

Inzetten op de potentie van sociaal werk – alternatieve scenario's



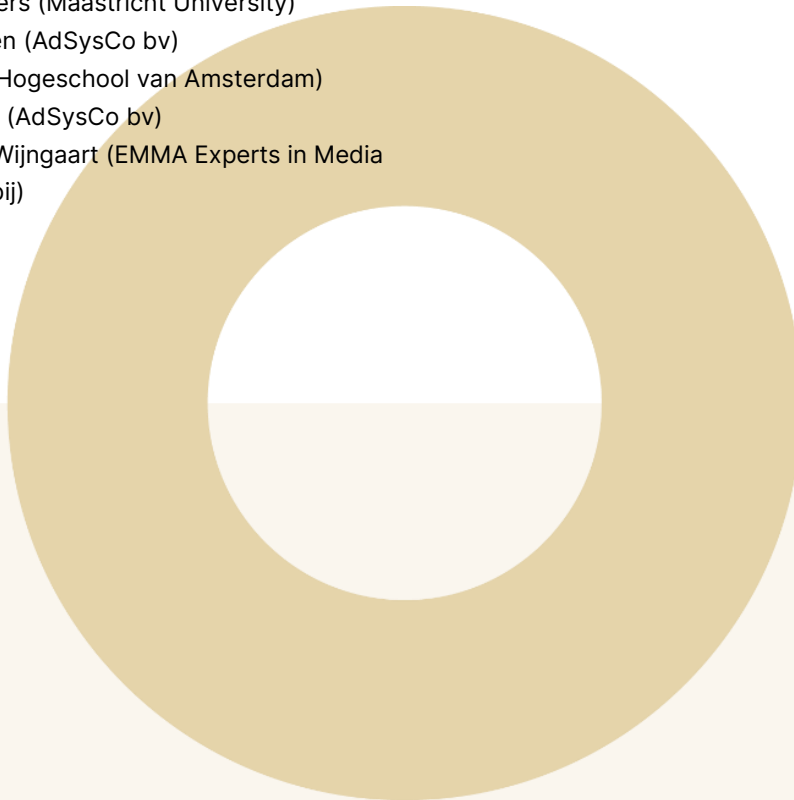
In opdracht van
Sociaal Werk werkt!

Datum
29 november 2024

Auteurs
Hannah Begemann
Annelies Veen

Kenmerk
r2024-0057HBE

Met behulp van experts uit het veld
Thijs van den Broek (Andersson Elffers Felix)
Pieter Brouwer (Cigarbox)
Fabian Dekker (SEOR)
Marleen van der Haar (Het PON)
Annejet Kerckhaert (Ecorys)
Maarten Kwakernaak (Anderzoek)
Rachelle Meisters (Maastricht University)
Esther Ockeloen (AdSysCo bv)
Jesper Rözer (Hogeschool van Amsterdam)
Myrthe Sijtsma (AdSysCo bv)
Mary van den Wijngaart (EMMA Experts in Media
en Maatschappij)



ABF Research
Verwersdijk 8, 2611 NH Delft
+31 (0) 15 27 99 300 • info@abf.nl • www.abfresearch.nl

Copyright ABF Research 2024 De informatie in dit rapport is met de grootste zorg samengesteld. ABF Research aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten, onnauwkeurigheden of onvolledigheden. Het gebruik van (onderdelen van) dit rapport is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
01	Inleiding	7
02	Scenario effecten	11
	2.1 Het Basisscenario	12
	2.2 Resultaten scenario's	13
03	Beleid scenario	16
	3.1 Toelichting scenario	17
	3.2 Scenario-effecten	18
04	Expert scenario	20
	4.1 Toelichting scenario	21
	4.2 Scenario-effecten	22
	4.3 Input vanuit experts: vereisten voor succes	25
05	Impuls scenario	27
	5.1 Toelichting scenario	28
	5.2 Scenario-effecten	29
	Bijlagen	32
	Bijlage A: Het Prognosemodel Zorg en Welzijn	33
	Bijlage B: Stabilisatie van de arbeidsproductiviteit	34
	Bijlage C: Nieuw Beleid zoals in PMZW-23	35
	Bijlage D: Uitwerking IZA SPUK gelden het Beleid scenario	44
	Bijlage E: Uitwerking Expert scenario	46
	Bijlage F: Uitwerking Impuls scenario	50
	Bijlage G: Vergelijking uitkomsten Expert en Impuls scenario op brancheniveau	53

Samenvatting

Inzet op preventie vanuit het sociale domein

De sector zorg en welzijn kampt met een enorm arbeidsmarktvraagstuk. Waar het tekort aan werknemers in 2023 geraamd wordt op zo'n 43 duizend werknemers, kan dit in 2033 oplopen tot 190 duizend (uitgaande van een arbeidsproductiviteitsstijging)¹.

Een maatregel die het tekort zou kunnen beperken, is inzet op preventie. Preventieve maatregelen zoals mensen activeren, het vergroten van het sociale netwerk of mentaal weerbaarder maken, zorgen op termijn voor een vermindering in zorgvraag².

Om succesvol in te kunnen zetten op preventie, is een versterking van de sociale basis nodig³. Welzijnsmedewerkers in het sociale domein blinken namelijk uit in het, op lokaal, niveau, persoonlijk benaderen van mensen.

Om de effecten van inzet op het sociale domein op de arbeidsmarkt zorg en welzijn te becijferen, heeft ABF Research drie scenario's doorberekend. Dit zijn 'wat-als' scenario's waarvan de uitkomsten een mogelijke weergave van de werkelijkheid tonen als alle gemaakte aannames kloppen.

De scenario's uitgelegd

In het kort kunnen de scenario's als volgt worden beschreven:

- **Beleids scenario:** een doorberekening gebaseerd op het 'Nieuw Beleid' scenario van Prognose Model Zorg en Welzijn aangevuld met enkele reeds in 2023 ingezette beleidsmaatregelen gecombineerd met de stabilisatie van de arbeidsproductiviteit.
- **Expert scenario:** een becijfering wat er gebeurt als we maximaal inzetten op sociaal werk op basis van eerder gepubliceerde beleidsonderzoeken, wetenschappelijke literatuur, (maatschappelijke) kosten-batenanalyses en gesprekken met experts uit het veld. Om de verwachte besparing op de zorgvraag bij grote inzet op sociaal werk te bepalen, is gekeken naar effectief bevonden maatregelen en eerdere beleidsonderzoeken.
- **Impuls scenario:** een doorberekening van het voorstel van VNG om 2 procent van de zorgbegroting te investeren in het gemeentelijke sociale domein. Er is hierbij aangenomen dat het sociale domein voldoende mogelijkheden zal vinden om dit gehele bedrag tegen eenzelfde kosten-baten verhouding te kunnen benutten als de effectieve maatregelen in het Expert scenario.

De inzet op sociaal werk is het grootst in het Impuls scenario, ook wordt in dit scenario ingezet op het bredere sociaal domein (dit beslaat naast sociaal werk ook andere vormen van welzijnswerk en ondersteuning). De basis voor de drie scenario's is het Referentiescenario van Prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW) gecombineerd met een stabilisatie van de arbeidsproductiviteit (het **Basisscenario**). Tevens is bij de drie scenario's het effect van het Programma Wonen, Ondersteuning en

¹ Prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW) versie 2023; Het gaat hier om zorg en welzijn (smaal), de branche kinderopvang wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

² <https://www.sociaalwerkknederland.nl/?file=29238&m=1702552932&action=file.download>

³ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>

Zorg voor Ouderen (WOZO) toegevoegd. Op advies van experts zijn de resultaten voor het expert en het Impuls scenario middels een bandbreedte gepresenteerd.

De drie scenario's tonen een lager verwacht tekort in 2033 dan het Basisscenario

De resultaten laten zien dat, indien alle aannames kloppen, alle drie de scenario's de krapte op de arbeidsmarkt verminderen. De termijn vanaf wanneer dit plaatsvindt, is afhankelijk van de invoerperiode. Vanaf het moment dat de scenario's gunstiger uitkomen dan het Basisscenario, wordt het verschil steeds groter naarmate de tijd verstrijkt. In 2033 zijn verschillen tussen de scenario's en ten opzichte van het Basisscenario duidelijk waarneembaar. In [Figuur S.1](#) is dit samengevat.

[Figuur S.1](#) laat daarnaast ook zien dat van de drie scenario's het Impuls domein scenario ten opzichte van het Basisscenario het meest gunstig uitkomt. Tegelijkertijd wijkt het minimale effect van het Impuls scenario niet veel af van het maximale effect van het Expert scenario. Dit betekent in theorie dat het Expert scenario en het Impuls scenario bij uitvoering eenzelfde effectgrootte zouden kunnen bereiken.

Wel moet er bij deze 'winst' rekening worden gehouden dat aan de scenario's het effect van het WOZO-programma is toegevoegd en aan het Basisscenario niet. Aangezien het WOZO-programma op zichzelf al een aanzienlijk effect genereert, kan de behaalde 'winst' niet volledig worden toegekend aan extra inzet van het sociale domein.

Figuur S.1: Arbeidsvraag en arbeidsmarkttekort in 2033 voor het totaal en de branche sociaal werk per scenario.

Scenario's	Arbeidsvraag		Arbeidsmarkttekort
	Alle branches excl. Sociaal werk	Sociaal Werk	Alle branches
Basisscenario	1.646.000	69.800	253.000
Beleid scenario	1.616.600	70.800	243.100
Expert scenario (min – max effect)	1.609.200 – 1.591.100	74.100 – 76.200	235.500 - 224.300
Impuls scenario (min – max effect)	1.590.400 – 1.583.500	78.900	222.800 – 217.400

Meer inzet op sociaal werk leidt tot grotere bijdrage aan de arbeidsmarkt

Daarnaast, tonen de cijfers in [Figuur S.1](#) dat een grotere inzet op sociaal werk de krapte op de arbeidsmarkt verkleint. De grootste inzet op sociaal werk wordt gedaan in het Impuls scenario en daar is zowel de arbeidsvraag bij de overige branches als het totaal arbeidstekort het kleinst geprognosticeerd van alle scenario's.

Financiële winst te behalen in Expert scenario

Een ander effect dat niet rechtstreeks terug te zien is in de arbeidsmarkt cijfers is een financiële winst. Het Expert scenario toont dat inzet op de sociaal werk branche kan leiden tot een besparing



van 107 tot 216 miljoen euro op de gehele zorg en welzijn sector. Deze besparing komt mede voort uit het verminderen van eenzaamheid en het stimuleren van het behalen van de bewegingsnorm. Er is daarbij alleen rekening gehouden met winsten die behaald kunnen worden binnen de sector zorg en welzijn. Vanuit de gesprekken met experts werd duidelijk dat er nog meer winsten te behalen zijn, bijvoorbeeld in de schuldsanering. Echter, zullen die financiële baten vooral buiten de zorg en welzijn sector terug te zien zijn, bijvoorbeeld bij justitie en politie.

Adviezen van experts

Naast de baten van sociaal werk, is er in de gesprekken met experts ook gediscussieerd over wat er nodig is om succesvol in te kunnen zetten op sociaal werk. Twee van de adviezen:

- Een lange termijn visie is nodig met bijbehorende structurele financiering. Zoals ook naar voren komt uit onderzoeken^{4,5}: langer durende trajecten hebben grotere kans van slagen dan trajecten met korte duur.
- Ook al kan een landelijke blauwdruk met handvaten helpen om sociaal werk projecten op te zetten, enige vrijheid is nodig om succesvol te kunnen zijn. Elk sociaal werk project is specifiek voor de buurt of regio waar ze plaatsvinden. Dat een project succesvol is in de ene buurt, betekent niet dat het werkt in de andere.^{6,7}

⁴ <https://www.sociaalwerk nederland.nl/?file=29238&m=1702400321&action=file.download>

⁵ <https://www.emma.nl/artikelen/betere-zorg-begint-bij-betere-samenwerking-tussen-het-medisch-en-sociaal-domein>

⁶ <https://www.werkplaatsensociaaldomein.nl/sites/default/files/2021-07/De-waarde-van-preventie-in-een-veranderend-sociaal-domein.pdf>

⁷ https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2023/10/121500_Leren-sturen-en-verantwoorden-in-de-sociale-basis.pdf

01

Inleiding



De potentie van het sociale domein

Het tekort aan personeel in de sector zorg en welzijn is groot en de verwachting is dat het tekort de komende jaren alleen nog maar zal meer toenemen. Waar het tekort aan werknemers in 2023 geraamd wordt op zo'n 43 duizend werknemers⁸, kan dit in 2033 oplopen tot 190 duizend (uitgaande van een arbeidsproductiviteitsstijging)⁹.

