april 2007). *Verzorgingshuizen; kerncijfers en indexcijfers, 1965-2005*.; 2005-2009 op basis van Eggink et al. (2012). *VeVeRa-IV*.
[36] CBS. (laatst gewijzigd op 22 augustus 2025). *Personen met indicatie zorg met verblijf; zzp en regio*.
[37] Voor 2015: "zorgzwaartepakketten".
[38] Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2012, 28 september). *Toekomst AWBZ, Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*
[39] Het aantal VV2 indicaties laat in 2012 al een daling zien. Het is niet duidelijk of dit eventueel een voorsorterend effect betreft op de extramuralisering. Daarom is 2012 buiten beschouwing gelaten, ondanks dat er data voor beschikbaar is.
[40] RIVM (2022). *Verpleegzorgraming*.

personen met een indicatie VV4 (2009 – 2024 op basis van gerealiseerde cijfers, 2024 – 2040 op basis van de raming van het RIVM over de verwachte groei).

Hiermee wordt verondersteld dat het aantal indicaties VV2 en VV3 zich op dezelfde manier zou ontwikkelen als het aantal Wlz-indicaties VV4. Deze ramingen leiden tot een potentiële doelgroep van 90.760 personen in 2029. Dit is wederom een bovengrens, omdat wordt beoogd een deel van de voormalige doelgroep met een zorgprofiel VV2 en VV3 toegang te verlenen tot de woonvorm.

2.3.1.4 Conclusie macrobenadering: 90.760 – 147.341 ouderen in 2029

Demografische variabelen, zoals de levensverwachting en gezondheid, bepalen de *vraag* naar verzorgingshuiszorg. Ontwikkelingen in beleid en in het aanbod, zoals de hervormingen van de langdurige zorg en de afbouw van verzorgingshuizen, beïnvloeden het *gebruik* van verzorgingshuiszorg. Ten opzichte van de laatste raming (methodiek 1) en ijkpunten voor het gebruik van verzorgingshuiszorg (methodiek 2 en 3) zijn er op beide vlakken ontwikkelingen geweest. Het is aannemelijk dat de vraag naar en het gebruik van verzorgingshuiszorg er vandaag de dag anders uit zou zien. Deze ontwikkelingen zijn echter niet allemaal kwantificeerbaar.

Omdat de potentiële doelgroep expliciet een subset van de historische doelgroep is, bieden de macrobenaderingen een bovengrens van de omvang van de doelgroep. Deze bovengrens ligt op 90.760 – 147.341 ouderen in 2029.

2.3.2 Microbenadering

Onderstaande paragrafen beschrijven de verschillende methodieken gehanteerd in de microbenadering. Paragraaf 2.3.2.1 biedt inzicht uit de (wetenschappelijke) literatuur voor de verschillende kenmerken van de doelgroep. Hieruit ontstaat een onderbouwd beeld van de kenmerken die kunnen worden gebruikt om de doelgroep in kwestie af te bakenen van andere ouderen. Paragraaf 2.3.2.2 licht vervolgens toe hoe de verschillende kenmerken geoperationaliseerd worden voor gebruik in de ramingsmethodieken. Deze methodieken zijn in paragraaf 2.3.2.3 – 2.3.2.7 uiteengezet. Paragraaf 2.3.2.8 bevat een kwalitatieve bespreking van de verschillende methoden, om op grond daarvan tot een afbakening van de omvang van de potentiële doelgroep te komen.

2.3.2.1 Kenmerken van ouderen in de beoogde doelgroep

Individuele kenmerken die kunnen worden gebruikt om de doelgroep af te bakenen van andere ouderen zijn een hoge leeftijd, een zwak of afwezig sociaal netwerk, een laag inkomen, een laag opleidingsniveau, de aanwezigheid (en ernst) van beperkingen en alleenstaand zijn.[41] Deze kenmerken verhogen de kans

[41] Alders et al. (2016). *Changes in admission to long-term care institutions in the Netherlands: comparing two cohorts over the period 1996-1999 and 2006-2009*; van Bilsen et al. (2006). *Demand of elderly people for residential care: an exploratory study*; Eggink et al. (2012). *VeVeRa-III*; Geerlings et al. (2005), *Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults*; Luppa et al. (2010). *Prediction of institutionalization in the elderly*; Plaisier et al. (2011); *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik*: *Netwerken van zelfstandig wonende ouderen*; Tolkacheva en Thomese. (2014). *Sociale en emotionele factoren bij*

dat ouderen een zorgvraag hebben, en hiervoor een beroep (moeten) doen op professionele zorg. Deze kenmerken beïnvloeden daarmee de mate waarin een oudere in staat is om zelfstandig kunnen wonen.[42]

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt de kans op het hebben van een zorgvraag toe. Een hoge leeftijd vergroot de kans op opname in een instelling, ook wanneer gecorrigeerd wordt voor de beperkingen en gezondheid van ouderen. Mensen met een lager inkomen en lager opleidingsniveau hebben vaak een slechtere gezondheid, en daarmee ook meer kans op een zorgvraag. Ouderen die beperkingen ervaren als gevolg van de gezondheid, hebben meer behoefte aan ondersteuning en worden vaker opgenomen in een instelling. De aanwezigheid van beperkingen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)[43] en cognitieve beperkingen (bijvoorbeeld als gevolg van dementie) zijn specifiek relevant.[44]

Ouderen die beschikken over minder hulpbronnen zijn minder goed in staat om de zorgvraag zelf of in het eigen netwerk op te lossen, en zullen dus vaker een beroep (moeten) doen op professionele zorg en ondersteuning. Hulpbronnen die bijdragen aan zelfredzaamheid zijn onder andere een sterk sociaal netwerk, een hoog opleidingsniveau en een hoog inkomensniveau. Hulpbronnen kunnen afnemen over tijd en naarmate de leeftijd toeneemt, bijvoorbeeld omdat personen uit het sociale netwerk overlijden.[45]

Ouderen met de genoemde kenmerken hebben een hogere kans op een aanwezige zorgvraag en zijn vaker aangewezen op professionele hulp omdat zij beschikken over weinig hulpbronnen. Daarmee komen de kenmerken overeen met de doelgroep van dit onderzoek: ouderen die behoefte hebben aan zorg en ondersteuning en voor wie zelfstandig wonen minder vanzelfsprekend is.[46]

2.3.2.2 Operationalisatie van kenmerken voor de afbakening van de doelgroep

Aan de hand van bovengenoemde kenmerken, literatuur en beschikbare data is een profiel van de doelgroep opgesteld. De doelgroep is te definiëren als ouderen die 75 jaar of ouder zijn, alleenstaand zijn, en beperkingen ervaren op het vlak van ADL en/of IADL[47], óf die zich beperkt voelen in de sociale activiteiten als gevolg van hun gezondheid. Operationalisatie van kenmerken is hieronder uiteengezet.

Leeftijd. Een hoge leeftijd verhoogt de kans op een behoefte aan zorg, een lager aantal hulpbronnen, en is historisch gezien een significante determinant voor het gebruik van verzorgingshuiszorg. Data over leeftijd is goed beschikbaar, ook in combinatie met andere kenmerken zoals zorggebruik. De gemiddelde

verhuizingen van ouderen naar een zorginstelling of een aangepaste woonvorm; Woittiez et al. SCP. (2015). *Zorg vragen of zorg dragen?*

[42] den Draak et al. SCP. (2016). *Wel thuis?*

[43] ADL zijn basale fysieke handelingen, deels gericht op persoonlijke verzorging en deels op bewegingsvrijheid. Bijvoorbeeld zelfstandig kunnen gaan zitten en opstaan uit een stoel, aan- en uitkleden, van het toilet gebruik maken, en binnen- en buitenshuis verplaatsen.

[44] van Campen et al. SCP. (2013). *Met zorg ouder worden*; Nivel. (2014). *Ouderen van de toekomst.*

[45] van Campen et al. SCP. (2013). *Met zorg ouder worden*; Nivel. (2014). *Ouderen van de toekomst.*

[46] In bijlage 2 zijn verdiepingen opgenomen van vier onderzoeken om meer (kwalitatief) inzicht te bieden in de doelgroep. Deze onderzoeken zijn geselecteerd omdat ze specifiek toezien op de beoogde doelgroep (al dan niet in de context van de hervorming van de langdurige zorg) en de Nederlandse zorg (ten opzichte van internationaal wetenschappelijk onderzoek).

[47] Instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen zijn huishoudelijke activiteiten, bijvoorbeeld boodschappen doen, huishoudelijk werk, het bijhouden van geldzaken en op tijd de juiste medicijnen innemen.

historische bewoner van het verzorgingshuis is 85 jaar.[48] Bewoners waren dus gemiddeld jonger op het moment dat zij naar het verzorgingshuis verhuisden. Uit *Met zorg ouder worden* blijkt dat ouderen met vergelijkbare kenmerken gemiddeld 78 jaar zijn wanneer de zorgafhankelijkheid toeneemt. Ouderen met een lager inkomens- en opleidingsniveau ervaren vaak al eerder gezondheidsproblemen.[49] Data over zorggebruik is veelal beschikbaar in groeperingen van vijf jaar (bijvoorbeeld: 70-75 jaar, 75-80 jaar). Daarom is de leeftijdsgrens geoperationaliseerd als ouderen van 75 jaar of ouder.

Burgerlijke staat. Alleenstaand zijn verhoogt de kans op een behoefte aan zorg, betekent dat er minder hulpbronnen zijn, en is historisch een significante determinant van het gebruik van verzorgingshuiszorg. Wanneer ouderen alleenstaand zijn als gevolg van verweduwing, is dit een ingrijpende levensgebeurtenis die de zelfredzaamheid kan beperken en bij kan dragen aan verkleinen en/of wegvallen van het sociale netwerk. Alleenstaand zijn is daarom een kenmerk van de doelgroep voor de afbakening. Dit is gedefinieerd als personen in een particulier huishouden[50] die alleen wonen. Het is mogelijk dat er ouderen worden geïncludeerd die een partner hebben met wie zij geen huishouden vormen.

Gezondheid en zorggebruik. Een slechte of verslechterende gezondheid is een belangrijk kenmerk van de doelgroep omdat dit maakt dat er sprake is van een zorgvraag. De aanwezigheid van beperkingen op het vlak van ADL en (in mindere mate) IADL is een belangrijke determinant voor een aanwezige zorgvraag en historisch gezien een significante determinant van het gebruik van verzorgingshuiszorg. Verschillende specifieke aandoeningen, zoals bijvoorbeeld dementie, zijn ook significant. Echter kan eenzelfde aandoening zich per persoon anders manifesteren in een (professionele) zorgvraag, afhankelijk van de persoonlijke context van die persoon. De aanwezigheid van een specifieke aandoening zegt dus niet voldoende om de doelgroep af te bakenen.

Beperkingen kunnen zich vertalen naar het fysiek niet (zelfstandig) kunnen uitvoeren van bepaalde activiteiten, maar ook naar beperkingen op andere levensdomeinen. Beperkingen op het vlak van mobiliteit kunnen bijvoorbeeld leiden tot inperking van het sociale leven. Naast de aanwezigheid van ADL- en IADL-beperkingen is de ervaren mate van beperking in het sociale leven als gevolg van de gezondheid ook gehanteerd als kenmerk van de doelgroep om recht te doen aan de verschillende manieren waarop beperkingen tot uiting kunnen komen.

Kenmerken die niet (expliciet) zijn geïncludeerd in de definiëring. Met de definiëring wordt een aantal kenmerken die wel sterk naar voren komen uit de literatuur niet (expliciet) geïncludeerd. Specifiek het inkomensniveau, en de aanwezigheid van specifieke aandoeningen zoals dementie. Reden is dat er (logischerwijs) beperkte openbare databronnen zijn die het mogelijk maken om persoonskenmerken te

[48] SCP. (2009). *VeVeRa-III*.
[49] Platform31. (2023). *Geclusterde woonvormen voor ouderen*.
[50] Hiermee worden ouderen die (al) in een zorginstelling wonen buiten beschouwing gelaten.

combineren en te relateren aan zorggebruik. Deels komt dit voort uit wetgeving rondom privacy en de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens. Daarbij zijn gegevens over zorggebruik versnipperd.[51]

Idealiter worden meerdere persoonskenmerken gecombineerd om de doelgroep af te bakenen (bijvoorbeeld én 75 jaar of ouder, én alleenstaand, én met een laag inkomensniveau, én met dementie). In de praktijk is dit door de eerdergenoemde beperkingen in openbare data methodologisch niet mogelijk. Omdat de verschillende kenmerken sterk met elkaar samenhangen (bijvoorbeeld: 25% van mensen boven de 80 jaar heeft een vorm van dementie), kan data over de individuele kenmerken niet zomaar gecombineerd worden. Anderzijds, omdat de kenmerken dusdanig sterk met elkaar samenhangen, zijn kenmerken als het opleidingsniveau, inkomensniveau, en de prevalentie van aan ouderdom gerelateerde aandoeningen impliciet geïncludeerd op basis van de gehanteerde kenmerken.

2.3.2.3 Methodiek 1: Ouderen in relevant SCP-zorgprofiel

In *Met zorg ouder worden* schetst het SCP verschillende "zorgprofielen" van ouderen op basis van de persoonskenmerken en het zorggebruik over een periode van tien jaar, met vier meetmomenten. Eén van de zorgprofielen die zij identificeren komt sterk overeen met de inhoudelijke afbakening van de doelgroep van dit onderzoek. Zij omschrijven de ouderen in dit profiel: *"Het betrof in veel gevallen weduwen en mensen met een krimpend sociaal netwerk, die in toenemende mate kampten met fysieke en cognitieve beperkingen en die niet of slechts in geringe mate het gevoel hadden regie te voeren over het eigen leven."* In de onderzoekspopulatie betrof dit in de periode van 1998-2008 12% van de 65-plussers. De profielen zijn gebaseerd op het verloop in zorggebruik over de gehele onderzoeksperiode en het aandeel per profiel is daarmee constant. Om deze bevindingen te actualiseren naar tussentijdse demografische ontwikkelingen, wordt dit aandeel van 12% aangehouden en toegepast op de huidige bevolking van 75-plussers.[52]

Naast inzicht in het zorgprofiel, biedt SCP ook inzicht in het geregistreerde zorggebruik van ouderen binnen dit profiel aan de hand van acht verschillende zorgtreden[53] – oplopend van 'alleen huisartsenzorg' tot 'intramurale zorg' – en het verloop hiervan over tijd. In dit onderzoek zijn gebruik van zorgtrede 6 (gebruik van huishoudelijke hulp), 7 (gebruik van persoonlijke verzorging thuis)[54] en zorgtrede 8 (gebruik van tehuiszorg, o.a. het verzorgingshuis) relevant. Ondanks recente hervormingen van langdurige zorg, zijn de in dit rapport omschreven zorgtreden nu nog relevant.[55] Het aandeel van de

[51] Ter illustratie: ten opzichte van andere OESO-landen heeft Nederland het hoogste aantal organen dat (nationale) datasets over zorggebruik beheert (Nederland kent 14 organen die een rol vervullen als *data custodian* ten opzichte van gemiddeld 3 tot 5 in OESO-landen). OECD. (2022). *Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands.*

[52] Het aandeel onder 65-plussers is direct toegepast op de populatie 75-plussers. Omdat de prevalentie van de relevante persoonskenmerken hoger is onder 75-plussers, en het aandeel ouderen in "Zorgprofiel C" dus hoger zou zijn onder 75-plussers, leidt dit waarschijnlijk tot een onderschatting. Omdat dit kan niet worden gekwantificeerd, is hetzelfde aandeel aangehouden.

[53] In *Met zorg ouder worden* de zorgtreden aangeduid als 'zorgpakketten'; de inhoud is gelijk.

[54] Deze zorg werd ten tijde van schrijven aangeboden vanuit de AWBZ en is bij de hervorming in 2015 deels overgegaan in de Zvw en Wmo.

[55] In *Langer zelfstandig* (SCP, 2017) wordt gesteld dat: "De hervorming van de langdurige zorg heeft weliswaar de financiering achter enkele zorgtreden veranderd, maar niet de combinatie van ontvangen zorg."

doelgroep in zorgtrede 6 is voor 50% meegenomen, zorgtrede 7 100%, en zorgtrede 8 naar het aandeel van verzorgingshuiszorg in de totale tehuiszorg.[56] Hiermee worden ouderen geïncludeerd die een structurele behoefte hebben aan zorg en ondersteuning thuis.

Met zorg ouder worden volgt het zorggebruik van dezelfde cohort ouderen over een periode van 10 jaar, waarbij hun zorggebruik op vier momenten is gemeten. Het zorggebruik van de ouderen binnen het zorgprofiel verandert over de meetperiode; bijvoorbeeld: in jaar 1 gebruikt 5,1% van de doelgroep tehuiszorg (zorgtrede 8), in jaar 10 is dit toegenomen naar 22,0%. Omdat wij gebruik maken van bevolkingscijfers over de totale groep van ouderen van 75 jaar en ouder, moet worden gecorrigeerd voor de mogelijke variëteit tussen ouderen. Het zorggebruik van een oudere van 75 jaar zal bijvoorbeeld meer lijken op het zorggebruik op meetmoment 1, terwijl het zorggebruik van een oudere van 90 jaar lijkt op het zorggebruik op meetmoment 4. Daarom is het gemiddelde van het gebruik per zorgtrede over de vier meetmomenten gehanteerd om de omvang van de doelgroep te bepalen.[57]

Op basis van het aandeel ouderen in het zorgprofiel en het geregistreerde gebruik per zorgtrede omvat de doelgroep 63.867 personen in 2029.

2.3.2.4 Methodiek 2: Alleenstaande 75-plussers beperkt in ten minste één ADL-handeling

In deze methodiek includeren we alleenstaande personen van 75 jaar of ouder die ten minste één ADL-beperking hebben.[58] Het is niet mogelijk om onderscheid te maken naar het aantal beperkingen. Omdat de meeste 'oude ouderen' enige mate van beperking ervaren op het vlak van ADL, verwachten we dat dit een overschatting is van de beoogde doelgroep; de aanwezigheid van een beperking vertaalt zich immers niet direct naar een structurele behoefte aan (professionele) zorg- en/of ondersteuning. Deze methodiek is toch geïncludeerd omdat er historische data beschikbaar is over het aandeel ouderen met een ADL-beperking. Er is een afslag van 50% op de uitkomsten gehanteerd om ouderen met een lichtere mate van beperking niet te includeren.

De raming van het aantal personen in de doelgroep baseren we op de volgende informatie: de historische ontwikkeling van ADL-beperkingen onder ouderen,[59] de verwachte ontwikkeling van het aandeel alleenstaanden onder ouderen van 75 jaar en ouder,[60] en de verwachte ontwikkeling van het aandeel 85-plussers binnen de doelgroep 75-plus.[61] De historische ontwikkeling laat zien dat het aandeel ouderen

[56] We veronderstellen dat de doelgroep structurele persoonlijke verzorging thuis gebruikt, zorgtrede 7 wordt daarom volledig meegewogen. Ouderen die gebruik maken van zorgtrede 6 zijn alleen meegenomen voor zover zij ook gebruik maken van persoonlijke verzorging; 51% van ouderen die persoonlijke verzorging gebruiken, gebruiken ook huishoudelijke zorg thuis, dit is afgerond op 50%. Zorgtrede 8, gebruik van tehuiszorg, is geïncludeerd naar het aandeel verzorgingshuiszorg binnen tehuiszorg.
[57] Bijvoorbeeld: voor zorgtrede 7 (persoonlijke verzorging thuis) is het gebruik op meetmoment 1 tot en met 4 respectievelijk 9,1%, 18,4%, 23,0% en 14,0%. Het gemiddelde hiervan, 16,1%, is gebruikt om de omvang van de doelgroep te bepalen. Hetzelfde geldt voor zorgtreden 6 en 8.
[58] Volgens de classificatie in de databron heeft een oudere een ADL-beperking als zij op minstens één van de 11 verrichtingen met 'kan niet' of 'met grote moeite' of 'zelfs niet met hulp van anderen' antwoorden.
[59] CBS. (laatst gewijzigd op 19 maart 2025). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken*; Het gemiddelde is gehanteerd van de persoonskenmerken "75 jaar of ouder" en "alleenstaande >=65 jaar"
[60] CBS. (laatst gewijzigd op 22 augustus 2025). *Huishoudens; samenstelling, grootte, regio, 1 januari*.
[61] CBS. (laatst gewijzigd op 21 augustus 2025). *Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari*.

met beperkingen afneemt. Tegelijkertijd neemt het aandeel 'oude ouderen' en alleenstaande ouderen toe, en neemt de kans op een beperking op het vlak van ADL weer toe bij een hogere leeftijd en wanneer een oudere alleenstaand is.

Op basis van deze benadering omvat de doelgroep 74.845 personen in 2029.

2.3.2.5 Methodiek 3: Alleenstaande 75-plussers die voortdurend beperkt zijn in sociale activiteiten

In deze methodiek includeren we alleenstaande personen van 75 jaar of ouder die zich als gevolg van hun (lichamelijke en emotionele) gezondheid voortdurend beperkt voelen in de sociale activiteiten. Met deze benadering vatten we zowel de mate van beperking die wordt ervaren als eventuele gevolgen voor het sociale contact en daarmee het sociale netwerk. Inhoudelijk sluit dit goed aan bij de beoogde doelgroep.

De gebruikte data komt uit de gezondheidsenquête, waarbinnen de vraag in kwestie sinds 2020 is geïncludeerd. In het jaar 2020 is er waarschijnlijk sprake van een afwijkend effect als gevolg van de COVID-19 pandemie (8,5% in 2020 t.o.v. 4% in 2024). Deze methodiek biedt dus een waardevolle momentopname voor verdere triangulatie voor de doelgroep, maar is methodologisch minder robuust omdat minder data beschikbaar is. De raming is gebaseerd op de ontwikkeling tussen 2022 – 2024[62] en aanvullende referentiepunten: het aandeel alleenstaanden onder ouderen van 75 jaar en ouder, en de verwachte ontwikkeling van het aandeel 85-plussers binnen de doelgroep 75-plus.

Op basis hiervan omvat de doelgroep 33.108 personen in 2029.

2.3.2.6 Methodiek 4: Alleenstaande 75-plussers die ernstig beperkt zijn in IADL-handeling, en (meer) hulp willen

Deze methodiek is gebaseerd op CBS-onderzoek[63] over de mate van beperking die ouderen ervaren in het zelfstandig uitvoeren van IADL en de zorg en ondersteuning die zij daarbij krijgen of willen krijgen. IADL zijn dagelijkse (huishoudelijke) verrichtingen, zoals bijvoorbeeld het bereiden van maaltijden, boodschappen doen, medicatie innemen op de juiste tijden, en het bijhouden van geldzaken. Dit zijn essentiële activiteiten om zelfstandig te kunnen wonen. Uit het onderzoek blijkt dat 33,9% van 75-plussers aangeeft grote moeite te hebben en/of niet zelfstandig in staat te zijn tot ten minste één van de IADL. Onder ouderen die ten minste enige moeite ervaren met IADL, geeft 9,7% van 75-plussers aan hier hulp bij te krijgen maar meer hulp te willen, en 7,1% zegt geen hulp te krijgen maar dit wel te willen. Alleenstaande 75-plussers krijgen vaker hulp bij IADL dan ouderen in een paar (68% t.o.v. 41%). Historisch zijn hierin twee bewegingen zichtbaar. Enerzijds neemt het aandeel mensen dat geen hulp krijgt en dit ook niet wil toe, van 35,5% in 2014 tot 50% in 2023. Anderzijds neemt het aandeel mensen dat geen hulp krijgt maar wel hulp wil ook licht toe, van 6% in 2014 naar 7,8% in 2023.

[62] De waarden voor 2020 en 2021 zijn niet geïncludeerd in verband met de hoge afwijking.
[63] CBS. (2024). *Alleenstaande 55-plusser heeft grotere hulpbehoefte huishoudelijke taken*.

Om de doelgroep te kaderen wordt het aandeel gehanteerd van alleenstaande 75-plussers die grote moeite ervaren bij of niet zelfstandig in staat zijn tot het uitvoeren van de IADL, en aangeven hier (meer) hulp bij te willen. Op basis hiervan omvat de doelgroep 52.116 personen in 2029.

2.3.2.7 Aanvullende ijkpunten

Om de uitkomsten van de macro- en microbenaderingen te duiden zijn twee aanvullende ijkpunten in kaart gebracht: gebruik van eerstelijnsverblijf (ELV)[64] en het aandeel ouderen dat niet dagelijks de tanden poetst.[65] De beschikbare data is te beperkt om deze ijkpunten te gebruiken als methodiek; de ijkpunten zijn daarom gebruikt ter validatie van de uitkomsten van de micro- en macrobenaderingen.

Gebruik van eerstelijnsverblijf (ELV)

ELV is een vorm van tijdelijk verblijf in een zorginstelling voor personen die om medische redenen niet thuis kunnen verblijven, maar waarbij een opname in het ziekenhuis of een gespecialiseerde instelling niet aan de orde is. Het aantal gebruikers van ELV laag en hoog complex is met 36% gestegen van 21.000 unieke gebruikers in 2015 naar 28.456 unieke gebruikers in 2022. Onderzoek naar zorgverschuivingen na de hervorming van de langdurige zorg stelt dat de latente zorgbehoefte van ouderen met een zorgprofiel VV3 tot uiting kan komen in beroep op ELV. De LHV stelt *"patiënten met een niet-verzilverde lage Wlz-indicatie (ZZP 1-3) kunnen wel naar een eerstelijns verblijf."* De stijging van het gebruik van ELV zou gedreven kunnen worden door ouderen die vroeger in aanmerking zouden zijn komen voor een zorgprofiel VV3.

Op basis van het aantal gebruikers en het uitstroomgedrag (uitstroom naar intramurale Wlz is buiten beschouwing gelaten) zijn er in 2022 21.342 gebruikers van ELV die mogelijk onderdeel zijn van de doelgroep. We verwachten dat dit een onderschatting is van de potentiële doelgroep, allereerst omdat ouderen met een zorgprofiel VV2 (ook onderdeel van de doelgroep) naar verwachting buiten beschouwing worden gelaten. Daarnaast wordt ELV ingezet voor (acute) medische redenen, het voorkomen hiervan zal variëren tussen ouderen in de doelgroep (niet elke oudere zal elk jaar ELV gebruiken). De constatering dat het ijkpunt onder het niveau van de macro en microbenaderingen ligt, bevestigt dat de macro en microbenaderingen niet te laag zijn.

[64] ELV-palliatief is niet meegenomen in de aantallen. Expert inschatting uit het rapport 'Maximale effecten Wlz' (Bureau HHM, 2016) duidt erop dat ouderen met een indicatie VV1 of VV2 geen en/of beperkt gebruik zullen maken van ELV omdat er in mindere mate sprake is van somatische klachten of beperkingen die aanleiding geven tot dergelijke medische zorg. Bronnen: ActiZ. (2019). *Eerstelijnsverblijf (ELV)*; ActiZ. (2024). *Eerstelijnsverblijf in beeld*; Bureau HHM. (2016). *Maximale effecten Wlz*; LHV. (2016). *Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0*.

[65] Heijmans et al. (2021). *Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen*; Pomp. (2017). *Oorzaken en gevolgen van het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen*.

Zelfstandig wonende ouderen die hun tanden niet dagelijks poetsen

Onderzoek naar mondzorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen stelt dat 80% van de ouderen die in een periode van tien jaar zijn opgenomen in een verpleeghuis, bij de opname een matige tot slechte mondgezondheid hadden. Deze verslechtering of verwaarlozing ontstaat in de thuissituatie. Zorg voor de tanden is een belangrijke ADL om zelfstandig te kunnen wonen. Omschrijvingen van de zorgbehoefte bij een zorgprofiel VV2 en VV3 stellen dat hulp nodig is bij de tandverzorging. Een afname van de motorische en/of cognitieve vaardigheden kan leiden tot deprioritering van mondzorg. Mondproblemen verlagen de kwaliteit van leven, bijvoorbeeld door schaamte over het gebit, sociaal isolement en pijn. Een goede mondgezondheid hangt dus samen met het sociale leven. Mondproblemen dragen ook bij aan ondervoeding omdat mensen moeite kunnen ervaren met eten en drinken door pijn.

3,2% van mensen van 75 jaar of ouder geeft aan de tanden niet dagelijks te poetsen. Zij zijn dus niet zelfstandig in staat tot en/of gemotiveerd om dit te doen, en ontvangen hier niet dagelijks hulp bij. Wij verwachten dat ouderen in deze categorie onderdeel uitmaken van de beoogde doelgroep. Uitgaande van alleenstaande 75-plussers, betekent dit dat er in 2025 minimaal 21.210 personen zijn in de doelgroep. We verwachten dat dit een onderschatting is, omdat een deel van de doelgroep wel al dagelijks zorg en ondersteuning zal ontvangen. Een deel van de ouderen zal hier ook wel zelfstandig toe in staat zijn. De constatering dat het ijkpunt onder het niveau van de macro en microbenaderingen ligt, bevestigt dat de macro en microbenaderingen niet te laag zijn.

2.3.2.8 Conclusie microbenadering: potentiële doelgroep van 56.385 ouderen in 2029

De uitkomsten van de verschillende microbenaderingen duiden op een doelgroep van tussen de 33.108 – 74.845 ouderen in 2029. In lijn met de verwachting op basis van de toegepaste methodologie, liggen alle ramingen binnen de microbenadering onder de ramingen vanuit de macrobenadering. Aangezien de microbenaderingen verschillen op basis van i) de verwachte inhoudelijke aansluiting bij de beoogde doelgroep, en ii) de langjarige beschikbaarheid van de onderliggende data, is ervoor gekozen de uitkomsten van de verschillende methodieken te evalueren en uitkomsten te wegen om tot een afbakening van de potentiële doelgroep te komen (zie figuur 4). Op basis van deze analyse omvat de maximale potentiële doelgroep 56.385 ouderen in 2029.

Figuur 4: Evaluatie per methodiek en toegekend gewicht in definitieve raming

●●●● Beste inhoudelijke aansluiting/beschikbaarheid van data

	Criterium 1 *Inhoudelijke aansluiting bij de doelgroep*		**Criterium 2** *Langjarige beschikbaarheid van data*		**Doelgroep in 2029**	**Gewicht in gemiddelde**
	Waardering	Toelichting	Waardering	Toelichting		
Methodiek 1	●●●●	Methodiek includeert de meeste kenmerken en het zorggebruik van de doelgroep	●●●●	Zorgprofielen zijn robuust over tijd, maar zijn handmatig toegepast op andere populatie	63.867	0,3
Methodiek 2	●●○○	Focus op één kenmerk, overschatting i.v.m. prevalentie van ADL-beperkingen	●●●○	Historische data beschikbaar over de ontwikkeling van ADL-beperkingen	74.845	0,2
Methodiek 3	●●○○	Focus op één kenmerk, onderschatting i.v.m. irrelevantie voor gedeelte doelgroep	●○○○	Data beperkt tot een periode van drie jaar	33.108	0,2
Methodiek 4	●●●○	Methodiek includeert kenmerken en (latente) zorgbehoefte van de doelgroep	●●●●	Specifieke data beschikbaar (minimale handmatige combinaties)	52.116	0,3
Resultaat					**56.385**	

3. Woon- en zorgbehoefte van de doelgroep

In dit hoofdstuk wordt geraamd welk gedeelte van de potentiële doelgroep bereid zou zijn om te verhuizen naar de gedefinieerde woonvormen. De bereidheid om naar de woonvormen te verhuizen is afhankelijk van de mate waarin de woonvorm aansluit bij de behoeften van de doelgroep op het vlak van wonen en zorg.[66] Als de woning ouderen in de doelgroep niet aanspreekt of niet biedt wat zij nodig hebben, zullen zij minder (of niet) bereid zijn te verhuizen. Dit is bepalend voor de doorrekening. Daarom worden de zorg- en woonbehoeften van de doelgroep inzichtelijk gemaakt, en vervolgens geconfronteerd met het beoogde zorg- en woonaanbod. Op basis hiervan wordt de verwachte omvang van de doelgroep bij herintroductie van het verzorgingshuis bepaald.

Er is een verschil tussen verhuis*bereidheid* en verhuis*geneigdheid*. Verhuis*bereidheid* reflecteert de *theoretische* bereidheid om te verhuizen. Dit is gebaseerd op wat ouderen zeggen, en niet op het daadwerkelijke verhuisgedrag. De verhuis*geneigdheid* wordt vaker gebruikt om het daadwerkelijke verhuisgedrag van ouderen te duiden. De gerealiseerde verhuisbewegingen zijn echter ook afhankelijk van (bijvoorbeeld) het beschikbare aanbod, en bieden daarmee een minder helder beeld van in hoeverre een woonvorm aanspreekt.[67] Zodoende wordt in dit onderzoek uitgegaan van de verhuisbereidheid.

In paragraaf 3.1 worden de zorgbehoeften van de doelgroep en de implicaties daarvan voor de zorg in het verzorgingshuis inzichtelijk gemaakt. In paragraaf 3.2 worden de woonbehoeften van de doelgroep inzichtelijk gemaakt. De zorg- en woonbehoeften zijn ten dele gebaseerd op de resultaten van een eigen enquête onder ouderen met 13.160 respondenten, waaronder 349 ouderen in de doelgroep.[68] De vragenlijst is opgenomen in bijlage 4.1, en een beschouwing van de representativiteit van de enquête is opgenomen in bijlage 4.2. In bijlage 4.3 is een thematische analyse opgenomen van de reacties van respondenten op open vragen om aanvullend kwalitatief inzicht te bieden.

3.1 Zorgbehoeften van de doelgroep

De zorgbehoefte van de doelgroep is gedefinieerd op basis van de historische omvang en inhoud van zorg zoals verleend werd in het verzorgingshuis, zie paragraaf 3.1.1. In paragraaf 3.1.2 wordt de behoefte vertaald naar het benodigde aanbod aan zorg en ondersteuning in het verzorgingshuis.

[66] Wonen en zorg zijn onlosmakelijk verbonden bij woonvormen voor ouderen. Omdat ouderen steeds langer thuis wonen, moet de zorgbehoefte van ouderen in de woning kunnen worden vervuld. De woning moet ook geschikt zijn voor eventuele beperkingen die een oudere ervaart als gevolg van de gezondheid. Dit kan betekenen dat een woning moet voldoen aan bepaalde toegankelijkheidseisen.
[67] Overige factoren kunnen ook per oudere impact hebben op de verhuisbewegingen, zoals bijvoorbeeld het wegvallen van een mantelzorger of acute verslechtering van de gezondheid.
[68] Respondenten zijn onderdeel van de doelgroep wanneer zij 75 jaar of ouder zijn, alleen wonen, in een huurwoning wonen, een zwak of afwezig sociaal netwerk hebben, en gezondheidsklachten hebben die hen belemmeren in het dagelijkse leven.

3.1.1 Historische zorg en ondersteuning in het verzorgingshuis

De zorgbehoefte van de doelgroep is gebaseerd op de historische zorginzet in het verzorgingshuis. Per zorgprofiel zijn urennormen gepubliceerd over de gemiddelde omvang en inhoud van de benodigde zorginzet. De meest recente versie van deze normen was geldig tot 2013.[69] Vanwege de overgang naar integrale tarieven in 2018 is geen recentere informatie beschikbaar over ureninzet.[70] De integrale tarieven zijn daarnaast gebaseerd op deze urennormen.[71] Hoewel het dus mogelijk is dat de zorginzet in de praktijk in de tussentijd veranderd is, staan de tarieven wel in verhouding tot deze urennormen.[72] De zorgprofielen VV2 en VV3 zijn nog in gebruik door een beperkt aantal ouderen, en bijbehorende tarieven worden tussentijds herijkt.[73]

De doelgroep omvat een deel van de ouderen die vroeger in aanmerking zouden komen voor een indicatie VV2 of VV3. Uit onderzoek blijkt dat zorg*behoeften* niet veranderd zijn als gevolg van hervorming van de langdurige zorg, en dat veranderingen in *gebruik* het gevolg zijn van de aangescherpte toegangscriteria.[74] Het is daarmee niet aannemelijk dat de zorg*behoefte* van de doelgroep is veranderd als gevolg van het afschaffen van de indicaties voor zorgprofielen VV2 en VV3. Ten tijde van de extramuralisering is bij doorrekening van de effecten gehanteerd dat deze ouderen dezelfde hoeveelheid zorg zouden blijven gebruiken, tegen extramurale tarieven.[75]

Zodoende is het mogelijk deze normen te gebruiken om de structurele behoefte aan zorg te duiden voor de doelgroep. Omdat de urennormen beschikbaar zijn per zorgprofiel, wordt in dit hoofdstuk gesproken over zorgprofielen “VV2” en “VV3” om de doelgroep van het onderzoek aan te duiden.

Paragraaf 3.1.1.1 en 3.1.1.2 geven inzicht in het zorgprofiel van een oudere met een zorgprofiel VV2 en VV3.[76] In paragraaf 3.1.1.3 wordt de historische inzet vertaald naar de zorgbehoefte in uren per week naar de verschillende functies die zorg leveren aan de doelgroep.

[69] NZa. (2007). *Tabel onderbouwing uren ZZP’s*.
[70] De uurtarieven per zorgvorm (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging) zijn vervangen door integrale dagtarieven per zorgprofiel voor de leveringsvormen VPT en verblijf in een instelling. Er is dus geen zicht op de inzet in uren van de verschillende zorgvormen, omdat zorg niet meer op deze wijze gedeclareerd wordt.
[71] In 2018 is in het kostprijsonderzoek voor de overgang naar integrale tarieven geconcludeerd “dat er geen indicaties waren dat de normen niet goed zouden zijn.”, en “de normen zijn dus een-op-een overgenomen uit de NZa-normentabel.”
[72] Om het gebruik van de urennormen nader te valideren, is een steekproef uitgevoerd bij twee zorgaanbieders. De urennormen per zorgprofiel (VV2 tot en met VV8) sluiten aan bij de ureninzet waar de aanbieders intern op sturen bij intramurale zorg en een VPT.
[73] Ouderen die al een indicatie hadden voor zorgprofiel VV1, VV2 en VV3 behielden het recht op deze indicatie na afschaffing van de indicaties. In 2023 betreft dit 635 ouderen, waarvan 225 zorg krijgen via een VPT of verblijf in een instelling. De overige ouderen maken geen gebruik van Wlz-zorg.
[74] Van Klaveren et al. (2016). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals.*
[75] Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2012, 28 september). *Toekomst AWBZ, Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*
[76] In een zorgprofiel staat welke zorg iemand nodig heeft, onder andere als basis voor indicatiestelling.

3.1.1.1 Omschrijving zorgprofiel VV2[77]

Ouderen met een zorgprofiel VV2 werden omschreven als 'de gemiddelde verzorgingshuisbewoner'. Deze ouderen kunnen niet meer zelfstandig wonen en hebben vanwege vooral somatische problematiek dagelijkse behoefte aan begeleiding en verzorging in een beschutte woonomgeving. Hierbij kan sprake zijn van een (beginnende) psychogeriatrische aandoening, en een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven. Ook kan behoefte zijn aan overname van zorg op het vlak van complexere taken en huishoudelijke taken. De groep heeft dagelijkse behoefte aan hulp bij de kleine verzorgingstaken, zoals het wassen en het aan- en uitkleden, en soms ook aan toezicht of stimulatie bij het eten en drinken en de toiletgang. Slechts bij een beperkt aantal ouderen in deze groep is behoefte aan verpleegkundige aandacht, waarbij geen sprake is van verpleegkundige behandeling. Zorgverlening is op afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend nabij.

3.1.1.2 Omschrijving zorgprofiel VV3[78]

Ouderen met een zorgprofiel VV3 werden omschreven als 'bewoners somatische meerzorg in het verzorgingshuis' en 'lichte somatische bewoners verpleeghuis'. Zij hebben vanwege hun somatische problematiek behoefte aan begeleiding – en met name intensieve verzorging – in een beschutte woonomgeving. Vaak is sprake van beginnend verlies van regie over het dagelijks leven. Deze ouderen hebben hulp nodig ten aanzien van de sociale redzaamheid op het vlak van deelname aan het maatschappelijk leven, besluitvorming-/oplossingsvaardigheden, uitvoeren van eenvoudige taken en dagelijkse routine. Vaak is sprake van overname van zorg betreffende de complexere taken en het huishoudelijke leven. Op het vlak van ADL hebben ouderen in deze groep op verschillende terreinen hulp nodig, waaronder de kleine verzorgingstaken, mondverzorging, het kleden en toiletgang. Ook is vaak toezicht en stimulatie nodig bij eten en drinken, en regelmatig behoefte aan hulp bij de mobiliteit binnenshuis. Bij mobiliteit buitenshuis is vaak hulp of overname van zorg nodig. Tenslotte kan sprake zijn van een kwetsbare gezondheid (bijvoorbeeld vanwege een chronische ziekte) die voortdurende verpleegkundige aandacht vereist. Zorgverlening is voortdurend nabij en wordt op meerdere momenten per dag geboden.