Om hier iets aan te doen wordt er in de politiek, bij werkgevers en bij vakbonden gezocht naar oplossingen. Eén van de oplossingen die specifiek voor de branche zorg en welzijn effectief zou kunnen zijn, is om meer in te zetten op preventie. Dit zorgt namelijk niet alleen voor een betere mentale en fysieke gezondheid bij de gemeenschap¹⁰ maar ook voor minder benodigd personeel in de zorg en welzijn branches.

Om op preventie in te kunnen zetten, ligt er onder andere volgens het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)¹¹ een belangrijke rol voor het sociale domein. Welzijnsmedewerkers in het sociale domein blinken namelijk uit in het, op lokaal niveau, persoonlijk benaderen van mensen. Hierdoor kunnen ze bijvoorbeeld bijdragen aan het verminderen van eenzaamheid, het activeren van mensen, het vergroten van het sociale netwerk en het bieden van ondersteuning bij schulden.

Drie 'Wat-als' scenario's

Om de effecten van inzet op het sociale domein op de arbeidsmarkt zorg en welzijn te becijferen, heeft ABF Research in opdracht van *Sociaal Werk Werkt!* drie scenario's doorberekend. Er wordt hierbij specifiek gekeken naar hoe inzet op het sociale domein leidt tot veranderingen in andere zorg en welzijn branches.

De scenario's zijn 'Wat-als' scenario's. Dat betekent dat het gaat om uitkomsten die mogelijk zouden kunnen worden gerealiseerd als alle gemaakte aannames kloppen. Ze kunnen daardoor goed worden gebruikt om te begrijpen wat de impact van bepaalde veranderingen zou kunnen zijn.

⁸ Prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW) versie 2023; Het gaat hier om zorg en welzijn (smal), de branche kinderopvang wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

⁹ Prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW) versie 2023; Het gaat hier om zorg en welzijn (smal), de branche kinderopvang wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

¹⁰ <https://www.sociaalwerknederland.nl/?file=29238&m=1702552932&action=file.download>

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>

In samenspraak met *Sociaal Werk Werkt!* zijn de volgende drie scenario's vastgesteld:

Scenario 1: "Beleid"

Dit scenario is een doorberekening van maatregelen vanuit het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het regeerakkoord Rutte IV en de Prinsjesdag-nota uit 2023. Dit scenario is gebaseerd op het 'Nieuw Beleid' scenario van Prognose Model Zorg en Welzijn 2023.

Scenario 2: Preventie vanuit sociaal werk "Expert"

Dit scenario is een alternatief beleidsscenario waarbij maatregelen vanuit het WOZO-programma worden gecombineerd met een inschatting van de impact van het maximaal inzetten op sociaal werk. Deze impact is becijferd op basis van eerder gepubliceerde beleidsonderzoeken, wetenschappelijke literatuur, (maatschappelijk) kosten-baten analyses en gesprekken met experts uit het veld. Om de verwachte besparing op de zorgvraag bij grote inzet op sociaal werk te bepalen, is gekeken naar effectief bevonden maatregelen en eerdere beleidsonderzoeken.

Scenario 3: Preventie vanuit het gemeentelijke sociale domein "Impuls"

Dit scenario is een uitwerking van het voorstel van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) om 2 procent van de zorgbegroting te investeren in het gemeentelijke sociale domein. Er is hierbij aangenomen dat het sociale domein voldoende mogelijkheden zal vinden om dit gehele bedrag tegen een zelfde kosten-baten verhouding te kunnen benutten als de effectieve maatregelen in het Expert scenario. Daarnaast is voor het goed kunnen vergelijken van de drie scenario's het effect van het WOZO programma toegevoegd aan de raming.

Bij het eerste scenario wordt er dus rekening gehouden met een breed palet aan maatregelen. Bij het tweede scenario ligt de focus op een grotere inzet van sociaal werk terwijl er bij het derde scenario naast inzet op sociaal werk ook wordt ingezet op andere facetten van het sociale domein, zoals ondersteuning.

Op advies van de gesproken experts is er voor gekozen om de resultaten van scenario 2 en 3 te presenteren middels een bandbreedte. Deze bandbreedte houdt in dat er in het rapport een minimaal ('Expert min' en 'Impuls min') en een maximaal ('Expert max' en 'Impuls max') effect wordt gepresenteerd.

Het Basisscenario

Onderliggend aan de scenario's ligt het Basisscenario. Het fundament van dit Basisscenario is het Referentiescenario van het arbeidsmarkt Prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW) editie 2023 (*zie Bijlage A voor meer uitleg over PMZW*). Daarnaast, is er op basis van resultaten uit de CBS-tijdreeks¹² voor gekozen om binnen het Basisscenario de arbeidsproductiviteit te stabiliseren (*zie Bijlage B hoe en waarom dit is gedaan*).

Branches en arbeidsmarktbegrippen uitgelegd

In de resultaten van het Basisscenario en de drie scenario's wordt onderscheid gemaakt tussen tien branches:

- Universitaire medische centra (UMC's)

¹² <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84546NED/table?dl=98B88>

- Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg (ZKH)
- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- Huisartsen (HA)
- Overige zorg & welzijn (Overig)
- Verpleging en verzorging (V&V)
- Thuiszorg (TZ)
- Gehandicaptenzorg (GHZ)
- Jeugdzorg (JZ)
- Sociaal Werk (SW)

De branche kinderopvang, die ook in het PMZW beschikbaar is, laten we daarmee buiten beschouwing.

In de resultaten wordt de invloed van een scenario op elk van de tien branches bekeken. Hierbij gaat het specifiek om veranderingen op de arbeidsmarkt. Er is daarbij veel aandacht voor de begrippen **arbeidsvraag**, **personeelsaanbod** en **arbeidsmarkttekort**. Deze kunnen als volgt worden omschreven:

- Met *arbeidsvraag* wordt het aantal benodigde werknemers bedoeld gebaseerd op een bepaalde verwachting in vraag naar zorg.
- Met *personeelsaanbod* wordt het aantal werknemers plus het aantal werkzoekenden bedoeld.
- Met *arbeidsmarkttekort* wordt het aantal ontbrekende werknemers bedoeld om de arbeidsvraag te kunnen invullen, waarbij rekening wordt gehouden met een klein percentage frictievacatures die ook in een perfect functionerende arbeidsmarkt zal bestaan.

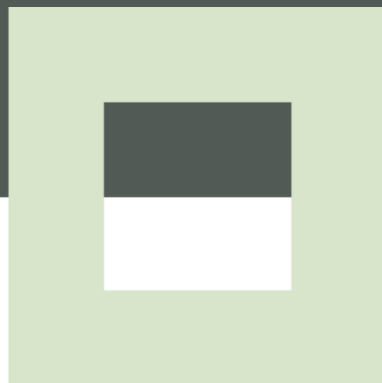
Alle resultaten binnen dit rapport slaan op personen, niet op FTE.

Leeswijzer

Dit rapport wordt na de introductie gevolgd door de belangrijkste resultaten van de drie scenario's in hoofdstuk 2. Om de effecten van de verschillende scenario's goed te kunnen begrijpen, start het hoofdstuk met de resultaten van het Basisscenario. In de hoofdstukken 3 t/m 5 worden vervolgens de drie scenario's in meer detail toegelicht en wordt per scenario bekeken naar de effecten op de arbeidsmarkt. Tot slot, is er in de Bijlagen informatie opgenomen over hoe de scenario's zijn berekend en bevat het extra achtergrondinformatie en resultaten.

02

Scenario effecten



2.1 Het Basisscenario

Zoals beschreven in de inleiding is het fundament voor de drie scenario's het Basisscenario. Het Basisscenario kan worden beschouwd als een mogelijke toekomstvisie indien er geen maatregelen zouden worden genomen. Aangezien we binnen dit rapport de drie scenario's met het Basisscenario vergelijken, is het goed om te begrijpen wat het Basisscenario inhoudt.

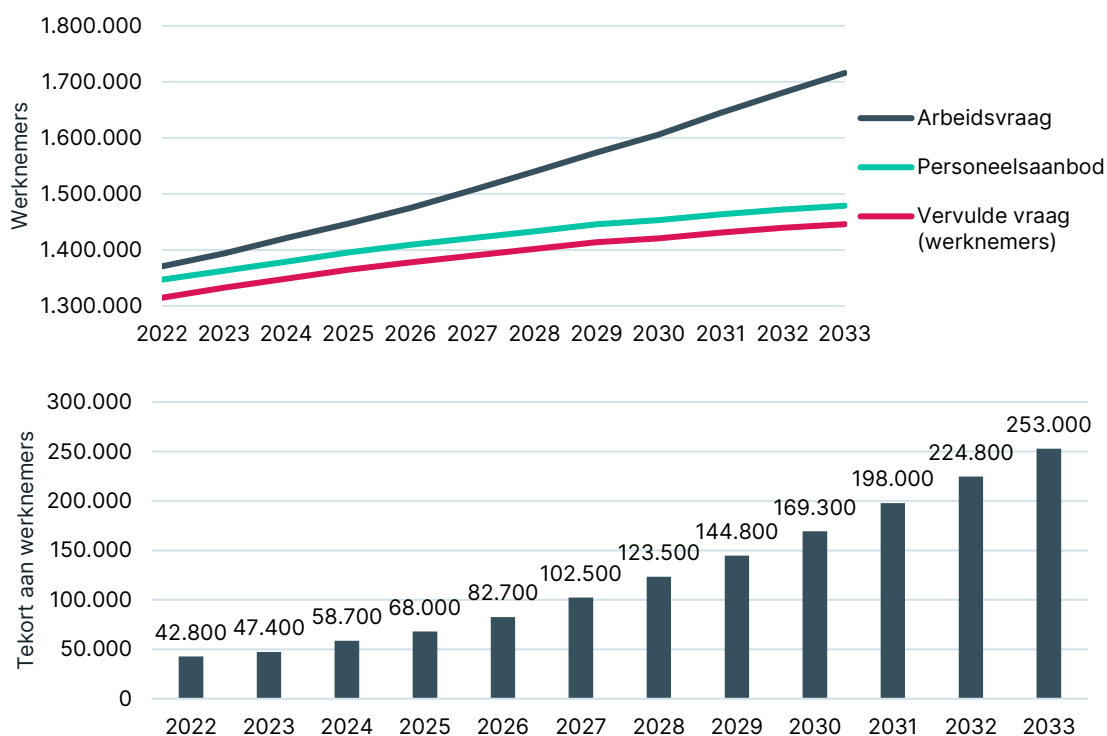
Een groeiende arbeidsvraag met een achterblijvend personeelsaanbod leidt tot een groter arbeidsmarkttekort

Het Basisscenario is gebaseerd op het referentiescenario van het Prognosemodel Zorg en Welzijn 2023 met een stabilisatie van de arbeidsproductiviteit (zie [bijlage A](#) en [B](#)). Deze stabilisatie van de arbeidsproductiviteit leidt tot een grotere stijging van de arbeidsvraag.

Het startpunt voor de raming zijn realisatiecijfers uit 2022. In 2022 is er sprake van een arbeidsvraag van 1,5 miljoen werknemers. Daar tegenover beslaat het personeelsaanbod 1,47 miljoen mensen waarvan er totaal 1,35 miljoen mensen (vervulde vraag) werkzaam zijn. Rekening houdend met frictievacatures komt dit uit op een arbeidsmarkttekort van 48.500 werknemers.

In 2033 neemt het arbeidsmarkttekort toe tot 253 duizend werknemers. Dit komt doordat de vraag naar arbeid meer groeit dan het aanbod in personeel. Tussen 2022 en 2033 stijgt de arbeidsvraag namelijk met zo'n 25 procent tot 1,72 miljoen werknemers. Tegelijkertijd stijgt het personeelsaanbod met 'slechts' 10 procent tot 1,48 miljoen werknemers.