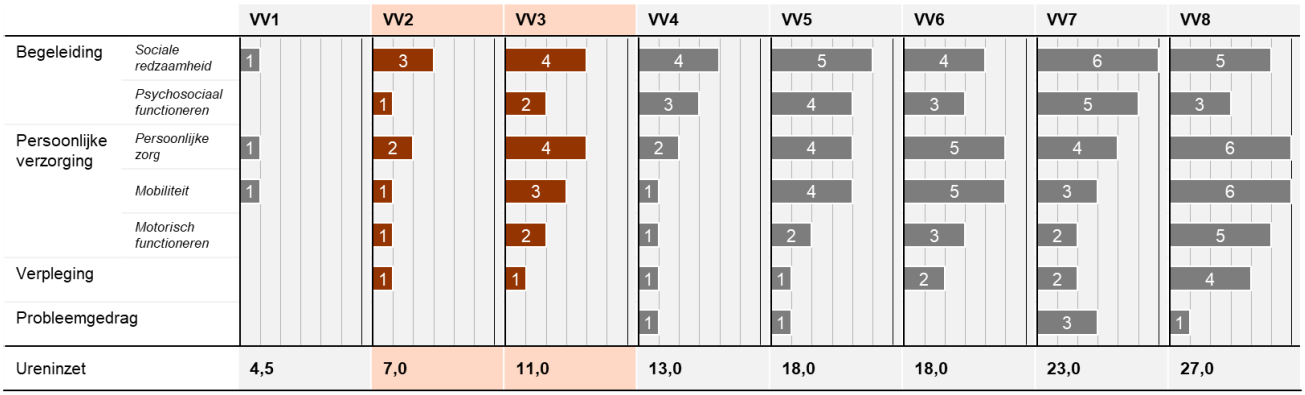
3.1.1.3 Zorgbehoefte per zorgprofiel

Figuur 5 toont de ureninzet per week per zorgprofiel, en de intensiteit van zorg en ondersteuning op verschillende behoeftegebieden (bijvoorbeeld begeleiding bij sociale redzaamheid).[79] Dit biedt inzicht in waar de nadruk ligt van zorg en ondersteuning per zorgprofiel. Bij een zorgprofiel VV3 is sprake van een somatische grondslag; als gevolg is de ondersteuning op het vlak van persoonlijke verzorging relatief intensief. Hieruit blijkt ook een verschil tussen zorgprofielen VV2 en VV3 ten opzichte van zorgprofielen die nog worden geïndiceerd (VV4 en hoger). De zorg voor iemand met een zorgprofiel VV2 is op alle gebieden minder intensief dan zorgprofielen die in 2025 nog toegang hebben tot de Wlz. Voor zorgprofiel

[77] Zorgzwaartepakketten sector V&V 2011
[78] Zorgzwaartepakketten sector V&V 2011
[79] Een 0 betekent dat er geen ondersteuning nodig is, en een 6 betekent dat er sprake is van overname van zorg.

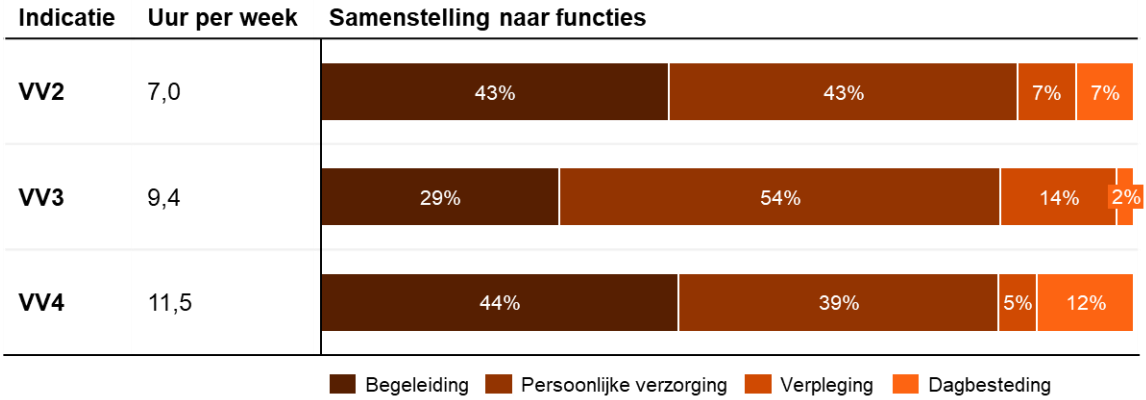
VV3 ligt dit anders. De behoefte aan begeleiding op het vlak van sociale redzaamheid is bijvoorbeeld gelijk aan de intensiteit van zorgprofielen VV4 en VV6, en op persoonlijke verzorging gelijk aan de intensiteit van zorgprofielen VV5 en VV7. Dit is ook zichtbaar in de hedendaagse tarifering. Zo zijn de dagtarieven voor VV3 hoger dan voor VV4,[80] gedreven door hogere loonkosten.

Figuur 5: Urennorm (wekelijks) per zorgprofiel en intensiteit van zorg en ondersteuning per zorgvorm[81]



Naast een intensiteitsniveau, is in de urennormen ook een wekelijkse ureninzet per zorgvorm (begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, dagbesteding) opgenomen. Zie figuur 6 voor de verdeling van de wekelijkse ureninzet naar de verschillende zorgvormen. De wekelijkse urennorm wijkt af van de uren in figuur 5, omdat de uren voor behandeling niet zijn geïncludeerd. Behandeling is niet geïncludeerd omdat het uitgangspunt is dat de zorg voor de doelgroep in het verzorgingshuis wordt gerealiseerd via de Zvw en Wmo (en niet via de Wlz). Behandeling, bijvoorbeeld fysiotherapie, wordt ingezet via de reguliere Zvw-kaders, en maakt geen structureel deel uit van de zorg voor de doelgroep in het verzorgingshuis.

Figuur 6: Ureninzet per zorgprofiel en verdeling naar functies



3.1.2 Behoeften voor het aanbod in de woonvorm

Uit onderzoek naar de woonbehoeften van ouderen blijkt dat de behoeften en voorkeuren op het vlak van wonen (zeer) heterogeen zijn, en worden beïnvloed door de kenmerken van ouderen. Zo hebben oudere

[80] Voor VV3 is het VPT-tarief €159,59 per dag en het verblijfstarief (exclusief behandeling) €201,16 per dag, voor VV4 zijn dit respectievelijk €150,05 en €192,38 per dag. BR/REG-25131a.
[81] Zorgzwaartepakketten sector V&V 2011

ouderen andere voorkeuren dan jongere ouderen, en stellen ouderen met een hoger inkomen andere eisen aan een woning dan ouderen met een lager inkomen.

Hoewel veel onderzoek bestaat naar hoe diverse persoonskenmerken de verhuisbereidheid en voorkeuren beïnvloeden, bestaat naar ons beste weten geen onderzoek dat specifiek aansluit bij de doelgroep. Om een beeld te krijgen van de behoeften – en het mogelijk te maken om tot een inschatting van verhuisbereidheid van de doelgroep te komen – is een enquête uitgevoerd.[82] Inzichten uit deze enquête worden (in aanvulling op inzichten uit bestaand onderzoek) in onderstaande paragrafen uiteengezet.

3.1.2.1 Knelpunten in het huidige aanbod zorg en ondersteuning

Zelfstandig wonende ouderen die (net) niet voldoen aan de criteria voor een Wlz-indicatie maar op basis van sociale gronden behoefte hebben aan meer ondersteuning zijn geïdentificeerd als groep die op dit moment geen passende zorg en ondersteuning ontvangt.[83] Deze ouderen zijn aangewezen op zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo.[84] Tegelijkertijd laten verschillende onderzoeken zien dat het zorgaanbod Zvw en Wmo niet voorziet in alle behoeften van de doelgroep. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het in het Zvw en Wmo aanbod met name ontbreekt aan een vorm van toezicht, er soms te weinig of niet passende zorg en ondersteuning wordt ingezet, en ouderen moeite hebben om zorg en ondersteuning te vinden.[85] Ook signaleren praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk dat huishoudelijke hulp te beperkt wordt geïndiceerd en ingezet en dat dit kan leiden tot verwaarlozing, dat patiënten te weinig wijkverpleging krijgen door personeelstekorten en beperkte budgetten, en dat het aantal zorgmijders toeneemt sinds de hervorming van de langdurige zorg, onder andere omdat het zorglandschap complexer is geworden.[86] De implicaties voor toezicht, de hoeveelheid zorg, en de vindbaarheid van zorg in het verzorgingshuis worden hieronder toegelicht.

3.1.2.2 Toezicht in het verzorgingshuis

Toezicht betekent dat er iemand aanwezig is die oplet of er zorg of ondersteuning nodig is, en zo nodig in kan grijpen. Toezicht kan verschillende vormen aannemen, waaronder alarmering in de nacht of de

[82] Respondenten zijn gevraagd naar persoonskenmerken, om zo de doelgroep af te kunnen bakenen onder respondenten. De doelgroep is onder de respondenten afgebakend als ouderen van 75 jaar en ouder, die alleen wonen, een beperkt sociaal netwerk hebben, in een huurwoning wonen en gezondheidsproblemen hebben die hen beperken. Zie Bijlage 4 voor de enquête.
[83] Plaisier et al. (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis.*
[84] Er wordt aangenomen dat zorg voor de doelgroep in het verzorgingshuis wordt verleend via de Zvw en Wmo. Hoewel het initiatiefwetsvoorstel gaat uit van een verruiming van de grondslag van de Wlz om de zorg voor deze doelgroep te organiseren, valt deze overweging buiten de reikwijdte van dit onderzoek. De verschillende functies zoals geduid binnen de urennormen in de Wlz – bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, verpleging en dagbesteding – kunnen worden geleverd vanuit de Zvw en Wmo.
[85] Onder andere CIZ-medewerkers (van Klaveren et al., 2016) en praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (De Groot et al., 2018). Dergelijk toezicht is bijvoorbeeld wel aanwezig bij tijdelijke verblijfsvormen die vanuit de Zvw en Wmo worden geboden, maar dit valt buiten de structurele zorg en ondersteuning; Kromhout et al. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking*; Klerk, de et al. (2018). *Zorgen voor thuiswonende ouderen*; Groot, de et al (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten*.
[86] Kromhout et al. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking*.

aanwezigheid van een mantelzorger. Uit de enquête blijkt dat ouderen in de doelgroep verschillende voorkeuren hebben voor de inrichting van toezicht in de woonvorm: 50% wil dat er sprake is van 24-uurs beschikbaarheid van zorg en/of ondersteuning in het gebouw met mogelijkheid tot alarmering in de nacht, 20% wil dat zorg en ondersteuning op afspraak worden geleverd met mogelijkheid tot alarmering in de nacht, en 2% vindt de alarmering in de nacht niet nodig.[87] Hoewel ouderen in de doelgroep op basis van de omschrijving van de oude zorgprofielen en toegangscriteria voor de Wlz geen 24-uurs toezicht nodig hebben, blijkt de behoefte lijkt er wel te zijn.

Toezicht kan op verschillende manieren worden ingericht, en wordt vandaag – bij een MPT of VPT – ook in de thuissituatie van de cliënt geleverd. In de praktijk is de organisatie en mate van toezicht afhankelijk van de zorg- en ondersteuningsvraag van de cliënt, de concentratie van cliënten in een gebied, de reisafstand en de aanwezigheid van andere zorgorganisaties en voorziening; als er voldoende vraag is naar zorg onder de bewoners van het gebouw, is het eventueel mogelijk om met een 'zorgpost' te werken. Bij deze zorgpost is een vaste zorgaanbieder actief en (bijna) continu aanwezig in of rondom het gebouw. Alternatieve inrichtingsvormen zijn de inzet van domotica, alarmeringssystemen of een zorgcentrale in de wijk met nachtdiensten (al dan niet in samenwerking met meerdere zorgorganisaties). Aanwezigheid van een mantelzorger kan ook volstaan (en is voor een MPT vaak randvoorwaardelijk).

Ook binnen de Zvw en Wmo bestaan regelingen om toezicht te organiseren, die in een geclusterde woonvorm doelmatiger kunnen worden ingezet dan in een ongeclusterde woning. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om verpleging en persoonlijke verzorging op oproep beschikbaar te stellen buiten de reguliere contactmomenten. Hierbij geldt dan een hoger tarief.[88]

Toezicht kan bijdragen aan een algemeen gevoel van veiligheid en hoeft niet (alleen) te worden ingevuld door de aanwezigheid van zorgmedewerkers. De aanwezigheid van een huismeester kan hier ook aan bijdragen, alsook sociaal contact met andere bewoners.[89] Een geclusterde woonomgeving biedt dus verschillende mogelijkheden om de behoefte aan toezicht te vervullen.

3.1.2.3 Vindbaarheid van en hoeveelheid zorg in het verzorgingshuis

Ouderen hebben moeite om het aanbod zorg en ondersteuning te navigeren, wat kan resulteren in problematisch niet-gebruik van zorg.[90] In de enquête zegt 72% van ouderen in de doelgroep de voorkeur te hebben voor één vaste zorgaanbieder die de zorg en ondersteuning in het verzorgingshuis

[87] Enquête PwC. 23% van de ouderen in de doelgroep weet het (echt) nog niet, en 5% wil dat iedere bewoner zo nodig zelf aanspraak maakt op thuiszorg.
[88] Er zijn ook mogelijkheden om personenalarmering te organiseren via de Zvw of Wmo, al wordt dit niet door alle zorgverzekeraars en gemeenten (volledig) vergoed
[89] Platform 31. (2024). *Handreiking geclusterde woonvormen voor ouderen*.
[90] Kromhout et al. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking*.

organiseert.[91] Bewoners kunnen hiermee makkelijker aanspraak maken op zorg, wat eventueel niet-gebruik van zorg vanwege een gebrek aan vindbaarheid voorkomt.[92]

De zorginzet in het verzorgingshuis wordt gelijk verondersteld aan de historische urennormen. Met deze urennormen ontvangen ouderen in de doelgroep in het verzorgingshuis meer zorg en ondersteuning dan zij in de uitgangssituatie ontvangen. We veronderstellen dat hiermee tegemoet wordt gekomen aan de onvervulde zorg- en/of ondersteuningsbehoefte in de uitgangssituatie, die zowel het gevolg kan zijn van onvoldoende of niet-passende zorginzet als van niet-gebruik wanneer ouderen het aanbod niet weten te navigeren.[93]

3.2 Woonbehoeften van de doelgroep

In paragraaf 3.2.1 worden het verhuisgedrag en de verhuisbereidheid van de doelgroep toegelicht. Vervolgens worden in paragraaf 3.2.2 de behoeften en voorkeuren van de doelgroep in relatie tot de voorgestelde woonvormen toegelicht. Tenslotte worden in paragraaf 3.2.3 de inzichten vertaald naar de definitieve omvang van de doelgroep.

3.2.1 Verhuisgedrag

Uit bestaand onderzoek blijkt dat ouderen minder verhuizen dan andere leeftijdsgroepen op de woningmarkt. Wel neemt het aandeel ouderen dat zou willen verhuizen toe – van 10% in 2012 naar 17% in 2018.[94] Ouderen die niet bereid zijn te verhuizen willen dit niet omdat zij over het algemeen tevreden zijn over de huidige woning, gehecht zijn aan de omgeving of er bij een verhuizing financieel op achteruit gaan.[95] Onderzoek naar woonprofielen van senioren toont een hogere bereidheid om te verhuizen aan onder ouderen met een laag opleidingsniveau en een beneden modaal inkomen[96] en onder ouderen met een toenemende behoefte aan zorg.[97]

Uit onze enquête is op te maken in hoeverre ouderen zouden overwegen om te verhuizen in de situatie dat zij meer behoefte hebben aan ondersteuning, zorg en sociale activiteiten, geen partner hebben, en aanspraak kunnen maken op thuiszorg maar nog niet in aanmerking komen voor het verpleeghuis. 62% van ouderen in de doelgroep zou in deze situatie overwegen om te verhuizen, ten opzichte van 56% onder alle respondenten van 65 jaar en ouder.[98] De verhuisbereidheid lijkt dus iets hoger onder de doelgroep.

[91] Enquête PwC
[92] De keerzijde is dat de nabijheid tot zorg en ondersteuning ook kan leiden tot een hoger (dan nodig) gebruik van zorg en ondersteuning. De overweging van wat passend is dient bij eventuele realisatie in acht te worden genomen.
[93] Groot, de et al. (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten*.
[94] Groot, de et al. (2018). *Wonen en zorg voor Ouderen: Overzicht van behoeften en belemmeringen inzake woonzorgvoorzieningen*.
[95] Dienst Analyse en Onderzoek. (2022). *Wonen en zorg voor Ouderen: Overzicht van behoeften en belemmeringen inzake woonzorgvoorzieningen*.
[96] Platform31. (2020). *Woonprofielen van senioren*.
[97] ABF Research. (2020). *Monitor ouderenhuisvesting*.
[98] Enquête PwC

Tegelijkertijd blijkt in de praktijk dat ouderen in de doelgroep minder vaak verhuizen dan andere ouderen. Redenen zijn onder andere knelpunten op het vlak van betaalbaarheid, een tekort aan (passend) aanbod en moeite om in het beschikbare aanbod te navigeren.[99] Een geschikte woning is een belangrijke voorwaarde om zelfstandig te kunnen blijven wonen, maar een deel van de ouderenhuishoudens woont nog in een 'ongeschikte' woning.[100] Dit aandeel ligt hoger onder ouderen met een ADL-beperking, terwijl zij juist behoefte hebben aan een geschikte woning.[101] Dit betreft met name huishoudens in stedelijke gebieden, in oudere huurappartementen en meergezinswoningen,[102] en daarmee ook een deel van de doelgroep in dit onderzoek.

Ouderen in de doelgroep wonen dus relatief vaker in een ongeschikte woning en zouden vaker dan gemiddeld willen verhuizen, maar slagen er minder vaak in om daadwerkelijk te verhuizen, onder andere omdat er onvoldoende (betaalbaar en passend) aanbod beschikbaar is.

3.2.2 Voorkeuren voor de woonvorm

Ouderen hebben uiteenlopende voorkeuren voor een woning en woonvorm. De voorkeuren zijn te categoriseren op basis van de mogelijke kenmerken van een woning of woonvorm:

- *Geschiktheid* van een woning steeds belangrijker wordt naarmate de leeftijd toeneemt. Bijvoorbeeld: vanaf 60 jaar wil 50% van de ouderen een gelijkvloerse woning, ten opzichte van 80% van ouderen van 75 jaar of ouder.

- *Zelfstandigheid*[103]. Tot 75 jaar wil slechts 15% verhuizen naar een onzelfstandige woning, vanaf 80 jaar stijgt dit aandeel naar 50%, en vanaf 85 jaar daalt dit weer naar 30%.[104]

- *Voorzieningen*. Ouderen die verhuizen vanwege de gezondheid vinden de nabijheid van zorg en ondersteuning in de woonvorm belangrijk – 50% van 70-plussers zou 'verzorgd wonen' interessant vinden, waarbij er een zorgpost in of nabij de woonvorm is.[105] Ook sociale voorzieningen zijn belangrijk. Een ontmoetingsruimte in of rondom het gebouw en de aanwezigheid van sociale activiteiten spreekt veel ouderen aan. Voorzieningen rondom de

[99] Zie bijlage 3 voor een verdieping van de huidige knelpunten in het aanbod voor deze doelgroep.
[100] Een woning die niet toe- en doorgankelijk is zonder traplopen en die ook niet tegen beperkte kosten (minder dan 10.000 euro) geschikt te maken is.
[101] ABF Research. (2020). *Monitor ouderenhuisvesting*. (2020).
[102] Klerk, de et al. (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen*.
[103] De term 'zelfstandig' wordt vaak gebruikt om een woning te duiden waar sprake is van een eigen voordeur, keuken en badkamer. Uit gesprekken met ouderen en reacties op de enquête blijkt echter dat deze term niet eenduidig geïnterpreteerd wordt, en ook relatie houdt tot hoe zorg en ondersteuning wordt ingericht. In een zelfstandige woning wonen is niet hetzelfde als zelfstandig zijn of leven. In de enquête wordt bijvoorbeeld genoemd dat zelfstandigheid wordt geïnterpreteerd als zelf keuzes kunnen maken over de dag invulling, en bewust kunnen kiezen wat zij nog wel (en ook niet) zelf willen doen. Zo zijn veel ouderen bijvoorbeeld enthousiast over diensten in het gebouw om op bepaalde vlakken ontzorgd te worden, zoals collectief afsluiten van nutsvoorzieningen of internet en boodschappen- en maaltijddiensten.
[104] Rigo. (2009). *Senioren op de woningmarkt*. De daling die plaatsvindt vanaf 85 jaar is naar verwachting het resultaat van selectie bias. Ouderen die op deze leeftijd nog zelfstandig thuis wonen, ervaren naar verwachting ook minder beperkingen die maken dat zij meer bereid zouden zijn om onzelfstandig te wonen of daar behoefte aan zouden hebben. Omdat het lukt om zelfstandig thuis te wonen, is de verwachting dat dit zo blijft.
[105] Rigo. (2009). *Senioren op de woningmarkt*.

woning, zoals de afstand tot een winkelcentrum of openbaar vervoer, wordt ook belangrijk gevonden.

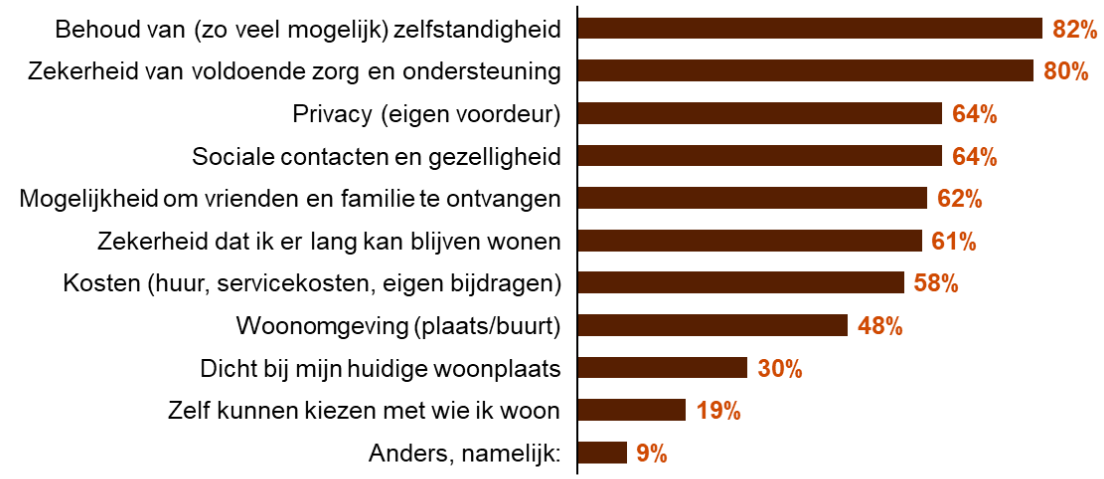
- *Omvang*. De meeste ouderen willen geen kleine woning (één- of tweekamerwoning), maar ouderen met een lager inkomen en opleidingsniveau vinden dit minder belangrijk.[106]
- *Locatie*. De woning moet idealiter in of dicht bij de vertrouwde omgeving liggen.

Ten opzichte van andere ouderen hechten ouderen in de doelgroep meer waarde aan de *geschiktheid* en *betaalbaarheid* van de woning, de sociale binding en het gevoel van veiligheid in het complex, en de *voorzieningen* in (bijvoorbeeld een ontmoetingsruimte) en rondom de woning (bijvoorbeeld openbaar vervoer, een supermarkt). Ouderen in de doelgroep hechten minder waarde aan de *omvang* en het comfort (afwerkingsniveau) van de woning.[107]

De enquête geeft inzicht in overwegingen die verhuisbereide ouderen in de doelgroep hebben bij de keuze voor een woonvorm. Hieruit blijkt dat behoud van zelfstandigheid, zekerheid van voldoende zorg en ondersteuning, en privacy voor de meeste ouderen belangrijk zijn in de keuze voor een woonvorm.

Figuur 7: Aspecten die verhuisbereide ouderen in de doelgroep belangrijk vinden bij de keuze van een woonvorm

N = 209



Bron: PwC enquête

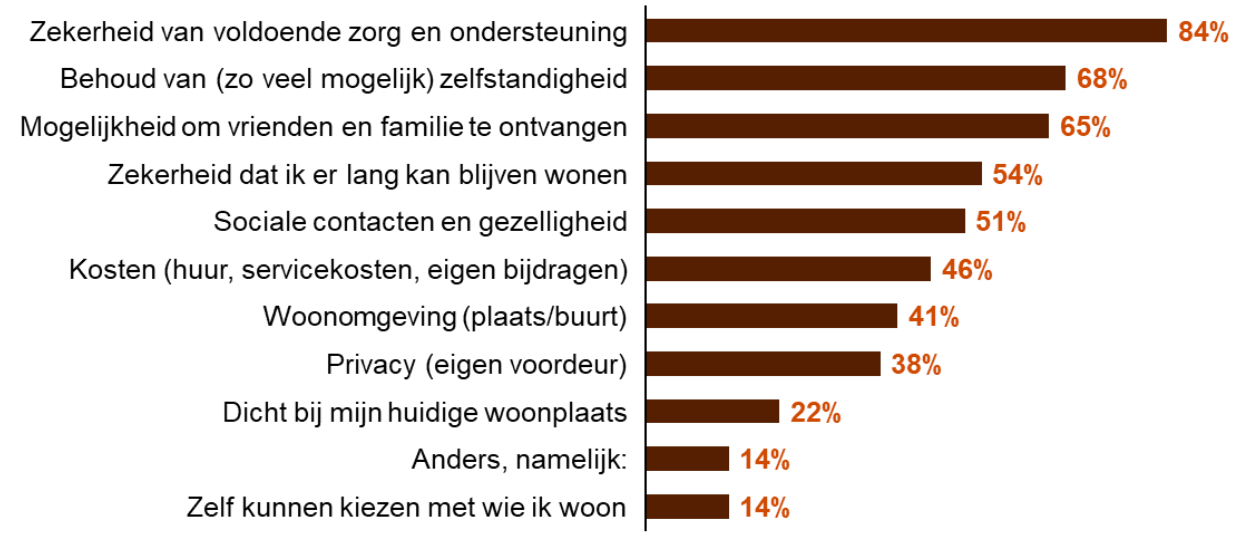
Uit de enquête blijkt ook dat ouderen in de doelgroep meer bereid lijken om een *onzelfstandige woning* te overwegen. 63% van verhuisbereide respondenten in de doelgroep zou (zeker of waarschijnlijk) overwegen om te verhuizen naar een woonvorm waar ze een kamer bewonen, ten opzichte van 57% onder alle respondenten van 65 jaar of ouder. 28% van de doelgroep zou dit (zeker of waarschijnlijk) *niet* overwegen, ten opzichte van 35% van alle respondenten van 65 jaar en ouder. 5% van respondenten in de doelgroep verkiest een kamer boven andere woonvormen (bijvoorbeeld een huis, appartement of studio), ten opzichte van slechts 2% onder ouderen van 65 jaar en ouder.

[106] Platform31. (2020). *Woonprofielen van senioren*.
[107] Platform31. (2020). *Woonprofielen van senioren*.

Binnen de doelgroep lijkt er een tweedeling te zijn in de acceptatie van een onzelfstandige of kleine woning. Om dit beter te begrijpen, zijn de woonvoorkeuren ook gespecificeerd voor ouderen in de doelgroep die een kamer of studio zouden verkiezen boven een appartement, zie figuur 8. Deze ouderen hebben andere voorkeuren. Zekerheid van voldoende zorg en ondersteuning, de mogelijkheid om vrienden en familie te ontvangen[108] en de woonomgeving zijn voor deze ouderen belangrijker. Overige aspecten worden minder belangrijk gevonden, waaronder het behoud van (zo veel mogelijk) zelfstandigheid en (met name) privacy (in de vorm van een eigen voordeur).

Figuur 8: Aspecten die leden van de doelgroep die een kamer of studio verkiezen boven een appartement belangrijk vinden bij het kiezen van een woonvorm

N = 37



Bron: PwC enquête

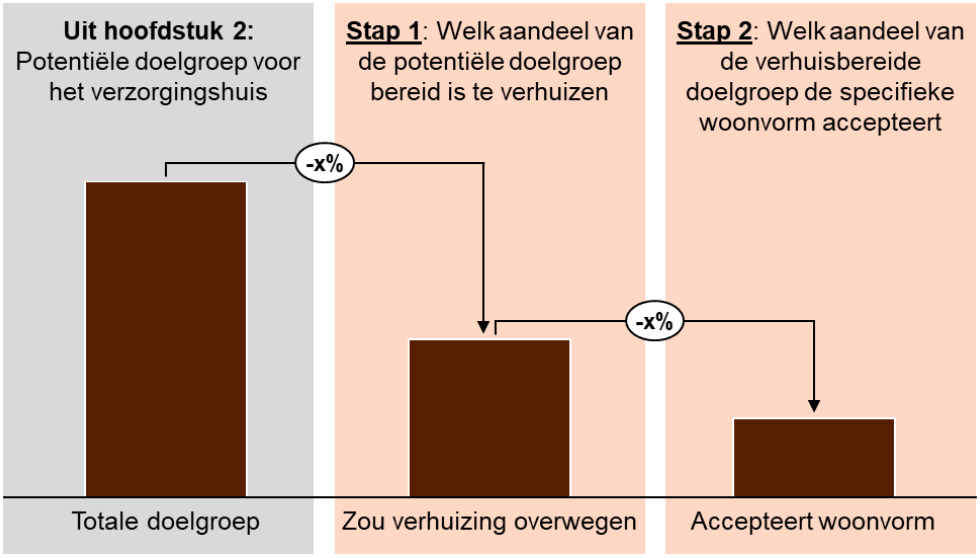
Ouderen zijn ook gevraagd naar het beeld dat zij hebben bij het verzorgingshuis. Hier valt op dat de reacties van ouderen die negatief zijn over het verzorgingshuis niet gebaseerd zijn op de woonvorm zelf, maar met name over de invulling van het (dagelijkse leven in het) verzorgingshuis. Zo zou er te veel verplicht zijn ten aanzien van het dagritme waardoor de persoonlijke autonomie afneemt (“er mag veel niet”), zou er onvoldoende personeel zijn waardoor je ‘aan je lot over wordt gelaten’ en lang moet wachten op zorg, en zou er geen privacy zijn. Positieve aspecten die benoemd worden zijn de zekerheid van voldoende zorg en ondersteuning, een gevoel van veiligheid (“er wordt op je gelet”), sociaal contact, en “ontzorgd worden”. Deze aspecten bieden – los van de fysieke woonvorm – aanknopingspunten voor een moderne invulling van het “verzorgingshuis” voor deze doelgroep. Zij bijlage 4.3 voor meer detail.

3.2.3 Confrontatie van de woonbehoeften met de voorgestelde woonvorm

De potentiële doelgroep voor de woonvormen is gelijk aan het aantal ouderen in de doelgroep dat bereid zou zijn om naar de woonvormen te verhuizen. Dit is berekend op basis van twee stappen, zie figuur 9.

[108] Dit kan betekenen dat er een ontmoetingsruimte aanwezig is, of bijvoorbeeld logeervoorzieningen.

Figuur 9: Stappen om de definitieve omvang van de doelgroep voor het verzorgingshuis te bepalen



Eerst is bepaald welk aandeel van de doelgroep bereid is om te verhuizen. Voor de ouderen die in theorie bereid zouden zijn om te verhuizen, is bepaald welk aandeel van hen bereid zou zijn om te verhuizen naar de specifieke woonvorm. De tweede stap verschilt per scenario, omdat de woonvorm verschilt per scenario. Resultaat hiervan is een definitieve doelgroep voor de woonvorm in scenario 1, en een definitieve doelgroep voor de woonvorm in scenario 2.[109]

Stap 1 – aandeel van de potentiële doelgroep dat bereid is te verhuizen

Op basis van een gewogen gemiddelde van de verhuisbereidheid vanuit de eigen enquête en een enquête van de ANBO-PCOB zou 55% van ouderen in de doelgroep overwegen om te verhuizen (zie figuur 10). In 2029 resulteert dit in 31.012 ouderen in de doelgroep die zouden overwegen om te verhuizen.

Figuur 10: Gehanteerde verhuisbereidheid onder de doelgroep

Verhuisbereid	Bron	Definitie	Gewicht	Resultaat
63%	PwC Enquête	*Aandeel van de doelgroep dat waarschijnlijk of zeker zou overwegen om te verhuizen bij een toenemende zorg- en ondersteuningsbehoefte*	0,5	55%
47%	ANBO-PCOB[1]	*Aandeel van ouderen van 75+ dat waarschijnlijk of zeker zou overwegen om te verhuizen bij een toenemende zorg- en ondersteuningsbehoefte*	0,5	

[1] Flitspeiling: Wonen en zorg voor ouderen, ANBO-PCOB (2025)

Stap 2 – aandeel van verhuisbereide doelgroep dat de specifieke woonvorm accepteert

Onzelfstandige woonvorm (scenario 1)

Binnen de onzelfstandige woonvorm heeft elke bewoner een eigen slaapkamer en sanitair, en deelt de keuken en een woonkamer. Op basis van de enquête zou 27% van de ouderen in de doelgroep overwegen

[109] Ter referentie: in het eerste scenario omvat de woning een kamer met eigen sanitair en gedeelde keuken, in het tweede scenario is dit een zelfstandig tweekamerappartement.

om te verhuizen naar de voorgestelde woonvorm. De doorrekening is gebaseerd op een gewogen gemiddelde van de enquêteresultaten en een enquête van de ANBO-PCOB (zie figuur 11).

Figuur 11: Gehanteerde verhuisbereidheid naar de woonvorm in scenario 1 onder de doelgroep

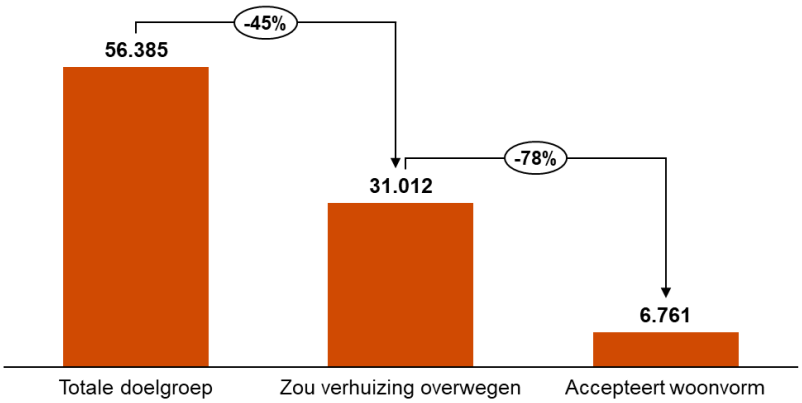
Verhuisbereid	Bron	Definitie[2]	Gewicht	Resultaat
27%	PwC Enquête	*Aandeel van de verhuisbereide doelgroep dat waarschijnlijk of zeker zou overwegen om te verhuizen naar een kamer met eigen badkamer en gedeelde keuken*	0,5	22%
16%	ANBO-PCOB[1]	*Gemiddelde van bereidheid onder verhuisbereide ouderen van 75-79 (11%) en 80+ jaar (22%) om te wonen in een verzorgingshuis*	0,5	

[1] Flitspeiling: Wonen en zorg voor ouderen, ANBO-PCOB (2025)

[2] Beide cijfers reflecteren de bereidheid van ouderen die al hebben aangegeven zeker of waarschijnlijk te overwegen te verhuizen.

Op basis hiervan zou 22% van de ouderen in de doelgroep die zou overwegen om te verhuizen, een kamer met eigen badkamer en gedeelde keuken overwegen. In combinatie met de ramingen uit hoofdstuk 2 leidt dit tot een doelgroep van 6.761 ouderen in 2029 in scenario 1 (zie figuur 12).

Figuur 12: Potentiële doelgroep voor de woonvorm in scenario 1



Zelfstandige woonvorm (*scenario 2*)

In scenario 2 zouden ouderen verhuizen naar een zelfstandige woning. Deze woonvorm spreekt veel ouderen aan. Om de acceptatie van de woonvorm in scenario 2 te bepalen zijn ouderen gevraagd welke woonvorm hen het meeste aan zou spreken; 78% van verhuisbereide ouderen in de doelgroep zou het liefst verhuizen naar een zelfstandig appartement.[110] De doorrekening is gebaseerd op een gewogen gemiddelde van de enquêteresultaten en een enquête van de ANBO-PCOB, zie figuur 13. Op basis hiervan zouden 65% van de ouderen in de doelgroep die zouden overwegen om te verhuizen, een zelfstandig appartement in een woonzorg complex overwegen.

[110] Scenario 2 is gedurende het onderzoek toegevoegd, na afronding van de enquête. Het was dus niet mogelijk om even specifieke vragen te stellen als in scenario 1.

Figuur 13: Gehanteerde verhuisbereidheid naar de woonvorm in scenario 2 onder de doelgroep

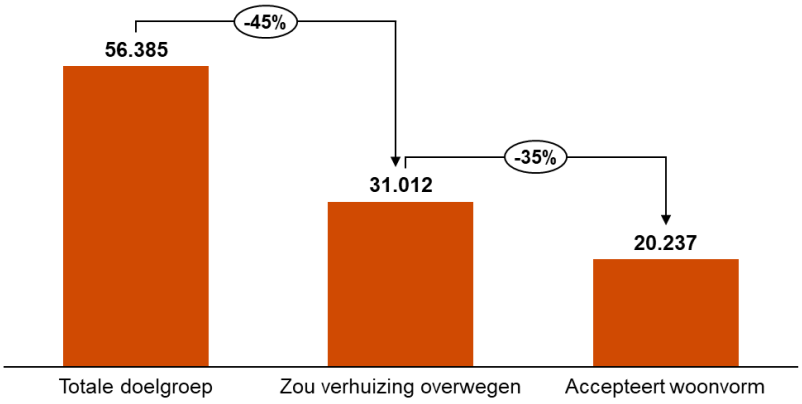
Verhuisbereid	Bron	Definitie[2]	Gewicht	Resultaat
78%	PwC Enquête	*Aandeel van de verhuisbereide doelgroep waarvoor een zelfstandig appartement de meest aansprekende woonvorm is*	0,5	65%
53%	ANBO-PCOB[1]	*Gemiddelde van bereidheid onder verhuisbereide ouderen van 75-79 (54%) en 80+ jaar (51%) om zelfstandig te wonen binnen een woon-zorgcomplex met zorg op afroep*	0,5	

[1] Flitspeiling: Wonen en zorg voor ouderen, ANBO-PCOB (2025)

[2] Beide cijfers reflecteren de bereidheid van ouderen die al hebben aangegeven zeker of waarschijnlijk te overwegen te verhuizen.

In combinatie met de ramingen uit hoofdstuk 2 leidt dit tot een definitieve doelgroep voor de woonvorm in scenario 2 van 20.237 ouderen in 2029 (zie figuur 14).

Figuur 14: Potentiële doelgroep voor de woonvorm in scenario 2



4. Kosten van het organiseren van het verzorgingshuis

In dit hoofdstuk worden de kosten en baten van de herintroductie van verzorgingshuizen in kaart gebracht voor de groep die volgt uit hoofdstuk 3. De kosten doorrekening bestaat uit drie componenten.

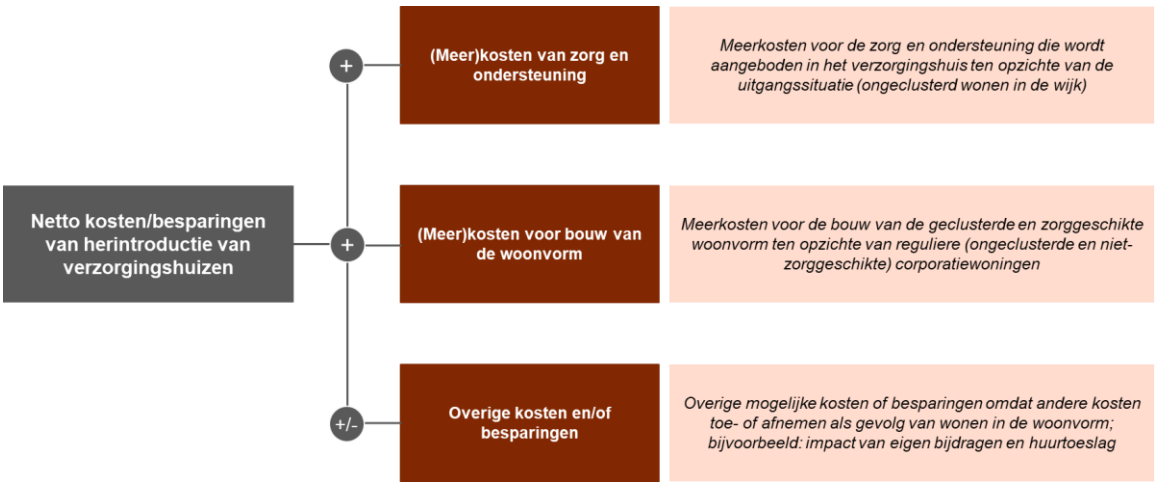
1. (Meer)kosten van zorg en ondersteuning bij herintroductie van het verzorgingshuis.
2. (Meer)kosten voor bouw van de woonvormen voor de beoogde doelgroep, ten opzichte van 'reguliere' (ongeclusterd, niet zorggeschikt) corporatiewoningen.
3. Overige kosten en/of besparingen, bijvoorbeeld de impact op huurtoeslag en eigen bijdragen.

De kosten van herintroductie van het verzorgingshuis omvatten het netto-effect van deze componenten. Op basis hiervan wordt de budgettaire impact van herintroductie ten opzichte van de uitgangssituatie bepaald.[111]

[111] RIVM. (2022). *Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040*.

In paragraaf 4.1 wordt de doelgroep vertaald naar een aantal bewoners in het verzorgingshuis. De kostencomponenten worden verdiept in 4.2, 4.3 en 4.4. Tenslotte wordt de totale netto impact van herintroductie (inclusief explicitering naar de budgettaire kaders) inzichtelijk gemaakt in 4.5.

Figuur 15: Kostencomponenten en relatie tot de totale doorrekening



4.1 Vertaling van doelgroep naar bewoners

De herintroductie van het verzorgingshuis wordt in eerste instantie beoogd voor de doelgroep zoals meegegeven in de opdrachtomschrijving en nader uitgewerkt in hoofdstuk 2 en 3. Deze doelgroep is echter niet statisch; ouderen worden ouder, en de zorgbehoefte kan veranderen of toenemen. Beperken van de verhuisbewegingen is een belangrijke voorkeur voor veel ouderen.[112] Daarom is als uitgangspunt gehanteerd dat de woningen in beide scenario's zorggeschikt worden gerealiseerd.[113] Ouderen kunnen er blijven wonen wanneer de zorgbehoefte toeneemt. Dit heeft twee implicaties voor de doorrekening.

- *De zorgvraag van de populatie van het verzorgingshuis verzwaart over tijd.* Uitgangspunt is dat jaarlijkse instroom in de verzorgingshuizen enkel bestaat uit personen die voldoen aan de kenmerken van de beoogde doelgroep. Over tijd neemt de zorgbehoefte van deze personen toe, en komen bewoners mogelijk in aanmerking voor een Wlz-indicatie. Gehanteerd is dat personen tot en met een indicatie zorgprofiel VV5 en VV6 in de woningen kunnen blijven wonen.[114] De berekening van zorgkosten en vertaling naar budgettaire impact dient hiermee in lijn te zijn.
- *De capaciteit van de woonvorm dient hoger te zijn dan sec benodigd voor de doelgroep.* De beoogde doelgroep komt niet in aanmerking voor een Wlz-indicatie. Op het moment dat een bewoner wel een Wlz-indicatie krijgt, valt deze buiten de raming en veronderstelde omvang van

[112] Alzheimer Nederland. (2021). *Nieuwe woonvormen dringend nodig voor mensen met dementie*.
[113] De woonvormen zijn gebaseerd op de eisen voor zorggeschikte woningen zoals gespecificeerd in de consultatieversie van het besluit tot wijziging van het Besluit Bouwwerken Leefomgeving uit het voorjaar van 2025.
[114] Gebaseerd op het rapport *Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie* van Zorginstituut Nederland (2024), waarin staat dat personen met een zorgprofiel VV7, VV8 en VV9 de zorg het beste kunnen ontvangen in een verpleeghuis. Voor VV5 en VV6 is dit onderscheid minder duidelijk. Een deel van de ouderen zou in een geclusterde woonvorm kunnen wonen met VPT. De raming verpleeghuiszorg van het RIVM duidt ook op groei van het aandeel VPT bij VV5 en VV6. Zodoende gaan wij ervan uit dat de woonvorm geschikt is voor ouderen met een zorgprofiel VV4, en een deel van de ouderen met een zorgprofiel VV5 en VV6.

de doelgroep, terwijl zij wel in de woonvorm (kunnen) blijven wonen. Het aantal bewoners – en het benodigde aantal woningen – is dus hoger dan volgt uit de ramingen van de doelgroep.

Om de kosten van zorg en benodigde capaciteit te berekenen moet duidelijk zijn hoeveel bewoners elk jaar in het verzorgingshuis wonen, en wat de zorgbehoefte is van deze bewoners. De zorgbehoefte van de doelgroep is in hoofdstuk 3 geduid op basis van de historische urennormen per zorgprofiel. In de bewonersmix gebruiken we daarom ook zorgprofielen om bewoners te classificeren. Omdat de doelgroep een deel van de ouderen betreft die vroeger in aanmerking zouden komen voor een zorgprofiel VV2 en VV3, worden deze zorgprofielen gebruikt wanneer we spreken over de doelgroep ("VV2" en "VV3"). Dit betekent expliciet *niet* dat de doelgroep toegang krijgt tot de Wlz – uitgangspunt in de doorrekening is dat de zorg voor de doelgroep via de Zvw en Wmo wordt georganiseerd. Overige bewoners kunnen een Wlz-indicatie VV4, VV5 of VV6 hebben.

De berekening om de bewonersmix te bepalen wordt toegelicht onder 4.1.1. De volledige raming van het aantal bewoners is geïncludeerd in bijlage 5.

4.1.1 Berekening van de bewonersmix

De bewonersmix is berekend op basis van een stroommodel met – per soort bewoner – de jaarlijkse kans op herindicatie en de verwachte volgordelijke ordening van de verschillende zorgprofielen.[115] Openbare data biedt geen inzicht in de jaarlijkse kans op herindicatie, noch het 'pad' van herindicatie.[116] De kans op herindicatie en het 'pad' van herindicatie is niet inzichtelijk op basis van openbare data. Ook toetsing bij experts leidt niet tot consensus; herindicatie lijkt deels afhankelijk te zijn van de specifieke cliënt en zorgorganisatie.

Omdat de bewonersmix een cruciaal onderdeel van de doorrekening is, is noodzakelijkerwijs per zorgprofiel een *kans* op herindicatie en '*pad*' van herindicatie verondersteld. De *kans* op herindicatie is gebaseerd op de overlijdenskans per zorgprofiel per jaar, omdat dit een indicatie biedt van de kans op een verandering van de zorgbehoefte.[117] In *Met zorg ouder worden* wordt 'overlijden' gehanteerd als een van 'zorgtreden' waar een oudere in kan doorstromen, op het moment dat de zorgvraag verandert.[118] Herindicatie duidt ook op een significante verandering van de zorgvraag. Bij gebrek aan een alternatief, is de gehanteerde veronderstelling dat de kans op herindicatie per zorgprofiel per jaar gelijk is aan de

[115] Herindicatie betekent dat een oudere een nieuwe indicatie voor langdurige zorg krijgt (bijvoorbeeld een herindicatie van zorgprofiel VV5 naar VV7), omdat de zorgbehoefte dusdanig is veranderd of toegenomen dat de zorg en ondersteuning passend bij de huidige Wlz-indicatie niet toereikend of passend is.
[116] Idealiter zou inzichtelijk zijn wat de meest gebruikelijke 'paden' van herindicatie zijn. Ofwel, welk zorgprofiel een oudere 'meestal' krijgt bij herindicatie vanaf een bepaald zorgprofiel; bijvoorbeeld, op het moment dat een oudere met een Wlz-indicatie VV4 een herindicatie krijgt, betekent dat in 80% van de cliënten dat zij doorstromen naar een zorgprofiel VV5, en 20% naar een zorgprofiel VV7. Deze informatie is niet inzichtelijk uit openbare informatie, en kon in nadere gesprekken ook niet geduid worden.
[117] CBS Monitor langdurige zorg. (laatst gewijzigd op 22 augustus 2025). *Personen met indicatie; grondslag, zzp, stand en in- en uitstroom, kwartaal*.
[118] Van Campen et al. (2013). *Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar*. SCP.

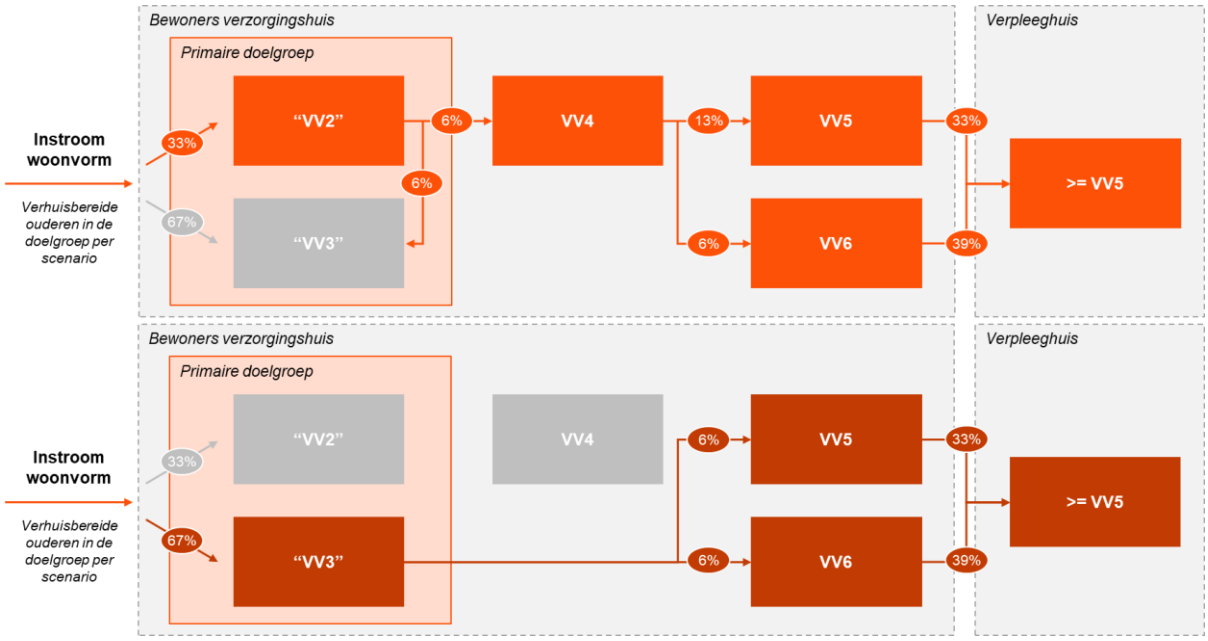
gemiddelde overlijdenskans per zorgprofiel per jaar over de periode 2015 – 2023.[119] Als de jaarlijkse kans op overlijden bij een bepaald zorgprofiel 13% is, wordt dus gehanteerd dat 13% van de ouderen jaarlijks doorstromen naar een volgend zorgprofiel.[120]

De '*paden*' zijn verondersteld op basis van de zorgomvang zoals omschreven in 3.1; zo is bijvoorbeeld verondersteld dat een zorgprofiel "VV3" niet door kan stromen naar VV4, omdat de intensiteit van persoonlijke verzorging bij een zorgprofiel VV4 lager is.[121] De kans op doorstroom naar zorgprofielen VV5 en VV6 vanaf VV4 is gebaseerd op de relatieve omvang van deze indicaties in 2024, en vanaf "VV3" op een gelijke verdeling.[122] We veronderstellen dat alle nieuwe instroom bestaat uit de doelgroep, dat 67% van de doelgroep een zorgbehoefte heeft die vergelijkbaar is aan een zorgprofiel "VV3", en 33% aan een zorgprofiel VV2.[123]

Zie figuur 16 voor een visuele weergave van het stroommodel met het aandeel van bewoners per zorgprofiel dat jaarlijks doorstroomt naar een volgend zorgprofiel.[124] Het stroommodel is als volgt te lezen (voorbeeld): jaarlijks stroomt 6% van het aantal bewoners met een "VV2" zorgprofiel door naar zorgprofiel VV4 als gevolg van een herindicatie, en 6% naar "VV3" – 88% van de doelgroep blijft dus stabiel op jaarbasis.

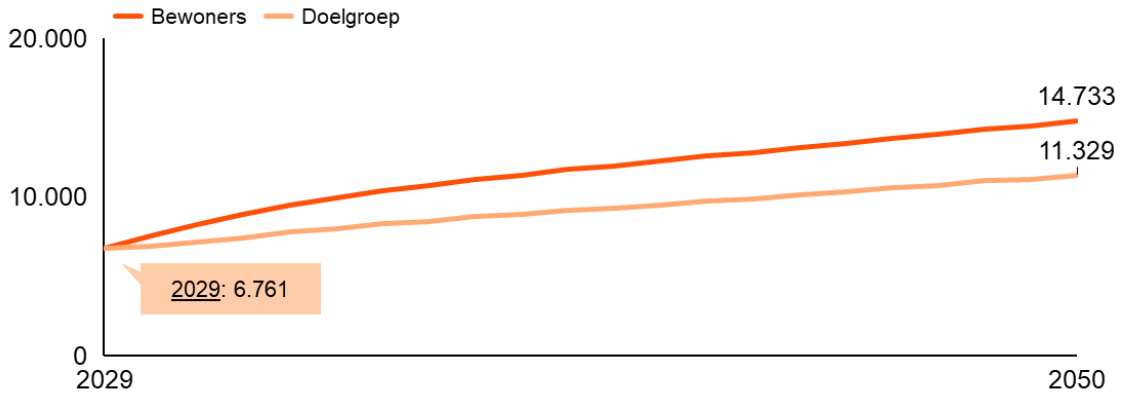
[119] De jaartallen 2020, 2021 en 2022 worden niet geïncludeerd bij dit gemiddelde omdat er als gevolg van hogere sterfte tijdens de coronapandemie sprake kan zijn van vertekening.
[120] We corrigeren niet voor overlijden onder de bewoners, omdat de ramingen zijn gebaseerd op bevolkingscijfers en -prognoses waarin sterfte al is geïncludeerd. Bewoners kunnen dus 'doorstromen' naar een volgend zorgprofiel, of in het huidige zorgprofiel blijven.
[121] Een zorgprofiel VV3 kent primair een somatische grondslag; als gevolg hebben ouderen met deze indicatie meer behoefte aan hulp bij persoonlijke verzorging dan ouderen met een zorgprofiel VV4. Hier ligt de nadruk vanwege de psychogeriatrische grondslag meer op begeleiding en ondersteuning op het vlak van maatschappelijke deelname. Zie 3.1 voor een verdieping van de omvang en insteek van zorg per zorgprofiel, en de beperkingen die ten grondslag liggen aan de ondersteuning per profiel.
[122] De kans op doorstroom naar een VV6 (somatische grondslag) is hoger bij een zorgprofiel VV3 dan bij een zorgprofiel VV4, omdat het zorgprofiel VV3 veelal een somatische grondslag kent. Omdat niet bekend is hoeveel hoger de kans is, is een gelijke kans op doorstroom naar VV5 en VV6 (50% - 50%) gehanteerd.
[123] Iemand met een zorgprofiel VV3 heeft een intensievere zorgbehoefte dan iemand met een zorgprofiel VV2. Omdat de doelgroep ouderen betreft die moeite hebben om zelfstandig thuis te wonen, is het aannemelijk dat een groter gedeelte van hen een intensievere zorgbehoefte heeft. Zodoende wordt aangenomen dat een groter aandeel - 67% - van deze ouderen, een zorgbehoefte heeft in lijn met zorgprofiel VV3.
[124] De getoonde percentages zijn een functie van de kans op herindicatie (overlijden) keer de relatieve verdeling van uitstroom naar een volgend zorgprofiel. Bijvoorbeeld voor VV3: 13% kans op doorstroom, met een 50/50% verdeling naar VV5 en VV6 (13% * 50% = 6%).

Figuur 16: Stroommodel om de bewonersmix van het verzorgingshuis te specificeren

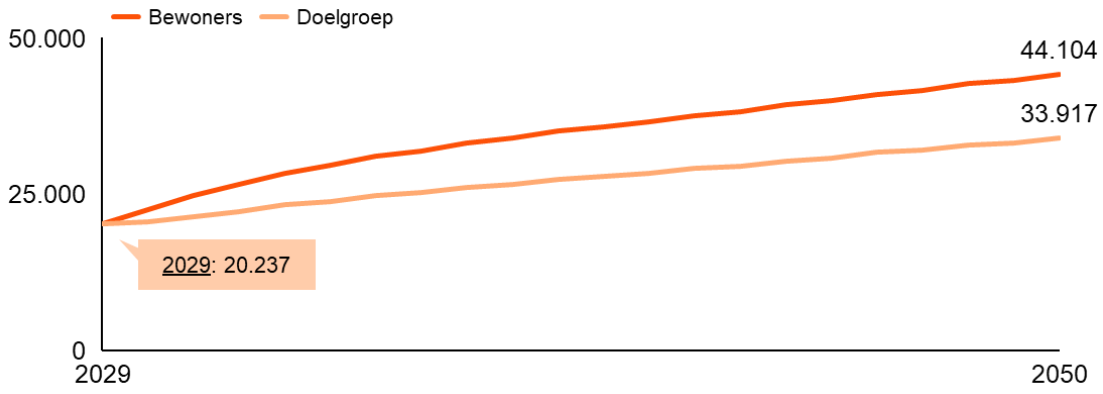


Figuur 17 en 18 tonen het aantal personen binnen de doelgroep vergeleken met het aantal bewoners van de verzorgingshuizen. Het aantal bewoners is hoger dan het aantal personen in de doelgroep omdat ouderen met een groeiende zorgbehoefte wel in de woonvorm blijven wonen, maar niet langer tot de doelgroep behoren.

Figuur 17: Aantal bewoners en personen in de doelgroep in scenario 1, 2029 – 2050



Figuur 18: Aantal bewoners en personen in de doelgroep in scenario 2, 2029 – 2050



4.2 Kosten van zorg en ondersteuning in de woonvorm

De impact van herintroductie van het verzorgingshuis is bepaald op basis van de zorgkosten in de uitgangssituatie en de veronderstelde netto kosten impact van zorg in het verzorgingshuis. De netto kosten impact is een functie van i) de extra kosten van zorg in het verzorgingshuis, en ii) de verwachte afname van overige zorgkosten in het verzorgingshuis.

De zorg in het verzorgingshuis is gebaseerd op de urennormen zoals uiteengezet in paragraaf 3.1. Bewoners in de doelgroep ontvangen deze zorg via de Zvw en Wmo. Bewoners met een Wlz-indicatie VV4, VV5 en VV6 verzilveren de indicatie in het verzorgingshuis door middel van een VPT. Aangezien de zorgkosten alleen meegenomen worden in zoverre deze budgettaire impact hebben, worden zorgkosten alleen berekend voor bewoners waarvoor de zorginzet in het verzorgingshuis afwijkt van de zorg die zij anders zouden ontvangen, zie figuur 19.

Figuur 19: Inclusie van verschillende bewonerstypes in de budgettaire impact op zorgkosten

Type bewoner	Inclusie in budgettaire impact zorgkosten	Toelichting
"VV2"	100%	*Bewoners ontvangen meer zorg in het verzorgingshuis (urennormen versus 'losse' wijkverpleging en gemeentelijke ondersteuning) en krijgen deze zorg in een andere setting (geclusterd en zorggeschikt versus ongeclusterd in de wijk)*
"VV3"	100%	
VV4	69,4%	*Bewoners die de Wlz-indicatie zonder het verzorgingshuis zouden verzilveren via een MPT en/of Pgb maken in het verzorgingshuis gebruik van een VPT*
VV5	0%	*Bewoners verzilveren de indicatie in de uitgangssituatie veelal via verblijf of een VPT en de zorg in de woonvorm is dus niet additioneel; inclusie zou leiden tot dubbeling t.o.v. het basispad*
VV6	0%	

"Doelgroep"

De zorgkosten van bewoners in de doelgroep, hier aangeduid als "VV2" en "VV3", worden volledig geïncludeerd. Bewoners met een zorgprofiel VV5 en VV6 worden niet meegerekend in de zorgkosten; het grootste gedeelte van personen met deze indicaties verzilveren de indicatie door middel van Zorg in natura verblijf of een VPT en ontvangen dus al vergelijkbare of meer zorg dan zij in het verzorgingshuis zouden ontvangen.[125] Het aandeel Zin verblijf en VPT ligt in 2023 hoger onder VV4 (84%), maar in de praktijk verleent VV4 geen toegang (meer) tot Zin verblijf.[126] Ouderen met een indicatie VV4 zullen voortschrijdend gebruik maken van zorg via een MPT/Pgb of VPT.[127] Bewoners met een indicatie VV4

[125] Het aandeel dat de indicatie verzilvert via een VPT of Zorg in natura verblijf onder personen met een indicatie en gebruik van Wlz zorg is 74% bij VV5 en 82% bij VV6 in 2023.
[126] Zorginstituut Nederland. (2024). *Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie*.
[127] Uit het *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg* (2025) volgt het uitgangspunt dat een MPT voorliggend wordt aan een VPT bij ongeclusterd wonen in de wijk. Het VPT kan wel als eerste optie worden ingezet in geclusterde woonvormen.

zijn geïncludeerd in de berekening op basis van het aandeel dat de indicatie buiten het verzorgingshuis zou verzilveren via een MPT/Pgb (69,4%).[128]

4.2.1 Zorgkosten in de uitgangssituatie

In deze paragraaf worden de Zvw, Wmo en Wlz zorgkosten in de uitgangssituatie uiteengezet voor bewoners in de doelgroep en bewoners met een Wlz-indicatie VV4. Voor de doelgroep ("VV2" en "VV3") is de uitgangssituatie ongeclusterd wonen in de wijk, voor VV4 betreft dit de totale zorgkosten bij een MPT/Pgb en ongeclusterd wonen in de wijk.

Het zorggebruik van de doelgroep is niet direct inzichtelijk te maken via bestaande data. De doelgroep is immers niet in beeld. De (Zvw en Wmo) zorgkosten worden hier daarom geconstrueerd op basis van verschillende bronnen.

De totale Zvw zorgkosten, en de kosten voor wijkverpleging, MSZ, GGZ en kortdurend verblijf (ELV en GRZ) zijn inzichtelijk gemaakt op basis van de *Monitor Ouderenzorg Trendanalyses*[129] en *Met zorg ouder worden*.[130] In de *Monitor Ouderenzorg Trendanalyses* worden de Zvw en Wlz zorgkosten per oudere inzichtelijk gemaakt naar zorgtreden.[131] Ook in *Met zorg ouder worden* worden vergelijkbare zorgtreden omschreven waarover de doelgroep verdeeld kan worden.[132] Ouderen in de doelgroep bevinden zich op basis van dit rapport in zorgtreden 6, 7 en 8;[133] dit komt overeen met zorgtreden 3, 4 en 5[134] uit de *Monitor Ouderenzorg*. Op basis van het relatieve aandeel per zorgtrede en de zorgkosten per oudere duidt dit op gemiddelde Zvw zorgkosten per jaar van €13.534 bij "VV2" bewoners, en €17.010 bij "VV3" bewoners.[135] Kosten voor overige Zvw zorgvormen, waaronder huisartsenzorg en paramedische zorg, zijn in de *Monitor Ouderenzorg Trendanalyses* samengevat onder 'eerstelijnszorg'. Om deze kosten te expliciteren zijn de kosten van eerstelijnszorg verdeeld naar de verschillende zorgvormen op basis van het aandeel per zorgvorm in de totale Zvw zorgkosten bij ouderen met een zorgprofiel "VV2" en "VV3" op basis van onderzoek van Zorginstituut Nederland.[136]

---

[128] Op basis van de verdeling van personen met een indicatie VV4 naar de verschillende leveringsvormen in 2023, en onder de veronderstellingen dat er (vooruitkijkend) geen Zin verblijf meer wordt afgegeven, en alle bewoners Wlz zorg gebruiken (geen personen met Wlz-indicatie die geen zorg gebruiken).
[129] NZa. (2020). *Monitor Ouderenzorg Trendanalyses*.
[130] Campen, van et al. (2013). *Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar*. SCP.
[131] Een zorgtrede beschrijft de zwaarste vorm van zorg waar een oudere gebruik van heeft gemaakt. De eerste trede is bijvoorbeeld "alleen eerstelijnszorg", en de zesde en zwaarste trede is "tehuiszorg". Een oudere in zorgtrede "alleen eerstelijnszorg", heeft bijvoorbeeld geen gebruik gemaakt van MSZ. De zorgtreden bieden inzicht in het aandeel van ouderen met een specifiek zorggebruik.
[132] De zorgtreden uit *Met zorg ouder worden* zijn ook gebruikt bij de afbakening van de doelgroep, in methodiek 1 van de microbenadering.
[133] Huishoudelijke ondersteuning thuis, persoonlijke verzorging thuis en tehuiszorg (destijds in een verzorgingshuis).
[134] Wmo-ondersteuning (waaronder huishoudelijke ondersteuning thuis), persoonlijke verzorging of verpleging thuis kortdurend, en persoonlijke verzorging of verpleging thuis structureel.
[135] Zorgkosten zijn geïndexeerd naar prijspeil 2025.
[136] Dijk, van et al. (2022). *Zorgkosten in de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg voor Wlz-cliënten met verschillende leveringsvormen*; Bijvoorbeeld: de totale Zvw kosten per jaar bij een zorgprofiel VV3 zijn berekend op €17.010,75. Na aftrek van wijkverpleging, MSZ en kortdurend verblijf (GRZ en ELV) resteert €3.397,53 aan te

Voor de Wmo zijn de kosten voor de doelgroep inzichtelijk gemaakt voor hulp bij het huishouden, individuele begeleiding en dagbesteding. Kosten voor overige vormen van ondersteuning, bijvoorbeeld vervoer, hulpmiddelen en maaltijdverzorging, konden niet inzichtelijk worden gemaakt op basis van openbare data. Kosten voor de gespecificeerde Wmo-voorzieningen zijn wederom gebaseerd op de zorgtreden in *Met zorg ouder worden*. Op basis hiervan kan het aandeel van de doelgroep dat gebruik maakt van hulp bij het huishouden (72%) en individuele begeleiding (18%) worden bepaald.[137] Er is geen data beschikbaar waarmee het gebruik van dagbesteding onder de doelgroep geduid kan worden; dit wordt gelijk verondersteld aan het gebruik onder ouderen van 75 jaar en ouder. De ureninzet per gebruiker is bepaald op basis van het *Normenkader Huishoudelijke Ondersteuning*[138] en het *Normenkader Begeleiding 2.0*.[139] Op basis van de gemiddelde ureninzet per oudere in de doelgroep[140] en uurtarieven per vorm van ondersteuning zijn de jaarlijkse Wmo kosten gemiddeld €2.579 bij "VV2" bewoners, en €3.124 bij "VV3" bewoners.

De Zvw en Wlz zorgkosten voor bewoners met een zorgprofiel VV4 zijn gebaseerd op onderzoek van Zorginstituut Nederland naar de Zvw en Wlz zorgkosten per leveringsvorm van ouderen met Wlz-zorg.[141] Hiermee zijn de Zvw en Wlz zorgkosten voor bewoners met een zorgprofiel VV4 in de uitgangssituatie (zorg via een MPT/Pgb) compleet. Ouderen met een Wlz-indicatie en zorg maken geen gebruik van hulp bij het huishouden, individuele begeleiding of dagbesteding via de Wmo. Overige Wmo-kosten zijn ook niet inzichtelijk gemaakt voor de doelgroep. Zodoende zijn er geen Wmo kosten gespecificeerd voor deze bewoners.

Zie figuur 20 voor een overzicht van de totale jaarlijkse zorgkosten (Zvw, Wmo en Wlz) per type bewoner in de uitgangssituatie.

verdelen Zvw zorgkosten. Huisartsenzorg is een van de te verdelen posten. Onder ouderen met een VV3 zorgprofiel en een VPT betreft dit 20% van de nog te verdelen zorgposten (alle posten behalve wijkverpleging, MSZ en kortdurend verblijf). De kosten voor huisartsenzorg zijn dan gelijk aan 21% * de nog te verdelen €3.397,53 = €683,41.

[137] De zorgtreden in *Met zorg ouder worden* zijn gebaseerd op de indeling van zorgfuncties binnen de AWBZ en sluiten niet direct aan op de verschillende Wmo functies. Omdat er sprake is van een trapsgewijze verzwaring, en individuele begeleiding voor minder ouderen wordt ingezet dan huishoudelijke ondersteuning, wordt verondersteld dat de ouderen in zorgtrede 7 (persoonlijke verzorging thuis, 21%) gebruik maken van individuele begeleiding

[138] Bureau HHM. (2025) *Normenkader huishoudelijke ondersteuning 2025*.

[139] Bureau HHM & Factum Advies. (2024). *Normenkader Begeleiding 2.0.*

[140] Ureninzet per oudere in de doelgroep = ureninzet onder gebruikers * aandeel gebruikers in de doelgroep

[141] Bijvoorbeeld: het zorggebruik van personen met een zorgprofiel VV4 met Wlz zorg via een MPT/Pgb, VPT, Zorg in natura verblijf (exclusief en inclusief behandeling); Dijk, van et al. (2022). *Zorgkosten in de zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg voor Wlz-cliënten met verschillende leveringsvormen.*

Figuur 20: Totale zorgkosten per jaar in de uitgangssituatie per type bewoner

	"VV2"[1]	"VV3"[1]	VV4[2]
Huisartsenzorg	€ 670,62	€ 683,41	€ 904,55
Extramurale farmacie	€ 1.396,65	€ 1.541,58	€ 1.882,72
Wijkverpleging	€ 583,12	€ 3.033,22	€ 14,11
Mondzorg	€ 96,96	€ 9,76	€ 60,89
MSZ	€ 8.662,34	€ 8.866,69	€ 6.049,29
Paramedische zorg	€ 146,59	€ 209,90	€ 312,59
Hulpmiddelen	€ 664,85	€ 929,44	€ 1.027,64
GGZ	€ 243,79	€ 260,79	€ 313,59
GRZ en ELV	€ 1.054,81	€ 1.452,52	€ 616,24
GRZ	€ 1.054,81	€ 1.378,92	€ 613,63
ELV		€ 73,61	€ 2,62
Overige	€ 15,01	€ 23,43	€ 46,23
Totaal Zvw	**€ 13.534,74**	**€ 17.010,75**	**€ 11.227,85**
Wmo	€ 2.579,54	€ 3.124,16	-
Wlz	-	-	€ 31.848,26
Totale zorgkosten	**€ 16.114,28**	**€ 20.134,91**	**€ 43.076,10**

[1] Zorgkosten bij zelfstandig thuis wonen in de wijk

[2] Zorgkosten bij een MPT/Pgb

4.2.2 Impact van het verzorgingshuis op zorgkosten

Vervolgstap is om te bepalen hoe de zorgkosten van bewoners veranderen in het verzorgingshuis. De kosten voor verpleging en verzorging nemen toe, omdat het aantal uren zorg per bewoner toeneemt ten opzichte van de uitgangssituatie. Deze toename wordt toegelicht in 4.2.2.1. Op andere zorgkosten, waaronder huisartsenzorg, MSZ, en ELV, is sprake van een afname als gevolg van verhuizing naar het verzorgingshuis, dit wordt toegelicht in 4.2.2.2.

4.2.2.1 Toename van kosten voor verpleging en verzorging

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3, zijn de historische urennormen per zorgprofiel het uitgangspunt voor de zorg in het verzorgingshuis. De doelgroep van het verzorgingshuis ontvangt deze zorg uit de Zvw en Wmo, tegen de daar geldende tarieven. Behandeluren zijn niet geïncludeerd omdat de doelgroep eventuele behandeling via de reguliere zorgaanspraak binnen de Zvw geniet. Bewoners met een zorgprofiel VV4 of hoger ontvangen de zorg via een VPT[142]. De berekeningen worden in de volgende paragrafen toegelicht.

[142] Exclusief behandeling.

Onderscheid tussen scenario's

De zorginzet, en dus de toename in zorgkosten, verschilt per scenario. De tijdsinzet bij een VPT in een zelfstandige woning in de wijk wordt 15% lager verondersteld dan de zorg voor eenzelfde cliënt in een intramurale setting.[143] Hoewel er geen sprake is van verblijf in een zorginstelling, lijkt de woonvorm in scenario 1 (kamer) wel (meer) op een institutionele setting dan de woonvorm in scenario 2. Scenario 2 (appartement) lijkt meer op een zelfstandige woning die een oudere ook 'regulier' zou kunnen bewonen, zonder zorgfuncties. Daarom wordt verondersteld dat de tijdsinzet in scenario 1 gelijk is aan de urennormen per zorgprofiel, en dat de tijdsinzet in scenario 2 15% lager is per bewoner.

Zorgomvang en kostenopbouw per type bewoner

De gehanteerde zorgomvang (totaal per week en naar functie) wordt getoond in figuur 21. In de NZa urennorm worden huishoudelijke hulp en individuele begeleiding niet gesplitst.[144] Ondersteunende begeleiding is gesplitst naar huishoudelijke hulp en individuele begeleiding op basis van het normenkader voor huishoudelijke hulp.[145] De resterende tijd na aftrek van de huishoudelijke hulp is toegekend aan individuele begeleiding.

Figuur 21: Uren per week en naar functie per bewoner in de doorrekening en per scenario

Scenario	Zorgprofiel	Uur per week	Huishoudelijke hulp (%)	Individuele begeleiding (%)	Persoonlijke verzorging (%)	Verpleging (%)	Dagbesteding (%)
Scenario 1 – Kamer	"VV2"	7,0	*30%*	*13%*	*43%*	*7%*	*7%*
	"VV3"	9,4	*22%*	*7%*	*54%*	*14%*	*2%*
	VV4	11,5	*18%*	*26%*	*39%*	*5%*	*12%*
Scenario 2 – Appartement	"VV2"	6,0	*30%*	*13%*	*43%*	*7%*	*7%*
	"VV3"	8,0	*22%*	*7%*	*54%*	*14%*	*2%*
	VV4	9,8	*18%*	*26%*	*39%*	*5%*	*12%*

Scenario	Zorgprofiel	Uur per week	Huishoudelijke hulp (uur)	Individuele begeleiding (uur)	Persoonlijke verzorging (uur)	Verpleging (uur)	Dagbesteding (uur)
Scenario 1 – Kamer	"VV2"	7,0	*2,1*	*0,9*	*3,0*	*0,5*	*0,5*
	"VV3"	9,4	*2,1*	*0,7*	*5,1*	*1,4*	*0,2*
	VV4	11,5	*2,1*	*3,0*	*4,5*	*0,6*	*1,4*
Scenario 2 – Appartement	"VV2"	6,0	*1,8*	*0,8*	*2,6*	*0,4*	*0,4*
	"VV3"	8,0	*1,8*	*0,6*	*4,3*	*1,1*	*0,2*
	VV4	9,8	*1,8*	*2,5*	*3,8*	*0,5*	*1,2*

De tarieven voor de verschillende vormen van zorg worden getoond in figuur 22. Uit de enquête blijkt dat de doelgroep behoefte heeft aan een vorm van toezicht in de woonvorm, bijvoorbeeld in de vorm van de mogelijkheid om zorg op te roepen wanneer nodig. Daarom zijn de tarieven voor *oproepbare* persoonlijke verzorging en verpleging gehanteerd. Deze zijn hoger dan de reguliere uurtarieven. Wmo-

[143] Onderzoek van ABF Research naar de functiemix in verpleegzorg thuis toont aan dat de wijze waarop een VPT wordt aangeboden (en daardoor de hoeveelheid personeelsinzet) divers is. Sommige organisaties zetten sterk in op het activeren van de cliënt, waardoor er minder personeel nodig is. Op basis hiervan wordt in het Prognosemodel Zorg & Welzijn verondersteld dat de totale arbeidsbehoefte voor een VPT-cliënt ongeveer 85% is van die voor een verpleeghuiscliënt met hetzelfde zorgprofiel. Dit percentage is gebaseerd op interviews.
[144] Oude functie 'ondersteunende begeleiding' wordt nog gehanteerd.
[145] Gemiddeld 125 minuten per bewoner (exclusief eventuele verlichtende of verzwarende factoren).

tarieven verschillen per gemeente. Om te komen tot een rekentarief per functie zijn negen gemeenten geselecteerd op basis van stedelijkheid (niet, gemiddeld, sterk) en inkomensniveau (laag, gemiddeld, hoog). We hanteren het gemiddelde PGB tarief voor zorg in natura in 2025 per functie over deze negen gemeentes.[146] Voor bewoners met een Wlz-indicatie VV4 zijn de dagtarieven voor een VPT zonder behandeling gebruikt.[147]

Figuur 22: Gehanteerde tarieven per bewonerstype en zorgproduct, prijspeil 2025

Bewoners	Zorgproduct	Stelsel	Eenheid	Tarief	Noot
Doelgroep ("VV2" en "VV3")	Huishoudelijke hulp[1]	Wmo	Uur	€ 30,24	
	Individuele begeleiding[1]	Wmo	Uur	€ 56,22	
	Persoonlijke verzorging[2]	Zvw	Uur	€ 73,36	*Oproepbare persoonlijke verzorging*
	Verpleging[2]	Zvw	Uur	€ 99,31	*Oproepbare verpleging*
	Dagbesteding[1]	Wmo	Dagdeel (4 uur)	€ 45,19	
VV4	VPT[3]	Wlz	Dag	€ 150,05	*Inclusief dagbesteding, exclusief behandeling*

[1] Op basis van een steekproef van negen gemeentes

[2] Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging 2025 - TB/REG-25617-01

[3] Bijlage 4 bij BR/REG-25131a Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025

Totale kosten van zorg en ondersteuning in de woonvorm

De jaarlijkse kosten van zorg in het verzorgingshuis zijn per type bewoner en scenario berekend op basis van de zorgomvang per jaar tegen de geldende tarieven. Zie figuur 23 voor een rekenvoorbeeld gebaseerd op bewonerstype "VV3" in scenario 1, en figuur 24 voor de jaarlijkse kosten per bewoner in elk scenario, inclusief splitsing naar Zvw, Wmo en Wlz. De kosten per bewoner in de doelgroep zijn hoger in scenario 1 omdat de ureninzet in scenario 2 15% lager is. Er is geen verschil in de kosten per bewoner bij een zorgprofiel VV4 omdat het VPT een integraal dagtarief kent dat niet afhankelijk is van de daadwerkelijke ureninzet. Deze kosten zijn niet volledig additioneel; de kosten impact is gelijk aan de getoonde jaarlijkse kosten, minus de kosten voor verpleging en verzorging die bewoners in de uitgangssituatie maken.[148]

Figuur 23: Rekenvoorbeeld om de jaarlijkse kosten van zorg in het verzorgingshuis te berekenen, op basis van bewonerstype "VV3" in scenario 1

Zorgvorm	Uur per week	Uur per jaar	Uurtarief	Kosten per jaar
Huishoudelijke hulp	2,1	108,6	€ 30,24	€ 3.285,12
Individuele begeleiding	0,7	35,3	€ 56,22	€ 1.983,75
Persoonlijke verzorging	5,1	265,4	€ 73,36	€ 20.266,49
Verpleging	1,4	70,4	€ 99,31	€ 6.990,71
Dagbesteding	0,2	10,2	€ 11,30	€ 115,31
Totaal				**€ 32.641,38**

[146] Geïncludeerde gemeenten zijn Amsterdam, Amersfoort, Ede, Eemsdelta, Haarlem, Heerlen, Hilversum, Rotterdam en Utrecht. Noot: gemeenten definiëren de zorgproducten en tarieven op andere wijzen. Bij verschillen zijn de volgende normen aangehouden: de lichtste vorm van ondersteuning (bijvoorbeeld intensiteitstrede 1), het ZiN tarief of het hoogste PGB tarief (bijvoorbeeld 90% ZiN tarief in plaats van 75% tarief), waar mogelijk gespecificeerd naar ouderen (bijvoorbeeld dagbesteding ouderen in plaats van volwassenen).

[147] Het VPT-tarief betreft een maximumtarief. Het richttarief percentage in 2025 is 96,4%.

[148] Verpleging en verzorging kan plaatsvinden vanuit de Zvw (bijvoorbeeld wijkverpleging), Wmo (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging), of Wlz (bijvoorbeeld verblijf).

Figuur 24: Jaarlijkse kosten van zorg in het verzorgingshuis per bewoner en scenario, totaal en aandeel per stelsel

Scenario	Bewoner	Kosten per jaar	Aandeel Zvw[1]	Aandeel Wmo[2]	Aandeel Wlz[3]
Scenario 1	"VV2"	€ 20.801,67	€ 14.534,04 (70%)	€ 6.267,63 (30%)	-
	"VV3"	€ 32.641,38	€ 27.257,20 (84%)	€ 5.384,17 (16%)	-
	VV4	€ 52.795,25	-	-	€ 52.795,25 (100%)
Scenario 2	"VV2"	€ 17.681,42	€ 12.353,93 (70%)	€ 5.327,49 (30%)	-
	"VV3"	€ 27.745,17	€ 23.168,62 (84%)	€ 4.576,55 (16%)	-
	VV4	€ 52.795,25	-	-	€ 52.795,25 (100%)

[1] Functies persoonlijke verzorging en verpleging

[2] Functies hulp bij huishouden, individuele begeleiding en dagbesteding

[3] VPT

Netto toename van verpleging en verzorging in het verzorgingshuis

De netto toename in kosten van verpleging en verzorging per jaar is gelijk aan het verschil tussen de kosten in de uitgangssituatie en de kosten in het verzorgingshuis. Zie figuur 25 voor een voorbeeld van de berekening in scenario 1. Bijvoorbeeld, in scenario 1 nemen de netto kosten voor verpleging en verzorging voor "VV3" bewoners toe met €26.484,00 per jaar.