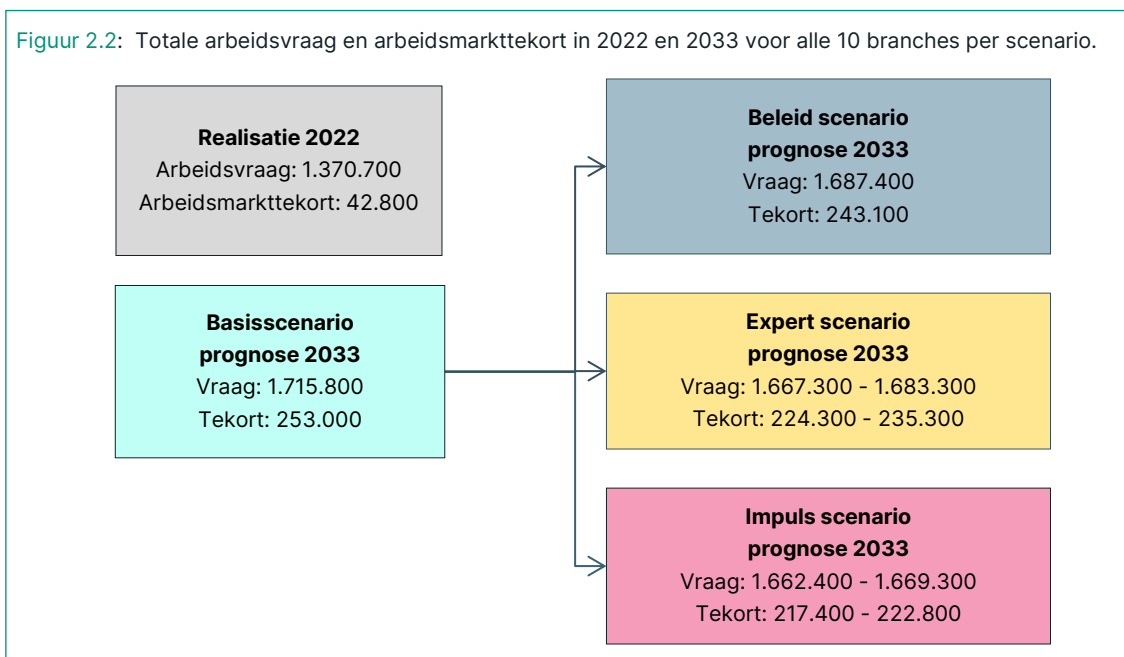
Figuur 2.1: Vraag, aanbod en aantal werknemers (vervulde vraag) (boven) en het arbeidsmarkttekort (onder) in het Basisscenario over 10 branches zorg en welzijn.



2.2 Resultaten scenario's

Figuur 2.2 vat de structuur en de resultaten van de scenario's in 2033 samen. De resultaten geven voor het Expert scenario en het Impuls scenario een minimum en een maximum effect weer. Die bandbreedte laat bij het Expert scenario bijvoorbeeld zien dat de arbeidsvraag tussen de 1,67 en 1,68 miljoen werknemers zou kunnen beslaan. Hierbij slaat de 1,67 miljoen op het maximale effect en 1,68 miljoen op het minimale effect.

Figuur 2.2: Totale arbeidsvraag en arbeidsmarkttekort in 2022 en 2033 voor alle 10 branches per scenario.



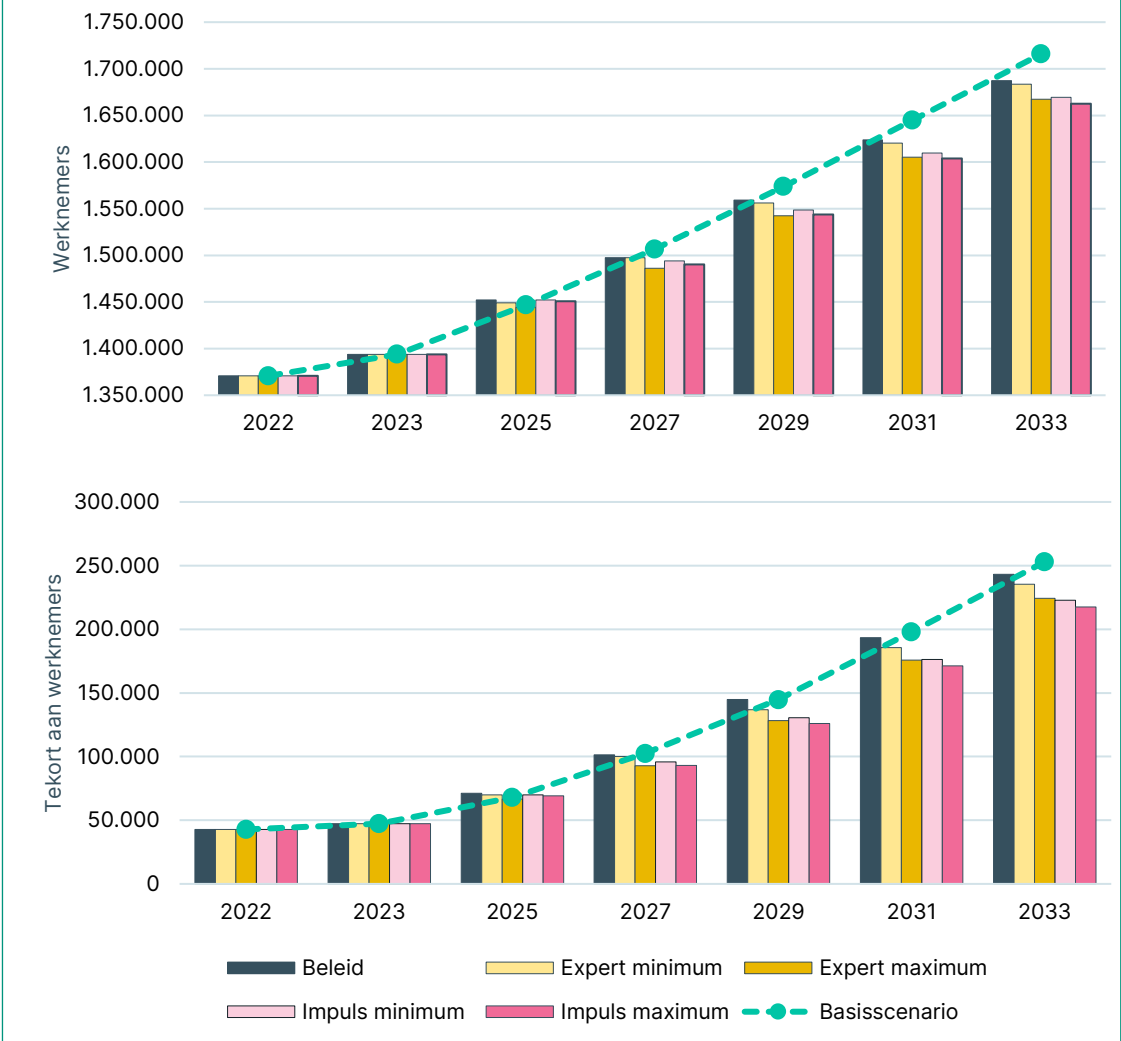
Alle drie de scenario's verminderen de krapte op de arbeidsmarkt t.o.v. het Basisscenario in 2033

Als gevolg van het grote arbeidsmarkttekort dat speelt in het Basisscenario, is zowel een vermindering van het arbeidsmarkttekort als een vermindering van de arbeidsvraag gunstig voor de arbeidsmarkt. Vanuit de cijfers in **Figuur 2.2** is op te maken dat voor alle drie de scenario's zowel de vraag als het tekort in 2033 lager zijn dan die van het Basisscenario. Dit betekent dat, uitgaande van de onderliggende aannames, de maatregelen in de scenario's de krapte op de arbeidsmarkt verminderen.

Een vergelijking van de scenario's toont dat de arbeidsvraag en het arbeidsmarkttekort het laagste zijn bij het maximale effect van het Impuls scenario. Tegelijkertijd wijkt het minimale effect van het Impuls scenario niet veel af van het maximale effect van het Expert scenario. Dit betekent in theorie dat het Expert scenario en het Impuls scenario bij uitvoering eenzelfde effectgrootte zouden kunnen bereiken. Tevens, tonen deze resultaten niet de financiële baten van tussen de 107 en 216 miljoen euro op de gehele zorg en welzijn sector die de maatregelen uit het Expert scenario kunnen opbrengen (zie *Hoofdstuk 4 en Bijlage E voor meer duiding hierover*).



Figuur 2.3: De arbeidsvraag (boven) en het arbeidsmarkttekort (onder) van het Basisscenario en de 'wat-als' scenario's tussen 2022 en 2033.

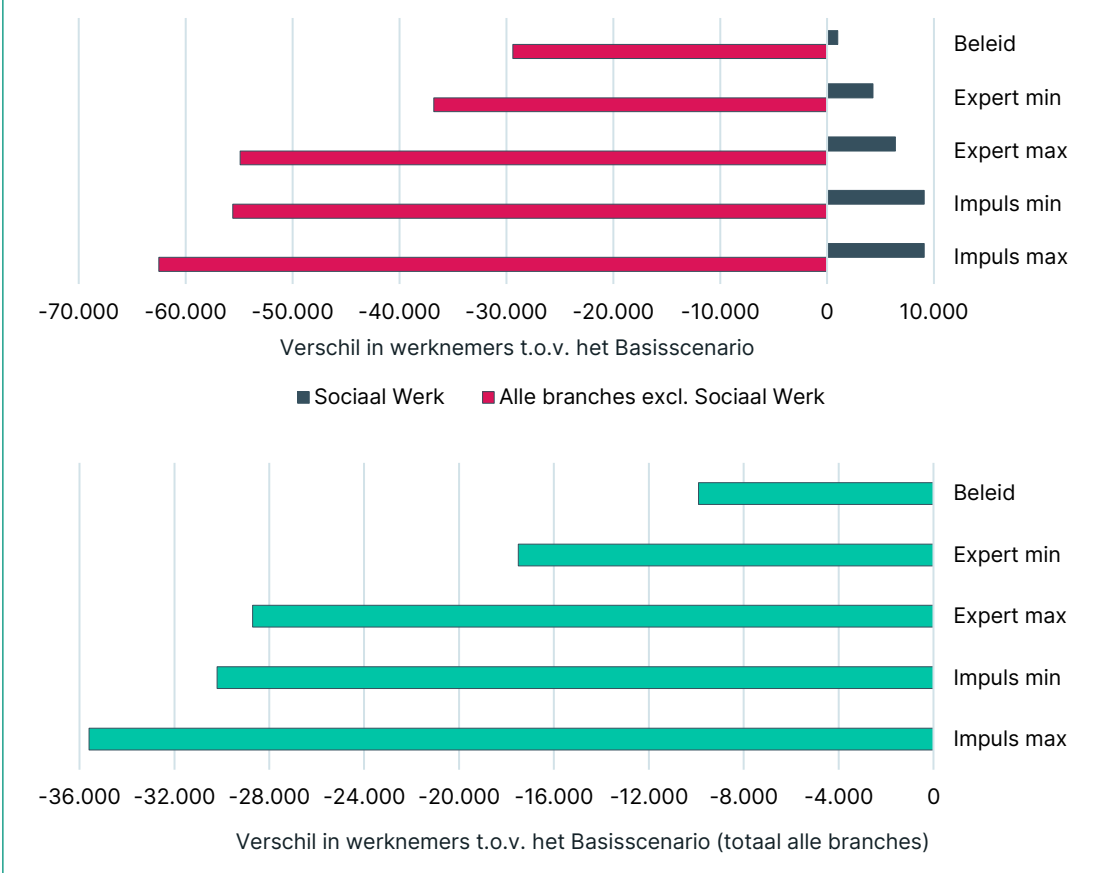


Na een invoertijd wordt effect van de drie alternatieve scenario's vanaf 2027 steeds groter

De verschillen tussen de effectgroottes van de scenario's is ook goed terug te zien in [Figuur 2.3](#). In de figuur zien we weer dat de maximale raming van het Impuls scenario voor het grootste verschil ten opzichte van het Basisscenario zou kunnen zorgen. Tevens is goed te zien dat het effect van de scenario's het grootst is in 2033 en dat het enkele jaren duurt voordat er een duidelijk verschil zichtbaar is ten opzichte van het Basisscenario. Dit komt omdat tijdens het construeren van de scenario's rekening is gehouden met een invoertijd. Dit is ook de reden dat de vraag en het tekort bij de scenario's in 2025 hoger uitkomen dan het Basisscenario. In 2025 is er nog sprake van een investering waarna vanaf 2027 de baten zichtbaar worden.



Figuur 2.4: Het verschil in de arbeidsvraag (boven) en het arbeidsmarkttekort (onder) in 2033 tussen de 'wats' scenario's en het basisscenario.



Meer inzet op sociaal werk leidt tot grotere bijdrage aan de arbeidsmarkt

Wetende dat in 2033 het effect van de scenario's het grootste is, is het vervolgens ook interessant om te kijken hoe de vraag en het tekort zich per branche ontwikkelen. In Figuur 2.4 wordt het verschil in de vraag en het tekort in 2033 tussen de scenario's en het Basisscenario gepresenteerd. Hierbij is er voor de arbeidsvraag bewust uitgesplitst op sociaal werk versus alle andere branches om goed te kunnen zien hoe een grotere inzet op sociaal werk zich vertaalt naar veranderingen in de andere branches.

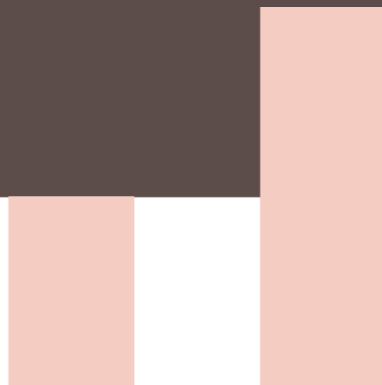
Kijkend naar het verschil in arbeidsvraag, is duidelijk te zien dat de grootste inzet van sociaal werk, bij het Impuls scenario, ook leidt tot de grootste afname in arbeidsvraag bij de andere branches. Als vervolgens wordt gekeken naar het arbeidsmarkttekort, is te zien dat een grotere inzet op sociaal werk leidt tot een grotere bijdrage.

Wel moet daarbij worden opgemerkt dat een aanzienlijk deel van de 'winst' in zowel de arbeidsvraag als het arbeidsmarkttekort afkomstig is van het doorvoeren van het WOZO-programma. Deze heeft op zichzelf een noemenswaardig effect zoals ook in de uitgebreidere beschrijving van de scenario's in hoofdstukken 3 t/m 5 staat beschreven.



03

Beleid scenario



3.1 Toelichting scenario

In het Beleid scenario worden de effecten van verschillende reeds in 2023 ingezette beleidsmaatregelen meegenomen. Het gaat hier specifiek om budgetten vanuit:

- het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)
- Integraal Zorgakkoord (IZA)
- Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)
- Het regeerakkoord Rutte IV (incl. aanpassingen t/m Prinsjesdag 2023) waaronder valt:
 - Herinterpretatie van het kwaliteitskader verpleegzorg
 - Eigen bijdrage Wmo

Dit scenario is gebaseerd op het Nieuw Beleid scenario dat voor het PMZW 23 is doorberekend (*zie Bijlage C voor een omschrijving*)¹³. Wat het Beleid scenario onderscheid van het Nieuw Beleid scenario is dat er een extra interpretatie van de IZA SPUK-middelen (Specifieke uitkeringen voor gemeentes; €150 miljoen/jaar structureel) is gedaan. In IZA worden de SPUK-middelen in acht afspraken samengevat. Van die acht afspraken, zijn er drie als passend voor dit onderzoek bevonden. Omdat er in IZA geen uitleg staat hoe de gelden per afspraak worden verdeeld, zijn we uitgegaan van een gelijkmatige verdeling.

Uiteindelijk, zoals verder beschreven in *Bijlage D*, heeft de analyse geleid tot **€27,19 miljoen/jaar** extra voor sociaal werk en **€2,34 miljoen/jaar** extra voor de GGZ ondersteuning thuis. Deze extra budgetten zijn toegevoegd aan de eerdergenoemde budgetten die voor het Nieuw Beleid scenario gelden. Deze budgetten zijn vervolgens doorberekend naar arbeid.

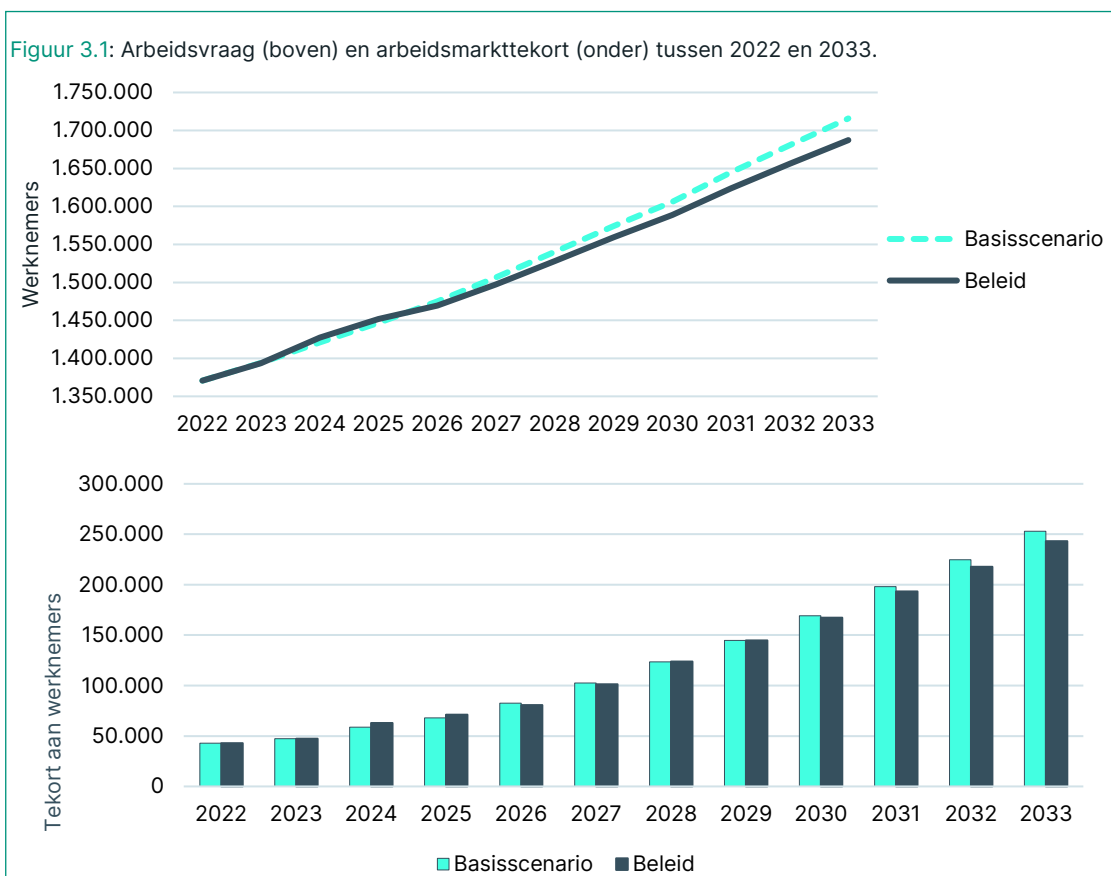
¹³ <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/verantwoordingsdocumentatie/1--inleiding>

3.2 Scenario-effecten

Het Beleid scenario dempt de groei van de arbeidsvraag en het arbeidsmarkttekort op de langere termijn

Indien we de ontwikkeling van de arbeidsvraag van het Basisscenario vergelijken met die van het Beleid scenario, dan zien we dat vanaf 2026 de maatregelen van Beleid gunstig uitwerken op de arbeidsvraag. Dat dit voor 2025 nog niet geldt, heeft te maken met opbouwtijd. In de modellering van het scenario is het effect van het scenario stapsgewijs tussen 2023 en 2025 geïntroduceerd. In de praktijk betekent dit dat in die jaren alle maatregelen worden doorgevoerd en vanaf 2026 de effecten van die maatregelen zichtbaar worden. In [Figuur 3.1](#) is te zien dat het verschil in arbeidsvraag tussen de twee scenario's vanaf 2026 steeds meer toeneemt. In 2033 loopt het verschil op tot 28.400.

Voor het arbeidsmarkttekort geldt hetzelfde, echter kost het meer tijd voordat het Beleid scenario gunstiger uitkomt dan het Basisscenario. In 2029 is het tekort aan werknemers zelfs nog gelijk. Vanaf 2030 verandert dit echter en komt de raming van Beleid minder beperkend uit dan het Basisscenario. In 2033 leidt dit tot een verschil van bijna 10.000 werknemers.



Een grote verschuiving binnen de ouderenzorg leidt in combinatie met een grotere inzet op de eerstelijnszorg tot een besparing in arbeid

In 2033 heeft het Beleid scenario dus het grootste effect op de arbeidsmarkt. In [Figuur 3.2](#) wordt dit ook gepresenteerd, echter dan uitgesplitst naar branches.

Twee branches die daar als eerste opvallen zijn de branches verpleging en verzorging en de thuiszorg. Ten opzichte van het Basisscenario is er in het Beleid scenario namelijk sprake van een schuif. Vanuit het WOZO-beleid¹⁴ - *van waaruit ouderen met een zorgvraag geacht worden om langer thuis te blijven wonen* – wordt er meer ingezet op de thuiszorg en een stuk minder op de verpleging en verzorging in institutionele verpleeghuizen. Het aantal arbeidskrachten dat nodig is bij de thuiszorg is vervolgens lager omdat het daar niet om 24/7 zorg gaat maar om kortere thuisbezoeken.

Daarnaast, tonen de resultaten de grotere inzet op de eerstelijnszorg. Bij de branches UMC's, ziekenhuizen en GGZ neemt de vraag naar werknemers namelijk af terwijl de vraag bij huisartsen en sociaal werk toeneemt. Dit is gunstig voor de arbeidsmarkt aangezien het aanpakken van fysieke en/of mentale problemen in een vroeg stadium niet alleen zorgt voor het voorkomen van benodigde dure specialistische zorg maar ook voor minder zorg in het algemeen.

In dit laatste stukje is tevens de uitwerking van de toegevoegde SPUK-budgetten te zien. Daarin zit namelijk niet alleen de extra inzet op sociaal werk maar ook de inzet op extra GGZ ondersteuning thuis, een relatief 'licht' deel van de GGZ.

Figuur 3.2: De arbeidsvraag en het arbeidsmarkttekort van het Basisscenario, het Beleid scenario en het verschil tussen beiden in 2033 per branche.

Branche	Arbeidsvraag in 2033			Arbeidsmarkttekort in 2033		
	Basis	Beleid	Vershil	Basis	Beleid	Vershil
Universitair medische centra	95.100	93.900	-1.200	14.300	13.400	-900
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	264.900	260.200	-4.700	36.600	34.400	-2.200
Geestelijke gezondheidszorg	119.600	118.400	-1.200	17.700	17.100	-600
Huisartsen & gezondheidscentra	42.800	45.700	+2.900	6.700	7.200	+500
Overige zorg en welzijn	165.600	166.000	+400	25.600	24.600	-1.000
Verpleging en verzorging	525.200	432.200	-93.000	83.900	66.500	-17.400
Thuiszorg	189.400	256.700	+67.300	21.800	34.200	12.400
Gehandicaptenzorg	208.800	208.900	+100	31.200	30.700	-500
Jeugdzorg	34.600	34.600	0	4.600	4.700	+100
Sociaal werk	69.800	70.800	+1.000	10.600	10.300	-300
Totaal	1.715.800	1.687.400	-28.400	253.000	243.100	-9.900

¹⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen>

04

Expert scenario



4.1 Toelichting scenario

Het Basisscenario aangevuld met de effecten van WOZO is net zoals voor alle scenario's het uitgangspunt van het Expert scenario. Hieraan zijn vervolgens effectinschattingen op basis van een combinatie van eerder gepubliceerde beleidsonderzoeken, wetenschappelijke literatuur, (maatschappelijke) kosten-batenanalyses en gesprekken met experts uit het veld toegevoegd.