Figuur 25: Toename in V&V kosten per bewoner per jaar in het verzorgingshuis in scenario 1

Bewoner	Verdeling	Kosten V&V in de uitgangssituatie (per jaar)	Kosten V&V in het verzorgingshuis (per jaar)	Toename in V&V kosten (per jaar)
"VV2"	**Totaal**	**€ 3.162,66**	**€ 20.801,67**	**€ 17.639,01**
	Zvw	€ 583,12	€ 14.534,04	€ 13.950,92
	Wmo	€ 2.579,54	€ 6.267,63	€ 3.688,09
"VV3"	**Totaal**	**€ 6.157,38**	**€ 32.641,38**	**€ 26.484,00**
	Zvw	€ 3.033,22	€ 27.257,20	€ 24.223,98
	Wmo	€ 3.124,16	€ 5.384,17	€ 2.260,02
VV4	**Totaal**	**€ 31.862,37**	**€ 52.795,25**	**€ 20.932,88**
	Zvw	€ 14,11	€ 0	€ (14,11)
	Wlz	€ 31.848,26	€ 52.795,25	€ 20.947,00

4.2.2.2 Afname van zorgkosten

De kosten voor huisartsenzorg, MSZ, mondzorg en kortdurend verblijf (ELV en GRZ) nemen af in het verzorgingshuis. De veronderstelling is dat in het verzorgingshuis een beschermend effect optreedt[149]; de kosten van MSZ en GRZ kunnen bijvoorbeeld afnemen omdat valpartijen worden voorkomen door de intensievere zorg en mate van toezicht in het verzorgingshuis ten opzichte van de uitgangssituatie. Ook

[149] Eerder onderzoek wijst bijvoorbeeld op een afname in de kans op een ziekenhuisopname bij ouderen die intramurale zorg ontvangen, ten opzichte van wanneer zij thuiszorg ontvangen. Dit betekent niet direct dat er sprake is van een causaal verband, er kan ook sprake zijn van overname van een deel van de zorg die anders in het ziekenhuis zou worden verleend. Het betekent wel dat er sprake *kan* zijn van een causaal effect. Zie: Bakx et al. (2020). *Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival*.

kan sprake zijn van substitutie; als een oudere in het verzorgingshuis woont, zal deze naar verwachting geen gebruik maken van ELV, omdat de woonvorm geschikt is om de nodige medische zorg te verlenen.

Mondzorg, MSZ en overige zorg. Onderzoek van Zorginstituut Nederland naar de zorgkosten van personen met een Wlz-indicatie bij verschillende leveringsvormen biedt inzicht in de afname van verschillende zorgkosten voor ouderen met een zorgprofiel VV4 bij de leveringsvorm VPT ten opzichte van MPT/Pgb, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.[150] Hieruit blijkt dat sprake is van een afname van de kosten van mondzorg (-13%), MSZ (-12,8%), en overige zorg (-5,4%). Omdat er geen vergelijkbare data is over de doelgroep, zijn de procentuele afnamen zoals geobserveerd bij VV4 toegepast voor alle bewoners. Het is niet direct mogelijk om hier een causaal verband te trekken tussen de zorgkosten en leveringsvorm. Selectie effecten kunnen invloed hebben op de zorgkosten per leveringsvorm; een oudere die zorg ontvangt via een VPT in plaats van een MPT/Pgb, heeft mogelijk ook andere zorgbehoeften. Tegelijkertijd is het juist daarom interessant dat er ondanks mogelijke selectie effecten wel een afname zichtbaar is.

Huisartsenzorg. Als ouderen langer thuis wonen, valt de zorg voor ouderen langer onder de verantwoordelijkheid van de huisarts (in plaats van bijvoorbeeld een arts in het verpleeghuis). Kwetsbare thuiswonende ouderen hebben vaker en langer contactmomenten met de huisarts dan niet-kwetsbare ouderen.[151] De zorg voor ouderen wordt ook complexer; als gevolg hiervan zijn huisartsen meer indirecte tijd kwijt aan oudere patiënten, bijvoorbeeld om af te stemmen met andere zorgverleners.[152] In de woonvorm is sprake van een vaste zorgaanbieder, waardoor er mogelijk minder (directe en indirecte) tijdsinzet nodig is per patiënt. Versterking van het sociale netwerk van ouderen kan ook bijdragen aan een lagere belasting van de huisarts.[153] In het verzorgingshuis wordt specifiek beoogd om de sociale aanspraak van de doelgroep te vergroten, door contact tussen bewoners te stimuleren. Op basis hiervan wordt verondersteld dat het aantal en type huisartscontacten convergeert naar het gemiddelde onder thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Dit leidt tot een afname op de totale kosten van huisartsenzorg per oudere van -12,4%.[154]

ELV. Ouderen kunnen gebruik maken van ELV op het moment dat zij tijdelijk niet verantwoord zelfstandig thuis kunnen wonen, maar een opname in het ziekenhuis of een gespecialiseerde instelling niet aan de orde is. Ouderen die in het verzorgingshuis wonen, kunnen de benodigde zorg en

[150] Dijk, van et al. (2022). *Zorgkosten in de zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg voor Wlz-cliënten met verschillende leveringsvormen.*
[151] Vektis. (2020). *Factsheet kwetsbare ouderen*.; Nivel. (2017). *Hoeveel meer zorg hebben kwetsbare ouderen nodig?*
[152] Nivel. (2016). *Zorggebruik in de huisartspraktijk*.
[153] Sterker sociaal werk. (2023). *Factbook Sociaal Arrangeren.*
[154] Geclusterde woonvormen voor ouderen (die relatief veel eerstelijnszorg gebruiken) kunnen druk leggen op lokale huisartsenpraktijken en andere eerstelijnszorgverleners, omdat zij dan een relatief zware patiënt populatie hebben. Bij eventuele realisatie dient hier aandacht voor te zijn; anders is het mogelijk dat de druk, ondanks de lagere zorginzet per oudere, in absolute zin toeneemt bij een individuele praktijk of zorgverlener.

ondersteuning in de woonvorm ontvangen. Daarom wordt verondersteld dat bewoners van het verzorgingshuis geen gebruik zullen maken van ELV.

GRZ wordt (meestal) ingezet als vervolg op een ziekenhuisopname of behandeling.[155] In 2019 werd GRZ bij 30% van GRZ-patiënten ingezet naar aanleiding van een ziekenhuisbehandeling voor een botbreuk of gewrichtstrauma, bijvoorbeeld bij een heupfractuur na een val. GRZ kan ook ambulant worden aangeboden als verblijf niet (meer) nodig is om verantwoorde zorg te kunnen bieden[156]. Net als bij ELV, kan een ongeschikte woning aanleiding geven tot de inzet van GRZ.[157] Omdat er in de woonvorm sprake is van een afname van MSZ zorg en ouderen geschikt wonen met een vorm van toezicht, veronderstellen we dat de afname bij MSZ (-12,8%) ook geldt voor de zorgkosten van GRZ.

4.2.3 Nieuwe zorgkosten per bewoner van het verzorgingshuis

Op basis van de zorgkosten in de uitgangssituatie en de toe- en afnamen van zorgkosten in het verzorgingshuis zijn de nieuwe zorgkosten per bewoner van het verzorgingshuis bepaald. De verschillen per zorgvorm en totale verschillen worden voor scenario 1 inzichtelijk gemaakt in figuur 26, en voor scenario 2 in figuur 27. Voor elk bewonersprofiel leidt de introductie van de woonvorm met de in scenario 1 gehanteerde zorginzet tot 46-124% hogere totale zorgkosten per bewoner jaar in scenario 1, en 46-100% in scenario 2. De zorginzet in het verzorgingshuis leidt tot significant hogere kosten voor wijkverpleging en Wmo onder de doelgroep. De impact is hoger in scenario 1 in verband met de hogere tijdsinzet. De toename in zorgkosten per bewoner is gelijk aan de budgettaire impact per bewoner.

Figuur 26: Netto impact van verhuizing naar verzorgingshuis op jaarlijkse zorgkosten per bewoner in scenario 1

	"VV2"			"VV3"			VV4		
	Vertrekpunt[1]	Δ	In de woonvorm	Vertrekpunt[1]	Δ	In de woonvorm	Vertrekpunt[2]	Δ	In de woonvorm
Huisartsenzorg	€ 670,62	*-12,4%*	€ 587,66	€ 683,41	*-12,4%*	€ 598,87	€ 904,55	*-12,4%*	€ 792,65
Extramurale farmacie	€ 1.396,65	-	€ 1.396,65	€ 1.541,58	-	€ 1.541,58	€ 1.882,72	-	€ 1.882,72
Wijkverpleging	€ 583,12	*+2.392%*	€ 14.534,04	€ 3.033,22	*+799%*	€ 27.257,20	€ 14,11	*-100%*	-
Mondzorg	€ 96,96	*-13,0%*	€ 84,31	€ 9,76	*-13,0%*	€ 8,49	€ 60,89	*-13,0%*	€ 52,95
MSZ	€ 8.662,34	*-12,8%*	€ 7.554,32	€ 8.866,69	*-12,8%*	€ 7.732,53	€ 6.049,29	*-12,8%*	€ 5.275,51
Paramedische zorg	€ 146,59	-	€ 146,59	€ 209,90	-	€ 209,90	€ 312,59	-	€ 312,59
Hulpmiddelen	€ 664,85	-	€ 664,85	€ 929,44	-	€ 929,44	€ 1.027,64	-	€ 1.027,64
GGZ	€ 243,79	-	€ 243,79	€ 260,79	-	€ 260,79	€ 313,59	-	€ 313,59
GRZ en ELV	€ 1.054,81	*-12,8%*	€ 919,88	€ 1.452,52	*-17,2%*	€ 1.202,54	€ 616,24	*-13,2%*	€ 535,14
GRZ	€ 1.054,81	*-12,8%*	€ 919,88	€ 1.378,92	*-12,8%*	€ 1.202,54	€ 613,63	*-12,8%*	€ 535,14
ELV	-	*-100%*	-	€ 73,61	*-100%*	-	€ 2,62	*-100%*	-
Overige	€ 15,01	*-5,4%*	€ 14,19	€ 23,43	*-5,4%*	€ 22,16	€ 46,23	*-5,4%*	€ 43,73
Totaal Zvw	**€ 13.534,74**	*+93,2%*	**€ 26.146,31**	**€ 17.010,75**	*+133%*	**€ 39.763,51**	**€ 11.227,85**	*-8,8%*	**€ 10.236,51**
Wmo	€ 2.579,54	*+143%*	€ 6.267,63	€ 3.124,16	*+72%*	€ 5.384,17	-	-	-
Wlz	-		-	-		-	€ 31.848,26	*+66%*	€ 52.795,25
Totale zorgkosten	**€ 16.114,28**	*+101%*	**€ 32.413,94**	**€ 20.134,91**	*+124%*	**€ 45.147,68**	**€ 43.076,10**	*+46%*	**€ 63.031,76**

[1] Zelfstandig thuis wonen in de wijk (ongeclusterd)

[2] Ongeclusterd wonen met een MPT/Pgb

[155] Verenso. *Geriatrische revalidatiezorg*; Vektis. (2021). *Factsheet Geriatrische revalidatiezorg*.
[156] Zorginstituut Nederland. *Geriatrische revalidatiezorg*.
[157] ActiZ. (6 september 2023). *Weer terug naar huis met geriatrische revalidatie.*

Figuur 27: Netto impact van verhuizing naar verzorgingshuis op jaarlijkse zorgkosten per bewoner in scenario 2

	"VV2"			"VV3"			VV4		
	Vertrekpunt[1]	Δ	In de woonvorm	Vertrekpunt[1]	Δ	In de woonvorm	Vertrekpunt[2]	Δ	In de woonvorm
Huisartsenzorg	€ 670,62	-12,4%	€ 587,66	€ 683,41	-12,4%	€ 598,87	€ 904,55	-12,4%	€ 792,65
Extramurale farmacie	€ 1.396,65	-	€ 1.396,65	€ 1.541,58	-	€ 1.541,58	€ 1.882,72	-	€ 1.882,72
Wijkverpleging	€ 583,12	+2.018%	€ 12.353,93	€ 3.033,22	+663%	€ 23.168,62	€ 14,11	-100%	-
Mondzorg	€ 96,96	-13,0%	€ 84,31	€ 9,76	-13,0%	€ 8,49	€ 60,89	-13,0%	€ 52,95
MSZ	€ 8.662,34	-12,8%	€ 7.554,32	€ 8.866,69	-12,8%	€ 7.732,53	€ 6.049,29	-12,8%	€ 5.275,51
Paramedische zorg	€ 146,59	-	€ 146,59	€ 209,90	-	€ 209,90	€ 312,59	-	€ 312,59
Hulpmiddelen	€ 664,85	-	€ 664,85	€ 929,44	-	€ 929,44	€ 1.027,64	-	€ 1.027,64
GGZ	€ 243,79	-	€ 243,79	€ 260,79	-	€ 260,79	€ 313,59	-	€ 313,59
GRZ en ELV	€ 1.054,81	-12,8%	€ 919,88	€ 1.452,52	-17,2%	€ 1.202,54	€ 616,24	-13,2%	€ 535,14
GRZ	€ 1.054,81	-12,8%	€ 919,88	€ 1.378,92	-12,8%	€ 1.202,54	€ 613,63	-12,8%	€ 535,14
ELV	-	-100%	-	€ 73,61	-100%	-	€ 2,62	-100%	-
Overige	€ 15,01	-5,4%	€ 14,19	€ 23,43	-5,4%	€ 22,16	€ 46,23	-5,4%	€ 43,73
Totaal Zvw	**€ 13.534,74**	+77,1%	**€ 23.966,20**	**€ 17.010,75**	+109%	**€ 35.674,93**	**€ 11.227,85**	-8,8%	**€ 10.236,51**
Wmo	€ 2.579,54	+107%	€ 5.327,49	€ 3.124,16	+46%	€ 4.576,55	-	-	-
Wlz	-		-	-		-	€ 31.848,26	+66%	€ 52.795,25
Totale zorgkosten	**€ 16.114,28**	+82%	**€ 29.293,68**	**€ 20.134,91**	+100%	**€ 40.251,47**	**€ 43.076,10**	+46%	**€ 63.031,76**

[1] Zelfstandig thuis wonen in de wijk (ongeclusterd)

[2] Ongeclusterd wonen met een MPT/Pgb

4.3 Meerkosten van bouwen van het verzorgingshuis

In dit onderdeel worden de meerkosten van nieuwbouw van het verzorgingshuis in beide scenario's geraamd. "Meerkosten" zijn de extra bouwkosten per woning ten opzichte van reguliere – ongeclusterde, niet zorggeschikte – corporatiewoningen. Meerkosten volgen uit hogere benodigde oppervlakte per woning en in het gebouw, bijvoorbeeld voor bredere gangen en gemeenschappelijke ruimtes, en hogere bouwkosten per vierkante meter, bijvoorbeeld door specifieke brandveiligheidseisen.

De raming van meerkosten is indicatief. Meerkosten van het bouwen van de voorgestelde woonvorm hangen in de praktijk af van verschillende factoren. Zo kunnen tussen bouwlocaties in Nederland bouw- en grondkosten significant van elkaar verschillen. Daarnaast is de totaal benodigde oppervlakte in een gebouw afhankelijk van de vormfactor, die wordt gebruikt om de gebruiksoppervlakte per woning te vertalen naar een totale oppervlakte van het gebouw, inclusief ruimte voor (bijvoorbeeld) een entree, gangen, en technische ruimten. De vormfactor kan pas definitief worden vastgesteld op het moment dat een gebouw daadwerkelijk wordt ingetekend. In dit onderzoek hanteren we de vormfactor uit bestaand onderzoek over de gemiddelde vormfactor voor geclusterde woonvormen.[158] De raming kan worden gepreciseerd op het moment dat verdere detaillering van de woonvorm concreet is gemaakt.

4.3.1 Opzet van de woonvorm

Om de meerkosten van realisatie van de woonvorm te ramen moeten aspecten van de woonvorm geconcretiseerd worden. Uitgangspunt is dat het gebouw en de woningen zorggeschikt moeten worden gebouwd, hetgeen voorschriften met zich meebrengt voor de minimale oppervlakte van de woningen en

[158] KPMG. (2022). *Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz*.

(bijvoorbeeld) de breedte van gangen en deuren. Dergelijke woonvormen zijn duurder om te realiseren dan woningen die niet zorggeschikt zijn. Om deze hogere kosten te dekken, is de huurprijs voor deze woonvormen vaak hoger. De doelgroep heeft beperkte financiele middelen, waardoor de mogelijke hoogte van de huurprijs beperkt is. In de concretisering zijn daarom waar mogelijk keuzes gemaakt om de woonvorm zo vorm te geven dat potentiële schaalvoordelen worden benut, onder meer door het aantal bewoners per gebouw te optimaliseren.

4.3.2 Aantal woningen per gebouw

Vanuit het perspectief van bewoners is er niet één optimale schaal voor woonzorgvormen, omdat ouderen verschillende voorkeuren hebben.[159] Kleinschaligheid wordt gewaardeerd vanwege de huiselijkheid en het gevoel van veiligheid, en grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd vanwege de levendigheid, anonimiteit (en dus privacy), keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod aan voorzieningen en activiteiten.[160] Grootschaligheid heeft financiële voordelen omdat schaalvoordelen maximaal benut kunnen worden, bijvoorbeeld ten aanzien van gemeenschappelijke ruimten.

Brandmeldinstallaties (BMI) zijn als gevolg van de hoge kosten een belangrijke schaalafhankelijke kostenpost.[161] Afhankelijk van de gebruiksfunctie en de geleverde zorg gelden er specifieke eisen ten aanzien van brandveiligheid.[162] Door de beoogde opzet van de woonvorm is het aannemelijk dat er sprake dient te zijn van een (gecertificeerde) BMI met gedeeltelijke of volledige bewaking. De kosten hiervoor kunnen niet worden geëxpliciteerd, omdat de gehanteerde bouwkosten al een opslag bevatten voor de kosten van de BMI.[163] Bij eventuele realisatie dient dit te worden gespecificeerd.

Het Netwerk Conceptueel Bouwen (NCB) ontwikkelt Product Market Combinations (PMC's) voor woonvormen geschikt voor ouderen, waaronder zorggeschikte woningen.[164] Een conceptversie van aanvullende eisen omschrijft dat 50 woningen de minimale schaal is, en 100 woningen de maximale schaal, dat er vanaf 50 woningen minimaal 2 liften (waarvan één brancardlift) nodig zijn, en dat gemeenschappelijke ruimten gemaximeerd zijn na 50 bewoners (75m²). Aanvullend dient per 5 woningen een scootmobielstalling aanwezig te zijn.[165]

[159] Spierings, T.G.M. (2014). *De Wenselijke Schaal*.
[160] In De Wenselijke Schaal (Spierings, 2014) wordt kleinschaligheid wordt gedefinieerd als minder dan 80 wooneenheden, middelgrootschalig als 81-130 wooneenheden, en grootschalig als >131 wooneenheden
[161] Een BMI kent hoge aanschafkosten, onder andere omdat de benodigde apparatuur en systematiek fysiek dient te worden aangebracht in de woonvorm. Een BMI leidt ook tot structurele exploitatiekosten als er sprake is van volledige of gedeeltelijke bewaking. Bij een hogere schaal (meer woningen) kunnen een deel van de vaste kosten worden verdeeld over meer woningen, waardoor de meerkosten per woning lager zijn.
[162] Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2024). *Factsheet, Brandveiligheid bij zorggeschikte woningen in geclusterde woonvormen*.
[163] KPMG. (2022). *Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz*.
[164] Keijzer M.C.G. & Agema M.F. (2025, 15 mei). *Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid, Brief van de ministers van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.
[165] Het NCB is een kennisnetwerk met brede betrokkenheid van partijen in de woningbouw.

Op basis van deze grenzen veronderstellen we dat er 96[166] wooneenheden per gebouw zijn in beide scenario's ('middelgrootschalig'). Hiermee zijn de voordelen van klein- en grootschaligheid in balans.

4.3.3 Oppervlakte per woning

De oppervlakte per woning is bepaald op basis van de eisen ten aanzien van zorggeschikte woningen zoals gedefinieerd in de consultatieversie van het *Besluit tot wijziging van het Besluit Bouwwerken Leefomgeving voor de woonfunctie zorggeschikt*.[167] Op hoofdlijnen betekent dit dat woningen rolstoel toe- en doorgankelijk zijn en er voldoende ruimte is om zorg te verlenen.

In de oppervlakte maken we onderscheid tussen (verhuurbare) gebruiksoppervlakte (GO) en bruto vloeroppervlakte (BVO). Verhuurbaar GO is het bruikbare vloeroppervlakte van een woning, gemeten langs de binnenmuren.[168] Dit is in feite de ruimte die de bewoner in de eigen woning ter beschikking heeft en waarvoor zij huur betalen. BVO betreft de totale vloeroppervlakte van het gebouw waar de woning zich in bevindt, gemeten langs de buitenmuren.[169] Naast de totale oppervlakte van de woningen, betreft dit ook ruimte voor (bijvoorbeeld) liftschachten en technische ruimtes, inpandige ontmoetingsruimtes en scootmobielstallingen.

Bouwkosten worden bepaald op basis van het BVO. Het GO kan worden vertaald naar een BVO op basis van de vormfactor.[170] De vormfactor is lager naarmate het aandeel GO afneemt; gemeenschappelijke ruimtes leiden tot een lagere vormfactor. Dit is ook een reden dat de financiering van gemeenschappelijke ruimtes in de praktijk kan knellen – er worden bouwkosten gemaakt voor de realisatie, maar de ruimtes zijn in tegenstelling tot de woningen zelf (in principe) niet verhuurbaar en genereren dus ook geen (structurele) huuropbrengsten.[171]

Per scenario zijn de volgende GO's opgesteld. In scenario 1 is sprake van een kamer met eigen badkamer (samengevoegde bad- en toiletruimte). Wanneer de woon- en slaapkamer samen zijn gevoegd, is de minimale oppervlakte 21 m^2. De minimale afmeting van de badkamer is 6,5 m^2. Het GO van de woning is 27,5 m^2. In scenario 2 is sprake van een tweekamerappartement met woonkamer met open keuken, aparte slaapkamer, en een eigen badkamer (samengevoegde bad- en toiletruimte). De woonkamer moet

[166] In scenario 1 zijn gedeelde woonkamers en keukens toegevoegd. De norm is dat dergelijke voorzieningen maximaal worden gedeeld door 12 woningen om een gevoel van huiselijkheid te behouden. Daarom is gekozen voor 96 woningen in plaats van 100 woningen (wat zou leiden tot hogere benutting van de kosten van eisen die zijn gebaseerd op 50 woningen, zoals bijvoorbeeld de liftennormen)
[167] Consultatieversie voorjaar 2025
[168] Definitie van de gebruiksoppervlakte volgens NEN 2580: de vloeroppervlakte van een ruimte of van een groep van ruimten, gemeten op vloerniveau, tussen de opgaande scheidingsconstructies, die de desbetreffende ruimte of groep van ruimten omhullen.
[169] Definitie van de bruto vloeroppervlakte volgens NEN 2580: de vloeroppervlakte gemeten op vloerniveau langs de buitenomtrek van de (buitenste) opgaande scheidingsconstructie, die de desbetreffende ruimte(n) omhullen.
[170] De vormfactor omschrijft in feite hoeveel ruimte er in het gebouw is dat geen verhuurbaar GO is, en heeft een waarde tussen 0 en 1. Het BVO wordt bepaald door het GO te delen door de vormfactor. De gemiddelde vormfactor voor een corporatiewoning is 0,75 (Meerkosten van geclusterde woonvormen, KPMG (2022)). Gemeenschappelijke ruimtes in een gebouw leiden tot een lagere vormfactor, omdat er relatief meer vloeroppervlakte in het gebouw nodig is ten opzichte van de verhuurbare oppervlakte (GO).
[171] Er zijn voorbeelden van woonvormen waar inpandige ontmoetingsruimtes incidenteel worden verhuurd voor bijvoorbeeld evenementen, dit kan een aanvullende inkomstenbron zijn.

minimaal een oppervlakte van 18 m² hebben. Omdat de keukenopstelling onderdeel is van de woonkamer, dient de woonkamer vergroot te worden met 6,3 m². De slaapkamer is minimaal 11,7 m2 groot, en de badkamer is wederom 6,5 m². Het GO van de woning is 42,5 m². Zie figuur 28.

Figuur 28: Gebruiksoppervlakte per woning per scenario[172]

Scenario 1	
Ruimte	**Grootte**
Woonkamer	21m²
Slaapkamer	-
Badkamer	6,5m²
Keuken	-
Totaal	**27,5m²**

Scenario 2	
Ruimte	**Grootte**
Woonkamer	18m²
Slaapkamer	11,7m²
Badkamer	6,5m²
Keuken	6,3m²
Totaal	**42,5m²**

Bewoners hebben ook toegang tot gezamenlijke ruimten. In scenario 1 hebben bewoners geen eigen keuken. Daarom is aanvullend gespecificeerd dat er per 12 woningen een (kleine) gedeelde woonkamer en keuken gerealiseerd wordt. Deze ruimte is ook uitgevoerd in lijn met de eisen.[173]

Overige relevante ruimtes zijn de ontmoetingsruimte en scootmobielstallingen. In beide scenario's is sprake van een gezamenlijke ruimte van 75 m² op de begane grond. In het kader van betaalbaarheid is de gezamenlijke ruimte zo groot mogelijk gemaakt ten opzichte van het aantal wooneenheden. De gehanteerde vormfactor behelst ook scootmobielstallingen.[174] In de praktijk kunnen experimenten met deelscootmobielen en buitenstalling opties bieden om stallingsruimte in het gebouw te beperken.[175]

4.3.4 Meerkosten van het realiseren van de woonvorm

Meerkosten zijn berekend op basis van bestaand onderzoek naar de meerkosten van geclusterde woonvormen. Meerkosten worden gedefinieerd aan de hand van het BVO en de meerkosten van bouw per vierkante meter BVO. Onderzoek uit 2022 biedt perspectief op een hanteerbare vormfactor om het BVO te berekenen, en op de meerkosten per m² BVO. De vormfactor in een geclusterde woonvorm ligt gemiddeld op 0,66, ten opzichte van 0,75 bij reguliere (ongeclusterd, niet zorggeschikt) corporatiewoningen. In 2022 zijn de gemiddelde meerkosten €252 – €328 per m² BVO.[176] De meerkosten per m² BVO uit het onderzoek zijn geïndexeerd naar 2025 op basis van de bouwkostenindex voor nieuwbouw.[177]

[172] In de doorrekening wordt een specifieke invulling van de woonvorm gehanteerd; alternatieve inrichting zou leiden tot een ander kostenniveau (bijvoorbeeld een drie- in plaats van tweekamerappartement in scenario 2).
[173] Totaal 24,5m² per ruimte (gedeeld door 12 woningen), o.b.v. de minimumeisen van 18m² voor een woonkamer en 6,3m² voor een keukenopstelling als onderdeel van de woonkamer.
[174] KPMG. (2022). *Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz.*
[175] Niet geïncludeerd in de berekening, de gehanteerde vormfactor includeert scootmobielstallingen.
[176] KPMG. (2022). *Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz.*
[177] De gemiddelde meerkosten per vierkante meter BVO waren €290 in 2022. Geïndexeerd naar 2025 zijn de meerkosten €327,85 per vierkante meter BVO.

In scenario 1 is sprake van additionele gezamenlijke ruimte in verband met de gedeelde woonkeuken, die niet is verondersteld in deze vormfactor. Om hiervoor te corrigeren wordt het attribueerbare oppervlakte van deze ruimte toegevoegd aan het GO van de woning. Deze ruimte is niet verhuurbaar en is technisch gezien geen GO, maar dient wel om een beeld te krijgen van het verschil in BVO en de resulterende meerkosten per wooneenheid.

Op basis hiervan zijn de meerkosten per woning berekend. Zie figuur 29.

Figuur 29: Meerkosten per woning in scenario 1 en 2 ten opzichte van een reguliere corporatiewoning

Scenario 1		
Ruimte	**Geclusterd**	**Regulier**
Woonkamer	21m²	
Slaapkamer	-	
Badkamer	6,5m²	
Keuken[1]	*2,03m²*	
GO	**29,53m²**	**29,53m²**
Vormfactor	*0,66*	*0,75*
BVO	**44,73m²**	**36,67m²**
Meerkosten per BVO	*€ 327,85*	
Meerkosten per woning	**€ 16.426,37**[2]	

Scenario 2		
Ruimte	**Geclusterd**	**Regulier**
Woonkamer	18m²	
Slaapkamer	11,7m²	
Badkamer	6,5m²	
Keuken	6,3m²	
GO	**42,5m²**	**42,5m²**
Vormfactor	*0,66*	*0,75*
BVO	**64,39m²**	**56,67m²**
Meerkosten per BVO	*€ 327,85*	
Meerkosten per woning	**€ 23.645,07**[1]	

[1] Gezamenlijke (niet-verhuurbare) ruimte, gebruikt om de BVO accurater te berekenen

[2] Meerkosten = (BVO geclusterd + (BVO geclusterd – BVO regulier)) * meerkosten per BVO

De meerkosten per woning zijn €16.426,37 in scenario 1, en €23.645,07 in scenario 2. Per gebouw van 96 woningen leidt dit tot meerkosten van €1.576.931 in scenario 1, en €2.269.926 in scenario 2. Omdat er mogelijk strengere eisen gelden voor de BMI bij zorggeschikte woningen, is het denkbaar dat de meerkosten hoger uitvallen.[178] Omdat deze kosten niet kunnen worden geëxpliciteerd, worden de meerkosten indicatief berekend op basis van de hoge meerkosten.[179] Berekening van de meerkosten op basis van de hoge meerkosten (€370,81 per m² BVO) leidt tot meerkosten in scenario 1 en 2 van respectievelijk €18.578,79 en €26.743,39 per woning en €1.783.564 en €2.567.365 per gebouw met 96 woningen. De totale meerkosten zijn uiteindelijk afhankelijk van het aantal gebouwen dat gerealiseerd wordt.

De meerkosten zijn indicatief. De vormfactor kan worden verhoogd of verlaagd door middel van inrichtingskeuzes, en is pas definitief te bepalen wanneer een gebouw wordt ingetekend. Daarnaast variëren bouwkosten (en dus meerkosten) regionaal. Mutatie of herbestemming van bestaand vastgoed, in plaats van nieuwbouw, kan ook leiden tot lagere kosten. Er zijn verschillende (tijdelijke)

[178] Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2024). *Factsheet, Brandveiligheid bij zorggeschikte woningen in geclusterde woonvormen.*
[179] KPMG. (2022). *Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz.*

stimuleringsregelingen die kunnen worden aangewend om (een deel van) de meerkosten te dekken.[180] Desondanks wordt uit deze indicatie wel duidelijk dat er meerkosten verbonden zijn aan het realiseren van zorggeschikte woningen.

4.3.5 Aantal te realiseren woningen

De totale meerkosten van bouw van het verzorgingshuis zijn afhankelijk van het aantal te realiseren woningen, en de locatie en wijze waarop deze worden gerealiseerd.[181] Het aantal te realiseren woningen is een beleidskeuze. In de doorrekening wordt verondersteld dat aan de totale vraag naar deze woningen wordt voldaan; alle potentiële bewoners worden gehuisvest. We veronderstellen hierbij dat, door het kenmerk van alleenstaand zijn, één woning wordt gerealiseerd per potentiële bewoner. Het aantal gebouwen neemt ook toe in de tijd, naarmate de doelgroep toeneemt. Bij berekening van het aantal gebouwen wordt naar boven afgerond, omdat er geen 'halve gebouwen' gebouwd worden. Hierbij zijn alle potentiële bewoners geïncludeerd (bewoners met en zonder een Wlz-indicatie). Op basis van het aantal bewoners ontstaat een indicatief beeld van de ordegrootte van de totale meerkosten van nieuwbouw van de verzorgingshuizen per scenario. Zie figuur 30.

Figuur 30: Cumulatieve meerkosten van nieuwbouw van het verzorgingshuis per scenario (prijspeil 2025)

Scenario		2029	2035	2040	2045	2050
Scenario 1	Aantal bewoners	6.761	10.378	11.944	13.336	14.733
	Benodigd aantal gebouwen[1]	71	109	125	139	154
	Cumulatieve meerkosten (€ miljoen)[2]	**112,0**	**171,9**	**197,1**	**219,2**	**242,8**
Scenario 2	Aantal bewoners	20.237	31.065	35.754	39.917	44.104
	Benodigd aantal gebouwen[1]	211	324	373	416	460
	Cumulatieve meerkosten (€ miljoen)[2]	**479,0**	**735,5**	**846,7**	**944,3**	**1.044**

[1] Dit betreft het benodigd aantal gebouwen in een jaar, niet het aantal nieuw te bouwen gebouwen per jaar. Bijvoorbeeld: tussen 2029 en 2035 dienen 38 gebouwen gerealiseerd te worden in scenario 1.

[2] Dit betreft de cumulatieve meerkosten in een jaar, niet de te maken meerkosten per jaar. Bijvoorbeeld: in scenario 1 dienen tussen 2029 en 2035 38 nieuwe gebouwen gerealiseerd te worden, dit leidt tot meerkosten van €59,9 mln en verhoogt de cumulatieve meerkosten van €111,9 mln in 2029 naar €171,9 mln in 2035.

De meerkosten duiden op een (extra) onrendabele top. Nieuwbouw van woningen onder de liberalisatiegrens kent in de basis al een onrendabele top, die verder toeneemt bij zorggeschikte (en) geclusterde woningen. In 2040 is er sprake van een extra onrendabele top van €197,1 miljoen in scenario 1, en €846,7 miljoen in scenario 2. Dit kan niet direct worden bezien als budgettaire impact, het is immers niet duidelijk welke partij de verzorgingshuizen zal realiseren en financieren. Als de woningen bijvoorbeeld worden gerealiseerd door woningbouwcorporaties is er in principe geen sprake van

[180] Bijvoorbeeld de Stimuleringsregeling ontmoetingsruimten in ouderenhuisvesting (SOO) (tot €175.000 voor een ontmoetingsruimte voor meer dan 50 woningen) en de Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen (SZGW) (bij nieuwbouw €7.500 per zorggeschikte studio en €17.500 per zorggeschikt twee- (of meer-) kamerappartement beschikbaar voor de Wlz-doelgroep).

[181] Er wordt nu uitgegaan van nieuwbouw van woningen. Afhankelijk van de locatie waar de verzorgingshuizen gerealiseerd dienen te worden, zouden er ook woningen gerealiseerd kunnen worden door middel van herbestemming van bestaand en geschikt vastgoed. Hier zijn nog steeds meerkosten aan verbonden, afhankelijk van het te muteren vastgoed, maar deze zijn mogelijk lager dan bij nieuwbouw.

budgettaire impact, tenzij specifieke afspraken worden gemaakt over bijdragen vanuit de Rijksoverheid. Tegelijkertijd maakt de extra onrendabele top het minder aantrekkelijk (of zelfs onmogelijk) voor partijen om deze woningen te realiseren zonder compensatie van de onrendabele top. Daarmee zal sprake moeten zijn van enige mate van dekking van de (extra) onrendabele top, om de woningen tot stand te laten komen. Dit kan leiden tot budgettaire impact, bijvoorbeeld als er een stimuleringsregeling wordt ingezet om (een deel van) de onrendabele top te mitigeren. De budgettaire impact kan dus niet worden bepaald, maar er is sprake van een dekkingsbehoefte gelijk aan de cumulatieve meerkosten.

Hoewel verschillende mogelijkheden bestaan om deze dekking te realiseren, is er meer onderzoek nodig om te bepalen of en waar het logisch is dat de markt het bouwen van deze woningen op zich neemt, waar dat niet het geval is, welke vorm van interventie dan noodzakelijk zou zijn, en of dit op centraal of decentraal niveau dient te gebeuren.

4.3.6 Confrontatie met de bouwopgave voor ouderenhuisvesting

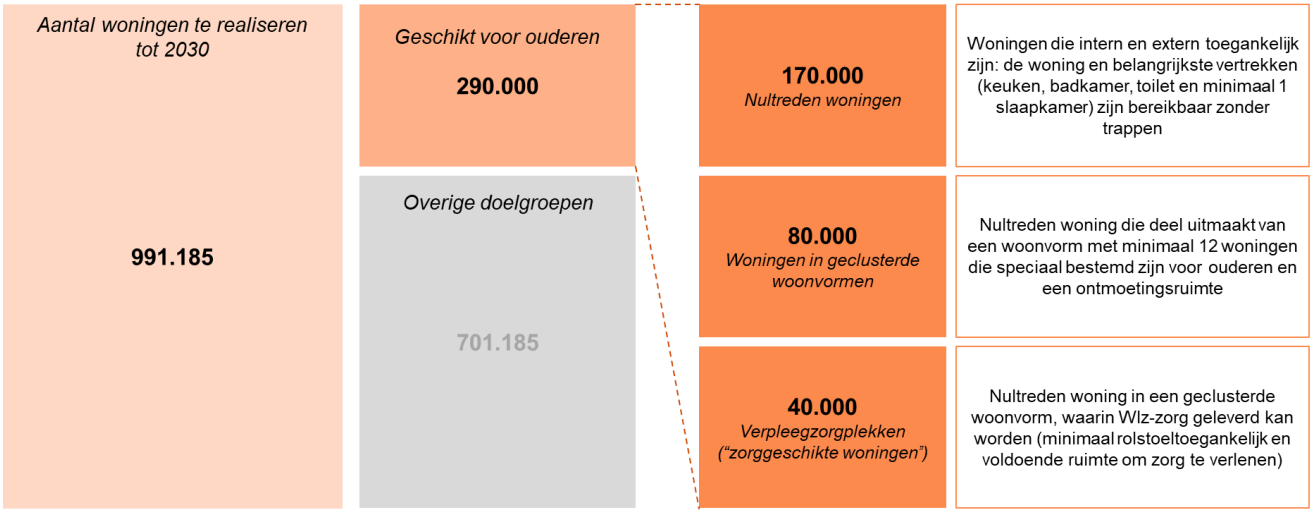
In de Nationale Woon- en Bouwagenda is een doelstelling geformuleerd voor een aantal te realiseren woningen tot en met 2030. Op basis van de laatste actualisatie dienen er 991.185 woning gerealiseerd te worden tussen 2022 en 2030.[182] Deze opgave is binnen actielijn 1 van het programma Wonen en zorg voor ouderen gespecificeerd naar een opgave voor ouderenhuisvesting. Van de 991.185 woningen die tot en met 2030 zouden moeten worden gebouwd, dienen minstens 290.000 woningen geschikt te zijn voor ouderen. Deelvraag van dit onderzoek is om te bepalen hoe eventuele herintroductie van het verzorgingshuis verband houdt tot deze opgave. We gaan ervan uit dat de verzorgingshuizen op zijn vroegst in 2029 in gebruik genomen kunnen worden.[183]

De 290.000 woningen zijn verder gespecificeerd naar drie soorten woningen: nultreden woningen (170.000), woningen in geclusterde woonvormen (80.000), en verpleegzorgplekken (40.000; of: “zorggeschikte woningen”). Zie figuur 31 voor een overzicht van de bouwopgave en woonvormen.

In 4.3.6.1 wordt de basis voor de geraamde bouwopgave uiteengezet, om te bepalen hoe de bouw van het verzorgingshuis voor de beoogde doelgroep hieraan gerelateerd kan worden. In 4.3.6.2 omschrijven we hoe de impact op de bouwopgave en de mogelijk benodigde reservering kan worden berekend.

[182] Jonge, de H.M. (2024, 5 juni). *Integrale visie op de woningmarkt, Brief van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties*.
[183] Deze tijdslijn is gebaseerd op de veronderstelling dat eventueel benodigde wetgeving in 2029 ingeregeld zou kunnen zijn. Bouwprojecten van deze schaal beslaan een langere periode (5-7 jaar), en zouden op zijn vroegst in 2031 gereed kunnen zijn. De tijdslijnen komen dus niet overeen met de tijdslijnen van de bouwopgave; de confrontatie wordt dus vooral geëxpliciteerd in het kader van continuïteit na 2030.