Tijdens de gesprekken met experts is er gediscussieerd over hoe er maximaal kan worden ingezet op sociaal werk. Dit heeft geleid tot het selecteren van drie interventies:

- Inzetten op eenzaamheidspreventie
- Inzetten op het behalen van de bewegingsnorm
- Inzetten op substitutie vanuit diverse zorgbranches naar Sociaal Werk

In elk van deze interventies is, met inspraak van experts, gekeken welke domeinen betrokken zijn en in welke mate. Zodoende is er een balans opgemaakt met aan de ene kant de financiële kosten van extra sociaal werk en aan de andere kant de baten voor andere domeinen. Het verschil tussen de kosten en de baten is de 'financiële winst' voor de gehele zorgsector. Op basis van de resultaten loopt deze uiteen tussen de **€107 miljoen** en **€216 miljoen**.

Hierbij wordt de meeste winst behaald in de sectoren huisartsen en gezondheidscentra (tussen €78 miljoen en €127 miljoen) en de GGZ (tussen €123 miljoen en €154 miljoen). Daarnaast, kan er winst worden behaald bij de branches verpleging en verzorging, thuiszorg, ziekenhuizen, UMC's en jeugdzorg. In [Bijlage E](#) staat een nadere omschrijving van de berekeningen met de bijbehorende aannames.

Schuldpreventie veelbelovend maar niet meegenomen

De inzet van schuldpreventie is tijdens de gesprekken met de experts vaak genoemd. Vandaar dat er in dit onderzoek ook uitgebreid is gekeken hoe de inzet van sociaal werk daarin een rol kan spelen. Daarin blijkt veel potentie te liggen. Zo wordt er bijvoorbeeld genoemd dat elke euro die je in schuldenproblematiek steekt, 3 tot 4,5 keer zoveel kan opleveren¹⁵.

De reden dat schuldpreventie echter niet is meegenomen in de berekeningen van het Expert scenario komt doordat verreweg het grootste deel van de winst buiten de zorgsector ligt. Bijvoorbeeld bij justitie en politie omdat er minder criminaliteit plaatsvindt. Maar ook bij gemeenten, de overheid (minder uitkeringen), medeburgers, het onderwijs (minder schooluitval) en woningcorporaties (minder huurachterstand).

Indien schuldpreventie wel was meegenomen in het scenario, dan had dat een vertekend beeld gegeven waarin vooral de kosten en niet de baten zichtbaar waren geweest.

¹⁵ <https://www.cebeon.nl/wp-content/uploads/2022/04/20810-6.-Vroegsignalering-schulden.pdf>

4.2 Scenario-effecten

In het Expert scenario dempt de groei in de vraag en het tekort op lange termijn in grotere mate dan het Beleid scenario

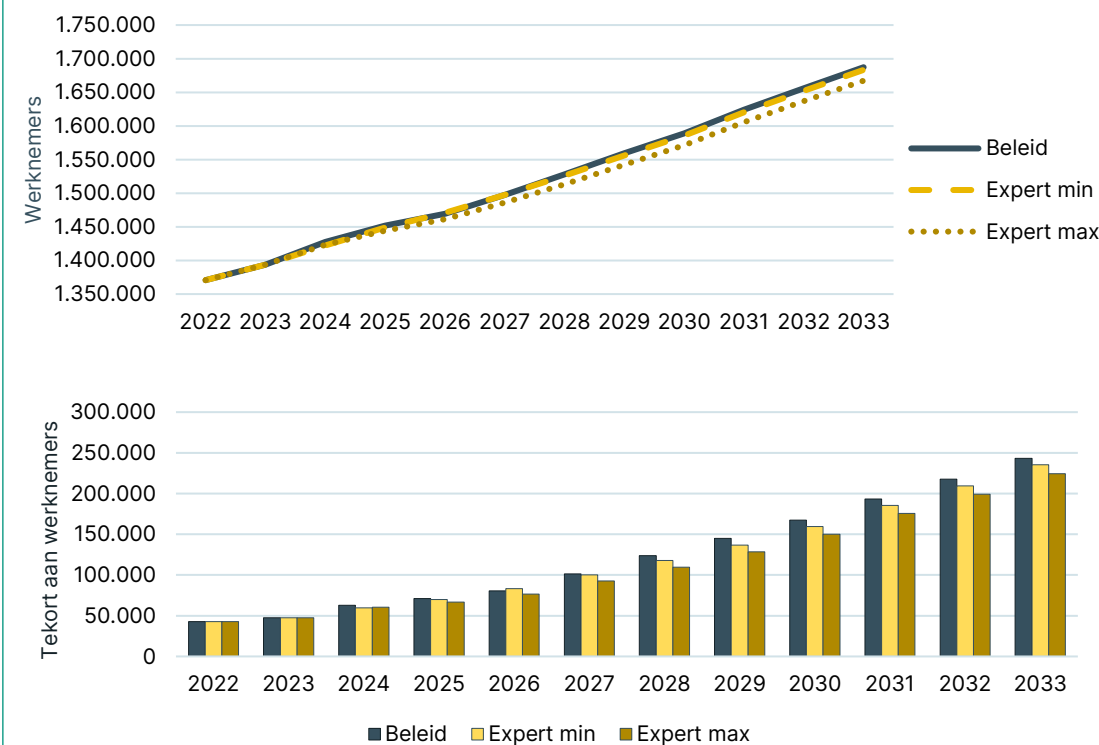
In [Figuur 4.1](#) is het effect van het Beleid scenario en het Expert scenario op de arbeidsmarkt gepresenteerd. Hierbij is voornamelijk bij het tekort aan werknemers te zien dat zowel de minimale als de maximale variant van het Expert scenario vanaf 2024 gunstiger uitkomt dan het Beleid scenario.

Tot en met 2024 zijn de verschillen echter nog klein als gevolg van de invoerperiode. De invoerperiode is op aanraden van experts (zie [Bijlage E](#)) vastgesteld op twee jaar. In deze twee jaar worden de maatregelen geïntroduceerd en is er ook geen verschil tussen het minimale en maximale effect zichtbaar. Vanaf 2025 kan er 'winst' worden behaald doordat de maatregelen effectief beginnen te worden en zijn er verschillen tussen het minimum en maximum effect zichtbaar.

Die verschillen lopen vervolgens steeds verder uiteen. In 2033 is de vraag naar werknemers maximaal zo'n 20 duizend personen lager in het Expert scenario dan in het Beleid scenario. Daar tegenover ligt het minimale effect in 2033 veel dichterbij het effect van het Beleid scenario aan en is het verschil slechts 4,1 duizend werknemers.

Voor het tekort aan werknemers, komt het Expert scenario tussen de 7,6 en 18,8 duizend werknemers gunstiger uit dan het Beleid scenario.

Figuur 4.1: Arbeidsvraag (boven) en arbeidsmarkttekort (onder) tussen 2022 en 2033.



Inzet van sociaal werk in het Expert scenario leidt tot besparingen bij de branches thuiszorg, verpleging en verzorging, GGZ en huisartsen

Uit [Figuur 4.1](#) bleek dat het Expert scenario in 2033 gunstiger uitkomt dan het Beleid scenario. In [Figuur 4.2](#) is vervolgens op brancheniveau te zien wat de verschillen zijn tussen het Expert scenario het en Beleid scenario in 2033.

Figuur 4.2: De arbeidsvraag (boven) en het arbeidsmarkttekort (onder) in 2033 van het Basisscenario en het Expert scenario en het verschil tussen beiden.

Branche	Beleid	Expert		Verschil	
		Min.	Max.	Min.	Max.
Universitair medische centra	93.900	95.000	95.000	+1.100	+1.100
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	260.200	264.700	264.500	+4.500	+4.300
Geestelijke gezondheidszorg	118.400	118.200	117.600	-200	-800
Huisartsen & gezondheidscentra	45.700	42.300	42.000	-3.400	-3.700
Overige zorg en welzijn	166.000	163.600	163.500	-2.400	-2.500
Verpleging en verzorging	432.200	444.400	430.700	12.200	-1.500
Thuiszorg	256.700	237.400	234.200	-19.300	-22.500
Gehandicaptenzorg	208.900	209.000	209.000	+100	+100
Jeugdzorg	34.600	34.600	34.600	0	0
Sociaal werk	70.800	74.100	76.200	+3.300	+5.400
Totaal	1.687.400	1.683.300	1.667.300	-4.100	-20.100

Branche	Beleid	Expert		Verschil	
		Min.	Max.	Min.	Max.
Universitair medische centra	13.400	13.300	12.800	-100	-600
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	34.400	33.800	32.300	-600	-2.100
Geestelijke gezondheidszorg	17.100	16.700	16.200	-400	-900
Huisartsen en gezondheidscentra	7.200	6.200	6.000	-1.000	-1.200
Overige zorg en welzijn	24.600	23.800	23.000	-800	-1.600
Verpleging en verzorging	66.500	67.100	62.500	+600	-4.000
Thuiszorg	34.200	30.100	28.700	-4.100	-5.500
Gehandicaptenzorg	30.700	29.300	28.200	-1.400	-2.500
Jeugdzorg	4.700	4.400	4.200	-300	-500
Sociaal werk	10.300	10.800	10.400	+500	+100
Totaal	243.100	235.500	224.300	-7.600	-18.800

De branches UMC's, ziekenhuizen, huisartsen en GGZ tonen goed het verschil in insteek tussen het Beleid en het Expert scenario. Waar het Beleid inzet op preventie vanuit de eerstelijnszorg (d.w.z. huisartsenzorg en 'eenvoudige' GGZ-zorg), gaat het Expert scenario uit van preventie vanuit sociaal werkers. In de arbeidsvraag is dit terug te zien doordat de vraag van de branche sociaal werk in het Expert scenario tussen 3,3 en 5,4 duizend groter is dan in het Beleid scenario. Het tekort in die branche sluit daarbij aan en groeit iets ten opzichte van het Beleid scenario.

De reden dat het tekort bij de branche sociaal werk bij het maximale verschil kleiner is dan bij het minimale verschil, kan worden verklaard doordat het model zo in elkaar zit dat als de arbeidsvraag binnen een branche enorm groeit, de branche ook harder gaat trekken aan het aanbod. Oftewel, als de vraag naar werknemers groot is, gaat het model ervanuit dat er ook meer mensen geneigd zijn om binnen die branche te gaan werken. Ditzelfde modeffect is ook zichtbaar bij de branches UMC's en ziekenhuizen.

Een branche waarbij er een duidelijk verschil tussen het minimale en het maximale effect zichtbaar is, is de verpleging en de verzorging. Waar de arbeidsvraag bij het minimale effect van het Expert scenario stijgt ten opzichte van het Beleid scenario, daalt deze bij het maximale effect. De reden hierachter is het ontbreken van de herinterpretatie van het kwaliteitskader verpleegzorg (*zie Bijlage E*) in het minimale effect¹⁶.

De arbeidsvraag van de branche sociaal werk van het maximale effect neemt vervolgens iets toe omdat de aanname is dat sociaal werkers een deel van de ouderenzorg kunnen voorkomen/op zich kunnen nemen. Dit is ook de reden dat de arbeidsvraag bij de thuiszorg in zowel het minimale als het maximale effect enorm afneemt ten opzichte van het Beleid scenario. Vanuit de aanname dat preventie door sociaal werkers zorg kan voorkomen, is ook te verklaren waarom de tekorten in andere branches, zoals huisartsen en GGZ, in het Expert scenario lager ligt dan in het Beleid scenario.

¹⁶ Er is gekozen om deze herinterpretatie niet toe te voegen aan het minimale effect omdat het nog niet zeker is of deze maatregel daadwerkelijk zal worden doorgezet in de toekomst. Voor een zo'n realistisch mogelijke bandbreedte is deze maatregel daarom niet doorgevoerd in het minimum en wel in het maximum.

4.3 Input vanuit experts: vereisten voor succes

Tijdens de gesprekken met experts werd duidelijk dat simpelweg meer geld toekennen aan sociaal werk niet genoeg is om permanente effecten in de gemeenschap te bewerkstelligen. Daarvoor is een lange-termijn visie nodig met een structurele bekostiging. Op dit moment zien de experts te vaak dat projecten een hele goede insteek hebben maar al afgelopen zijn voordat ze echt beginnen te renderen. Eén van de experts schat in dat je minimaal 2 jaar opzettijd nodig hebt voordat je je positieve effecten zult terugzien. Een andere expert schat in dat dat zelfs nog te kort is.

Het behalen van positieve effecten gaat volgens de experts verder dan het vinden van de juiste werknemers en het uitvoeren van een project. Een structurele verandering van denken bij de mensen die meedoen aan sociaal werk activiteiten is nodig en dat kost tijd. Zoals ook door Cigarbox in 2023¹⁷ werd aangegeven: intensieve langer durende trajecten hebben grotere kans van slagen dan trajecten met weinig contactmomenten of korte duur.

Daarnaast, is het van belang dat potentiële veranderaars - denk aan vrijwilligers of mantelzorgers - tijd krijgen om de denkstap te maken van 'Ik word ingezet' naar 'Ik zet me in!'. De krachtigste initiatieven ontstaan volgens de experts vanuit de burgers zelf en niet vanuit vooruit uitgestippelde initiatieven. De experts geven hierbij wel aan dat sociaal werkers een belangrijke ondersteunende rol of activerende - in de vorm van opbouwwerkers - kunnen vervullen.

Ook wordt aangegeven dat het hierbij niet mogelijk is om één integraal plan te bedenken dat in heel Nederland kan worden uitgevoerd. Experts en onderzoekers zijn het eens dat succesvolle sociaal werk projecten altijd specifiek zijn voor de buurt of regio waar ze plaatsvinden^{18,19}. Dat een project succesvol is in de ene buurt, betekent niet dat het werkt in de andere. Wel is het volgens de experts mogelijk om een blauwdruk met handvaten op te stellen waaruit iedereen specifieke en succesvolle interventies kan opstellen.

Het is daarbij ook van belang dat er aandacht is voor alle doelgroepen. Op dit moment is er voornamelijk aandacht voor jongeren, ouderen of kwetsbaren terwijl er bij de volwassendoelgroep ook veel te winnen valt. Een expert noemde hierbij als voorbeeld dat eenzaamheid soms pas wordt opgemerkt wanneer iemand in aanraking komt met thuiszorg of in een verzorgingstehuis is beland terwijl het daarvoor ook al jaren speelde.

Tot slot, ligt er op het gebied van de arbeidsmarkt ook een belangrijke eis. Experts geven aan dat het werk van sociaal werkers zwaar is en dat dat er mede toe leidt dat veel nieuwe krachten snel uitstromen. Om succesvol meer in te kunnen zetten op sociaal werk, is het van belang dat er meer

¹⁷ <https://www.sociaalwerknederland.nl/?file=29238&m=1702400321&action=file.download>

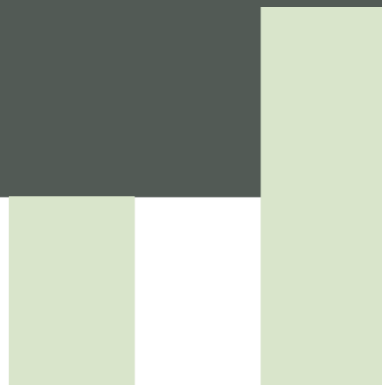
¹⁸ <https://www.werkplaatsensociaaldomein.nl/sites/default/files/2021-07/De-waarde-van-preventie-in-een-veranderend-sociaal-domein.pdf>

¹⁹ https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2023/10/121500_Leren-sturen-en-verantwoorden-in-de-sociale-basis.pdf

sociaal werkers actief zullen worden en ook zullen blijven. Er zal daarvoor aandacht moeten worden besteed aan het verlagen van de uitstroom en het verbeteren van de parate kennis. Om hieraan bij te dragen oppert een expert om meer in te zetten op het mentor-gezel systeem. In dit systeem wordt een jonge werknemer opgeleid door een meer ervaren kracht. Daarnaast, noemt een andere expert de behoefte aan meer cursussen, waaronder signaleringscursussen.

05

Impuls scenario



5.1 Toelichting scenario

In het Impuls scenario is als uitgangspunt het voorstel van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)²⁰ om 2 procent van de zorgbegroting richting het gemeentelijke sociale domein te verschuiven genomen. VNG (2023) noemt deze verschuiving essentieel om de Wmo, Zvw en Wlz houdbaar te houden en oppert dat dit helpt om preventief te gaan werken in plaats van curatief.

Om een vertaalslag te maken van 2 procent zorgbegroting naar budgetten per branche, zijn we uitgegaan van een budget van 2 miljard. Dit komt overeen met ongeveer 2 procent van het huidige zorgbudget²¹. Daarna is de aannahme gemaakt dat het budget geormerkt naar gemeenten zal gaan. Dit betekent dat alleen clusters die verantwoordelijk zijn voor het sociale domein (dit beslaat naast sociaal werk ook andere vormen van welzijnswerk en ondersteuning) geld zullen ontvangen en dat zij het volle bedrag inzetten voor preventieve, zorg vervangende en ondersteunende maatregelen die net zo effectief zijn als in kleinere kosten-baten studies is gebleken.

Daarna zijn van de twaalf clusters van het gemeentefonds versie 2024, vier clusters als passend geselecteerd. De zorg en welzijn branches die daarbij betrokken zijn, zijn:

- Sociaal werk (in 2 clusters)
- Jeugdzorg
- Alle Wmo zorg, verdeeld over verschillende branches van PMZW.

Op basis van het gegeven dat er 15 miljard omgaat in de vier clusters en de aannahme dat er een gelijkmatige verdeling van de budgetten over 2024, 2025 en 2026 plaatsvindt, is er sprake van een **4,2 procent** toename per jaar in het budget van de gemeentelijke zorgverlening.

In elk van de clusters is vervolgens bepaald welke branches baten kunnen verwerven indien er extra wordt ingezet op het desbetreffende cluster.

- Bij de twee clusters sociaal werk zijn we uitgegaan van 10 procent ziekenhuiszorg, 30 procent huisartsenzorg, 40 procent GGZ en 20 procent dementiezorg.²²
- Bij het cluster Wmo zorg zijn we uitgegaan van ontlasting in GGZ Basis, GHZ gemiddelde zwaarte, GGZ Wlz Wonen, Verpleeghuiszorg en de VPT.
- Bij het cluster jeugdzorg zijn we uitgegaan van 60 procent GGZ, 30 procent huisartsenzorg en 10 procent ziekenhuiszorg.

Om een bandbreedte voor dit scenario te bepalen, is er voor het minimale effect een kosten-baten ratio van 1,6 gebruikt terwijl voor het maximum een kosten-baten ratio van 2,0 is gebruikt. Deze twee waarden zijn gebaseerd op onderzoek van SEOR²³ naar de verhouding kosten-baten bij sociaal werk cases. In [Bijlage F](#) staat een nadere beschrijving van het scenario.

²⁰ https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein_def.pdf

²¹ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/09/19/kabinet-zet-in-op-toegankelijkheid-en-betaalbaarheid-zorg-in-2024>

²² <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Rapport-substitutie-van-zorg.pdf>

²³ https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2021-03/meta_analyse_bc_sociaalwerk_eindrapport-def260121.pdf

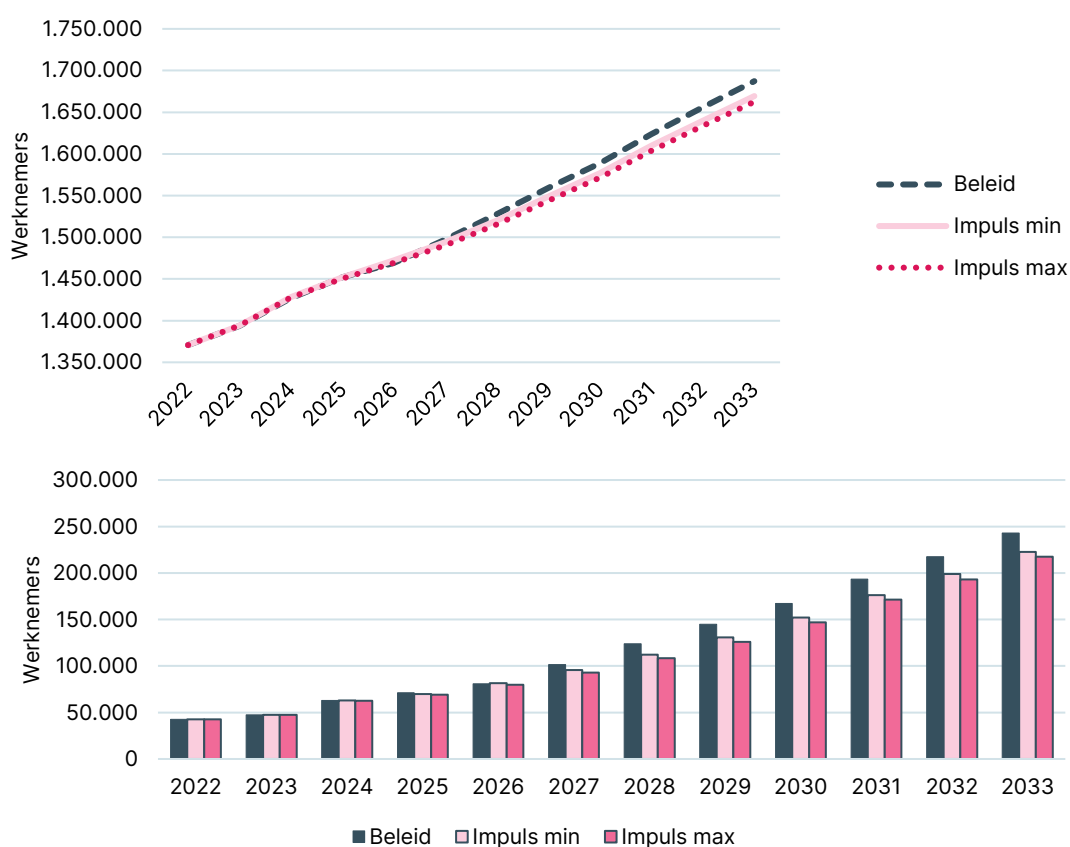
5.2 Scenario-effecten

Het Impuls scenario dempt de groei in de vraag en het tekort op lange termijn in grotere mate dan het Beleid scenario

Figuur 5.1 toont de effecten van het Beleid en het Impuls scenario op de arbeidsmarkt. Daarin is te zien dat het Impuls scenario gunstiger uitkomt dan het Beleid scenario. Dit verschil is te zien vanaf 2027. De reden dat het tot en met 2026 minder goed zichtbaar is, heeft te maken met de invoerperiode. Hierin wordt al wel extra geïnvesteerd maar worden er nog geen baten gerealiseerd. De invoerperiode van het Impuls scenario is op aanraden van experts iets langer dan die van het Expert scenario. Dit omdat er in het Impuls scenario maatregelen worden genomen op gemeentelijk niveau in plaats van op landelijk niveau. Elke gemeente kiest daarbij zijn eigen methode om interventies in te voeren (al adviseren de experts wel om een algemene blauwdruk op te stellen) en dat duurt over het algemeen langer dan landelijke maatregelen.

Tussen 2027 en 2033 is te zien dat de demping op de arbeidsmarkt in het Impuls scenario over de jaren steeds meer toeneemt. In 2033 leidt dit tot een verschil in vraag tussen de twee scenario's van tussen de 18 en 25 duizend personen. Het bijbehorende tekort aan werknemers is in 2033 tussen de 20,3 en 25,7 duizend personen lager bij het Impuls scenario dan bij het Beleid scenario.

Figuur 5.1: Arbeidsvraag (boven) en arbeidsmarkttekort (onder) tussen 2022 en 2033.



Inzet op het gehele sociale domein leidt tot besparingen in de GGZ, huisartsen en de thuiszorg

Figuur 5.1 toont dat het Impuls scenario in 2033 een stuk gunstiger uitkomt dan het Beleid scenario. **Figuur 5.2** laat vervolgens per branche zien wat het effect is van het Impuls scenario op de arbeidsmarkt in 2033 en hoe zich dit verhoudt tot het effect van het Beleid scenario.

Figuur 5.2: De arbeidsvraag (boven) en het arbeidsmarkttekort (onder) in 2033 van het Basisscenario en het Impuls scenario en het verschil tussen beiden.