Figuur 31: Overzicht van de bouwopgave voor ouderen en definitie per woonvorm



4.3.6.1 Basis voor de geraamde bouwopgave

Nultreden woningen. De bouwopgave van 170.000 nultreden woningen is gebaseerd op de verwachte ontwikkeling van ouderen met een mobiliteitsbeperking, op basis van demografische kenmerken.

Geclusterde woningen. Het aantal *geclusterde woningen* is gebaseerd op het aandeel ouderen (met en zonder Wlz-indicatie) dat in 2020 in een geclusterde woonvorm woonde. De toekomstige vraag naar geclusterde woningen is gebaseerd op de veronderstelling dat het aandeel ouderen dat in 2020 in een geclusterde woning woonde gelijk blijft, in combinatie met bevolkingsprognoses.[184]

Verpleegzorgplekken, of "zorggeschikte woningen" zijn beoogd als extramuraal alternatief voor intramurale zorg voor ouderen met een Wlz-indicatie. De benodigde capaciteit voor zorggeschikte woningen is gebaseerd op een projectie van het RIVM over het aantal ouderen met een Wlz-indicatie, onderzoek van ABF Research en TNO.[185]

4.3.6.2 Inclusie van de doelgroep van het verzorgingshuis in de bouwopgave

Uitgangspunt is dat het totale aantal woningen dat gebouwd dient te worden voor ouderen niet toeneemt. De bouwopgave is ten dele gebaseerd op een momentopname van het woongedrag van ouderen, en in de documentatie behorend bij de prognoses wordt ook gesteld dat geen rekening wordt gehouden met gedragsverandering of beleidsontwikkelingen die de toewijzing van woningen veranderen.[186] Als de verzorgingshuizen worden ingepast in de opgave van 290.000 woningen, leidt dit dus tot een herverdeling tussen de soorten woonvormen; er zijn immers niet meer ouderen.

Hoewel de doelgroep gebruik zal maken van zorggeschikte woningen is niet aannemelijk of wenselijk dat een deel van de 40.000 zorggeschikte woningen beschikbaar wordt gesteld voor de doelgroep, omdat deze bedoeld zijn voor ouderen met een intensievere zorgbehoefte. De vraag naar zorggeschikte

[184] ABF Research. (2022). *Overlap tussen de opgaven voor verpleegzorgplekken en geclusterde woningen*.
[185] Jonge, de H.M. & Helder C. (2023, 15 augustus). *Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid, Brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport.*
[186] ABF Research. (2022). *Overlap tussen de opgaven voor verpleegzorgplekken en geclusterde woningen*.

woningen vanuit de doelgroep is daarmee additioneel aan de veronderstelde 40.000. Dit betekent dat minder nultreden of geclusterde woningen nodig zijn.

Aangezien in de bouwopgave wordt uitgegaan van zelfstandige woningen ligt herverdeling minder voor de hand in scenario 1. In dit scenario wordt immers uitgegaan van onzelfstandige kamers, welke in feite volledig buiten de reikwijdte van de bouwopgave vallen. Directe substitutie is daarom minder vanzelfsprekend en op de langere termijn mogelijk ook minder wenselijk. Onzelfstandige zorggeschikte woningen spreken minder ouderen aan en kunnen op termijn minder flexibel worden ingezet voor andere doelgroepen. Dit creëert aanvullende risico's voor de ontwikkelende partij.

4.3.6.3 Kwantitatieve impact op de bouwopgave

De kwantitatieve impact op de bouwopgave is afhankelijk van het aantal te realiseren woningen in de verzorgingshuizen voor de doelgroep. We veronderstellen dat er voldoende woningen worden gebouwd voor de gehele doelgroep. In 2029 zijn er in scenario 1 en 2 respectievelijk 6.761 en 20.237 bewoners in de doelgroep. Dit zou betekenen dat er 6.761 of 20.237 meer zorggeschikte woningen en minder nultreden of geclusterde woningen gerealiseerd dienen te worden. De impact in de praktijk is afhankelijk van de precieze inclusie van de doelgroep bij de verschillende ramingen, en de mate waarin deze opgave eventueel kan worden ingepast in de al bestaande afspraken en plannen voor invulling van de bouwopgave. Dit behoeft nader onderzoek.

4.4 Overige kosten en besparingen

Naast een netto toename van de zorgkosten zijn ook de volgende overige kosten en besparingen relevant: i) impact op huurtoeslag, ii) impact van hogere eigen bijdrage in de Wlz voor VV4 bewoners, iii) afname van "E33-meldingen" bij verward gedrag.

4.4.1 Huurtoeslag

De huurtoeslag per bewoner wijzigt bij verhuizing naar het verzorgingshuis. De hoogte van de huurtoeslag is afhankelijk van het inkomen en de rekenhuur.[187] Het gehanteerde inkomen voor de doelgroep is gebaseerd op een ongehuwden AOW, eventueel met een klein aanvullend pensioen. Het bruto jaarinkomen valt onder de grens voor passend toewijzen. Ouderen in de doelgroep zouden dus (idealiter) in een woning moeten wonen met een huurprijs tot de lage aftoppingsgrens.[188]

[187] Rekenhuur = kale huur plus eventuele servicekosten, bijvoorbeeld voor elektriciteit en/of schoonmaak van gemeenschappelijke ruimten in het gebouw. Servicekosten tellen maximaal voor €48 mee voor huurtoeslag, ook wanneer deze feitelijk hoger zijn.
[188] Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2025). *Toewijzen van woningen 2025*.

4.4.1.1 Uitgangssituatie

Gemiddeld betalen ouderen in een sociale huurwoning maandelijks €594,05 aan kale huur.[189] Bij deze huurprijs zou de doelgroep maandelijks €354,00 aan huurtoeslag ontvangen.

4.4.1.2 In het verzorgingshuis

Om de impact op huurtoeslag te bepalen zijn indicatieve huurprijzen geformuleerd op basis van het Woning waarderingsstelsel. In scenario 1 betreft de maximaal toegestane huur in 2025 €711,96 per maand, in scenario 2 is dit €873,50.[190] De doelgroep van dit onderzoek valt binnen de doelgroep voor passend toewijzen. Op basis van het inkomen is een passende (kale) huurprijs maximaal de lage aftoppingsgrens, in 2025 is dit €682,96.[191] Omdat de maximaal toegestane huur in beide scenario's hoger uitvalt dan de lage aftoppingsgrens, wordt de kale huur in beide scenario's gelijkgesteld aan de lage aftoppingsgrens. Aanvullend is een maandelijks voorschot servicekosten berekend, €112,00 per maand in scenario 1 en €102,00 per maand in scenario 2; dit verschil heeft geen impact op de huurtoeslag, omdat servicekosten maximaal voor €48 mee worden gerekend.[192]

De huurtoeslag per scenario wordt hieronder toegelicht.

Scenario 1 – onzelfstandige wooneenheden. De woning voldoet niet aan de vigerende eisen om (automatisch) in aanmerking te komen voor huurtoeslag. Ten opzichte van de uitgangssituatie nemen de Rijksuitgaven aan huurtoeslag af van €354 naar €0 per maand, per bewoner. Op jaarbasis nemen de uitgaven aan huurtoeslag af met €4.248 per bewoner.

Scenario 2 – zelfstandige wooneenheden. De woning voldoet aan de eisen om in aanmerking te komen voor huurtoeslag. Omdat de rekenhuur toeneemt (en onder de aftoppingsgrens blijft), neemt de huurtoeslag die een bewoner ontvangt toe. Ten opzichte van de uitgangssituatie nemen de Rijksuitgaven aan huurtoeslag toe van €354 naar €411 per maand, per bewoner. Op jaarbasis nemen de uitgaven aan huurtoeslag toe met €684 per bewoner.

---

[189] Aedes. (2024). *Aedes benchmark 2024.*

[190] De berekening is gebaseerd op de volgende invoer. Scenario 1: energielabel A, meergezinswoning, verwarmde woon- en slaapkamer van 21m^2, verwarmde badkamer van 6,3m^2 (douche, toilet in badkamer, wastafel, éénhandsmengkraan, stopcontact), verwarmde gezamenlijke woonkeuken van 24,3m^2 (gedeeld met 12 onzelfstandige woonruimtes, aanrecht van 2 tot 3 meter lang, inbouw afzuiginstallatie, inbouw kookplaat inductie, éénhandsmengkraan, inbouw koelkast, inbouwmagnetron, inbouw vaatwasmachine), verwarmde gezamenlijke woonkamer (gedeeld met 96 onzelfstandige woonruimtes) van 75m^2, gezamenlijke achtertuin van 100m^2, geen monument, zorgwoning, nieuwbouwopslag. Scenario 2 (huurprijscheck zelfstandige woonruimte): energielabel A, meergezinswoning, verwarmde woonkamer van 18m^2, verwarmde slaapkamer van 11m^2, verwarmde keuken van 6,5m^2 (aanrecht van 1 tot 2 meter lang, inbouw afzuiginstallatie, inbouw kookplaat inductie, éénhandsmengkraan), verwarmde badkamer van 6,3m^2 (douche, toilet in badkamer, wastafel, éénhandsmengkraan, stopcontact), verwarmde gezamenlijke woonkamer (gedeeld met 96 adressen) van 75m^2, gezamenlijke achtertuin van 100m^2, geen monument, zorgwoning, nieuwbouwopslag.

[191] Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2025). *Toewijzen van woningen 2025*.

[192] Servicekosten zijn gebaseerd op gemiddeld energieverbruik voor de gemeenschappelijke ruimten, een huismeester die 7 dagen per week, 8 uur per dag aanwezig is (in verband met de eis voor een bemand toegangspunt), schoonmaak van gemeenschappelijke ruimten en alarmering. Servicekosten zijn maximaal doorbelast aan bewoners. De kosten voor gemeenschappelijke ruimten (elektriciteit, warmteverbruik, schoonmaak) zijn hoger in scenario 1, in verband met de grotere oppervlakte van gemeenschappelijke ruimten. Vanaf 2026 zijn servicekosten niet meer subsidiabel.

Zie Figuur 30 voor een samenvatting van de impact op uitgaven aan huurtoeslag per bewoner per jaar in elk scenario, en figuur 31 voor een overzicht van de berekening van budgettaire impact voor de periode 2029 tot en met 2035, op basis van het aantal bewoners en de impact op uitgaven aan huurtoeslag per bewoner.

Figuur 32: Budgettaire impact van huurtoeslag per bewoner per scenario

	Scenario 1	Scenario 2
Huurtoeslag in uitgangssituatie (€ per maand)	€ 354	€ 354
Huurtoeslag in verzorgingshuis (€ per maand)	€ 0	€ 411
Budgettaire impact per bewoner per maand	**- € 354**	**+ € 57**
Budgettaire impact per bewoner per jaar	**- € 4.248**	**+ € 684**

Figuur 33: Aantal bewoners per jaar en jaarlijkse impact op uitgaven aan huurtoeslag (prijspeil 2025)

Scenario		2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Scenario 1	**Impact huurtoeslag** (€ miljoen)	**-28,72**	**-32,03**	**-35,10**	**-37,60**	**-40,29**	**-42,01**	**-44,09**
	Jaarlijkse impact per bewoner (€)	-4.248	-4.248	-4.248	-4.248	-4.248	-4.248	-4.248
	Aantal bewoners	6.761	7.540	8.263	8.851	9.485	9.890	10.378
Scenario 2	**Impact huurtoeslag** (€ miljoen)	**13,84**	**15,44**	**16,92**	**18,12**	**19,42**	**20,25**	**21,25**
	Jaarlijkse impact per bewoner (€)	684	684	684	684	684	684	684
	Aantal bewoners	20.237	22.566	24.736	26.493	28.393	29.606	31.065

Deze berekening is indicatief. De hoogte van de huurtoeslag is afhankelijk van de huurprijs. Deze is nu ter indicatie gelijkgesteld aan de lage aftoppingsgrens in beide scenario's, omdat het met de huidige mate van uitwerking van de woonvorm niet mogelijk is om tot een huurprijs te komen die kostendekkend is. De kosten zijn immers nog niet bekend.

4.4.2 "E33-meldingen" en crisiszorg

"E33-meldingen" zijn meldingen bij de politie over personen die verward of onbegrepen gedrag vertonen. Dit kan betrekking hebben op een persoon met dementie, bijvoorbeeld omdat zij gaan dwalen. Het aantal meldingen groeit snel, van 44.571 meldingen in 2012 naar 149.829 meldingen in 2024.[193] Aangezien niet alle meldingen worden geregistreerd, is 149.829 mogelijk een onderschatting.

De stijging van het aantal meldingen kan niet eenduidig worden verklaard. Dossieronderzoek toont aan dat E33-meldingen uiteenlopende oorzaken kunnen hebben.[194] Hervormingen in de zorg worden vaak aangehaald als mogelijke verklaring voor deze stijging, maar er is geen aantoonbaar causaal verband tussen het aantal meldingen en het aantal mensen in zorg (of bij justitie).[195] Dit betekent ook dat het niet

[193] Koekkoek, B. (2024). *Factsheet verward/ onbegrepen gedrag*. Rijksoverheid. (2025). *Jaarverantwoording Politie 2024*; dit betreft niet het aantal personen, maar afzonderlijke meldingen.
[194] Bijvoorbeeld psychische aandoeningen, verslaving en dementie
[195] Koekkoek, B. (2024). *Factsheet verward/ onbegrepen gedrag*.

mogelijk is om mogelijke besparingen als gevolg van het voorkómen van deze meldingen causaal in verband te brengen met de herintroductie van het verzorgingshuis.

E33-meldingen creëren kosten voor de politie (in verband met de tijdsinzet) en mogelijk voor de zorg (als crisiszorg wordt ingezet voor de persoon waarover melding wordt gemaakt). De kosten voor beiden worden hieronder voor zover mogelijk inzichtelijk gemaakt.

4.4.2.1 Kosten politie

Zoals eerder geconcludeerd door onder andere de Algemene Rekenkamer, is het niet mogelijk om de (kosten voor) verschillende taken van de politie te expliciteren.[196] Om enige indicatie te kunnen bieden is een mogelijke besparing geconstrueerd op basis van het aantal E33-meldingen, het aandeel hiervan dat naar verwachting verband houdt met dementie en de verwachte tijdsinzet (en bijbehorende kosten) van de politie bij deze meldingen. Dit is indicatief.

In 2024 zijn 149.829 E33-meldingen gemaakt. Onderzoek wijst erop dat 5,3% van deze meldingen verband houdt met dementie.[197] Op basis daarvan zijn er in 2023 7.476 E33-meldingen waarbij dementie een rol speelt. Geënquêteerde politiemedewerkers van de basispolitiezorg schatten in dat zij gemiddeld 13% van hun totale arbeidstijd besteden aan E33-meldingen.[198] Analyse van de verschillende werkzaamheden toont aan dat politie gemiddeld 72% van de werktijd besteed aan uitvoeren van politietaken. Onderzoek uit 2010 duidt op een capaciteit van 15.000 in wijkteams.[199]

Als 15.000 fte in wijkteams gemiddeld 72% van de werktijd besteden aan uitvoerend werk, 13% van die tijd besteden aan E33-meldingen, en 5,3% van die tijd besteden aan personen met dementie, betreft dat 74 fte op jaarbasis. De gemiddelde personeelslasten per fte zijn €85.695 per jaar.[200] Op basis hiervan is een potentiële besparing mogelijk van €6,3 miljoen, als alle E33-meldingen gerelateerd aan dementie worden voorkomen. Dit kan niet in verband worden gebracht met de doelgroep in het verzorgingshuis. Naar verwachting is het aantal E33-meldingen onder de doelgroep beperkt, omdat de zorgbehoefte nog niet dusdanig gevorderd is. Daarom wordt dit bedrag niet geïncludeerd als budgettaire impact.

4.4.2.2 Kosten crisiszorg

Een E33-melding kan aanleiding geven tot inzet van crisiszorg als wordt besloten dat de persoon om wie de melding werd gedaan, niet verantwoord naar huis kan. Crisiszorg kan worden verleend vanuit de Wlz en Zvw, afhankelijk van of de persoon een Wlz-indicatie heeft. De berekening van zorgkosten voor bewoners met een Wlz-indicatie is gebaseerd op de totale Wlz-kosten bij een MPT. Indien gebruik wordt gemaakt van crisiszorg, zijn deze kosten daar geïncludeerd. In het verzorgingshuis gebruiken deze

[196] Algemene Rekenkamer. (2024). *Tussentijdse publicatie: Inzicht in Kosten per politietaak*; Schaap et al. (2023). *De verweven politietaak*.
[197] Koekkoek, B. (2024). *Factsheet verward/ onbegrepen gedrag*.
[198] AEF. (2015). *Ruimte voor een professionele politieorganisatie*.
[199] AEF. (2010). *Quick scan werklast politie naar werk dat blijft liggen en nieuwe taken*; hoewel dit onderzoek verouderd is, is er geen bruikbaar recenter onderzoek beschikbaar.
[200] Totale personeelslasten gedeeld door de totale doelformatie in 2024, o.b.v. Politie. (2024). *Begroting en beheerplan 2025-2029*.

ouderen zorg via een VPT, en worden geen aparte kosten voor crisiszorg verondersteld. Als een bewoner geen Wlz-indicatie heeft, kunnen zij aanspraak maken op ELV. De kosten voor ELV zijn geïncludeerd in de berekening van zorgkosten. Als zodanig dienen dus geen aanvullende kosten opgenomen te worden.

4.4.3 Eigen bijdrage in de Wlz

Personen met een Wlz-indicatie betalen hiervoor een eigen bijdrage die afhankelijk is van het inkomen, de leveringsvorm en de hoeveelheid zorg. Budgettair verlaagt de eigen bijdrage de Rijksuitgaven aan de Wlz. In het verzorgingshuis betalen bewoners met Wlz-indicatie de eigen bijdrage voor een VPT. Een deel van de bewoners met een Wlz-indicatie VV4 zou in het basispad gebruik hebben gemaakt van zorg via een MPT/Pgb; hiervoor geldt een lagere eigen bijdrage dan voor een VPT. Deze bewoners betalen in het verzorgingshuis een hogere eigen bijdrage, dit verschil betreft budgettaire impact.

Uitgaande van een alleenstaande oudere met een AOW (geen aanvulling), is de eigen bijdrage bij een MPT €29,20 per maand, of €350,40 per jaar.[201] Bij een VPT neemt de eigen bijdrage voor dezelfde oudere toe naar €205,00 per maand, of €2.460,00 per jaar. 69,4% van de bewoners met een Wlz-indicatie VV4 zal dus jaarlijks €2.109,60 meer eigen bijdrage betalen. Hier staat tegenover dat voedingskosten onderdeel zijn van een VPT, terwijl bewoners deze kosten bij een MPT/Pgb zelf betalen. De impact van de eigen bijdrage op betaalbaarheid wordt in hoofdstuk 5 inzichtelijk gemaakt.

4.5 Budgettaire impact van herintroductie

De budgettaire impact is gebaseerd op de netto impact van introductie van de voorgestelde woonvorm per (type) bewoner op de Zvw, Wmo, Wlz, eigen bijdragen (Wlz) en huurtoeslag, en het aantal bewoners (per type) per jaar. Verondersteld is dat de benodigde wetgeving in 2029 gereed zou kunnen zijn om de doelgroep toegang te verlenen tot deze woonvorm, en dat alle personen in de doelgroep hier (direct) gebruik van zullen maken. Er is sprake van budgettaire impact op zorgkosten (Zvw, Wlz, Wmo), eigen bijdragen in de Wlz en huurtoeslag. De bewoners die budgettaire impact hebben verschillen per post, zie figuur 34 voor een overzicht van inclusie voor budgettaire impact per type bewoner.

Figuur 34: Inclusie van de verschillende potentiële bewoners bij doorrekening budgettaire impact

		Doelgroep "VV2"	"VV3"	VV4		VV5	VV6
Zorgkosten	*Zvw*			*69,4%*			
	Wmo						
	Wlz			*69,4%*			
Eigen bijdragen				*69,4%*			
Huurtoeslag							

Geïncludeerd voor budgettaire impact

[201] CAK Rekenhulp eigen bijdrage, o.b.v. een jaarinkomen gelijk aan een alleenstaanden AOW en geen vermogen.

De jaarlijkse budgettaire impact van herintroductie van het verzorgingshuis ten opzichte van het basispad wordt per scenario getoond in figuur 35. In beide scenario's nemen de uitgaven structureel toe als gevolg van de herintroductie van het verzorgingshuis.

Figuur 35: Budgettaire impact van herintroductie van het verzorgingshuis (in € miljoen per jaar, prijspeil 2025) en aantal bewoners per jaar met gemiddelde impact per bewoner (in € per jaar, prijspeil 2025)

Scenario		2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Scenario 1	**Totaal** (€ miljoen)	**120,95**	**121,39**	**125,10**	**128,85**	**135,08**	**138,06**	**143,44**	**145,82**	**150,75**	**153,15**	**158,01**	**160,24**
	Zvw	131,21	133,80	139,18	144,17	151,58	155,33	161,55	164,47	170,06	172,90	178,36	180,99
	Wmo	18,47	18,79	19,51	20,17	21,18	21,68	22,53	22,91	23,67	24,05	24,80	25,15
	Wlz	0,00	0,93	1,69	2,34	2,89	3,40	3,84	4,22	4,55	4,87	5,13	5,38
	Eigen bijdragen	0,00	-0,09	-0,17	-0,24	-0,29	-0,34	-0,39	-0,42	-0,46	-0,49	-0,52	-0,54
	Huurtoeslag	-28,72	-32,03	-35,10	-37,60	-40,29	-42,01	-44,09	-45,35	-47,08	-48,18	-49,77	-50,74
Scenario 2	**Totaal** (€ miljoen)	**374,61**	**385,70**	**403,96**	**420,48**	**443,60**	**456,00**	**475,20**	**484,77**	**501,79**	**510,96**	**527,38**	**535,72**
	Zvw	322,73	329,09	342,34	354,56	372,80	382,00	397,31	404,43	418,17	425,20	438,60	445,09
	Wmo	38,04	38,69	40,16	41,52	43,59	44,60	46,34	47,12	48,68	49,46	50,99	51,70
	Wlz	0,00	2,76	5,04	6,99	8,66	10,18	11,45	12,63	13,62	14,55	15,35	16,09
	Eigen bijdragen	0,00	-0,28	-0,51	-0,70	-0,87	-1,02	-1,15	-1,27	-1,37	-1,47	-1,55	-1,62
	Huurtoeslag	13,84	15,44	16,92	18,12	19,42	20,25	21,25	21,86	22,69	23,22	23,99	24,46

Scenario	Bewoners	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Scenario 1	Aantal bewoners	6.761	7.540	8.263	8.851	9.485	9.890	10.378	10.676	11.082	11.342	11.716	11.944
	Impact per bewoner (€)	17.890	16.100	15.140	14.557	14.241	13.959	13.822	13.658	13.603	13.503	13.487	13.416
Scenario 2	Aantal bewoners	20.237	22.566	24.736	26.493	28.393	29.606	31.065	31.957	33.173	33.950	35.070	35.754
	Impact per bewoner (€)	18.511	17.092	16.331	15.871	15.624	15.402	15.297	15.170	15.126	15.050	15.038	14.983

De uitgaven in de Zvw, Wmo en Wlz nemen structureel toe.[202] Dit is het resultaat van de hogere zorginzet per bewoner in het verzorgingshuis. De impact op zorgkosten per bewoner is hoger in scenario 1 in verband met de hogere zorginzet, maar dit wordt deels gecompenseerd door de afname van uitgaven aan huurtoeslag. De totale impact per bewoner en absolute budgettaire impact zijn hoger in scenario 2 omdat de uitgaven aan huurtoeslag toenemen, en de groep bewoners groter is. De uiteindelijke budgettaire impact is sterk afhankelijk van de hoeveelheid zorg die in het verzorgingshuis wordt ingezet. Binnen de Zvw nemen de uitgaven af voor zorgsoorten waar de zorgkosten per bewoner afnemen – de huisartsenzorg, MSZ, mondzorg, ELV en GRZ. Budgettaire impact tot 2050 en een nadere uitsplitsing van de budgettaire impact op de verschillende sectoren binnen de Zvw zijn opgenomen in bijlage 6.

Een deel van de bewoners met een Wlz-indicatie VV4 betaalt in het verzorgingshuis een hogere eigen bijdrage in de Wlz. De impact per bewoner is gelijk in beide scenario's; hogere budgettaire impact in scenario 2 is het gevolg van een hoger aantal bewoners.

[202] Naast budgettaire impact heeft dit ook effect op de uitgaven van (bijvoorbeeld) zorgverzekeraars, zorgkantoren, en gemeenten.

De uitgaven aan huurtoeslag nemen af in scenario 1, en toe in scenario 2. In scenario 1 ontvangen bewoners geen huurtoeslag, terwijl zij op dit moment wel huurtoeslag ontvangen. De onzelfstandige woonvorm in scenario 1 voldoet niet aan de vigerende eisen om in aanmerking te komen voor huurtoeslag. Onzelfstandige woningen kunnen eventueel specifiek worden aangemerkt voor huurtoeslag; de budgettaire impact zou dan veranderen. In scenario 2 neemt de huurtoeslag per bewoner toe omdat zij een hogere huurprijs gaan betalen dan zij nu gemiddeld doen. Dit leidt tot hogere uitgaven per bewoner.

De meerkosten van het bouwen van de woonvorm zijn niet geïncludeerd als budgettaire impact, omdat de manier waarop en mate waarin deze budgettaire impact hebben afhankelijk is van wie de woonvorm gaat realiseren of daar financieel aan bijdraagt. De woningen zullen echter niet tot stand komen zonder (ten minste gedeeltelijke) compensatie van de meerkosten; het is dus aannemelijk dat dit wel budgettaire impact zal hebben. Zie figuur 36 voor de cumulatieve meerkosten per jaar. Dit behoeft verder onderzoek.

Figuur 36: Cumulatieve meerkosten van nieuwbouw van het verzorgingshuis per scenario (prijspeil 2025)

Scenario		2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Scenario 1	Cumulatieve meerkosten (€ miljoen)[1]	112,0	124,6	137,2	146,7	156,1	164,0	171,9	176,6	182,9	187,7	194,0	197,1
Scenario 2	Cumulatieve meerkosten (€ miljoen)[1]	479,0	535,7	585,6	626,5	671,9	701,4	735,5	755,9	785,4	803,6	830,8	846,7

[1] Dit betreft de cumulatieve meerkosten in een jaar, niet de te maken meerkosten per jaar. Bijvoorbeeld: in scenario 1 dienen tussen 2029 en 2035 38 nieuwe gebouwen gerealiseerd te worden, dit leidt tot meerkosten van €59,9 mln en verhoogt de cumulatieve meerkosten van €112,0 mln in 2029 naar €171,9 mln in 2035.

5. Implicaties van introductie van de beoogde woonvormen

In dit hoofdstuk worden de implicaties van herintroductie van het verzorgingshuis op de betaalbaarheid voor bewoners en de arbeidsmarkt uitgewerkt.

5.1 Betaalbaarheid voor bewoners

De betaalbaarheid van de woonvorm voor de doelgroep is een cruciale overweging in dit onderzoek. Als de woonvorm financieel niet toegankelijk is voor de doelgroep, kunnen zij hier geen gebruik van maken. Betaalbaarheid is afhankelijk van het inkomen en de uitgaven van een bewoner. In het verzorgingshuis treden twee effecten op die de betaalbaarheid beïnvloeden. Ten eerste nemen de woonlasten toe in het verzorgingshuis: de huurprijs is gemiddeld hoger dan ouderen nu betalen, en de huurtoeslag neemt af of stijgt niet evenredig mee. Ten tweede kan er sprake zijn van een hogere eigen bijdrage voor bewoners met een Wlz-indicatie VV4. Deze twee effecten worden inzichtelijk gemaakt voor drie voorbeeldhuishoudens (‘persona’s’) die mogelijk in het verzorgingshuis zouden kunnen wonen. De persona’s worden in 5.1.1 toegelicht. De impact van woonlasten per scenario wordt behandeld in 5.1.2. De impact van de hogere eigen bijdrage wordt inzichtelijk gemaakt in 5.1.3.

5.1.1 Persona's

De impact op betaalbaarheid wordt inzichtelijk gemaakt aan de hand van drie persona's. Elk persona representeert een potentiële bewoner van het verzorgingshuis (zie figuur 37).

Figuur 37: Overzicht van de gehanteerde persona's om de impact van het verzorgingshuis op betaalbaarheid inzichtelijk te maken

Persona 1 en 2 reflecteren de doelgroep van het verzorgingshuis zoals in dit onderzoek afgebakend. Dit zijn alleenstaande ouderen met alleen een AOW, of hoogstens een klein aanvullend pensioen.[203] Aanvullend pensioen kan een groot verschil maken in de beschikbare financiele middelen. Zodoende worden deze twee persona's geëxpliciteerd, om inzichtelijk te maken hoe toegankelijk de woonvorm is voor ouderen met de laagste inkomens, en hoe groot de impact van het aanvullend pensioen is. Persona 3 is een stel, en maakt daarmee geen onderdeel uit van de in dit onderzoek afgebakende doelgroep.[204] De woonvorm in scenario 2 zou hen echter wel aan kunnen spreken. Bijvoorbeeld op het moment dat de zorgbehoefte van één partner toeneemt, en zij samen willen blijven wonen. Om deze reden is de impact op betaalbaarheid in scenario 2 (maar niet in scenario 1) ook voor dit persona inzichtelijk gemaakt.

5.1.2 Impact op betaalbaarheid per persona

5.1.2.1 Uitgangssituatie per persona

De financiële gevolgen van wonen in het verzorgingshuis zijn afhankelijk van de individuele uitgangssituatie. De maandelijkse inkomsten en uitgaven in de uitgangssituatie zijn daarom per persona in kaart gebracht, zie figuur 38.

Figuur 38: Uitgangssituatie per persona (bedragen zijn netto, per maand)

	1. Alleenstaande – AOW – geen aanvullend pensioen of vermogen	2. Alleenstaande – AOW – klein aanvullend pensioen	3. Stel – AOW – geen aanvullend pensioen of vermogen
Netto inkomen	€ 1.721,13	€ 1.971,13	€ 2.431,82
AOW[1] en zorgtoeslag	*€ 1.721,13*	*€ 1.721,13*	*€ 2.431,82*
Aanvullend pensioen	-	*€ 250,00*	-
Basisuitgaven	€ 1.164,00	€ 1.164,00	€ 1.869,00
Woonlasten	€ 240,05	€ 283,05	€ 239,05
Huur	*€ 594,05*	*€ 594,05*	*€ 594,05*
Huurtoeslag	*€ 354,00*	*€ 311,00*	*€ 355,00*
Restant	**€ 317,08**	**€ 524,08**	**€ 323,77**

[1] Inclusief vakantiegeld

[203] In het kader van dit onderzoek wordt uitgegaan van een klein aanvullend pensioen van €250 netto per maand.
[204] Persona 3 is dus niet opgenomen in de ramingen, en is hier alleen meegenomen om aanvullende inzicht te bieden in de betaalbaarheid van de woonvorm. Als het verzorgingshuis wel voor dit persona wordt opengesteld, moet de raming van de doelgroep (en daarmee het benodigd aantal woningen) worden verhoogd.

De inkomsten per persona zijn gebaseerd op de wettelijk vastgestelde bedragen voor een volledig AOW inclusief vakantiegeld, zorgtoeslag, en, voor persona 2, een klein aanvullend pensioen.[205] In de uitgangssituatie houdt elk persona na de basisuitgaven en woonlasten geld over.

De uitgaven per persona zijn gesplitst in woon- en basislasten. Woonlasten zijn gebaseerd op de gemiddelde huurprijs van een zelfstandige DAEB-woning.[206] De huurtoeslag is berekend op basis van een proefberekening met het inkomen per persona en de veronderstelde huurprijs. Basislasten zijn gebaseerd op de basisbedragen van het Nibud.[207] Het basisbedrag van het Nibud voor niet-vergoede zorgkosten is gebaseerd op het Zvw eigen risico en incidentele uitgaven, bijvoorbeeld voor zelfzorgmiddelen. Omdat de doelgroep ook gebruik maakt van Wmo, zijn de basislasten verhoogd met €21, de maandelijkse bijdrage.

De 'basisbedragen' vertegenwoordigen volgens het Nibud de minimaal benodigde uitgaven om in de fundamentele levensbehoeften van een huishouden te voorzien. Deze bedragen variëren afhankelijk van de samenstelling van het huishouden, maar zijn onafhankelijk van het inkomen.[208] Hoewel de basisbedragen voldoende zijn om aan de essentiële levensbehoeften te voldoen, bieden deze bedragen geen ruimte op bijvoorbeeld financiële buffers op te bouwen. Dit dient in acht te worden genomen bij interpretatie van de betaalbaarheid.

5.1.2.2 Betaalbaarheid in scenario 1

Figuur 39 geeft inzicht in de nieuwe inkomsten en uitgaven voor persona's 1 en 2 in scenario 1. De woonlasten stijgen voor beide persona's als gevolg van de hogere huurprijs en het wegvallen van de huurtoeslag. Omdat het inkomen niet verandert, betekent dit dat beide persona's er financieel op achteruit gaan. Het landelijk gemiddelde woonquotum, het aandeel van het netto inkomen dat wordt uitgegeven aan woonlasten, is 34%. In dit scenario stijgt het woonquotum van persona 1 naar 46%, en voor persona 2 naar 40%. Persona 1 komt als gevolg van deze verhoging maandelijks €237,83 tekort om te kunnen voldoen aan de basisuitgaven, de absolute minimumbedragen voor levensonderhoud. Persona 2 houdt na de basisuitgaven slechts €12,17 over. Hoewel dit persona strikt genomen nog 'positief uitkomt', is er geen ruimte voor financiele tegenvallers en kunnen ook geen financiele buffers worden opgebouwd. Met deze woonlasten is het verzorgingshuis voor beide persona's financieel ontoegankelijk.

[205] Ongehuwd AOW bij persona's 1 en 2, en tweemaal een gehuwden AOW bij persona 3. Voor alle persona's is loonheffingskorting verondersteld over de AOW.
[206] Aedes. (2024). *Aedes benchmark 2024.*
[207] De soorten basislasten zijn: energie & lokale lasten, verzekeringen, abonnementen & telecom, vervoer, overige vaste lasten, kleding & schoenen, inboedel, huis & tuin, niet-vergoede ziektekosten, vrijetijdsuitgaven en huishoudelijke uitgaven (waaronder voeding, was- en schoonmaakmiddelen, et cetera).
[208] Nibud. (2024). *Rapport Betaalbare huren volgens de Nibud-methode (2025)*.

Figuur 39: Financieel overzicht persona's in scenario 1 (bedragen zijn netto, per maand)

	1. Alleenstaande – AOW – geen aanvullend pensioen of vermogen		2. Alleenstaande – AOW – klein aanvullend pensioen	
Netto inkomen	€ 1.721,13		€ 1.971,13	
AOW[1] en zorgtoeslag	*€ 1.721,13*		*€ 1.721,13*	
Aanvullend pensioen	-		*€ 250,00*	
Basisuitgaven	€ 1.164,00		€ 1.164,00	
Woonlasten	€ 794,96	+ € 554,91	€ 794,96	+ € 511,91
Huur	*€ 794,96*		*€ 794,96*	
Huurtoeslag	-		-	
Restant	**- € 237,83**	- € 554,91	**€ 12,17**	- € 511,91

5.1.2.3 Betaalbaarheid in scenario 2

Figuur 40 geeft inzicht in de nieuwe inkomsten en uitgaven voor persona's 1, 2 en 3 in scenario 2. In dit scenario nemen de woonlasten voor alle persona's toe als gevolg van de hogere huurprijs, en omdat de huurtoeslag niet evenredig meestijgt. Omdat het inkomen niet verandert, betekent dit dat alle persona's er financieel op achteruit gaan. Dit betekent niet dat de woonvorm niet betaalbaar is. Persona 1, financieel het meest kwetsbaar, houdt maandelijks €183,17 over na de uitgaven. De woonquota liggen onder het landelijk gemiddelde van 34%; de nieuwe quota voor persona's 1-3 zijn respectievelijk, 22%, 20% en 15%. Met deze woonlasten is het verzorgingshuis betaalbaar voor elk persona, alhoewel zij minder geld per maand overhouden dan in de uitgangssituatie.

Figuur 40: Financieel overzicht persona's in scenario 2 (bedragen zijn netto, per maand)

	1. Alleenstaande – AOW – geen aanvullend pensioen of vermogen		2. Alleenstaande – AOW – klein aanvullend pensioen		3. Stel – AOW – geen aanvullend pensioen of vermogen	
Netto inkomen	€ 1.721,13		€ 1.971,13		€ 2.431,82	
AOW[1] en zorgtoeslag	*€ 1.721,13*		*€ 1.721,13*		*€ 2.431,82*	
Aanvullend pensioen	-		*€ 250,00*		-	
Basisuitgaven	€ 1.164,00		€ 1.164,00		€ 1.869,00	
Woonlasten	€ 373,96	+ € 133,91	€ 396,96	+ € 113,91	€ 352,96	+ € 113,91
Huur	*€ 784,96*		*€ 784,96*		*€ 784,96*	
Huurtoeslag	*€ 411,00*		*€ 388,00*		*€ 432,00*	
Restant	**€ 183,17**	- € 133,91	**€ 410,17**	- € 113,91	**€ 209,86**	- € 113,91

[1] Inclusief vakantiegeld

5.1.3 Impact van een hogere eigen bijdrage

Een deel van de bewoners met een Wlz-indicatie VV4 zal een hogere eigen bijdrage betalen in het verzorgingshuis, omdat zij de hogere eigen bijdrage van een VPT gaan betalen. De eigen bijdrage bij een VPT is €205 per maand, ten opzichte van €29,20 bij een MPT.[209] Ouderen gaan dus maandelijks €175,80 meer eigen bijdrage betalen. Hier staat tegenover dat voeding onderdeel is van een VPT. Ouderen met een VPT hoeven dus geen uitgaven meer te doen voor voeding, terwijl ze dit bij een MPT wel betalen. De

[209] De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen en het aantal uren zorg, en is berekend op basis de Rekenhulp Eigen Bijdrage van het CAK. Bij het inkomen van de doelgroep is de eigen bijdrage niet afhankelijk van het aantal uren zorg, en wordt de minimale eigen bijdrage (€29,20 per maand) gerekend.

maandelijkse basisbedragen voor voeding zijn hoger dan de verhoging van de eigen bijdrage.[210] De netto impact van deze wijzigingen wordt ter illustratie voor persona 1 getoond in figuur 41. Ondanks dat de eigen bijdrage hoger wordt, verbetert de betaalbaarheid omdat voedingskosten wegvallen.

Figuur 41: Impact van hogere eigen bijdrage VPT op betaalbaarheid voor persona 1 (netto inkomsten en uitgaven, per maand)

Categorieën	Scenario 1	Scenario 2
Inkomen	€ 1.721,13	€ 1.721,13
Uitgaven bij MPT	€ 1.926,16	€ 1.546,16
Basislasten	€ 1.172,20	€ 1.172,20
Woonlasten	€ 794,96	€ 373,96
Restant	**- € 246,03**	**€ 174,97**
Wijziging uitgaven bij VPT	- € 84,90	- € 84,90
Eigen bijdrage VPT	+ € 205,00	+ € 205,00
Eigen bijdrage MPT	- € 29,20	- € 29,20
Voeding	- € 260,70	- € 260,70
Uitgaven bij VPT	**€ 1.882,26**	**€ 1.461,26**
Restant	**- €161,13**	**€ 259,87**

5.1.4 Betaalbaarheid van het verzorgingshuis

Op basis van bovenstaande uitwerking wordt duidelijk dat scenario 1 met de veronderstelde woonlasten niet betaalbaar is voor de doelgroep. Scenario 2 is voor alle persona's betaalbaar, maar leidt wel tot een verslechtering van de financiele positie ten opzichte van de uitgangssituatie. Ook wordt duidelijk dat een klein aanvullend pensioen een groot verschil kan maken in de financiële mogelijkheden. Om het verzorgingshuis financieel toegankelijk te maken voor persona 1, zal kritisch moeten worden gekeken naar mogelijkheden om de woonlasten te verlagen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de woningmix; een combinatie van sociale en vrije huur, of huur- en koopwoningen kan een lagere huurprijs faciliteren. De servicekosten zouden ook kunnen worden verlaagd door middel van alternatieve invulling van de bemande entree, bijvoorbeeld door de inzet van vrijwilligers of buurtgenoten.