Branche	Beleid	Impuls		Verschil	
		Min.	Max.	Min.	Max.
Universitair medische centra	93.900	94.700	94.600	+800	+700
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	260.200	263.500	263.200	+3.300	+3.000
Geestelijke gezondheidszorg	118.400	114.900	113.000	-3.500	-5.400
Huisartsen & gezondheidscentra	45.700	39.700	38.900	-6.000	-6.800
Overige zorg en welzijn	166.000	163.800	163.400	-2.200	-2.600
Verpleging en verzorging	432.200	432.200	432.200	0	0
Thuiszorg	256.700	233.800	230.400	-22.900	-26.300
Gehandicaptenzorg	208.900	208.900	208.900	0	0
Jeugdzorg	34.600	38.900	38.900	+4.300	+4.300
Sociaal werk	70.800	78.900	78.900	+8.100	+8.100
Totaal	1.687.400	1.669.300	1.662.400	-18.100	-25.000

Branche	Beleid	Impuls		Verschil	
		Min.	Max.	Min.	Max.
Universitair medische centra	13.400	12.700	12.400	-700	-1.000
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	34.400	31.900	31.100	-2.500	-3.300
Geestelijke gezondheidszorg	17.100	16.100	15.700	-1.000	-1.400
Huisartsen & gezondheidscentra	7.200	5.500	5.200	-1.700	-2.000
Overige zorg en welzijn	24.600	23.100	22.600	-1.500	-2.000
Verpleging en verzorging	66.500	62.000	60.800	-4.500	-5.700
Thuiszorg	34.200	26.800	25.700	-7.400	-8.500
Gehandicaptenzorg	30.700	28.700	28.200	-2.000	-2.500
Jeugdzorg	4.700	4.900	4.800	+200	+100
Sociaal werk	10.300	11.100	10.900	+800	+600
Totaal	243.100	222.800	217.400	-20.300	-25.700

Hierbij vallen de effecten van het Impuls scenario op de branches jeugdzorg en sociaal werk op. De vraag neemt in deze branches ten opzichte van het Beleid scenario met 4,3 duizend, respectievelijk 8,1 duizend personen toe. Er is daarbij geen verschil tussen het minimum en het maximum effect van het Impuls scenario. Dit komt doordat de bandbreedte van het scenario alleen geldt voor de baten en niet voor de kosten. De kosten zijn bij het minimum en maximum daarom gelijk.

De reden dat het tekort bij jeugdzorg en sociaal werk vervolgens wel verschilt heeft te maken de manier waarop het model is samengesteld. Bij de maximale variant van het Impuls scenario zijn de branches jeugdzorg en sociaal werk relatief iets groter dan bij de minimale variant van het scenario terwijl de totale sector zorg en welzijn (smal) een kleinere arbeidsvraag kent. Hierdoor trekken de branches relatief harder aan het aanbod en wordt het tekort kleiner.²⁴

²⁴ Ook bij de branches UMC's en ziekenhuizen is te zien dat het tekort afneemt terwijl de relatieve vraag toeneemt.

De branches UMC's, ziekenhuizen, GGZ, huisartsen en thuiszorg tonen het verschil in insteek tussen het Beleid scenario en het Impuls scenario. Het Impuls scenario zet in op preventie vanuit het gehele sociale domein terwijl het Beleid scenario vooral inzet op preventie vanuit de eerstelijnszorg (d.w.z. huisartsenzorg en 'eenvoudige' GGZ zorg). Vooral bij de thuiszorgbranche is daardoor veel verschil waar te nemen: in 2033 ligt de vraag bij het Impuls scenario tussen de 22,9 en 26,3 duizend personen lager dan bij het Beleid scenario.

Dit is vervolgens ook terug te zien in het tekort. Deze neemt af met 7,4 tot 8,5 duizend werknemers. De reden dat de thuiszorgbranche dusdanig kleiner wordt in het Impuls scenario komt voort uit de aanname dat veel van de thuiszorg werkzaamheden worden overgenomen/voorkomen door sociaal werkers.

Zo wordt bijvoorbeeld de aanname gemaakt dat een deel van de mensen met een volledig pakket thuis (VPT) door extra inzet van het sociale domein het af zou kunnen met het lichtere modulair pakket thuis (MPT). Dit scheelt op zichzelf al een aanzienlijke hoeveelheid medewerkers. Als gevolg, daalt vervolgens ook het tekort in de branche verpleging en verzorging. Doordat mensen met een zorgvraag langer thuis kunnen blijven wonen, en dus minder snel in een instelling gaan wonen, wordt de druk op het tekort bij de verpleging en verzorging branche gedempt.

Een vergelijkbare aanname wordt gevolgd voor de branches ziekenhuizen, UMC's, GGZ, huisartsen en overige zorg. Ervanuit gaande dat de inzet op het sociale domein een preventief effect op de zorgvraag heeft en daarmee de zorgvraag remt, is het verklaarbaar dat de tekorten bij die branches het Impuls scenario lager uitkomen dan het Beleid scenario. De druk op deze branches wordt immers lager.

Hetzelfde effect is zichtbaar bij het Expert scenario. Het Impuls scenario en het Expert scenario lijken in dat opzicht enigszins op elkaar. Het verschil is dat het Impuls scenario een drastischere insteek heeft dan het Expert scenario en uitgaat van inzet op het gehele sociale domein (dit beslaat naast sociaal werk ook andere vormen van welzijnswerk en ondersteuning) in plaats van alleen sociaal werk. Daarnaast, zijn de effect groottes van het Expert scenario gebaseerd op sociaal werk pilots terwijl het Impuls scenario aanneemt dat het verschuiven van budgetten op een even effectieve manier kunnen worden ingezet zonder rekening te houden met doelgroep formaat. Voor een vergelijking van de effecten het Impuls scenario en het Expert scenario per branche in 2033, kan [Bijlage G](#) worden geraadpleegd.

Bijlagen



Bijlage A: Het Prognosemodel Zorg en Welzijn

Het Prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW) wordt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport jaarlijks door ABF Research opgesteld. Het is een arbeidsmarktmodel waarbij de ramingen inzicht geven in de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld personeelsaantallen, binnen de branche zorg en welzijn. Er wordt geraamd vanaf het startjaar tot en met 11 jaar later (dus bijvoorbeeld van 2022 tot 2033).

De basisraming van PMZW is de Referentieraming. Voor deze raming worden realisatiecijfers gecombineerd met veranderingen in demografie en conjunctuur. Beleidsmaatregelen, zoals bijvoorbeeld het regeerakkoord van Rutte IV of gelden vanuit het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), zijn niet meegenomen in dit scenario.

Voor het raadplegen van de belangrijkste resultaten van de arbeidsmarktprognoses, kan <https://www.prognosemodelzw.nl> worden geraadpleegd. Voor een gedetailleerde beschrijving over de methodiek kan de verantwoordingsdocumentatie geraadpleegd worden via <https://www.prognosemodelzw.nl/over-het-prognosemodel/arbeidsmarktprognosemodel>.

Voor meer gedetailleerde resultaten is toegang tot de online tool nodig, waarvoor een gebruikersaccount vereist is. Een account is aan te vragen via de volgende link: <https://www.prognosemodelzw.nl/contact>. Met een account en een instructie kan de online tool gebruikt worden via <https://prognosemodelzw.databank.nl>. Deze tool stelt de gebruiker ook in staat eigen scenario's samen te stellen en door te rekenen.

Bijlage B: Stabilisatie van de arbeidsproductiviteit

Het Basisscenario omvat het Referentiescenario van het Prognosemodel Zorg en Welzijn editie 2023 met daarin een aanpassing in de arbeidsproductiviteit. In onderstaande tekst wordt uitgelegd op welke manier en waarom de arbeidsproductiviteit is gestabiliseerd.

In het Referentiescenario is er rekening gehouden met van een arbeidsproductiviteitverbetering van 0,5 procent voor alle branches. In het Basisscenario is deze arbeidsproductiviteit, afhankelijk van de branche, gestabiliseerd naar een groei 0,3 procent, 0,1 procent of zelfs naar 0,0 procent. De reden om deze te verlagen, komt voort uit recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)²⁵. Uit deze cijfers blijkt namelijk dat er de afgelopen 25 jaar nauwelijks sprake is geweest van een verbetering van de arbeidsproductiviteit.

Het CBS geeft daarnaast ook aan dat er verschillen tussen domeinen zijn. Het CBS maakt in de PMZW-branches, onderscheid tussen twee takken: 'Gezondheidszorg' en 'Verzorging en welzijn'. Tot Gezondheidszorg behoren de branches UMC, ZKH, GGZ en HA. Tot Verzorging en welzijn de branches V&V, TZ, GHZ, JZ en SW.

Om een realistische aanname te doen voor de toekomst is het gewogen gemiddelde van de arbeidsproductiviteit tussen 2005 en 2019 gekozen. Hierbij wordt de arbeidsproductiviteit gestabiliseerd naar een groei van 0,3 procent voor de 'Gezondheidszorg' branches en een groei van 0,0 procent voor de 'Verzorging en welzijn' branches. Voor de laatste 'overige' branche is ervoor gekozen om ertussenin te gaan zitten, op een groei van 0,1 procent (zie [Figuur B.1](#)).

Figuur B.1: Arbeidsproductiviteit in het Referentiescenario en Basisscenario per branche

Branche	Referentiescenario	Basisscenario
Universitaire medische centra (UMC)	0,5 %	0,3 %
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg (ZKH)	0,5 %	0,3 %
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	0,5 %	0,3 %
Huisartsen (HA)	0,5 %	0,3 %
Overige zorg & welzijn	0,5 %	0,1 %
Verpleging en verzorging (V&V)	0,5 %	0,0 %
Thuiszorg (TZ)	0,5 %	0,0 %
Gehandicaptenzorg (GHZ)	0,5 %	0,0 %
Jeugdzorg (JZ)	0,5 %	0,0 %
Sociaal Werk (SW)	0,5 %	0,0 %

²⁵ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84546NED/table?dl=98B88>.

Bijlage C: Nieuw Beleid zoals in PMZW-23

De intentie van het scenario Nieuw Beleid of NieuwBeleid-scenario (NBS) is om de verwachte ontwikkeling van de arbeidsmarkt te schetsen indien beleidsmaatregelen volgens plan worden ingevoerd. Het gaat te ver om alle relevante voorgenoemde beleidsmaatregelen in het scenario op te nemen. Daarom worden voorwaarden gesteld om te bepalen welke beleidsmaatregelen meegenomen kunnen worden in het scenario Nieuw Beleid (en welke niet):

- De maatregel of afspraak moet zijn vastgelegd in een akkoord, programma of in een brief aan de Tweede Kamer.
- De maatregel zelf moet voldoende helder en concreet zijn.
- De maatregel moet kunnen worden vertaald naar concrete aanpassingen in het model. Bij voorkeur gelden deze aanpassingen voor de volledige prognoseperiode, maar een overzicht van concrete aanpassingen voor de eerste prognosejaren zou ook kunnen volstaan.
- Het effect of de aanpassing dient onderbouwd te zijn.

Op basis van het bovenstaande zijn in het scenario Nieuw Beleid maatregelen uit de onderstaande akkoorden, programma's of afspraken opgenomen voor zover deze voldoen aan de gestelde voorwaarden:

- Het Integraal Zorgakkoord (IZA);
- Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO);
- Het regeerakkoord Rutte IV (incl. aanpassingen t/m Prinsjesdag 2023)
 - Kinderopvang: 96% vergoeding van de maximumprijs per 1 januari 2027
 - Herinterpretatie van het kwaliteitskader verpleegzorg
 - Eigen bijdrage Wmo
- Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)

Deze selectie impliceert tevens dat een groot aantal maatregelen en programma's geen onderdeel zijn van het Nieuw Beleid-scenario dat is doorgerekend. Bijvoorbeeld alle maatregelen in het kader van het programma Toekomstbestendige arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) zijn geen onderdeel van het Nieuw Beleid-scenario, omdat de effecten van de maatregelen in TAZ niet zijn gekwantificeerd en daardoor niet modelleerbaar zijn.