Een aanvullende overweging is het gehanteerde uitgavenniveau. In de uitwerking zijn de basisbedragen van het Nibud gehanteerd. Huishoudens kunnen, additioneel op de basisuitgaven, geconfronteerd worden met zogenaamde persoonlijk onvermijdbare uitgaven. Deze aanvullende uitgaven zijn doorgaans hoger bij mensen met een beperking of gezondheidsproblemen. De uitgaven van mensen met een beperking, waaronder ouderen met motorische beperkingen, kunnen 5-14% hoger zijn.[211] Nibud raadt aan om meer rekening te houden met deze uitgaven bij beschouwing van betaalbaarheid, maar constateert tegelijkertijd dat er voor mensen met lagere inkomens nauwelijks ruimte is voor deze

[210] Het Nibud rekent als dagelijkse minimale kosten voor voeding voor persona 1 en 2 €8,69, dit komt neer op €260,70 per maand. Voor persona 3 (stel) is dat €15,80 per dag en €474,00 per maand. Huishoudelijke uitgaven, Nibud, geraadpleegd op 18 augustus 2025.
[211] Nibud. (2024). *Rapport Meerkosten van het leven met een beperking (2024)*.

verhoging.[212] De gehanteerde uitgaven zijn dus mogelijk te laag voor de doelgroep, waardoor de betaalbaarheid afneemt ten opzichte van deze analyse.[213]

5.2 Arbeidsmarkteffecten

Personeelstekorten vormen een grote uitdaging binnen de sector zorg en welzijn. In 2034 wordt een personeelstekort van 265.600 medewerkers verwacht om aan de zorgvraag te kunnen voldoen.[214] Voor de ouderenzorg zijn de sectoren verpleging en verzorging (V&V) en thuiszorg relevant. De sector V&V zal met een verwacht tekort van 82.900 medewerkers het grootste arbeidsmarkttekort ervaren in 2034. In de thuiszorg is in 2034 sprake van een verwacht arbeidsmarkttekort van 25.300 medewerkers. Het prognosemodel maakt onderscheid tussen V&V en thuiszorg op basis van leveringsvormen.[215] In de doorrekening kan dit onderscheid niet worden gemaakt. Daarom nemen we deze categorieën samen, aangeduid als V&V en thuiszorg.[216]

Veranderingen in het zorggebruik van ouderen in het verzorgingshuis hebben impact op het te verwachten personeelstekort. Als er meer zorg geleverd wordt dan historisch gebruikelijk, leidt dit tot een groter personeelstekort dan is geraamd op basis van het historische gebruik. Uit hoofdstuk 4 blijkt dat de absolute zorginzet per bewoner stijgt, hoewel er bij bepaalde zorgsoorten, zoals ELV, een daling kan worden waargenomen. Daar staat tegenover dat zorgverlening in een geclusterde woonomgeving efficiënter is dan zorg voor ongeclusterd wonende personen, omdat er minder tijd wordt besteed aan reistijd. In dit hoofdstuk wordt daarom de netto impact van herintroductie van het verzorgingshuis op de arbeidsmarkt inzichtelijk gemaakt. We maken hierin onderscheid naar de impact op VVT en effecten op overige sectoren, zoals de MSZ en huisartsenzorg.

Vanwege de efficiëntieverschillen in arbeidsinzet tussen zorg geleverd in het verzorgingshuis en zorg aan ongeclusterd wonende ouderen, is de impact op de arbeidsmarkt berekend op basis van het verschil in arbeidsinzet in het verzorgingshuis en in de thuissituatie. De impact is gelijk aan de totale arbeidsinzet voor V&V en thuiszorg in het verzorgingshuis minus de totale inzet voor V&V en thuiszorg bij ongeclusterd wonen in de wijk.

---

[212] Nibud stelt dat dit een inkomensprobleem is (niet een uitgavenprobleem), en ook als zodanig dient te worden opgelost.
[213] We hebben geen rekening gehouden met hogere uitgaven in de berekening, omdat niet duidelijk is in hoeverre dit voor de doelgroep het geval is en welk percentage dan gehanteerd zou moeten worden.
[214] Referentiescenario, exclusief kinderopvang; *Prognosemodel Zorg en Welzijn*, geraadpleegd op 22 augustus 2025.
[215] V&V omvat 100% van de cliënten met leveringsvorm verblijf in een instelling en onbekend (inclusief deeltijdverblijf), 69% van de cliënten met een VPT, 0% van cliënten met een MPT, en 25% van cliënten met een Pgb. De sector thuiszorg omvat een deel van de overige cliënten met een Wlz-indicatie VV4 tot en met VV9 (31% van cliënten met leveringsvorm VPT, 100% met MPT, en 25% van Pgb-cliënten), patiënten met (Zvw) wijkverpleging, patiënten met (Zvw) kraamzorg (niet van toepassing op deze doelgroep), cliënten die gebruik maken van Wmo-maatwerkvoorzieningen op het vlak van huishoudelijke hulp of ondersteuning thuis. Voor 50% van cliënten met een Wlz-indicatie VV4 tot en met VV9 wordt verondersteld dat zij zorg krijgen van iemand die niet in loondienst is, bijvoorbeeld een familielid of zelfstandige.
[216] ELV en GRZ zijn ook geïncludeerd in deze categorie.

5.2.1 Impact op arbeidsinzet VVT

5.2.1.1 Ureninzet vertaald naar functies

De ureninzet per bewoner is in hoofdstuk 4 toegelicht. Om de impact op het arbeidsmarkttekort te bepalen, is de zorginzet vertaald naar inzet van verschillende functies. Per 'zorgproduct' – bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, verpleging – is een functieverdeling bepaald op basis van diverse kostprijsonderzoeken in de Zvw en Wmo. De gehanteerde functie indeling aangesloten op de definities die worden gehanteerd in het prognosemodel Z&W. Per functieniveau is een voorbeeldfunctie gespecificeerd, maar op elk niveau zijn verschillende functies mogelijk. Zie figuur 42 voor de gehanteerde verdeling van de personeelsinzet per uur zorg.

Figuur 42: Toerekening zorgproducten aan functieniveaus

Functie	Voorbeeldfunctie	Hulp bij huishouden[1]	Individuele begeleiding[1]	Persoonlijke verzorging[2]	Verpleging[2]	Dagbesteding[1]
Niveau 1	*Huishoudelijke hulp*	100%	0%	0%	0%	0%
Niveau 2	*Helpende (plus) Z&W*	0%	0%	13%	1%	0%
Niveau 3	*Verzorgende (IG)*	0%	30%	60%	38%	40%
Niveau 4	*Mbo verpleegkundige*	0%	70%	16%	35%	60%
Niveau 5/6	*Hbo verpleegkundige*	0%	0%	9%	27%	0%
Niveau 7+	*Logopedist, SO*	0%	0%	1%	0%	0%

[1] Uitkomsten kostprijsonderzoek Wmo en advies tarieven 2024, PPRC (2024)

[2] Onderzoek tariefherijking verpleging en verzorging, PwC (2017)

5.2.1.2 Netto arbeidsinzet in het verzorgingshuis

Per bewoner is de arbeidsinzet in de uitgangssituatie en in het verzorgingshuis berekend. Deze berekening verschilt voor bewoners in de doelgroep ("VV2" en "VV3"), en bewoners met een Wlz-indicatie VV4. Voor bewoners in de doelgroep is de ureninzet voor Wmo (hulp bij huishouden, individuele begeleiding, en dagbesteding) in de uitgangssituatie bekend. Voor wijkverpleging zijn alleen de kosten bekend. Om de ureninzet voor wijkverpleging (persoonlijke verzorging, verpleging) te bepalen, zijn de kosten vertaald naar een urenaantal op basis van de veronderstelling dat de verhouding van persoonlijke verzorging en verpleging binnen die kosten, gelijk is aan de verdeling in het verzorgingshuis.

> Rekenvoorbeeld: voor "VV2" bewoners zijn de jaarlijkse kosten voor persoonlijke verzorging en verpleging in het verzorgingshuis gelijk aan €14.534; 82% is toerekenbaar aan persoonlijke verzorging, en 18% aan verpleging. De kosten in de uitgangssituatie zijn €583,12 per bewoner. Bij een gelijk aandeel, zijn de kosten voor respectievelijk persoonlijke verzorging en verpleging dan €479,24 en €103,88. Op basis van de in hoofdstuk 2 gehanteerde uurtarieven, vertaalt dit zich naar een ureninzet van 6,3 uur persoonlijke verzorging per jaar en 1,1 uur verpleging per jaar.

De ureninzet bij een MPT voor bewoners met een Wlz-indicatie VV4 is op vergelijkbare wijze berekend. De kosten per jaar voor een MPT en VPT zijn bekend, en de ureninzet per type zorg binnen het VPT is

bekend. Per type zorg (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, verpleging) is de ureninzet ten opzichte van het VPT verminderd met de procentuele afname in kosten tussen het VPT en MPT.

> Rekenvoorbeeld: de jaarlijkse kosten bij een VPT voor een client met een Wlz-indicatie VV4 zijn €52.795 per jaar, ten opzichte van €31.848 bij een MPT. Het MPT is daarmee 39,7% goedkoper. Op basis van de urennormen wordt er bij het VPT jaarlijks 108,6 uur aan huishoudelijke zorg ingezet. De ureninzet voor huishoudelijke hulp bij het MPT is bepaald door 108,6 uur te verminderen met 39,7%; dit resulteert in een jaarlijkse ureninzet voor huishoudelijke hulp van 65,5 uur bij een MPT.

De tijdsinzet van eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is berekend op basis van de kosten. Omdat er geen eenduidige informatie is over de tijdsinzet en functiemix bij GRZ, zijn de ELV-tarieven en tijdsinzet gehanteerd voor beide zorgvormen. De jaarlijkse kosten zijn vertaald naar een aantal dagen zorg per bewoner. Uit het meest recente kostprijsonderzoek van de NZa volgt een tijdsinzet van verplegend en verzorgend personeel per dag voor ELV laag en hoog complex, respectievelijk 2,1 en 4,15 uur.[217] De kosten zijn vertaald naar een aantal dagen op basis van de verwachte verdeling van de kosten naar ELV laag en hoog complex per bewoner, en vervolgens vertaald naar jaarlijkse ureninzet. Om dit te vertalen naar functies, is dezelfde verdeling naar persoonlijke verzorging en verpleging gehanteerd als uit de ureninzet in het verzorgingshuis volgt.

> Rekenvoorbeeld: de jaarlijkse kosten voor ELV en GRZ voor "VV3" bewoners zijn €1.452,51 in de uitgangssituatie, en €1.202,54 in het verzorgingshuis. We veronderstellen dat de ELV kosten voor deze bewoners voor 50% toerekenbaar zijn aan ELV hoog complex, en 50% aan laag complex.[218] Op basis van de dagtarieven voor ELV laag en hoog complex (€196,85 en €361,49 in 2025[219]), betekent dit dat de gemiddelde "VV3" bewoner in het verzorgingshuis gebruikt maakt van 4,3 dagen ELV, ten opzichte van 5,2 in de uitgangssituatie. Per dag wordt 3 uur verpleging en verzorging ingezet; per jaar is dit 16 uur in de uitgangssituatie, en 13,3 uur in het verzorgingshuis. Vervolgens is de ureninzet voor ELV en GRZ verdeeld naar de functies persoonlijke verzorging en verpleging, en toegevoegd aan de inzet in de uitgangssituatie en in het verzorgingshuis. De verhouding persoonlijke verzorging en verpleging (in de kosten) bij "VV3" is respectievelijk 74% en 26%. De ureninzet voor persoonlijke verzorging wordt in de uitgangssituatie vermeerderd met 11,9 uur (16 keer 74%); de ureninzet voor persoonlijke verzorging in het verzorgingshuis wordt vermeerderd met 9,8 uur (13,3 uur keer 74%).

De ureninzet per zorgproduct is vervolgens vertaald naar de verschillende functies op basis van de percentages zoals getoond in 5.2.1.1. Figuur 43 laat een voorbeeld zien van de berekening van ureninzet per functie voor een bewoner met Wlz-indicatie VV4 in het verzorgingshuis, in scenario 1.

Figuur 43: Berekening van de jaarlijkse ureninzet per functie in het verzorgingshuis voor VV4 bewoners in scenario 1

[217] NZa. (2025). *Verantwoording tarieven elv en Wlz crisiszorg vv 2025*.
[218] Verdeling per bewoner: "VV2" is 100% laag complex, VV4 is 100% hoog complex.
[219] NZa. (2024). *Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-24617-02*.

Scenario	Hulp bij huishouden (uur per jaar)	Individuele begeleiding (uur per jaar)	Persoonlijke verzorging (uur per jaar)	Verpleging (uur per jaar)	Dagbesteding (uur per jaar)
Scenario 1	108,6	154,7	240,1	29,3	71,6

Functie	Hulp bij huishouden	Individuele begeleiding	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Dagbesteding
Niveau 1	100%	0%	0%	0%	0%
Niveau 2	0%	0%	13%	1%	0%
Niveau 3	0%	30%	60%	38%	40%
Niveau 4	0%	70%	16%	35%	60%
Niveau 5/6	0%	0%	9%	27%	0%
Niveau 7+	0%	0%	1%	0%	0%

Functie	Hulp bij huishouden (uur per jaar)	Individuele begeleiding (uur per jaar)	Persoonlijke verzorging (uur per jaar)	Verpleging (uur per jaar)	Dagbesteding (uur per jaar)
Niveau 1	108,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Niveau 2	0,0	0,0	32,2	0,2	0,0
Niveau 3	0,0	46,4	144,9	11,0	28,6
Niveau 4	0,0	108,3	38,7	10,2	42,9
Niveau 5/6	0,0	0,0	22,1	8,0	0,0
Niveau 7+	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0

5.2.1.3 Impact op het personeelstekort per functie

Vervolgstap is om de ureninzet per bewoner te vertalen naar een aantal medewerkers in de uitgangssituatie en in het verzorgingshuis. Dit doen we aan de hand van drie stappen. Het aantal uren per functie wordt vertaald naar een aantal fte per functie. Hierbij wordt voor de zorginzet in het verzorgingshuis een correctie uitgevoerd voor het aantal productieve uren per fte, op basis van een afname van de reistijd. Vervolgens wordt het aantal fte vertaald naar een aantal medewerkers om aan te sluiten bij de definitie van het prognosemodel Z&W. Hiertoe wordt het aantal fte gedeeld door de gemiddelde deeltijdfactor in de sectoren V&V en thuiszorg.

Vertaling naar fte

Volgens de CAO VVT bestaat een fte uit 1877 uren per jaar, op basis van een fulltime dienstverband van 36 uur per week. Deze uren zijn niet allemaal beschikbaar voor zorg. Een fte bestaat uit niet-gewerkte uren (bijvoorbeeld verzuim, vakantie, opleidingstijd) en gewerkte uren; gewerkte uren kunnen verder worden gesplitst naar direct cliëntgebonden tijd (“DCT”, directe zorguren), indirect cliëntgebonden tijd (“ICT”, bijvoorbeeld deelname aan overleggen) en niet-cliëntgebonden tijd (“NCT”, bijvoorbeeld reistijd). Deze verdeling verschilt per functie. Zie figuur 44 voor een overzicht van de besteding van de beschikbare tijd per fte per functie.[220] Het aandeel reistijd binnen de NCT is geëxpliciteerd.

Figuur 44: Besteding van beschikbare tijd per fte per functie

[220] NZa. (2013). *Eindrapportage Onderzoek parameterwaarden Zorgzwaartepakketten*.

Functie	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5/6	Niveau 7+
Beschikbare tijd	1877	1877	1877	1877	1877	1877
Niet-gewerkt	22,4%	19,3%	19,2%	17,0%	17,3%	19,49%
DCT	75,8%	66,6%	61,9%	60,0%	53,6%	43,82%
ICT	0,2%	2,5%	4,4%	5,4%	9,2%	11,61%
NCT	1,6%	11,5%	14,5%	17,6%	19,9%	25,08%
Waarvan reistijd	*1,3%*	*6,1%*	*6,7%*	*6,5%*	*4,6%*	*5,8%*

In het verzorgingshuis zijn woningen geclusterd. Zorgverleners hoeven (bij voldoende schaal in een woonvorm) niet te reizen tussen cliënten. De reistijd valt dan weg, en deze tijd komt beschikbaar voor direct- en indirect cliëntgebonden tijd. Ofwel: die tijd kan worden ingezet om meer zorg te verlenen per fte. Per functie, met uitzondering van niveau 7, is de reistijd verwijderd, en is de vrijgevallen tijd vertaald naar DCT en ICT.[221] De impact per functie wordt getoond in figuur 45. Dit dient te worden gelezen als: een medewerker met een functieniveau 1 kan als gevolg van het wegvallen van de reistijd 24 uur per jaar meer besteden aan zorg. Voor de zorginzet in de uitgangssituatie zijn de beschikbare uren zonder correctie gehanteerd.

Figuur 45: Beschikbare uren per jaar voor direct- en indirect cliëntgebonden tijd per functie voor en na correctie voor reistijd

Functie	DCT + ICT – zonder correctie voor reistijd	Δ	DCT + ICT – met correctie voor reistijd
Niveau 1	1427	+ 24	1451
Niveau 2	1298	+ 115	1413
Niveau 3	1245	+ 126	1370
Niveau 4	1228	+ 122	1350
Niveau 5/6	1179	+ 86	1265
Niveau 7+	1041	-	1041

Op basis hiervan is de ureninzet per bewoner vertaald naar een aantal fte per bewoner. Zie figuur 46 voor een voorbeeld op basis van de zorg in het verzorgingshuis voor een bewoner met een Wlz-indicatie VV4 in scenario 1.

Figuur 46: Voorbeeld van de berekening om de ureninzet per jaar te vertalen naar een aantal fte, op basis van een bewoner met Wlz-indicatie VV4 onder scenario 1

[221] Voor niveau 7 wordt geen afname in de reistijd verondersteld. De inzet van deze zorgverleners per bewoner is te laag om met de gehanteerde schaal van 96 woningen tot volledige inzet van het fte te komen. Deze zorgverleners zullen dus moeten blijven reizen.

Functie	Ureninzet per jaar per bewoner met Wlz-indicatie VV4	Beschikbare uren per fte per jaar (DCT + ICT incl. correctie reistijd)	Aantal fte (ureninzet / beschikbare uren per fte)
Niveau 1	109	1451	0,07
Niveau 2	32	1413	0,02
Niveau 3	231	1370	0,17
Niveau 4	200	1350	0,15
Niveau 5/6	30	1265	0,02
Niveau 7+	2	1041	0,00

Vertaling naar aantal medewerkers

De inzet in aantal fte is vertaald naar inzet in aantal medewerkers om de arbeidsinzet in verband te kunnen brengen met de tekorten zoals geraamd in het prognosemodel Z&W. Het aantal medewerkers is berekend door het aantal fte te delen door de gemiddelde deeltijdfactor. In het prognosemodel Z&W zijn verschillende deeltijdfactoren gehanteerd voor de branches V&V (0,69) en thuiszorg (0,59).[222] Bewoners in de doelgroep ("VV2" en "VV3") maken gebruik van zorg uit de Zvw en Wmo; op basis van de definities van het prognosemodel valt de arbeidsinzet voor hen volledig binnen de reikwijdte van de sector thuiszorg. Bewoners met een Wlz-indicatie VV4 krijgen zorg via een VPT, en vallen dus deels binnen de sector V&V (69%) en deels binnen de sector thuiszorg (31%). Hier is een gewogen gemiddelde gehanteerd aan de hand van deze percentages. Op basis hiervan is het aantal medewerkers bepaald.

5.2.1.4 Impact op het personeelstekort VVT

Op basis van de zorginzet in het verzorgingshuis neemt het benodigde aantal medewerkers om die zorg te leveren toe. De impact verschilt per functieniveau. Omdat medewerkers met een functieniveau 3 het meest worden ingezet op basis van de functieverdeling, neemt de vraag naar deze medewerkers ook het sterkst toe. Figuur 47 toont het aantal extra benodigde medewerkers per functie binnen V&V en thuiszorg.

Vervolgstap is om de extra arbeidsinzet in relatie te brengen tot het veronderstelde arbeidsmarkttekort uit het prognosemodel. Dit is berekend door de netto impact op arbeidsinzet per sector zoals volgt uit bovenstaande berekeningen, toe te voegen aan het verwachte arbeidsmarkttekort uit het prognosemodel. Dit betekent dat elke extra benodigde medewerker het verwachte tekort evenredig verhoogt. Gepresenteerde impact op het arbeidsmarkttekort dient te worden geïnterpreteerd als maximale potentiële impact, omdat – in tegenstelling tot de methodiek van het prognosemodel – een toename in vraag naar medewerkers niet leidt tot enige toename van het aanbod.[223]

[222] In het prognosemodel worden specifiekere deeltijdfactoren gehanteerd, per functietype. Omdat wij maximaal specificeren tot het functieniveau (bijvoorbeeld niveau 4, in plaats van niveau 4 mbo-verpleegkundige), is het gemiddelde per branche gehanteerd. De deeltijdfactor kan namelijk sterk verschillen tussen verschillende functies van hetzelfde niveau.

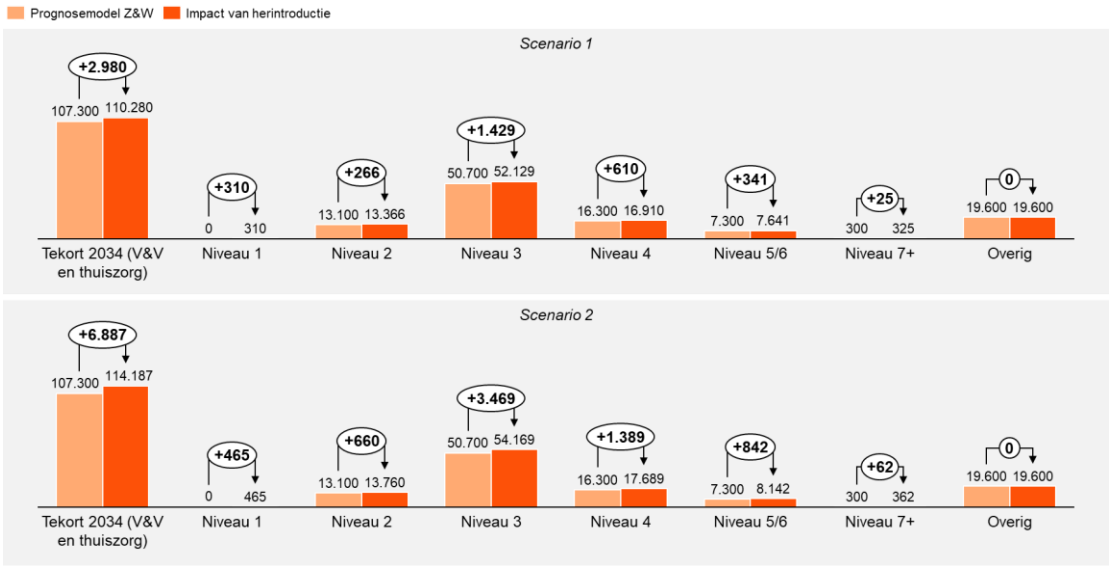
[223] In de methodiek van het prognosemodel vertaalt de hogere vraag naar medewerkers zich niet één op één naar een groter tekort, omdat aangenomen wordt dat aanbod (deels) meegroeit. Er is echter niet voldoende informatie om de berekening op dezelfde manier uit te kunnen voeren.

Figuur 48 geeft inzicht in de impact van herintroductie van het verzorgingshuis op het verwachte arbeidsmarkttekort per functie in 2034. In scenario 1 neemt het arbeidsmarkttekort binnen V&V en thuiszorg toe met 2.980 medewerkers, in scenario 2 betreft dit een toename van het tekort van 6.887 medewerkers. De absolute toename van het tekort is in beide scenario's het hoogst voor medewerkers met een functieniveau 3, bijvoorbeeld een verzorgende IG.

Figuur 47: Extra benodigde medewerkers V&V en thuiszorg bij herintroductie van het verzorgingshuis[224]

Scenario	Functie	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Scenario 1	Niveau 1	257	264	276	286	302	310
	Niveau 2	223	228	238	246	259	266
	Niveau 3	1.196	1.223	1.275	1.323	1.393	1.429
	Niveau 4	506	519	542	563	594	610
	Niveau 5/6	286	292	304	316	332	341
	Niveau 7+	21	21	22	23	24	25
Scenario 2	Niveau 1	385	395	413	429	452	465
	Niveau 2	555	566	590	612	643	660
	Niveau 3	2.912	2.976	3.100	3.215	3.383	3.469
	Niveau 4	1.160	1.187	1.239	1.286	1.354	1.389
	Niveau 5/6	708	723	753	781	821	842
	Niveau 7+	52	53	56	58	61	62

Figuur 48: Impact van herintroductie van het verzorgingshuis op het arbeidsmarkttekort binnen V&V en thuiszorg in 2034 per scenario



5.2.2 Impact op overige zorgsectoren

5.2.2.1 MSZ

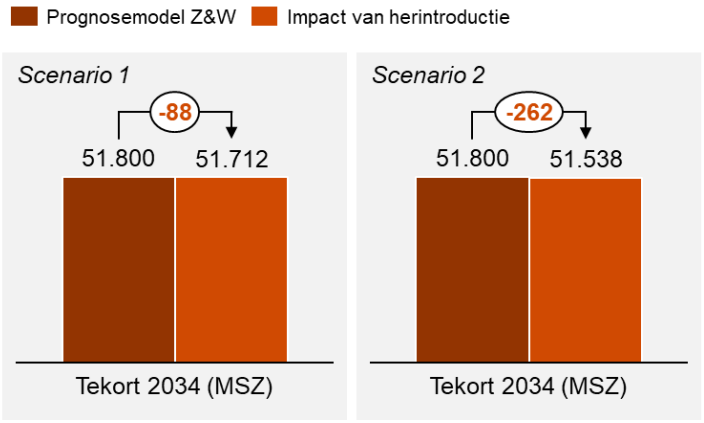
In het verzorgingshuis nemen de kosten van MSZ af met 12,8%. Er is geen verdieping mogelijk van deze afname. De afname zou bijvoorbeeld het resultaat kunnen zijn van minder SEH-bezoeken, een kortere

[224] Dit figuur dient gelezen te worden als dat er, bijvoorbeeld, in 2029 in scenario 1 1.196 extra medewerkers nodig zijn met een functieniveau 3 (bijvoorbeeld een verzorgende IG).

ligduur, minder gebruik van (dure) medicatie in het ziekenhuis, of minder poliklinische bezoeken. De impact op arbeidsinzet is daarom benaderd aan de hand van de totale MSZ-kosten in 2025 en het aantal medewerkers dat die zorg verleent. In 2025 zijn de geraamde MSZ-kosten in totaal €32.183.616.766.[225] In 2025 zijn 309.700 medewerkers werkzaam in de MSZ.[226] Elke medewerker verleent dus gemiddeld €103.918 aan zorg.

Vervolgstap is om de zorgkosten per bewonersprofiel te vertalen naar een aantal medewerkers. Dit is gelijk aan het verschil in de MSZ-kosten per bewoner in het verzorgingshuis ten opzichte van thuis, gedeeld door de gemiddelde zorgverlening per medewerker. Bijvoorbeeld: een bewoner met Wlz-indicatie VV4 ontvangt in het verzorgingshuis €773,78 minder MSZ. Gedeeld door de gemiddelde productie per medewerker, €103.918, betekent dit dat de inzet van 0,007 minder extra medewerkers nodig is per bewoner. Er kan niet worden gedifferentieerd naar verschillende functieprofielen. Zie figuur 49 voor de impact op het verwachte arbeidsmarkttekort in de MSZ. Omdat de zorginzet in de MSZ niet nader gespecificeerd kan worden naar zorgactiviteiten, kan de impact op de arbeidsmarkt ook niet verder gespecificeerd worden naar verschillende soorten medewerkers.

Figuur 49: Impact van herintroductie van het verzorgingshuis op het verwachte arbeidsmarkttekort binnen de MSZ in 2034



5.2.2.2 Huisartsenzorg

Bij verhuizing naar de woonvorm nemen de kosten van huisartsenzorg af met 12,4%. Deze berekening is gebaseerd op een verandering in het aantal en type contactmomenten met de huisarts, zoals toegelicht in hoofdstuk 4. De kosten voor huisartsenzorg per bewoner in de uitgangssituatie en in het verzorgingshuis zijn vertaald naar alleen de directe kosten voor contactmomenten. In 2023 zijn 32% van de kosten van huisartsenzorg te wijten aan huisartsencontacten.[227] We veronderstellen dat dit gelijk is voor de doelgroep, en berekenen de arbeidsinzet op basis van 32% van de kosten. Bijvoorbeeld: voor een bewoner met Wlz-indicatie VV4 zijn de kosten in de woonvorm gelijk aan €792,65; 32% hiervan, €256,08, betreft kosten voor contactmomenten. De kosten voor contactmomenten in de uitgangssituatie en in het

[225] Zorgcijfersdatabank. *Totale Kosten Zorgverzekeringswet Medisch specialistische zorg in 2025.*
[226] Opsomming van het personeelsaanbod in Universitair medische centra (UMC) en Ziekenhuizen en overige MSZ (ZKH), ABF Research. *Prognosemodel Zorg en Welzijn.*
[227] Zorgcijfersdatabank. *Huisartsenzorg: Kosten 2023, Consulten en ANW-diensten.*

verzorgingshuis zijn vertaald naar kosten per type contactmoment, en naar een totale tijdsinzet.[228] Zie figuur 50 voor een rekenvoorbeeld voor lange visites bij een bewoner met een Wlz-indicatie VV4. In dit voorbeeld neemt de ureninzet per bewoner per jaar voor lange visites met 0,44 uur af in de woonvorm.

Figuur 50: Voorbeeld van de berekening van arbeidsimpact voor lange visites bij een bewoner met een Wlz-indicatie VV4

	Uitgangssituatie	Verzorgingshuis
Kosten	€ 904,55	€ 792,65
Kosten contacten	€ 292,23	€ 256,08

Type contact	Aandeel in kosten contacten	Aandeel in kosten contacten
Lange visite	29%	23%

Type contact	Kosten totaal	Kosten totaal
Lange visite	€ 84,98	€ 59,06

Type contact	Kosten per contact (tarief)	Kosten per contact (tarief)
Lange visite	€ 29,51	€ 29,51

Type contact	Aantal contacten	Aantal contacten
Lange visite	2,88	2,00

Type contact	Tijdsinzet (uren)	Tijdsinzet (uren)
Lange visite	1,44	1,00

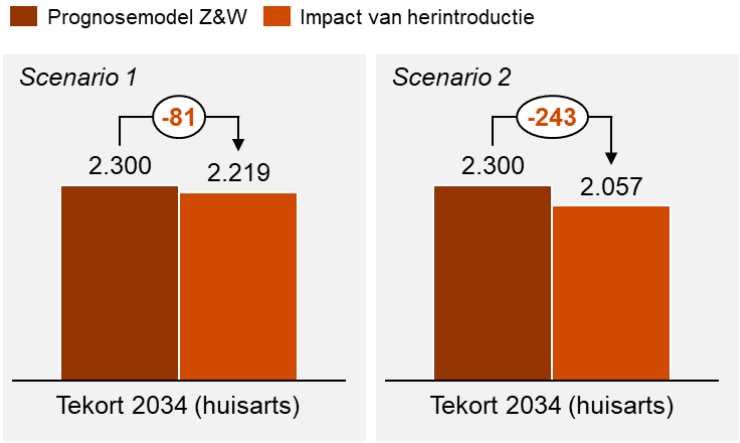
Deze berekening is doorgevoerd voor alle bewoners en alle soorten contacten. De impact per bewoner wordt getoond in figuur 51. Afhankelijk van het bewonerstype, is er sprake van een afname van 0,43-0,58 uur inzet van de huisarts per jaar. We houden alleen rekening met de directe ureninzet, en gaan ervan uit dat deze tijdsinzet volledig door huisartsen wordt geleverd. In de realiteit zijn er meerdere soorten medewerkers werkzaam in een huisartsenpraktijk. Consulten zouden bijvoorbeeld ook plaats kunnen vinden met de POH-GGZ of assistent. Er is niet voldoende informatie beschikbaar om deze splitsing te maken. Op basis van 59 uur per fte[229] en een gemiddelde deeltijdfactor van 0,75[230], betekent dit een afname in het extra benodigde aantal huisartsen per bewoner van 0,009-0,013. Figuur 52 toont de impact van deze afname op het verwachte arbeidsmarkttekort in 2034. Het verwachte arbeidsmarkttekort daalt – als gevolg van herintroductie van het verzorgingshuis zijn in scenario 1 81 en in scenario 2 243 minder extra huisartsen nodig om aan de zorgvraag te voldoen.

Figuur 51: Afname van de ureninzet van de huisarts per bewoner in het verzorgingshuis per jaar

[228] Gehanteerde contactmomenten en bijbehorende tijdsinzet in minuten: kort consult (10 minuten), lang consult (20 minuten), korte visite (15 minuten), lange visite (30 minuten), en telefonisch consult (5 minuten).
[229] Versteeg et al. (2019). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: en een vergelijking met 2013*. Nivel.
[230] ABF Research. *Prognosemodel Zorg en Welzijn.*

Bewoner	Ureninzet in uitgangssituatie	Ureninzet in verzorgingshuis	Afname per bewoner
“VV2”	3,24	2,80	-0,43
“VV3”	3,30	2,86	-0,44
VV4	4,37	3,78	-0,58

Figuur 52: Impact van herintroductie van het verzorgingshuis op het verwachte arbeidsmarkttekort van huisartsen in 2034



5.2.2.3 Mondzorg

In het kader van mondzorg is beperkt informatie beschikbaar over kosten, functiemix en tijdsinzet, onder andere omdat een deel van de mondzorg buiten de verzekerde zorg valt.

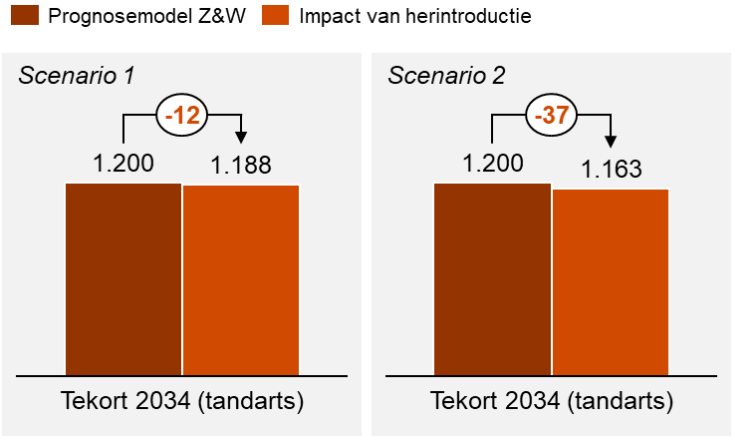
Om een indicatie te kunnen bieden van de impact op arbeidsinzet, is het volgende verondersteld. De jaarlijkse kosten voor mondzorg zijn per bewoner vertaald naar tijdsinzet op basis van de aanname dat alle kosten periodieke controles betreffen. Een bewoner met Wlz-indicatie VV4 gebruikt bijvoorbeeld gemiddeld €52,95 aan mondzorg per jaar, en het tarief voor een periodieke controle is €28,83 in 2025, dit betreft dus 1,8 consulten. Online informatie vanuit verschillende tandartspraktijken duidt op een gemiddelde duur van 10 tot 20 minuten per consult; wij hanteren het gemiddelde, 15 minuten per controle. Op basis hiervan zijn de kosten in de uitgangssituatie en in het verzorgingshuis per bewoner vertaald naar een tijdsinzet, en vervolgens naar een aantal fte en aantal medewerkers.[231] Aanname is dat deze inzet volledig door een tandarts wordt geleverd.

Mondzorg wordt in het prognosemodel onder ‘Overige zorg en welzijn’ geschaard, waardoor er minder gedetailleerde informatie beschikbaar is over bijvoorbeeld de gehanteerde deeltijdfactor. In het prognosemodel wordt een deeltijdfactor van 0,72 gehanteerd, het capaciteitsorgaan hanteert een deeltijdfactor van 0,86 voor tandartsen. Ten behoeve van de vergelijking met het arbeidsmarkttekort in het prognosemodel is 0,72 gehanteerd. Per bewoner neemt de ureninzet per jaar af met 0,01-0,11 uur, gelijk aan 0,000-0,0004 tandartsen per bewoner. Figuur 53 toont de impact van deze afname op het

[231] In lijn met het capaciteitsorgaan wordt een fte voor een tandarts verondersteld op 40 uur per week.

verwachte arbeidsmarkttekort in 2034. Het verwachte arbeidsmarkttekort daalt – als gevolg van herintroductie van het verzorgingshuis zijn in scenario 1 12 en in scenario 2 37 minder extra huisartsen nodig om aan de zorgvraag te voldoen.

Figuur 53: Impact van herintroductie van het verzorgingshuis op het verwachte arbeidsmarkttekort van tandartsen in 2034



5.2.3 Impact op het arbeidsmarkttekort

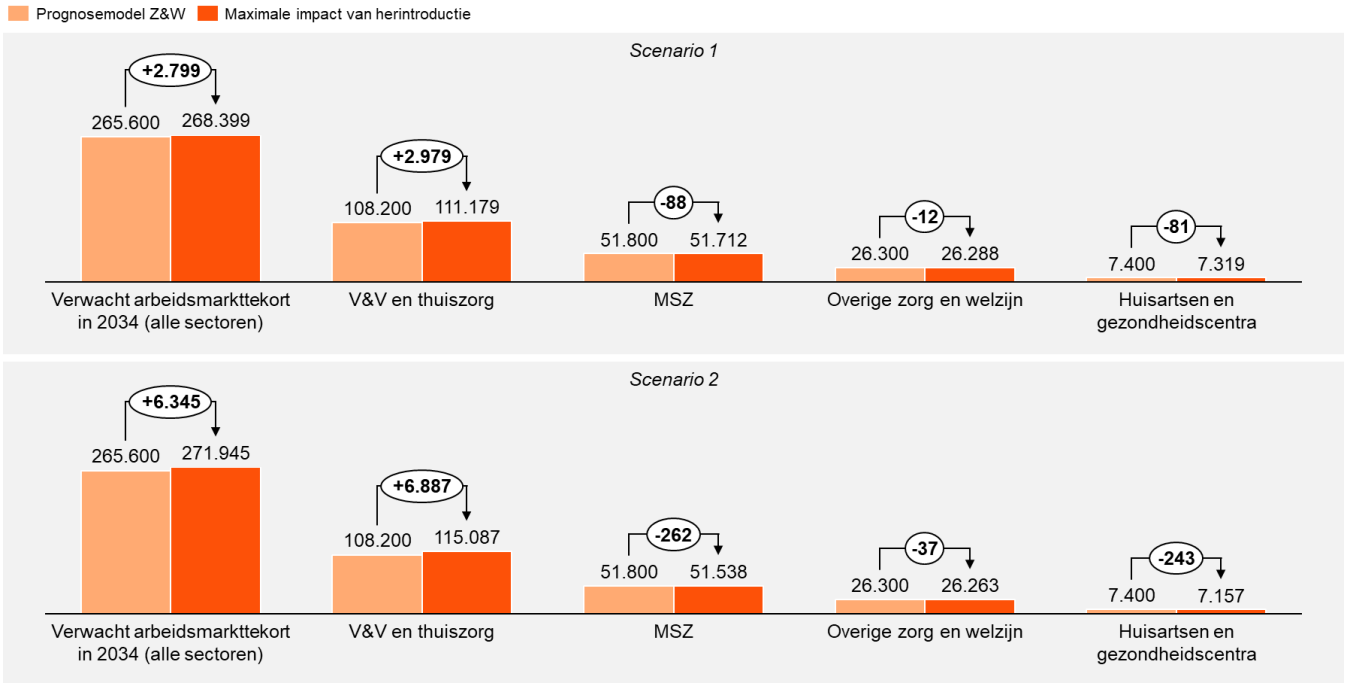
Op basis van de verwachte effecten van herintroductie van het verzorgingshuis op het verwachte arbeidsmarkttekort voor V&V, thuiszorg, MSZ, mondzorg en huisartsenzorg kan de totale impact inzichtelijk worden gemaakt. Zie figuur 54 voor het totale verwachte effect op het arbeidsmarkttekort per sector in 2034, in scenario's 1 en 2.[232] De verwachte arbeidsmarkttekorten in andere sectoren (waar geen impact is berekend) worden niet geraakt door herintroductie van het verzorgingshuis en worden dus niet getoond, maar tellen wel mee voor het totale arbeidsmarkttekort. V&V en thuiszorg zijn hier, net als eerder in het hoofdstuk, samengevoegd.[233]

Het verwachte arbeidsmarkttekort in 2034 neemt in beide scenario's toe. In scenario 1 zijn als gevolg van herintroductie van het verzorgingshuis in 2034 2.799 extra medewerkers nodig. In scenario 2 zijn als gevolg van herintroductie van het verzorgingshuis in 2034 6.345 extra medewerkers nodig. Dit is de opsomming van een toename in de arbeidsvraag binnen V&V en thuiszorg, en een afname in MSZ, mondzorg en huisartsenzorg. In scenario 1 is de impact per bewoner hoger in verband met de hogere zorginzet in het verzorgingshuis, in scenario 2 is het aantal bewoners hoger. In de sectoren V&V en thuiszorg wordt in absolute zin het grootste tekort verwacht. Herintroductie van het verzorgingshuis leidt

[232] Hierbij is gebruik gemaakt van het referentiescenario. De sector kinderopvang is buiten beschouwing gelaten, en telt dus niet mee in het totale verwachte arbeidsmarkttekort.
[233] In de praktijk is het onderscheid tussen de medewerkers in V&V en thuiszorg minder expliciet dan in het prognosemodel wordt verondersteld. Afhankelijk van de cliënt, kan eenzelfde medewerker zorg verlenen aan iemand met een leveringsvorm MPT en aan iemand met een leveringsvorm VPT; in het eerste geval valt de zorgvraag onder thuiszorg, en in het tweede deels onder V&V, terwijl het dezelfde medewerker betreft. Zodoende wordt dit hier samen genomen.

tot een grotere zorgvraag in V&V en thuiszorg, en vergroot het verwachte arbeidsmarkttekort dus in de sectoren waar het tekort al het grootst is.

Figuur 54: Impact van herintroductie van het verzorgingshuis op het verwachte arbeidsmarkttekort in 2034



6. Reflectie

In de voorliggende hoofdstukken zijn de kwantitatieve implicaties van herintroductie van het verzorgingshuis uiteengezet, waaronder de grootte van de doelgroep die hier behoefte aan heeft, de budgettaire impact, en implicaties voor betaalbaarheid en de arbeidsmarkt. Hierbij is getracht de doorrekening zo feitelijk mogelijk uit te voeren, zonder appreciatie van kwalitatieve overwegingen en vraagstukken die daarmee samenhangen. In dit hoofdstuk delen wij onze reflecties als onderzoekers op relevante overwegingen en vraagstukken die volgen uit de methodologie of uitkomsten.

6.1 Zorginzet en -kosten

6.1.1 Zorginzet in het verzorgingshuis

De zorginzet binnen het verzorgingshuis is gebaseerd op de oorspronkelijke urennormen van de Wlz-zorgprofielen. Sinds de publicatie van deze normen hebben zich diverse ontwikkelingen voorgedaan binnen de ouderenzorg, die hebben geleid tot veranderende werkwijzen. In het kader van financiële en personele houdbaarheid ligt de nadruk sterk op het bevorderen van de zelfstandigheid van ouderen, om de afhankelijkheid van professionele zorg te verminderen.

Door te werken volgens de traditionele urennormen zou de zorginzet voor ouderen in verzorgingshuizen aanzienlijk toenemen, vergeleken met de ondersteuning die zij momenteel ontvangen. De doelgroep heeft

een latente zorgbehoefte, en het is dus ook aannemelijk dat zij meer zorg en ondersteuning nodig hebben dan zij nu ontvangen. Dit biedt echter ook een kans om delen van de zorgbehoefte op alternatieve manieren in te vullen, en goede voorbeelden van werkwijzen die in de tussentijd ontwikkeld zijn integraal mee te nemen in een "verzorgingshuis nieuwe stijl". Er zijn veel goede voorbeelden die de inzet van professionele zorg kunnen verlagen.[234] Een lagere inzet van professionele zorg dan nu verondersteld zou de budgettaire belasting verlagen en tevens invloed kunnen hebben op de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt binnen de zorgsector.

6.1.2 Uitvoering

Bij de herintroductie van het verzorgingshuis gaan we uit van de veronderstelling dat de doelgroep een zorgpakket ontvangt dat qua inhoud vergelijkbaar is met de langdurige zorg zoals geregeld in de Wlz, maar gefinancierd via de Zvw en de Wmo. Deze benadering brengt verschillende praktische vraagstukken met zich mee.

Allereerst is er het verschil in indicatiestelling tussen de Wlz enerzijds, en de Zvw en Wmo anderzijds. In de Wlz worden indicaties centraal beoordeeld, en geeft een indicatie recht op een bepaalde hoeveelheid zorg. Dit zorgt voor eenduidigheid in het zorgaanbod. Daarentegen kennen de Zvw en Wmo een gedecentraliseerde aanpak waarbij verschillende zorgverzekeraars en gemeenten verantwoordelijk zijn voor de beoordeling en toekenning van zorg. Dit kan leiden tot variaties in de beoordeling en de aangeboden zorg, afhankelijk van de geografische locatie en de zorgverzekeraar van een oudere. Dit kan uniformiteit en toegankelijkheid van het zorgpakket bemoeilijken.

Een ander praktisch vraagstuk is de coördinatie tussen de uitvoerders van de Zvw en de Wmo. Om een integraal zorgpakket te kunnen aanbieden dat vergelijkbaar is met de Wlz, is nauwe samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeentelijke instanties noodzakelijk. Dit vereist duidelijke afspraken over de financiering, rolverdeling, samenwerking en het delen van informatie over patiënten. Zonder effectieve coördinatie bestaat het risico dat de zorg gefragmenteerd en inefficiënt wordt.

6.1.3 Neveneffecten op zorgkosten

In de gehanteerde methodiek is de impact van herintroductie van het verzorgingshuis op de directe zorgkosten per bewoner berekend. Naast deze directe effecten, is verder onderzoek nodig naar de bredere en lange termijn effecten van introductie van dergelijk zorgaanbod voor de doelgroep op zorgkosten. Omdat ouderen in het verzorgingshuis meer zorg ontvangen en sociaal contact hebben, zou het bijvoorbeeld mogelijk kunnen zijn dat zij minder snel een indicatie krijgen voor langdurige zorg.

[234] Interventies kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op het niet meer uitvoeren van zorg die ouderen ook zelf kunnen (bijvoorbeeld het aan- en uittrekken van steunkousen door de wijkverpleegkundige), het stimuleren van de zelfstandigheid van ouderen (bijvoorbeeld *reablement*), of het stimuleren van samenredzaamheid en sociaal contact (bijvoorbeeld zorgzame buurten, voorzorgcirkels).

Anderzijds zou de nabijheid tot zorg ook kunnen leiden tot een hogere inzet van zorg. Dergelijke effecten en de interactie tussen deze effecten dienen in kaart te worden gebracht.

6.2 Woonvorm

6.2.1 Nieuwbouw

In de analyse is uitgegaan van volledige nieuwbouw voor verzorgingshuizen. Er is echter ook de optie om bestaand vastgoed te herbestemmen, afhankelijk van wat er lokaal beschikbaar is.[235] Als de landelijke trend van leegstand in intramurale zorgcapaciteit structureel blijkt, zou bestaand vastgoed effectief hergebruikt kunnen worden.[236] Nieuwbouw is vaak duurder en de bouw kan gecompliceerd worden door externe factoren zoals bouwbeperkingen in relatie tot stikstofuitstoot. Het herbestemmen van bestaande gebouwen kan kosten besparen en praktische problemen verminderen. Een combinatie van nieuwbouw en herbestemming leidt tot lagere kosten.

6.2.2 Risico's voor ontwikkelaars

Ontwikkeling van het verzorgingshuis gaat gepaard met financiële risico's in verband met de onrendabele top. Aangezien de meerkosten in dit onderzoek indicatief zijn, start mitigatie van deze risico's met het precies vaststellen van de omvang van de onrendabele top. Vervolgens dient te worden onderzocht wat de markt kan en zou moeten doen in de ontwikkeling van het benodigde vastgoed voor de doelgroep, waar eventueel overheidsingrijpen nodig is, en hoe dat ingrijpen zou moeten worden ingericht.

Naast de onrendabele top brengt ontwikkeling van zorggeschikte woningen ook andere risico's met zich mee, zoals de inzetbaarheid van het vastgoed in de toekomst. Dit houdt in dat er bij de afweging voor een woonvorm niet alleen gekeken moet worden naar de huidige behoeften, maar ook naar hoe flexibel en aanpasbaar het vastgoed is voor toekomstige veranderingen in de demografie of woonvoorkeuren.

6.2.3 Toewijzing

Uitgangspunt van het onderzoek is dat de woningen in het verzorgingshuis specifiek aan de doelgroep worden toegewezen, en dat alle bewoners een(zelfde) zorgvraag hebben. De zorgbehoefte is dus een toegangscriterium. Het is niet duidelijk of de toewijzing op deze manier kan worden ingericht. Dit is deels afhankelijk van wie de woningen realiseert en verhuurt, en hoe een eventueel recht op zorg voor de doelgroep wettelijk ingeregeld wordt.

[235] Zorgbuurthuis 't Hageltje is een goed voorbeeld van een innovatief woonzorgconcept voor ouderen met een lager inkomen, dat is vormgegeven door herbestemming en renovatie van een bestaand gebouw.
[236] Intramurale capaciteit zou met name herbestemd kunnen worden voor de woningen in scenario 1.

7. Referenties

ABF Research. (2020). *Monitor Ouderenhuisvesting 2020*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Geraadpleegd via https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/publicaties/2022/10/10/monitor-ouderenhuisvesting

ABF Research. (2022). *Overlap tussen de opgaven aan verpleegzorgplekken en geclusterde woningen*. Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. Geraadpleegd via https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/brieven/2022/11/23/rapport-overlap-tussen-de-opgaven-aan-verpleegzorgplekken-en-geclusterde-woningen

ABF Research. (2024). *Monitor Ouderenhuisvesting 2024*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Geraadpleegd via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/11/27/monitor-ouderenhuisvesting-2024

ABF Research. (2025). *Prognosemodel Zorg en Welzijn*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 22 augustus 2025, via https://prognosemodelzw.nl/

ActiZ. (2019). *Eerstelijnsverblijf (ELV)*. https://leden.actiz.nl/stream/actiz-infographic-elv-2019.pdf

ActiZ. (2023, 6 september). *Weer terug naar huis met geriatrische revalidatie; Interview met Carla Nieuwenhoff, specialist ouderengeneeskunde en medisch directeur bij De MARQ*. https://www.actiz.nl/actueel/weer-terug-naar-huis-met-geriatrische-revalidatie

ActiZ. (2024). *Eerstelijnsverblijf in beeld*. https://www.actiz.nl/sites/default/files/2024-05/Infographic%20ELV%20-%20mei%202024.pdf

Aedes. (2024). *Aedes benchmark 2024.* Geraadpleegd via https://benchmark.aedes.nl/

Agema, M.F. & Maeijer, V. (2025, 20 februari). *Kamerbrief met reactie op paper 'Leefvormen in een ouder wordende samenleving' van Movise en Vilans*. Geraadpleegd via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2025/02/20/kamerbrief-over-verzoek-om-reactie-op-paper-movisie-en-vilans-leefvormen-in-een-ouder-wordende-samenleving-ouderenhuisvesting

Agema, M.F. & Pouw-Verweij, N.P.V. (2023, 6 december). *Voorstel van wet van de leden Agema en Pouw-Verweij inzake wijziging van de Wet langdurige zorg in verband met de terugkeer van de verzorgingshuizen*'. Geraadpleegd via https://www.raadvanstate.nl/adviezen/@140643/w13-23-00360-iii/

Alders, P., Comijs, H. C., & Deeg, D. J. H. (2016). Changes in admission to long-term care institutions in the Netherlands: comparing two cohorts over the period 1996-1999 and 2006-2009. *European journal of ageing*, *14*(2), 123–131. https://doi.org/10.1007/s10433-016-0393-0

Algemene Rekenkamer. (2024). *Tussentijdse publicatie: Inzicht in kosten per politietaak*. Geraadpleegd via https://www.rekenkamer.nl/publicaties/kamerstukken/2024/11/14/tussentijdse-publicatie-inzicht-in-kosten-per-politietaak

Algemene Rekenkamer (2025). *Woningen voor ouderen*. Ministerie van Binnenlandse Zaken, Koninkrijksrelaties, Gemeentefonds en Provinciefonds. Geraadpleegd via https://www.rekenkamer.nl/onderwerpen/huisvesting/documenten/rapporten/2025/05/21/woningen-ouderen

Alzheimer Nederland (2021). *Nieuwe woonvormen dringen nodig voor mensen met dementie*.

Bilsen, P. van, Hamers, J., Groot, W. et al. (2006). Demand of elderly people for residential care: an exploratory study. *BMC Health Serv Res* 6, 39. https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-39

Bilsen, P. van. (2007). *Care for the elderly: an exploration of perceived needs, demands and service use*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universiteit Maastricht. https://doi.org/10.26481/dis.20080131pb

Andersson Elffers Felix. (2010). *Quick scan werklast politie naar werk dat blijft liggen en nieuwe taken*.

Andersson Elffers Felix. (6 mei 2015). *Ruimte voor een professionele politieorganisatie. Een inventarisatieonderzoek naar kaders voor de uitvoering van het politiewerk*. Ministerie van Financiën. Geraadpleegd via https://www.rijksfinancien.nl/sites/default/files/extrainfo/ibos/2014-2015%20IBO%20Effectiviteit%20politie%20bijlage%20AEF.pdf

Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E., & Wong, A. (2020). Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival. *Journal of health economics*, *73*, 102354. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102354

Bureau HHM. (2016). *Maximale effecten Wlz*. Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd via https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2016/03/09/maximale-effecten-wlz

Bureau HHM & Factum Advies. (2024) *Normenkader begeleiding, versie 2.0; Afwegingskader voor het indiceren van Wmo-begeleiding*.

Campen, C. van, Broese Van Groenou, M. I., Deeg, D. J. H., & Iedema, J. (2013). *Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar.* Sociaal en Cultureel Planbureau.

Campen, C. van, Iedema, J., Broese van Groenou, M.I., Deeg, D. (2017). *Langer zelfstandig; Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg.* Sociaal en Cultureel Planbureau.

CBS. (laatst gewijzigd op 18 april 2007). *Verzorgingshuizen; kerncijfers en indexcijfers, 1965-2005* [Dataset]. Geraadpleegd via https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/7475INDE/table?dl=C5531

CBS. (laatst gewijzigd op 22 augustus 2025). *Personen met indicatie zorg met verblijf; zzp en regio* [Dataset]. Geraadpleegd via https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40004NED/table?dl=C6ACB

CBS. (12 maart 2024). *Alleenstaande 55-plusser heeft grotere hulpbehoefte huishoudelijke taken* [Dataset]. Geraadpleegd via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/11/alleenstaande-55-plusser-heeft-grotere-hulpbehoefte-huishoudelijke-taken#:~:text=Alleenstaande%2055%2Dplusser%20heeft%20grotere%20hulpbehoefte%20huishoudelijke%20taken,-12%2D3%2D2024&text=Het%20percentage%20mensen%20dat%20aangeeft,%2Dplussers%20(34%20procent)

CBS. (laatst gewijzigd op 17 december 2024). *Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2025-2070* [Dataset]. Geraadpleegd via https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86041NED/table?dl=C6AAE

CBS. (laatst gewijzigd op 17 december 2024). *Prognose huishoudens naar type; leeftijd, burgerlijke staat, 2025-2070.* Geraadpleegd via https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86032NED/table?dl=C6ACE

CBS. (laatst gewijzigd op 21 augustus 2025). *Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari.* [Dataset] Geraadpleegd via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7461BEV/table?dl=C6AAF

CBS. (laatst gewijzigd op 22 augustus 2025). *Huishoudens; samenstelling, grootte, regio, 1 januari*. Geraadpleegd via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71486ned/table?dl=C6AB0

CBS. (Laatste gewijzigd op 3 september 2025). *Personen in institutionele huishoudens; geslacht en leeftijd, 1 januari* [Dataset]. Geraadpleegd via https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/82887NED/table?dl=C6AB1

CBS Monitor Langdurige Zorg. (Laatst gewijzigd op 22 augustus 2025). *Personen met indicatie; grondslag, zzp, stand en in- en uitstroom, kwartaal* [Dataset]. Geraadpleegd via https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40098NED/table?dl=C6AB4

Dam, N., Jenneboer, L., Wolves, M., Mertens, M., Mug, A. & de Rek, R. (2024). *Normenkader begeleiding, versie 2.0; Afwegingskader voor het indiceren van Wmo-begeleiding*. Bureau HHM en Factum Advies.

Dienst Analyse en Onderzoek. (2022). *Wonen en zorg voor ouderen*. Tweede Kamer der Staten Generaal. Geraadpleegd via https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/onen_en_zorg_voor_ouderen._overzicht_van_behoeften_en_belemmeringen_inzake_woonzorgvoorzieningen_1.pdf

Dijk, C. van, Denkers, I., Menting, M. & ten Koppel, M. (2022). *Zorgkosten in de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg voor Wlz-cliënten met verschillende leveringsvormen*. Zorginstituut Nederland.

Doekhie, K. D., de Veer, A. J. E., Rademakers, J. J. D. J. M., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2014). *Ouderen van de toekomst; Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Nivel. Geraadpleegd via https://www.nivel.nl/nl/publicatie/nivel-overzichtstudies-ouderen-van-de-toekomst-verschillen-de-wensen-en-mogelijkheden

Draak, M. den, Marangos A.M., Plaisier, I. & de Klerk, M. (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden.* Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2016/11/25/wel-thuis

Eggink, E., Jonker, J.J., Sadiraj, K. & Woittiez, I. (2009). *VeVeRa-III, Ramingen verpleging en verzorging 2005-2030 modelbeschrijving*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Eggink, E., Oudijk, D. & Sadiraj, K. (2012). *VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009 – 2030*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Flinterman, L., Korevaar, J. & de Bakker, D. (2016). *Monitor: Zorggebruik in de huisartspraktijk; Impact van beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten.* Nivel. Geraadpleegd via https://www.nivel.nl/nl/publicatie/monitor-zorggebruik-de-huisartspraktijk-impact-van-beleidsmaatregelen-op-het-zorggebruik

Geerlings, S. W., Pot, A. M., Twisk, J. W. R., & Deeg, D. J. H. (2005). Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing and Society*, 25, 111-130. https://doi.org/10.1017/S0144686X04002740

Groot, K. de, de Veer, A., Versteeg, S. & Francke, A. (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten; Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Nivel. Geraadpleegd via https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_HLZ_poh.pdf

Heijmans, M., Knottnerus, B., de Groot, K. & Francke, A. (2021). *Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen*. Nivel. Geraadpleegd via https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004099.pdf

Jonge, de H.M. (2024, 5 juni). *Integrale visie op de woningmarkt, Brief van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties*. Geraadpleegd via https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32847-1187.html

Jonge, de H.M. & Helder C. (2023, 15 augustus). *Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid, Brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport*. Geraadpleegd via https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29389-119.html

Keijzer M.C.G. & Agema M.F. (2025, 15 mei). *Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid, Brief van de ministers van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Geraadpleegd via https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29389-151.html

Koekkoek, B (2024). *Factsheet Verward/Onbegrepen Gedrag*. Parlement en Wetenschap. Geraadpleegd via https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D11789

Klaveren, s. Van, Werfhorst, K.J. van de, Meys, N., Brouwer, L. Harg, A. van der, Cazemier, G. (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Geraadpleegd via https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2017D06850&did=2017D06850

Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I. & den Draak, M. (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen; Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Sociaal Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/04/17/zorgen-voor-thuiswonende-ouderen

KPMG (2018). *Kostenonderzoek langdurige zorg 2018*. Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_212521_22/1/

KPMG (2022). *Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Geraadpleegd via https://open.overheid.nl/documenten/ronl-c04be9d3ec51062bff977cea54bba37b89e55408/pdf

Kromhout, M., Kornalijnslijper, N., de Klerk, M. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking; Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/06/27/veranderde-zorg-en-ondersteuning-voor-mensen-met-een-beperking

Landelijke Huisartsen Vereniging. (2016). *Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd via https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/05/Afwegingsinstrument-ELV.pdf

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and ageing*, *39*(1), 31–38. https://doi.org/10.1093/ageing/afp202

Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2024). *Tussen wensen en wonen; Resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2024.* Geraadpleegd via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/04/10/kernpublicatie-woon-24

Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2024). *Factsheet, Brandveiligheid bij zorggeschikte woningen in geclusterde woonvormen*. Geraadpleegd via https://www.rvo.nl/sites/default/files/2024-04/Factsheet-brandveiligheid-stimuleringsregeling-zorggeschikte-woningen.pdf

Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2025). *Toewijzen van woningen 2025*. Geraadpleegd via https://www.volkshuisvestingnederland.nl/binaries/volkshuisvestingnederland/documenten/publicaties/2020/12/18/infographic-toewijzen-van-woningen/Passend+toewijzen+in+2025.pdf

Nederlandse Zorgautoriteit. (2007). *Tabel onderbouwing uren ZZP's.* Geraadpleegd via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_11437_22/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). HHM Eindrapportage Onderzoek parameterwaarden Zorgzwaartepakketten. Geraadpleegd via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3191_22/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2.* Geraadpleegd via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_709708_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). *Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf – TB/REG-24617-02*. Geraadpleegd via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_742601_22/2/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). *Verantwoording tarieven elv en Wlz crisiszorg vv 2025. Verantwoordingsdocument.* Geraadpleegd via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_791304_22/1/

Nibud. (2024). *Rapport Betaalbare huren volgens de Nibud-methode (2025)*. Geraadpleegd via https://www.nibud.nl/onderzoeksrapporten/rapport-betaalbare-huren-nibud-methode/

Nibud. (2024). *Rapport Meerkosten van het leven met een beperking (2024)*. https://www.nibud.nl/onderzoeksrapporten/rapport-meerkosten-van-het-leven-met-een-beperking-2024/

Nivel. (2017). *Hoeveel meer zorg hebben kwetsbare ouderen nodig?* https://www.nivel.nl/nl/nieuws/hoeveel-meer-zorg-hebben-kwetsbare-ouderen-nodig

OECD. (2022). *Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands*. Geraadpleegd via https://www.oecd.org/en/publications/towards-an-integrated-health-information-system-in-the-netherlands_a1568975-en.html

Plaisier, I., van Tilburg, T. G., & Deeg, D. J. H. (2011). *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: Netwerken van zelfstandig wonende ouderen*. Vrije Universiteit. Geraadpleegd via https://lasa-vu.nl/wp-content/uploads/2020/06/vws-rapport-2010-awbz.pdf

Plaisier, I. & den Draak, M. (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/07/02/wonen-met-zorg

Plaisier, I. & den Draak, M. (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis; knelpunten in kaart*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/

Platform31. (2023). *Geclusterde woonvormen voor senioren; Handreiking*. Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. Geraadpleegd via https://www.volkshuisvestingnederland.nl/binaries/volkshuisvestingnederland/documenten/publicaties/2023/07/25/handreiking-geclusterde-woonvormen/Handreiking-Geclusterde-woonvormen-voor-senioren.pdf

Platform31. (2020). *Woonprofielen van senioren*. Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. Geraadpleegd via https://www.volkshuisvestingnederland.nl/binaries/volkshuisvestingnederland/documenten/publicaties/2022/10/10/woonprofielen-voor-senioren/Woonprofielen-van-senioren.pdf

Platform 31. (2024). *Zorggeschikt wonen voor senioren*. Geraadpleegd via https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/publicaties/2024/07/23/publicatie-zorggeschikt-wonen-voor-senioren

Politie. (24 juli 2024). *Begroting en beheerplan 2025-2029*. Geraadpleegd via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2024/09/17/begroting-nationale-politie-2025

Pomp, M. (2017). *Oorzaken en gevolgen van het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen*. ONT. Geraadpleegd via https://knmt.nl/sites/default/files/platform/eindrapport_mondzorg_kwetsbare_ouderen_marc_pomp.pdf

PwC. (2017) *Onderzoek tariefherijking verpleging en verzorging*.

Rigo. (2009). *Senioren op de woningmarkt; nieuwe generaties, andere eisen en wensen*. Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Geraadpleegd via https://www.rigo.nl/wp-content/uploads/2010/04/Senioren-op-de-Woningmarkt.pdf

Rijksoverheid. (2014, 13 september). *Regeerprogramma, Uitwerking van het hoofdlijnenakkoord door het kabinet*. Geraadpleegd van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/09/13/regeerprogramma-kabinet-schoof

Rijksoverheid. (2025, 21 mei). *Jaarverantwoording Politie 2024*. Geraadpleegd via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarverslagen/2025/05/21/nationale-politie-2024

Rijksoverheid. (2025, 3 juni). *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg, Samen voor kwaliteit van bestaan*. Geraadpleegd via http://rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/06/03/hoofdlijnenakkoord-ouderenzorg-samen-voor-kwaliteit-van-bestaan

RIVM. (2022). *Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040*. Geraadpleegd via https://www.vzinfo.nl/documenten?f%5B0%5D=sdv_published%3A2022-05&f%5B1%5D=sdv_published%3A2022-11&f%5B2%5D=sdv_published%3A2024-04&f%5B3%5D=sdv_published%3A2025-06

RIVM. (2022). *Verpleegzorgraming.* Geraadpleegd via https://www.regiobeeld.nl/verpleegzorgraming

Schaap, D.P., Paanakker, H.L., Kruijf, J.A.M. de. (2023). *De verweven politietaak*. Radboud Repository. Geraadpleegd via https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/298979/298979.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sterker sociaal werk. (2023). *Factbook Sociaal Arrangeren*. Geraadpleegd via https://sociaalwerknederland.nl/wp-content/uploads/2023/11/4434-sterker_factbook_sociaala_wt-2.pdf

TNO. (2020). *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd via https://publications.tno.nl/publication/34636987/qb4sI7/TNO-2020-R11184.pdf

Tolkacheva, N., & Thomese, G. C. F. (2014). *Sociale en emotionele factoren bij verhuizingen van ouderen naar een zorginstelling of een aangepaste woonvorm. VWS-rapport 2014 (LASA)*. Vrije

Universiteit. Geraadpleegd via https://lasa-vu.nl/wp-content/uploads/2020/06/vws-rapport-2013-factoren-verhuizingen.pdf

Vektis. (2020, 29 juni). *Factsheet kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd via https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen

Vektis. (2021, 23 juli). *Factsheet Geriatrische revalidatiezorg*. Geraadpleegd via https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-geriatrische-revalidatiezorg

Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2012, 28 september). *Toekomst AWBZ, Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Geraadpleegd via https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2012D10372&did=2012D10372

Verenso. *Geriatrische revalidatiezorg*. Geraadpleegd via https://www.verenso.nl/belangenbehartiging/bekostiging/zorgvormen-en-financiering/geriatrische-revalidatiezorg#:~:text=Geriatrische%20revalidatiezorg%20(GRZ)%20is%20ouderengeneeskundig,algemene%20dagelijkse%20levensverrichtingen%20(ADL)

Versteeg, S., Vis, E. Velden, Van der, Batenburg, R. (2019). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: en een vergelijking met 2013*. Nivel. Geraadpleegd via https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-werkweek-van-de-nederlandse-huisarts-2018-en-een-vergelijking-met-2013

Woittiez, I., Eggink, E., Verbeek-Oudijk, D. & de Boer, A. (2015). *Zorg vragen of zorg dragen? Een verkenning van de invloed van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2015/12/18/zorg-vragen-of-zorg-dragen

Wolves, M., Dam, N., Buitenhuis, N. (2025). *Normenkader Huishoudelijke Ondersteuning 2025; Opvolger NHO2019 (2022)*. Bureau HHM.

Zorgcijfersdatabank. *Huisartsenzorg: Kosten 2023, Consulten en ANW-diensten* [Dataset]. Geraadpleegd via https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=B_kogb&geg=jjverdiepnew24&item=201504

Zorgcijfersdatabank. *Totale Kosten Zorgverzekeringswet Medisch specialistische zorg in 2025* [Dataset]. Geraadpleegd via https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=B_kost&geg=jjaarNEW&item=206

Zorginstituut Nederland. (2024). *Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie*. Geraadpleegd via https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2024/05/16/verduidelijken-toegang-tot-integrale-verpleeghuiszorg

Zorginstituut Nederland. *Geriatrische revalidatiezorg (Zvw)*. Geraadpleegd via https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/g/geriatrische-revalidatiezorg-zvw

8. Bijlagen

Bijlage 1 - Leeswijzer

Leeswijzer en beantwoording onderzoeksvragen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de onderzoeksvragen en waar deze behandeld worden.

Tabel 1 Overzicht onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag	Vindplek
1. Op welke wijze kan de doelgroep worden afgebakend van andere groepen ouderen?	Hoofdstuk 2
2. Wat is de woon- en zorgbehoefte van deze afgebakende doelgroep?	Hoofdstuk 3
3. Wat zijn de kosten van het organiseren van een beschutte woonomgeving voor mensen met beginnend regieverlies? i. Bepaal hoe groot de groep is die, meestal door vorderende dementie, een regieverlies heeft en die behoefte heeft aan een beschutte woonomgeving zoals hierboven beschreven; ii. Bepaal de kosten die verbonden zijn aan deze woonomgeving. Neem hierbij in ieder geval de volgende kosten mee: i. De kosten voor de zorg in de beschutte woonvorm, uitgaande van een woonvorm met onzelfstandige woningen; ii. De extra bouwkosten ten opzichte van reguliere woningen (o.a. kosten voor bouweisen/toegankelijkheidseisen, kosten voor brandveiligheid); iii. De kosten voor de zorg in de situatie dat deze mensen zelfstandig thuis wonen, zowel de kosten voor wijkverpleging en ondersteuning als voor ziekenhuiskosten en het eerstelijnsverblijf; iv. De gevolgen voor crisiszorg kosten in verband met meldingen van mensen met verward gedrag; v. Mogelijk andere kosten. iii. Bepaal het effect op de betaalbaarheid van deze woonvorm voor de bewoner (netto-effect van lagere eigen bijdrage, betalen huur, ontbreken huurtoeslag); iv. Bepaal de gevolgen voor de arbeidsmarkt die hiermee gepaard zijn; maak hierbij een onderverdeling in de verschillende typen zorgverleners. Neem daarbij ook de kosten mee van overhead, zoals kosten verbonden met de reisbeweging/ reistijd; v. Bepaal welk deel van de opgave van 290.000 woningen voor ouderen tot en met 2030 voor de verzorgingshuizen gereserveerd moet worden.	Hoofdstuk 4 (i-ii, v) Hoofdstuk 5 (iii-iv)

Bijlage 2 - Verdieping kenmerken van ouderen in de doelgroep

Deze bijlage bevat een samenvatting van inzichten uit vier onderzoeken over zorg- en woonbehoeften van ouderen in Nederland. De wijze waarop kenmerken uit deze onderzoeken zijn geoperationaliseerd voor de afbakening van de doelgroep, is toegelicht in hoofdstuk 2 onder paragraaf 2.3.2.

Ouderen van de toekomst, Nivel (2014)

Ouderen van de toekomst (Nivel, 2014) gaat in op de kenmerken en voorkeuren van ouderen op het vlak van wonen en zorg, ook vooruitkijkend, en contrasteert deze expliciet met beleidsaannames[237] die ten grondslag liggen aan de hervorming van de langdurige zorg. Hiermee biedt het inzicht in de mate waarin ten tijde van de hervorming zicht was op potentiële (toekomstige) knelpunten voor verschillende groepen ouderen. Zij komen tot de conclusie dat de verschillende beleidsaannames niet voor alle (toekomstige) ouderen op dezelfde manier gelden. Zij omschrijven: dat *"Ouderen die bij het overheidsbeleid buiten de boot dreigen te vallen zijn vaker ouderen die alleenstaand zijn, een lagere opleiding hebben, uit een lagere inkomensgroep komen, een beperkt sociaal netwerk hebben en geen/slecht Nederlands spreken."* In het onderzoek wordt geconcludeerd dat niet alle ouderen in staat zijn om regie over het leven te voeren, en dat niet alle ouderen in dezelfde mate hechten aan zelfredzaamheid. Onderzoekers adviseren onder andere om rekening te houden met deze diversiteit, passende (professionele) ondersteuning te organiseren voor ouderen zonder sociaal netwerk of financiële middelen, en ouderen die buiten de boot dreigen te vallen in beeld te krijgen.

Met zorg ouder worden, SCP (2014)

Met zorg ouder worden gebruikt longitudinale gegevens met betrekking tot persoonskenmerken en zorggebruik van ouderen om zorgtrajecten onder ouderen in beeld te brengen. Onder ouderen zijn stabiele 'zorgprofielen' te identificeren, waaronder een profiel dat nauw aansluit bij de doelgroep van dit onderzoek. Ouderen in dit profiel zijn alleenstaand (al dan niet vanwege het overlijden van de partner), hebben een klein en krimpend sociaal netwerk, een lagere sociaaleconomische positie, en een slechte gezondheid als gevolg van meerdere aandoeningen en/of lichamelijke functiebeperkingen. Als gevolg maken ouderen in dit profiel relatief veel gebruik van (structurele) zorg en ondersteuning, waaronder verpleging en verzorging. Onderzoekers benadrukken dat hulpbronnen (bijvoorbeeld een sterk sociaal netwerk of een hoog inkomen) beïnvloeden hoeveel zorg en ondersteuning een oudere gebruikt. Ouderen met beperkte hulpbronnen hebben een grotere behoefte aan (professionele) zorg en ondersteuning; zij hebben bijvoorbeeld minder middelen om zelf zorg te organiseren, en kunnen rekenen op minder ondersteuning vanuit het eigen netwerk (bijvoorbeeld voor mantelzorg, of om te helpen om zorg en ondersteuning georganiseerd te krijgen).

Redzaam ouder, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVS) (2012)

[237] De beleidsaannames die genoemd worden zijn i) ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen, ii) zij willen en kunnen zelf meer betalen voor ondersteuning en zorg, iii) mantelzorg en vrijwilligerswerk kunnen professionele zorg grotendeels vervangen, en iv) inzet van technologie helpt om ouderen langer zelfstandig te laten wonen.

In *Redzaam ouder* maakt de RVS onderscheid tussen kwetsbare en niet-redzame ouderen en de kenmerken die bijdragen aan dat onderscheid. De RVS definieert kwetsbaarheid als “een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten”. ‘Niet-redzame ouderen’ zijn “ouderen die de essentiële aspecten van hun leven, namelijk zorg, wonen en welzijn, niet voor zichzelf kunnen regelen”. Niet-redzame ouderen zijn vaker alleenstaand, hebben een beperkt of afwezig sociaal netwerk en een lager inkomensniveau. De RVS stelt dat de toekomstige zorg voor niet-redzame ouderen ernstig onder druk zal komen te staan, omdat het aantal ouderen toeneemt, de levensverwachting en zorgvraag stijgen, en steun uit sociale netwerken niet altijd toereikend is. Hierdoor dreigt een toename van het aantal niet-redzame ouderen die – door veranderende sociale structuren – veelal zijn aangewezen op professionele (intramurale) zorg. De RVS constateert ook dat intramurale zorg onvoldoende aansluit bij de behoeften van veel ouderen om langer thuis te wonen, maar dat er nog onvoldoende extramurale alternatieven zijn.

Raming verpleging en verzorging, SCP (2009 en 2012)

De *Raming verpleging en verzorging* (VeVeRa-III en VeVeRa-IV, SCP, 2009 en 2012) biedt inzicht in de determinanten van verzorgingshuiszorg ten opzichte van andere vormen van verpleging en verzorging. Kenmerken van ouderen die significant waren als determinant (voorspeller) van verzorgingshuiszorg zijn: hoge leeftijd, verweduwing, alleenstaand zijn, lager inkomen, fysieke aandoeningen en beperkingen, dementie, en het gebruik van hulpmiddelen ten behoeve van de mobiliteit. VeVeRa-III biedt meer detailinzicht in de gebruikers van verzorgingshuiszorg. Gebruikers zijn gemiddeld 85 jaar, 75% is vrouw, 69% van gebruikers zijn verweduwd en 19% zijn om andere redenen alleenstaand. Vergeleken met andere vormen van verpleging en verzorging hebben gebruikers van verzorgingshuiszorg gemiddeld het laagste opleidingsniveau. Het gemiddelde huishoudinkomen is het laagst onder gebruikers van verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg.

Bijlage 3 - Knelpunten in het woonaanbod

Ouderen in de doelgroep ervaren moeite om een (betaalbare) geschikte woning te vinden. In deze bijlage worden de redenen voor knelpunten voor het woningaanbod in dit segment toegelicht.

Betaalbaar aanbod van woonzorggebouwen komt beperkt tot stand vanwege een aantal knelpunten, die zowel generiek als specifiek van aard zijn.[238] Generieke knelpunten voor woningbouw werken door in de bouw van woonzorggebouwen, maar er zijn ook specifieke knelpunten die woonzorginitiatieven belemmeren.[239] Woonzorginitiatieven zijn duurder om te realiseren dan reguliere woningen. Als de woningen betaalbaar moeten zijn (in het sociale segment) staan de huuropbrengsten vaak niet in verhouding tot deze kosten. Deze onrendabele top is al een knelpunt bij nieuwbouw van 'reguliere' sociale huurwoningen, en wordt groter bij realisatie van specifieke woonvormen.

Omdat het rendement lager is, is het moeilijk om financiering aan te trekken voor de bouw van deze woonvormen, en om financiering (voldoende) terug te kunnen verdienen. Er zijn verschillende stimuleringsregelingen voor de bouw van dergelijke woonvormen. Desondanks lijkt de bouw van woningen voor ouderen niet voldoende op gang te komen.[240] Financiële knelpunten van woonzorggebouwen gelden niet alleen voor vastgoedontwikkelaars.[241] Gemeenten ervaren hierbij een spanningsveld tussen financieel (omdat zij elders hogere grondopbrengsten kunnen bedingen) en maatschappelijk belang (realisatie van passend woonaanbod voor ouderen).

De kosten en baten van de bouw van woonzorginitiatieven slaan ook neer bij verschillende organisaties. Vastgoedontwikkelaars dragen de hogere kosten van het realiseren van de woonvorm, en hebben hier zelf beperkt baat bij.[242] Baten slaan neer bij verschillende partijen, waaronder bewoners zelf, zorgorganisaties, en de bredere maatschappij (bijvoorbeeld door lagere zorgkosten). Zorgorganisaties kunnen zorg en ondersteuning bijvoorbeeld efficiënter inzetten in een geclusterde woonvorm en dezelfde zorg aanbieden tegen lagere kosten. Zorgorganisaties – en andere partijen die baten ervaren – hebben echter geen reden om financieel bij te dragen aan de kosten van het bouwen van de woonvorm.[243]

Als gevolg van deze knelpunten komt betaalbaar aanbod van woonzorginitiatieven beperkt tot stand. Dit heeft met name consequenties voor ouderen die vanwege hun inkomensniveau zijn aangewezen op betaalbare woonvormen. Particuliere woonzorginitiatieven voor ouderen groeien wel sterk.[244] Ouderen die deze woonvormen kunnen betalen lijken daarmee mogelijk minder beperkingen te ervaren om een passende woning te vinden.

---

[238] Dienst Analyse en Onderzoek. (2022). *Wonen en zorg voor ouderen*.
[239] Generieke beperkingen zijn bijvoorbeeld ruimtelijke ordeningskwesties en bouwbeperkingen.
[240] Algemene Rekenkamer (2025). *Woningen voor ouderen*. Ministerie van Binnenlandse Zaken, Koninkrijksrelaties, Gemeentefonds en Provinciefonds.
[241] Hiermee worden alle mogelijke initiatiefnemers van woonzorggebouwen bedoeld, waaronder particuliere vastgoedontwikkelaars, woningcorporaties, investeerders, et cetera
[242] Dienst Analyse en Onderzoek. (2022). *Wonen en zorg voor ouderen*.
[243] Dienst Analyse en Onderzoek. (2022). *Wonen en zorg voor ouderen*.
[244] Plaisier & Draak, den. (2019). *Wonen met zorg*. SCP. Betaalbare wooninitiatieven zijn vooral afhankelijk van woningcorporaties.

Bijlage 4 - Enquête onder ouderen

De woonvoorkeuren van ouderen zijn veel onderzocht. Hierin wordt geconstateerd dat ouderen uiteenlopende behoeften en voorkeuren hebben. Diverse onderzoeken brengen bepaalde kenmerken, zoals de leeftijd of het inkomen, in verband met de woonvoorkeuren en -behoeften. Specifieke informatie over de beoogde doelgroep ontbreekt. Om meer duiding te geven aan de voorkeuren van de doelgroep hebben wij een enquête afgenomen onder ouderen. De enquête is verspreid door het Senioren Netwerk Nederland en de ANBO-PCOB.[245] Uitkomsten zijn gebruikt om de verhuisbereidheid van de doelgroep naar de beoogde woonvormen inzichtelijk te maken voor de doorrekening, en om richting te geven aan de gewenst inrichting van de woning en zorg in de woonvorm.

In de enquête zijn vragen opgenomen over de persoons- en demografische gegevens en zijn de voorkeuren uitgevraagd ten aanzien van verschillende vormen en aspecten van woonvormen. De voorkeuren ten aanzien van verschillende elementen van de woonvorm zijn expliciet modulair uitgevraagd, om ook beeld te krijgen bij hoe belangrijk ouderen deze elementen ten opzichte van elkaar vinden. Zo is bijvoorbeeld specifiek gevraagd naar de verhuisbereidheid naar een kamer met eigen sanitair, of een kamer met gedeelde keuken. De vragenlijst van de enquête is opgenomen in de bijlagen. De enquête is verspreid onder leden van de ANBO-PCOB en het Seniorennetwerk.

4.1 Vragenlijst enquête

Woon- en zorgbehoeften

Deze enquête wordt uitgevoerd door PwC in het kader van een onderzoek in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar de mogelijke herintroductie van verzorgings(te)huizen. Veel ouderen willen zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk blijven wonen. Er zijn echter ouderen waarvoor zelfstandig wonen niet vanzelfsprekend is, ook wanneer zij thuiszorg krijgen. Bijvoorbeeld door een grote zorgvraag, verminderde mobiliteit en een klein of niet bestaand sociaal netwerk. Wij horen graag uw mening over dit onderwerp, om inzicht te krijgen in uw voorkeuren en behoeften met betrekking tot wonen en zorg. Wij willen begrijpen hoe u wilt wonen als u in de toekomst (meer) zorg nodig heeft. In deze enquête vragen we geen persoonlijke gegevens die u identificeerbaar maken. Alle antwoorden worden anoniem verzameld en opgeslagen, wat betekent dat er geen manier is om uw antwoorden aan u als individu te koppelen. Dit zorgt ervoor dat uw privacy volledig beschermd blijft. Uw antwoorden zullen strikt vertrouwelijk worden behandeld en alleen worden gebruikt voor dit onderzoek. Het invullen van de enquête duurt ongeveer tien minuten. Deelname aan deze enquête is volledig vrijwillig. U mag op elk gewenst moment stoppen zonder gevolgen. Als u vragen heeft of meer informatie wenst, kunt u contact opnemen met de onderzoekers.

[245] Senioren Netwerk Nederland heeft de enquête uitgezet in het ledenmagazine ONS, waaronder Senioren Brabant-Zeeland, KBO Flevoland, KBO Fryslân, KBO Groningen, KBO Limburg, KBO Senioren Overijssel en KBO Utrecht. ANBO-PCOB heeft de enquête uitgezet via een digitale nieuwsbrief aan de leden.

Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 65 jaar (1)
- 65 - 70 jaar (2)
- 70 – 75 jaar (3)
- 75 – 80 jaar (4)
- Ouder dan 80 jaar (5)

Hoe beschrijft u uw huidige sociale netwerk?

- Ik heb regelmatig (minstens meerdere keren per week) contact met familie en/of vrienden, en ik kan altijd op hen rekenen (1)
- Ik heb een aantal goede contacten en voel me gesteund, hoewel ik niet altijd regelmatig contact heb (2)
- Ik heb enkele mensen met wie ik contact heb, maar het kan soms een uitdaging zijn om steun te vinden (3)
- Ik heb weinig tot geen contacten en voel me vaak geïsoleerd (4)
- Ik heb weinig tot geen contacten, maar ik heb daar ook geen behoefte aan (5)

Hoe beschrijft u uw gezondheid?

- Ik heb **geen** gezondheidsproblemen (1)
- Ik heb **af en toe** wat gezondheidsproblemen, maar die **beperken mij niet** (2)
- Ik heb **af en toe** wat gezondheidsproblemen, die mij **licht beperken** in mijn doen en laten (3)
- Ik heb gezondheidsproblemen de mij beperken in mijn doen en laten (4)
- Ik heb gezondheidsproblemen die mij **ernstig beperken** in mijn doen en laten (5)

Ontvangt u thuiszorg? *Hiermee bedoelen wij professionele zorg en/of ondersteuning.*

- Ja (1)
- Nee (2)

Wat is uw woonsituatie?

- Ik woon samen met een partner (1)
- Ik woon samen met anderen (bijvoorbeeld familie of vrienden) (2)
- Ik woon alleen (3)

Woont u op dit moment in een koopwoning of huurwoning?

- Huurwoning (1)
- Koopwoning (2)

In wat voor woning woont u nu?

- Woning met trappen (1)
- Gelijkvloerse woning (appartement of begane grond) (2)

- Wooncomplex met ontmoetingsruimte **zonder** gezamenlijke zorg/ondersteuning (3)
- Wooncomplex met ontmoetingsruimte **met** gezamenlijke zorg/ondersteuning (4)

Ontvangt u huurtoeslag?

- Ja (1)
- Nee (2)

Hoe zou u uw woonomgeving omschrijven?

- Grote stad (bijvoorbeeld Amsterdam, Eindhoven) (1)
- Middelgrote stad (bijvoorbeeld Leeuwarden, Maastricht) (2)
- Kleine stad (bijvoorbeeld Bergen op Zoom, Middelburg) (3)
- Dorp en/of landelijk (4)

We hopen natuurlijk dat u zo lang mogelijk prettig en zelfstandig kunt blijven wonen. Toch willen we u vragen om na te denken over de volgende situatie.

Stel: u heeft behoefte aan **meer ondersteuning, zorg en sociale activiteiten**. U heeft geen partner en u komt nog **niet in aanmerking voor het verpleeghuis**. Wel kunt u thuiszorg krijgen.
Zou u in deze situatie overwegen om te verhuizen naar een woonvorm waar wonen en zorg gecombineerd worden?

- Zeker niet (6)
- Waarschijnlijk niet (7)
- Waarschijnlijk wel (8)
- Zeker wel (9)
- Weet ik (echt) nog niet (10)

Wat zouden voor u de belangrijkste redenen zijn om **wel** te verhuizen?

_____

_____

Zou u in deze situatie graag samen willen wonen in één gebouw met andere personen van uw leeftijd die ook behoefte aan meer ondersteuning, zorg en sociale activiteiten?

- Zeker niet (6)
- Waarschijnlijk niet (7)
- Waarschijnlijk wel (8)
- Zeker wel (9)
- Weet ik (echt) nog niet (10)

Zou u in deze situatie overwegen om te verhuizen naar een woonvorm waar u een gemeenschappelijke keuken heeft in plaats van een eigen keuken?

- Zeker niet (6)
- Waarschijnlijk niet (7)

- o Waarschijnlijk wel (8)
- o Zeker wel (9)
- o Weet ik (echt) nog niet (10)

Zou u in deze situatie overwegen om te verhuizen naar een woonvorm waar u een kamer in een gezamenlijk huis en/of gebouw bewoont, maar wel uw eigen badkamer heeft?

- o Zeker niet (6)
- o Waarschijnlijk niet (7)
- o Waarschijnlijk wel (8)
- o Zeker wel (9)
- o Weet ik (echt) nog niet (10)

Welke aspecten zijn voor u belangrijk bij het kiezen van een woonvorm? *U kunt meerdere antwoorden selecteren*.

- □ Sociale contacten en gezelligheid (1)
- □ Woonomgeving (plaats/buurt) (2)
- □ Dicht bij mijn huidige woonplaats (3)
- □ Mogelijkheid om vrienden en familie te ontvangen (4)
- □ Zekerheid van voldoende zorg en ondersteuning (5)
- □ Behoud van (zo veel mogelijk) zelfstandigheid (6)
- □ Kosten (huur, servicekosten, eigen bijdragen) (7)
- □ Zekerheid dat ik er lang kan blijven wonen (8)
- □ Privacy (eigen voordeur) (11)
- □ Zelf kunnen kiezen met wie ik woon (9)
- □ Anders, namelijk: (10)
  _____

Als u drie aspecten zou moeten kiezen waaraan uw toekomstige woning **moet** voldoen, waarbij de overige opties (mogelijk) niet aanwezig zijn, welke drie aspecten zou u dan kiezen? *U kunt meerdere antwoorden selecteren*.

- □ Sociale contacten en gezelligheid (1)
- □ Woonomgeving (plaats/buurt) (2)
- □ Dicht bij mijn huidige woonplaats (3)
- □ Mogelijkheid om vrienden en familie te ontvangen (4)
- □ Zekerheid van voldoende zorg en ondersteuning (5)
- □ Behoud van (zo veel mogelijk) zelfstandigheid (6)
- □ Kosten lager dan of gelijk aan huidige woning (huur, servicekosten, eigen bijdragen) (7)
- □ Zekerheid dat ik er lang kan blijven wonen (8)
- □ Privacy (eigen voordeur) (11)
- □ Zelf kunnen kiezen met wie ik woon (9)

- ☐ Anders, namelijk: (10)

_____

Welke voorzieningen zouden u aanspreken bij het kiezen van een woonvorm? *U kunt meerdere antwoorden selecteren*.

- ☐ Gezamenlijke eetgelegenheid waar gekookt wordt (restaurant) (1)
- ☐ Diensten (maaltijden, klusjesman, internetaansluiting) (2)
- ☐ Ontmoetingsruimte voor gezelligheid en activiteiten (3)
- ☐ Vast team voor zorg en ondersteuning (4)
- ☐ Dagelijkse voorzieningen op locatie of nabij (kapper, winkel) (5)
- ☐ Gezamenlijke tuin of buitenruimte (6)
- ☐ Ondersteuning bij administratieve taken (9)
- ☐ Vast team dat sociale activiteiten organiseert (7)
- ☐ Anders, namelijk: (8)

_____

Zou u het prettig vinden als bij de woonvorm bepaalde diensten gezamenlijk worden georganiseerd zodat u dit niet zelf hoeft te doen, zoals bijvoorbeeld het gezamenlijk afsluiten van nutsvoorzieningen of een internetaansluiting?

- o Zeker niet (1)
- o Waarschijnlijk niet (2)
- o Waarschijnlijk wel (3)
- o Zeker wel (4)
- o Weet ik (echt) nog niet (5)

Wat voor soort diensten zouden u hierin aanspreken?

_____

_____

Hoe zou u willen dat eventuele zorg en ondersteuning rondom de woonvorm georganiseerd wordt?

- o Iedere bewoner maakt zo nodig zelf aanspraak op reguliere thuiszorg (7)
- o Een **vaste aanbieder** regelt alle zorg en ondersteuning in het gebouw en komt langs op afspraak, er is **geen** mogelijkheid tot alarmering in de nacht (8)
- o Een **vaste aanbieder** regelt alle zorg en ondersteuning in het gebouw en komt langs op afspraak, er is **wel** mogelijkheid tot alarmering in de nacht (9)
- o Een **vaste aanbieder** regelt alle zorg in het gebouw en komt **voor zorg** langs op afspraak, er is **wel** mogelijkheid tot alarmering in de nacht, en er is 24-uurs beschikbaarheid van **ondersteuning** (bijvoorbeeld voor persoonlijke verzorging) (10)
- o Een **vaste aanbieder** regelt alle zorg en ondersteuning in het gebouw en biedt 24-uurs beschikbaarheid van zorg en ondersteuning (**niet** alleen op afspraak) (11)
- o Weet ik (echt) nog niet (12)

Welke woonvorm zou u het meeste aanspreken? *U mag ervan uitgaan dat er in of rondom elke woonvorm een ontmoetingsruimte aanwezig is.*

- Huis (meer dan één verdieping) (1)
- Appartement (aparte woonkamer en slaapkamer, eigen keuken en badkamer) (2)
- Studio (eenkamerappartement, eigen keuken en badkamer) (3)
- Kamer (eigen badkamer, gedeelde keuken) (4)
- Weet ik (echt) nog niet (5)

Wat is het beeld dat u heeft bij een verzorgings(te)huis?

_____

_____

Wilt u nog iets kwijt over het onderwerp zorg en wonen voor ouderen?

_____

_____

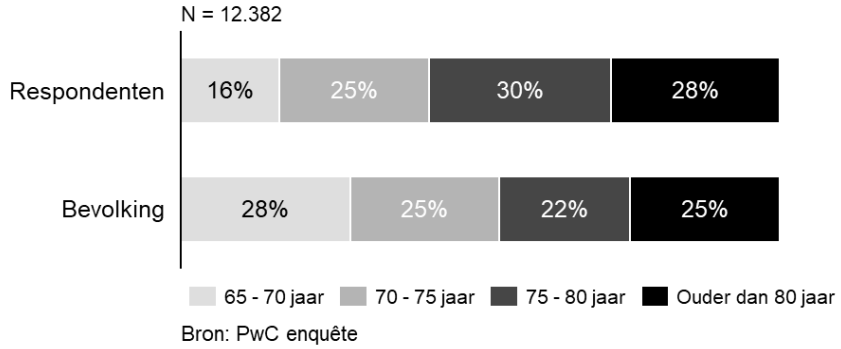
4.2 Representativiteit van de respondenten

13.160 ouderen hebben de enquête ingevuld, waarvan 12.382 ouderen van 65+ jaar.[246] Om een beeld te krijgen van de mate waarin de respondenten representatief zijn voor ouderen in Nederland worden de leeftijd, burgerlijke staat en de woonsituatie van de respondenten vergeleken met de gemiddelden in de Nederlandse bevolking van ouderen van 65+ jaar. Hieruit blijkt dat ouderen van 75+ jaar, ouderen die alleenstaand zijn en ouderen die in een koopwoning wonen oververtegenwoordigd zijn onder de respondenten. Omdat de enquête specifiek wordt gebruikt voor aanscherping van de woonbehoeften van ouderen in de doelgroep – ouderen van 75 jaar of ouder, alleenstaand en woonachtig in een huurwoning – leidt dit niet tot vertekening van de conclusies.[247]

Leeftijd

Onder de respondenten zijn ouderen tussen de 65 en 70 jaar oud ondervertegenwoordigd ten opzichte van het aandeel in de Nederlandse bevolking, en zijn ouderen tussen de 75 en 80 jaar oud en ouder dan 80 jaar oververtegenwoordigd.

Figuur 55: Leeftijdsverdeling onder ouderen van 65 jaar en ouder

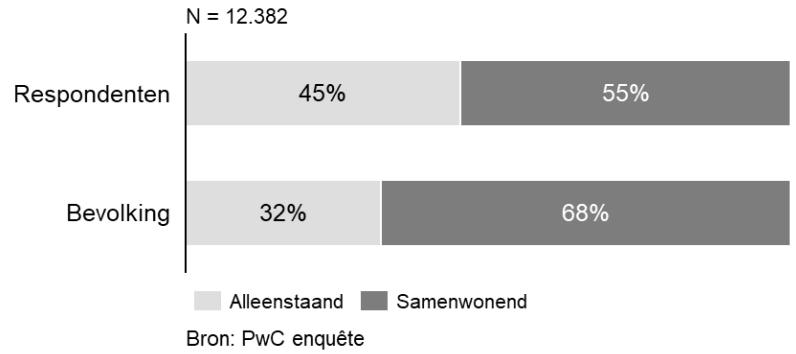


[246] Overige respondenten zijn tussen de 50 en 65 jaar oud
[247] Representativiteit dient wel in acht te worden genomen bij bredere interpretatie of generalisering van de resultaten.

Burgerlijke staat

Alleenstaanden zijn oververtegenwoordigd onder de respondenten ten opzichte van het aandeel in de Nederlandse bevolking.

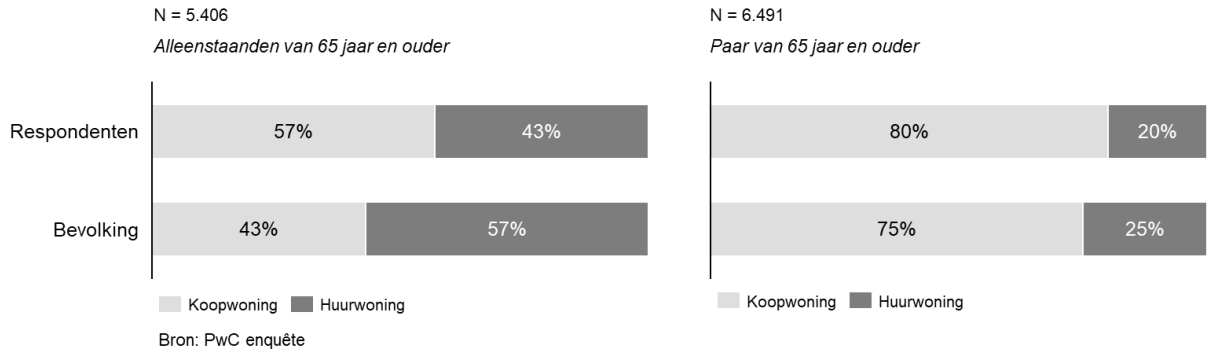
Figuur 56: Alleenstaanden onder ouderen van 65 jaar en ouder



Woonsituatie

Onder de respondenten zijn eigenwoningbezitters oververtegenwoordigd onder alleenstaanden ten opzichte van de Nederlandse bevolking.[248] Dit verschil is kleiner onder respondenten die met een partner samenwonen.

Figuur 57: Eigenwoningbezit onder ouderen van 65 jaar en ouder



4.3 Kwalitatieve analyse open vragen

Sentimentanalyse verzorgingshuis

Respondenten zijn gevraagd “Wat is het beeld dat u heeft bij een verzorgings(te)huis?”. 248 ouderen die tot de doelgroep behoren hebben hier antwoord op gegeven. De antwoorden zijn beoordeeld op sentiment (positief, negatief, neutraal of geen mening), en per sentiment zijn thema’s geïdentificeerd. 118 respondenten hebben een positief beeld van een verzorgingshuis, 76 een negatief beeld, 35 neutraal en 19 personen hebben geen mening (bijvoorbeeld: een feitelijke omschrijving van het beeld dat zij erbij hebben). Ouderen die een positief beeld hebben bij het verzorgingshuis noemen de aanwezigheid van zorg en ondersteuning, gezelligheid en sociaal contact, ontzorgd worden, activiteiten en een gevoel van

[248] Ministerie van VRO. (2024). *Tussen wensen en wonen. Resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2024*.

veiligheid. Ouderen met een negatief beeld van het verzorgingshuis noemen een verlies aan autonomie, zelfstandigheid en privacy, gebrekkige zorg, een kleine woning, een negatief beeld van ouderdom of overige bewoners als redenen. Zie figuur 58 voor een overzicht van de analyse, met enkele voorbeelden van antwoorden van ouderen. Reacties kunnen meerdere thema's bevatten, en niet elke positieve en negatieve reactie zijn gekoppeld aan een thema (bijvoorbeeld: reactie was beperkt tot "positief", zonder toelichting over waarom de oudere hier positief over denkt).

Figuur 58: Sentimentanalyse van het beeld dat ouderen in de doelgroep hebben bij het verzorgingshuis

Sentiment	Thema	N	Voorbeeld
Positief N = 118	Aanwezigheid zorg en ondersteuning	74	*"Dat als ik hulp nodig heb, die er ook is."* *"Een woning waar ik veilig en comfortabel kan wonen en zorg kan krijgen die ik op mijn leeftijd en als gevolg van mijn lichamelijke conditie nodig heb."*
	Gezelligheid en sociale contacten	70	*"Ik hoop op sociale contacten waar men oog houdt op elkaar."* *"Contacten met anderen als je niet zo mobiel meer bent!"*
	Ontzorgd worden	39	*"Dat mij veel lasten worden ontnomen maar dat ik nog wel de regie houd over mijn leven."*
	Gevoel van veiligheid	9	*"Alhoewel ik het fijn vind om op mezelf te wonen, zou ik me veiliger voelen in een verzorgingshuis. ... Nu heb ik soms het gevoel van wat als ik mijn bed niet uit kan komen."*
Negatief N = 76	Verlies van autonomie	15	*"Te veel regeltjes!"*
	Verlies van zelfstandigheid	14	*"Inleveren van mijn zelfstandigheid en privacy."*
	Gebrek aan privacy	10	*"Dat je veel privacy moet inleveren. En de zorg door veel verschillende mensen wordt gedaan."*
	Gebrekkige zorg	8	*"Niet zo prettig. Helaas te weinig personeel en is de zorg niet optimaal. Mijn grootste angst is dat ik in een tehuis komt met slechte verzorging.."*
	Kleine woning	8	*"De woningen voor mensen met een laag inkomen zijn te klein"*
	Negatief beeld van ouderdom	7	*"Oude mensen die hulpeloos en vreugdeloos op de dood wachten en ondertussen bingo spelen"*
	Overige bewoners	5	*"Bemoeienissen van medebewoners."*

Reflecties op het onderwerp wonen en zorg voor ouderen

Respondenten zijn gevraagd "Wilt u nog iets kwijt over het onderwerp zorg en wonen voor ouderen?". 214 ouderen die tot de doelgroep behoren hebben hier antwoord op gegeven. De antwoorden zijn gecategoriseerd (reflecties op huidige inrichting, reflecties op woningaanbod, wensen voor een woonvorm, en overig), en per categorie zijn thema's geïdentificeerd. 70 reacties zijn niet gecategoriseerd, bijvoorbeeld reacties als "nee", of "hoe ik nu woon is fijn" (omdat niet bekend is hoe zij nu wonen). Binnen elke categorie zijn thema's geïdentificeerd. Zie figuur 59-62 voor de thema's per categorie en voorbeelden van de reacties.

Figuur 59: Reflecties van ouderen in de doelgroep op de huidige inrichting van wonen en zorg

Thema	N	Voorbeeld
Kritiek op afbouw van verzorgingshuizen	25	*"Roep de bejaardenhuizen van vroeger weer tot leven. Het graag zelfstandig blijven wonen geldt alleen voor mensen die nog een partner hebben maar wie alleen is kiest in 9 van de 10 gevallen voor het bejaardenhuis. "*
Te weinig zorg of toezicht	21	*"Is op dit moment niet goed sinds de verzorgingshuizen weg zijn. Als je bijna dood bent proberen ze MISSCHIEN iets te regelen"* *"Aangrijpend onderwerp, omdat de huidige situatie dwingt om thuis te blijven wonen, zodat -als ik niet meer mobiel ben/niet meer buitenshuis kan komen en dus ook geen boodschappen meer kan doen- ik opgesloten ben in mijn eigen huis. Gekoppeld aan de toenemende overvallen op bejaarden/babbeltrucks is het veiliger om in een appartement te wonen dan in je eentje in een (afgelegen) huis."*
Eenzaamheid door zelfstandig wonen	19	*"We willen wel zo lang mogelijk zelfstandig (zegt de overheid!) maar het gevolg is heel veel eenzaamheid en treurnis, zeker als geen kinderen zijn."*
Onduidelijk beleid	5	*"Maak mij momenteel wel ongerust voor de komende jaren: gezondheid kan zomaar veranderen, kan derhalve NU nog geen maatregelen nemen. … Daarbij komt, dat de regels vaak worden veranderd en/of aangepast."*
Personeelstekorten	5	*"Toenemende vergrijzing en personeelstekort is een groot probleem,"*
Kritiek op marktwerking	3	*"Overheid moet dit niet overlaten aan private instellingen maar een goede zorg verlenen voor de ouderen."*

Figuur 60: Reflecties van ouderen in de doelgroep op het woningaanbod voor ouderen

Thema	N	Voorbeeld
Te weinig aanbod	13	*"Er is zo weinig beschikbaar nu."*
Geen betaalbaar aanbod	7	*"Dat er nu geen beschikbaarheid is van de woonvorm die ik zou willen. En als er al iets zou zijn , is dat voor mij onbetaalbaar."* *"Op dit moment is er geen keus voor ouderen zonder veel geld (alleen AOW) je wordt aan je lot overgelaten, ben zelf 89 jaar en moet alles nog zelf doen en regelen, alleen een paar uur in de week huishoudelijke hulp, ben ook altijd vermoeid."*
Complexe toewijzing	7	*"Zolang je geen indicatie hebt, is het moeilijk ergens tussen te komen. Ik woon nu nog heel plezierig, maar moet altijd 1 trap nemen, ook met boodschappen en door artrose loop ik moeilijk."*

Figuur 61: Reflecties van ouderen in de doelgroep op wensen voor een woonvorm

Thema	N	Voorbeeld
Zelfstandigheid	10	*"Toch wel wat angst mijn zelfstandigheid te verliezen (ben altijd erg zelfstandigheid gewend etc.)"*
Bewonersmix	10	*"Ja, zou keuze moeten zijn met welk soort mensen je samenwoont."* *"Een gemengde woonvorm van ouderen en jongeren van allerlei culturen lijkt mij eigenlijk veel fijner dan alleen ouderen."*
Autonomie	9	*"Dat ik zoveel mogelijk mijn eigen beslissing neem."*
Omgeving en voorzieningen	6	*"Ja, stop ons niet weg in een of ander achtergebleven stuk van welke stad dan ook, niet ergens achteraf , met grote afstand naar een degelijk winkelcentrum."*
Ontzorgd worden	5	*"Ik zou zo geholpen zijn met iemand die ik om hulp kan vragen bij problemen met mobiel en digitale zaken."* *"Niet alles alleen te hoeven organiseren "*
Zorg en ondersteuning	4	*"Dat ik het zeer op prijs zal stellen als er hulp komt wanneer het nodig is. Dat er 24-uurs zorg aanwezig is zonder dat je als oudere als een onmondig kind wordt behandeld. "*
Kleine woning	3	*"Kleine zelfstandige units op een groter terrein!"*
Sociaal contact	2	*"Ik hoop een goede plek te mogen vinden waar harmonie en gezelligheid heerst."*
Kleinschalige woonvorm	2	*"Kleinschalig houden"*
Betaalbaarheid	2	*"Ik krijg huurtoeslag. Dus als dat niet van toepassing zou zijn dan kan ik nooit ergens naar een andere woonplek."*
Specifieke vormen	23	*9 Terugkeer 'oude' verzorgingshuis* *6 Hofjeswonen (vaak genoemd: knarrenhof)* *5 Moderne vorm van het verzorgingshuis* *1 Niet gezamenlijk* *1 Huis met tuin* *1 Laagbouw*

Figuur 62: Overige reflecties van ouderen in de doelgroep

Thema	N	Voorbeeld
Meer aandacht voor ouderen	12	*"Het is spannend of er nog zorg geboden kan worden in deze tijd. Oudere mensen doen er niet meer toe."* *"Dat er beter geluisterd wordt naar de ouderen."*
Ongerust over de toekomst	7	*"Ik verwacht eigenlijk niet dat er adequate zorg beschikbaar is als ik dit nodig zal hebben in de toekomst. Dus hoop ik dat ik voor die tijd plotseling zal sterven. Maar dat zal iedereen wel willen lijkt me."* *"Hopelijk komen er zo gauw mogelijk oplossingen voor ouderen die het nu nodig hebben"*

Bijlage 5 – Ramingen doelgroep

5.1 Raming macro benadering

Figuur 63: Ramingsmethodieken in de macrobenadering, aantal personen, 2025 – 2050

Methodiek	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
1	132.515	136.142	139.785	143.503	147.341	151.277	153.876	157.579	161.244	164.905	168.593	172.137	175.522
2	121.856	123.857	126.002	128.161	130.382	132.647	134.695	136.518	138.186	139.814	141.649	143.213	144.374
3	78.675	81.449	84.472	87.555	90.760	94.058	97.231	100.556	103.806	107.047	110.443	113.630	116.844

Methodiek	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050
1	178.724	181.768	184.716	187.549	190.302	192.980	195.626	198.318	201.028	203.728	206.341	208.922	211.578
2	145.118	145.283	145.177	144.774	144.299	143.742	143.235	142.698	142.332	141.870	141.274	140.641	140.144
3	119.755	122.206	124.445	122.725	124.120	125.448	126.822	128.172	129.681	131.109	132.416	133.688	135.092

Figuur 64: Gehanteerde raming macrobenadering, aantal personen, 2025 – 2050

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Raming	111.015	113.816	116.753	119.740	122.828	125.994	128.601	131.551	134.412	137.256	140.228	142.993	145.580

	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050
Raming	147.866	149.752	151.446	151.683	152.907	154.057	155.228	156.396	157.680	158.902	160.010	161.084	162.271

5.2 Raming micro benadering

Figuur 65: Ramingsmethodieken in de microbenadering, aantal personen, 2025 – 2050

Methodiek	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
1	57.450	59.050	60.574	62.256	63.867	65.507	67.176	68.885	70.615	72.368	74.184	75.956	77.818
2	69.990	70.850	71.696	72.975	74.845	77.044	78.888	83.291	87.122	90.174	92.726	94.851	96.705
3	27.788	26.809	30.995	28.114	33.108	31.612	36.411	37.635	44.640	44.487	50.002	48.955	53.723
4	46.966	48.172	49.378	50.744	52.116	53.539	55.003	56.506	58.039	59.585	61.185	62.738	64.352

Methodiek	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050
1	79.649	81.514	83.394	85.072	86.587	88.010	89.439	91.115	92.582	93.719	94.501	94.763	94.791
2	98.673	100.363	102.011	103.666	105.363	107.174	109.096	111.135	113.176	115.510	117.859	120.298	122.734
3	52.606	57.278	55.909	57.424	62.672	61.705	67.310	66.571	72.370	72.352	78.911	79.588	86.639
4	65.950	67.557	69.179	70.671	72.043	73.368	74.708	76.219	77.601	78.775	79.710	80.272	80.650

Figuur 66: Gehanteerde raming microbenadering (“doelgroep”), aantal personen, 2025 – 2030

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Raming	50.880	51.698	53.524	54.117	56.385	57.445	59.713	61.802	64.949	66.518	69.156	70.369	72.737

	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050
Raming	73.936	76.249	77.356	78.941	81.196	82.189	84.525	85.741	88.164	89.321	91.618	92.488	94.507

5.3 Bewonersmix

Figuur 67: Bewonersmix per scenario, aantal bewoners, 2029 – 2050

Scenario	Type	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039
1	**Totaal**	**6.761**	**7.540**	**8.263**	**8.851**	**9.485**	**9.890**	**10.378**	**10.676**	**11.082**	**11.342**	**11.716**
	VV2	2.231	2.256	2.330	2.398	2.510	2.560	2.654	2.692	2.776	2.815	2.899
	VV3	4.530	4.632	4.829	5.012	5.277	5.415	5.637	5.745	5.945	6.049	6.243
	VV4	0	64	116	161	199	234	264	290	313	335	353
	VV4+	0	588	988	1.280	1.499	1.681	1.823	1.949	2.048	2.143	2.221
2	**Totaal**	**20.237**	**22.566**	**24.736**	**26.493**	**28.393**	**29.606**	**31.065**	**31.957**	**33.173**	**33.950**	**35.070**
	VV2	6.678	6.751	6.974	7.179	7.513	7.663	7.943	8.057	8.310	8.426	8.677
	VV3	13.559	13.866	14.457	15.002	15.797	16.210	16.877	17.198	17.795	18.109	18.689
	VV4	0	190	347	481	596	700	788	869	937	1.001	1.056
	VV4+	0	1.759	2.958	3.831	4.487	5.033	5.457	5.833	6.131	6.414	6.648

Scenario	Type	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050
1	**Totaal**	**11.944**	**12.215**	**12.563**	**12.764**	**13.113**	**13.336**	**13.694**	**13.909**	**14.252**	**14.429**	**14.733**
	VV2	2.935	2.991	3.074	3.107	3.194	3.236	3.327	3.367	3.453	3.483	3.558
	VV3	6.339	6.473	6.661	6.747	6.940	7.044	7.243	7.342	7.531	7.605	7.772
	VV4	370	385	399	413	425	438	449	461	472	483	493
	VV4+	2.300	2.366	2.429	2.497	2.554	2.618	2.675	2.739	2.796	2.858	2.910
2	**Totaal**	**35.754**	**36.567**	**37.608**	**38.207**	**39.252**	**39.917**	**40.990**	**41.634**	**42.660**	**43.193**	**44.104**
	VV2	8.785	8.952	9.201	9.300	9.560	9.687	9.958	10.080	10.337	10.425	10.651
	VV3	18.978	19.379	19.940	20.197	20.775	21.085	21.683	21.976	22.544	22.768	23.267
	VV4	1.107	1.153	1.195	1.236	1.272	1.309	1.343	1.379	1.411	1.444	1.474
	VV4+	6.884	7.083	7.272	7.474	7.645	7.836	8.006	8.199	8.368	8.556	8.712

Bijlage 6 – Budgettaire impact

Figuur 68: Budgettaire impact van herintroductie van het verzorgingshuis (in € miljoen per jaar, prijspeil 2025)

Scenario		2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050
Scenario 1	**Totaal** (€ miljoen)	**163,54**	**168,29**	**170,30**	**175,21**	**177,71**	**182,78**	**185,15**	**189,96**	**191,68**	**195,91**
	Zvw	184,73	190,05	192,41	197,89	200,78	206,45	209,20	214,57	216,63	221,37
	Wmo	25,66	26,39	26,71	27,46	27,85	28,64	29,01	29,76	30,03	30,69
	Wlz	5,60	5,80	6,00	6,18	6,37	6,53	6,70	6,86	7,02	7,17
	Eigen bijdragen	-0,56	-0,58	-0,60	-0,62	-0,64	-0,66	-0,67	-0,69	-0,71	-0,72
	Huurtoeslag	-51,89	-53,37	-54,22	-55,70	-56,65	-58,17	-59,09	-60,54	-61,29	-62,59
Scenario 2	**Totaal** (€ miljoen)	**547,11**	**562,91**	**570,30**	**586,52**	**595,34**	**612,10**	**620,49**	**636,40**	**642,84**	**656,85**
	Zvw	454,28	467,32	473,12	486,60	493,68	507,65	514,36	527,62	532,70	544,35
	Wmo	52,75	54,24	54,89	56,44	57,24	58,86	59,62	61,15	61,72	63,06
	Wlz	16,76	17,37	17,97	18,49	19,03	19,52	20,05	20,51	20,99	21,43
	Eigen bijdragen	-1,69	-1,75	-1,81	-1,86	-1,92	-1,97	-2,02	-2,07	-2,11	-2,16
	Huurtoeslag	25,01	25,72	26,13	26,85	27,30	28,04	28,48	29,18	29,54	30,17

Figuur 69: Detaillering budgettaire impact Zvw in scenario 1, 2029 – 2050 (€ per jaar, prijspeil 2025)

Jaar	Huisartsen-zorg	Extramurale farmacie	Verpleging & verzorging	Mondzorg	MSZ	Paramedie	Hulp-middelen	GGZ	GRZ & ELV	Overige	Totaal
2029	-568.072	-	140.859.138	-33.983	-7.609.710	-	-	-	-1.433.455	-7.547	**131.206.371**
2030	-583.740	-	143.678.131	-34.782	-7.787.461	-	-	-	-1.465.929	-7.807	**133.798.412**
2031	-610.572	-	149.482.114	-36.255	-8.120.805	-	-	-	-1.528.087	-8.207	**139.178.187**
2032	-635.180	-	154.863.324	-37.597	-8.427.864	-	-	-	-1.585.542	-8.572	**144.168.569**
2033	-669.826	-	162.844.810	-39.560	-8.872.918	-	-	-	-1.669.039	-9.065	**151.584.402**
2034	-688.359	-	166.884.922	-40.561	-9.103.627	-	-	-	-1.712.253	-9.341	**155.330.782**
2035	-717.256	-	173.573.739	-42.198	-9.475.672	-	-	-	-1.782.121	-9.750	**161.546.741**
2036	-731.559	-	176.719.809	-42.959	-9.654.227	-	-	-	-1.815.710	-9.963	**164.465.392**
2037	-757.222	-	182.736.257	-44.403	-9.986.482	-	-	-	-1.878.336	-10.324	**170.059.491**
2038	-770.959	-	185.799.422	-45.150	-10.159.460	-	-	-	-1.910.835	-10.526	**172.902.493**
2039	-795.727	-	191.670.575	-46.558	-10.482.225	-	-	-	-1.971.679	-10.871	**178.363.516**
2040	-808.150	-	194.498.144	-47.229	-10.640.121	-	-	-	-2.001.492	-11.051	**180.990.101**
2041	-825.289	-	198.525.262	-48.191	-10.862.202	-	-	-	-2.043.390	-11.292	**184.734.898**
2042	-849.157	-	204.237.160	-49.557	-11.174.906	-	-	-	-2.102.374	-11.622	**190.049.544**
2043	-860.252	-	206.780.665	-50.161	-11.316.525	-	-	-	-2.129.113	-11.782	**192.412.832**
2044	-884.719	-	212.669.506	-51.573	-11.638.259	-	-	-	-2.189.775	-12.117	**197.893.064**
2045	-898.005	-	215.774.612	-52.309	-11.809.728	-	-	-	-2.222.172	-12.306	**200.780.092**
2046	-923.233	-	221.864.610	-53.774	-12.142.161	-	-	-	-2.284.816	-12.651	**206.447.975**
2047	-935.854	-	224.820.703	-54.472	-12.305.207	-	-	-	-2.315.637	-12.829	**209.196.705**
2048	-959.821	-	230.598.707	-55.861	-12.620.759	-	-	-	-2.375.107	-13.158	**214.574.002**
2049	-969.421	-	232.809.702	-56.395	-12.743.833	-	-	-	-2.398.273	-13.295	**216.628.485**
2050	-990.538	-	237.901.328	-57.611	-13.021.708	-	-	-	-2.450.703	-13.584	**221.367.183**

Figuur 70: Detaillering budgettaire impact Zvw in scenario 2, 2029 – 2050 (€ per jaar, prijspeil 2025)

Jaar	Huisartsen-zorg	Extramurale farmacie	Verpleging & verzorging	Mondzorg	MSZ	Paramedie	Hulp-middelen	GGZ	GRZ & ELV	Overige	Totaal
2029	-1.700.352	-	351.621.396	-101.721	-22.777.351	-	-	-	-4.290.591	-22.590	**322.728.792**
2030	-1.747.117	-	358.660.372	-104.082	-23.308.447	-	-	-	-4.387.880	-23.367	**329.089.479**
2031	-1.827.775	-	373.183.748	-108.520	-24.310.125	-	-	-	-4.574.546	-24.569	**342.338.212**
2032	-1.901.264	-	386.569.246	-112.545	-25.227.338	-	-	-	-4.745.990	-25.658	**354.556.450**
2033	-2.005.116	-	406.507.215	-118.416	-26.560.821	-	-	-	-4.996.267	-27.135	**372.799.460**
2034	-2.060.553	-	416.587.739	-121.412	-27.251.275	-	-	-	-5.125.603	-27.960	**382.000.935**
2035	-2.147.007	-	433.313.017	-126.287	-28.365.255	-	-	-	-5.335.076	-29.185	**397.310.207**
2036	-2.189.894	-	441.117.560	-128.584	-28.899.128	-	-	-	-5.435.262	-29.824	**404.434.869**
2037	-2.266.636	-	456.115.744	-132.919	-29.893.061	-	-	-	-5.622.467	-30.903	**418.169.758**
2038	-2.307.777	-	463.803.048	-135.138	-30.412.082	-	-	-	-5.720.216	-31.506	**425.196.328**
2039	-2.381.906	-	478.435.516	-139.354	-31.377.538	-	-	-	-5.902.170	-32.540	**438.602.007**
2040	-2.419.260	-	485.525.395	-141.369	-31.852.360	-	-	-	-5.991.858	-33.082	**445.087.465**
2041	-2.470.589	-	495.564.966	-144.245	-32.516.896	-	-	-	-6.117.224	-33.805	**454.282.206**
2042	-2.541.937	-	509.791.447	-148.340	-33.451.606	-	-	-	-6.293.427	-34.790	**467.321.346**
2043	-2.575.062	-	516.131.154	-150.146	-33.874.794	-	-	-	-6.373.338	-35.267	**473.122.547**
2044	-2.648.294	-	530.829.475	-154.368	-34.837.751	-	-	-	-6.554.937	-36.272	**486.597.852**
2045	-2.687.912	-	538.565.980	-156.573	-35.349.926	-	-	-	-6.651.651	-36.832	**493.683.086**
2046	-2.763.592	-	553.796.507	-160.949	-36.346.680	-	-	-	-6.839.621	-37.868	**507.647.796**
2047	-2.801.281	-	561.131.866	-163.064	-36.833.497	-	-	-	-6.931.354	-38.401	**514.364.271**
2048	-2.873.108	-	575.593.560	-167.213	-37.779.641	-	-	-	-7.109.823	-39.384	**527.624.391**
2049	-2.901.909	-	581.139.398	-168.794	-38.148.917	-	-	-	-7.179.550	-39.797	**532.700.432**
2050	-2.965.175	-	593.846.873	-172.452	-38.981.382	-	-	-	-7.336.475	-40.664	**544.350.725**

Over de auteurs

Sander van Veldhuizen is Partner bij PwC Consulting en sectorvoorzitter Onderwijs bij PwC. Hij geeft leiding aan de dienstverlening van PwC in de onderwijssector. Daarnaast is hij verantwoordelijk voor de dienstverlening van PwC op het gebied van financieringsvraagstukken, strategie en beleid van uitvoeringsorganisaties van het Rijk.

Email: sander.van.veldhuizen@pwc.com

Brecht Gijsbertsen is Director bij PwC. Zij richt zich op ontwikkeling van beleid, en effectiviteit van uitvoering binnen de publieke sector.

Email: brecht.gijsbertsen@pwc.com

Hunter Reynolds is Senior Associate bij PwC Strategy&. Zij richt zich op strategische en financiele vraagstukken binnen de gezondheidszorg.

Email: hunter.lily.reynolds@pwc.com

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V., Thomas R. Malthusstraat 5, 1066 JR Amsterdam, Postbus 9616, 1006 GC Amsterdam
T: 088 792 00 20, F: 088 792 96 40, www.pwc.nl

'PwC' is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services N.V. (KvK 51414406), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services N.V. (KvK 54226368), PricewaterhouseCoopers N.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op deze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Op leveringen aan deze vennootschappen zijn algemene inkoopvoorwaarden van toepassing. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen, waaronder deze algemene (inkoop)voorwaarden die ook zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.