Het effect van de maatregelen die wel onderdeel zijn van het Nieuw Beleid-scenario is in principe gemodelleerd door aanpassingen te maken in de zorggebruikindicatoren en in enkele gevallen door aanpassingen in de arbeidsproductiviteit. Deze aanpassingen worden in de onderstaande

paragrafen beschreven. Veranderingen in de zorggebruikindicatoren werken via de bestaande koppeling tussen zorggebruikindicatoren en beroepsgroepen door in de arbeidsvraag. In afstemming met het Capaciteitsorgaan is de keuze gemaakt om de arbeidsvraag voor de Capaciteitsorgaanberoepen ongewijzigd te laten voor het Nieuw Beleid-scenario ten opzichte van het Referentiescenario.

Integraal Zorgakkoord (IZA)

Het integraal zorgakkoord richt zich op passende zorg en ondersteuning in de curatieve zorg. Uit het IZA zijn alleen de maatregelen meegenomen die kwantitatief kunnen worden onderbouwd. **Figuur C.1** toont de branches waarvoor concrete afspraken zijn gemaakt over de toegestane volumegroei per jaar.

Figuur C.1: Volumegroei IZA

	2023	2024	2025	2026
Medisch Specialistische Zorg (MSZ)	1,0%	0,8%	0,4%	0,0%
GGZ	1,0%	0,8%	0,6%	0,4%
Wijkverpleging	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
Huisartsenzorg	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
Multidisciplinaire zorg (MDZ)	2,0%	3,0%	4,0%	5,0%

Huisartsen nemen de multidisciplinaire zorg (MDZ) veelal voor hun rekening. De volumegroei van MDZ en huisartsenzorg uit IZA wordt daarom gemiddeld om te komen tot de groeirimte voor de huisartsenbranche in het prognosemodel. De afspraken in IZA beperken zich tot de zorg die vergoed wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ten opzichte van het Referentiescenario komt dit neer op een vermindering van de groei voor UMC's, algemene ziekenhuizen en overige instellingen en de GGZ. Voor de huisartsenzorg en de wijkverpleging is juist meer groeirimte voorzien dan in het Referentiescenario.

Uitwerking en aannames

Aanname is dat de arbeidsvraag van een branche met de genoemde percentages mag groeien. Indien het IZA slechts een deel van de branche beslaat dan geldt dit groeipercentage uiteraard enkel voor de arbeidsvraag die gekoppeld is aan de relevante indicatoren. Wanneer de volumegroei in IZA 0% is kan het zorggebruik met een 0,5% per jaar groeien, omdat het prognosemodel jaarlijks een arbeidsproductiviteitsverbetering van een 0,5% veronderstelt. Het IZA geeft geen harde informatie om onderbouwd te differentiëren in de beperking van de volumegroei tussen de verschillende zorggebruikindicatoren. Aanname is daarom dat het akkoord in gelijke mate effect heeft op de ontwikkeling van alle Zvw-indicatoren in een branche. De IZA-afspraken gelden voor de periode 2023 tot en met 2026. Na 2026 volgt de ontwikkeling daarom weer de lijn van het Referentiescenario, tenzij anders vermeld is.

Voor de prognose van 2023 is gebruik gemaakt van de stand van zaken op Prinsjesdag 2023. Voor diverse branches wijken de op Prinsjesdag verwachte uitgaven over 2023 af van de afspraken in IZA over dat jaar. Omdat de afspraken in IZA niet bijgesteld zijn is het uitgangspunt dat de totale volumegroei in 2026 t.o.v. 2022 conform de oorspronkelijke afspraken zal zijn. Indien de verwachtingen voor 2023 voor een branche slechts licht afwijken van de IZA-afspraken is het verschil volledig verwerkt in de 2024 ontwikkeling, bij grotere verschillen is gekozen om het verschil te verdelen over 2024 (40%), 2025 (40%) en 2026 (20%). Het sterkst speelt dit in de wijkverpleging. Het budget voor wijkverpleging werd in 2022 al niet volledig uitgeput en in 2023 loopt het verschil tussen begroting en uitgaven naar verwachting op tot ruim € 800 miljoen, dit leidt tot een groeiruimte van zo'n 7,5% - 13% per jaar in de periode 2024 t/m 2026 (i.p.v. de afgesproken 2,5% - 3,5% op jaarbasis).

Voor enkele branches zijn er nog andere aandachtspunten. De sterke groei van de uitgaven aan dure geneesmiddelen gaat in de medisch specialistische zorg ten koste van de volumegroei van de arbeidsvraag. Tot slot, is voor de huisartsenzorg rekening gehouden met de afspraken over meer tijd voor de patiënt uit het coalitieakkoord. Het budget hiervoor is € 36 miljoen in 2026, € 72 miljoen in 2027 en € 108 miljoen per jaar vanaf 2028.

Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)

In het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) is het motto 'Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan'. In het Nieuw Beleid-scenario zijn effecten meegenomen die samenhangen met de afspraken die in het programma zijn gemaakt over de beperking van het aantal verpleeghuisplaatsen en over het bijbouwen van geclusterde woonvormen waar cliënten met een volledig pakket thuis kunnen wonen:

- Beperking verpleeghuisplaatsen
 - 135.000 in 2026 (i.v.m. vergevorderde bouwplannen)
 - 130.000 in 2030 en verder
- 40.000 geclusterde woonvormen op basis van Wlz-zorg t/m 2030
 - 5.000 omgezette verpleeghuisplaatsen (zorg vanuit de VV)
 - 20.000 gebouwd door corporaties
 - 15.000 plekken gebouwd door overige partijen (o.a. zorgorganisaties)

Het doorrekenen van deze afspraken leidt ertoe dat in het Nieuw Beleid-scenario in 2030 zo'n 20.000 cliënten zorg ontvangen vanuit de thuiszorg in plaats van vanuit de verpleging en verzorging. Andere voornemens en maatregelen uit WOZO gericht onder meer op het verhogen van de arbeidsproductiviteit (o.a. digitaal als het kan) en het beperken van de zorgvraag zijn niet meegenomen omdat deze onvoldoende kwantitatief kunnen worden onderbouwd.

Uitwerking en aannames

De volgende aannames over de bouw van geclusterde woningen zijn afgestemd met experts:

- Oplopend bouwtempo: van ruim 3.500 nieuwe plekken in 2023 tot bijna 5.500 nieuw te bouwen plekken per jaar in 2030;
- Geclusterde woonvormen worden ook na 2030 bijgebouwd. Dit leidt per jaar tot 3.500 extra plekken binnen de Verpleging & Verzorging;

Om vervolgens tot de arbeidsvraag te komen is van belang te bepalen vanuit welke branche cliënten zorg krijgen (verpleging & verzorging of thuiszorg) en welke arbeidsvraag per cliënt hierbij hoort. Bovendien, dient bepaald te worden welke cliënten niet meer in het verpleeghuis terecht kunnen en welke cliënten in de wijk blijven wonen wanneer ook de geclusterde woonvormen vol zijn.

Welke branche de zorg levert hangt samen met de woonsituatie van de cliënt. Uit onderzoek van ABF Research naar de functiemix verpleeghuiszorg blijkt dat van de cliënten met een volledig pakket thuis momenteel 60% institutioneel woont (de eigenaar is dan een zorgaanbieder), 17% geclusterd en de rest 'in de wijk' (Publicatie 'Overlap tussen de opgaven aan verpleegzorgplekken en geclusterde woningen', ABF Research 2022). Indien een cliënt institutioneel woont is wel sprake van scheiden wonen zorg, maar zal de zorg qua arbeidsinzet niet verschillen van die in het verpleeghuis. Wanneer een cliënt geclusterd (maar niet institutioneel) woont kan de zorg zowel vanuit de verpleging en verzorging geleverd worden als vanuit de thuiszorg. Sommige zorgorganisaties geven in interviews aan dat het hierbij vaak gaat om woongebouwen naast het verpleeghuis en dat de intramurale teams deze cliënten verzorgen. Andere organisaties geven aan dat ze cliënten in een geclusterde setting hetzelfde behandelen als cliënten in de thuissituatie. In overleg met experts is aangenomen dat deze groepen zich 50-50 verhouden. Indien een cliënt niet geclusterd woont zal deze altijd thuiszorg ontvangen.

Deze percentages worden vervolgens toegepast op de bouwplannen met de aannames dat:

- Verpleeghuisplaatsen die worden omgezet naar vpt altijd vanuit de V&V verzorgd worden;
- Corporatiewoningen nooit institutioneel zijn;
- Plekken gebouwd door overige organisaties zowel institutioneel als geclusterd kunnen zijn.

Wanneer deze percentages worden toegepast op de woningen die te bouwen zijn tot en met 2030 dan krijgt 71% van die cliënten zorg vanuit de V&V en 29% vanuit de thuiszorg.

Voor de arbeidsvraag is de aanname dat deze voor cliënten met een vpt (of pgb) in de verpleging en verzorging gelijk is aan die van cliënten in het verpleeghuis met eenzelfde zorgprofiel. Voor cliënten met een vpt die zorg ontvangen vanuit de thuiszorg is de verwachte arbeidsvraag lager. Zorgorganisaties geven aan zich te richten op het activeren van de cliënt en ook de omgeving sterker te betrekken dan in het verpleeghuis (Publicatie 'Personele inzet in de verpleegzorg', ABF

Research, 2023). Dit leidt veelal tot een lagere arbeidsvraag. Uitgangspunt is dat de arbeidsvraag in de thuissituatie gemiddeld 85% is van de arbeidsvraag van een cliënt met hetzelfde zorgprofiel in de verpleegzorg (exclusief overige beroepsgroepen), ook is de functiemix anders. Wanneer een cliënt in het Nieuw Beleid-scenario een vpt in de thuissituatie krijgt in plaats van in een verpleeghuisplaats in het Referentiescenario dan is deze persoon vertaald naar 0,75 cliënt huishoudelijke hulp (onder de aanname dat de huishoudelijke hulp deels verzorgd wordt door cliënten, naasten of particulier wordt ingekocht) en één cliënt Wlz thuiszorg – vpt. Onder het kopje werknemers in paragraaf Thuiszorg wordt de gekoppelde functiemix verder toegelicht.

In overleg met experts is het uitgangspunt dat bij een tekort aan plaatsen allereerst cliënten met een VV4 geclusterd zullen gaan wonen. Wanneer ook geen plaats meer is in een geclusterde setting (verzorgd door verpleging en verzorging) dan zullen deze personen een vpt vanuit de thuiszorg krijgen. Wanneer er hierna nog steeds tekorten zijn zullen in gelijke mate cliënten met een VV 5 of 6 vanuit de thuiszorg zorg ontvangen. Het is niet aannemelijk dat cliënten die reeds in het verpleeghuis wonen weer naar huis gaan en daarom is rekening gehouden met een maximale uitstroomsnelheid.

Regerakkoord Rutte IV (incl. wijzigingen t/m Prinsjesdag 2023)

In het regeerakkoord zijn diverse afspraken gemaakt die gevolgen hebben voor het zorggebruik. In het Nieuw Beleid-scenario zijn de verwachte effecten van afspraken rondom de vergoeding voor kinderopvang, de herinterpretatie van het kwaliteitskader verpleegzorg en de eigen bijdrage Wmo opgenomen. Ook het effect van meer tijd voor de patiënt op huisartsenzorg is verwerkt. De beschrijving hiervan staat in Integraal zorgakkoord (IZA). Alle aanpassingen t/m Prinsjesdag 2023 in deze voorgenomen beleidsmaatregelen zijn verwerkt.

Kinderopvang

In het regeerakkoord staat dat alle werkende ouders vanaf 2025 recht hebben op een vergoeding van 95% van het maximumtarief. Met Prinsjesdag 2022 is dit vergoedingspercentage bijgesteld naar 96% en in het voorjaar 2023 is de invoering uitgesteld tot 1 januari 2027. Nationale ramingen van het ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid (SZW) vormen de basis om het effect van dit beleid in het Nieuw Beleid-scenario op te nemen. SZW heeft een scenario 'vigerend beleid' en een eigen scenario nieuw beleid doorgerekend. Het verschil tussen beide scenario's bestaat uit de nieuwe vergoedingsstructuur in 2027.

SZW neemt aan dat het beleidseffect voor 40% tot uiting komt in 2027, 40% in 2028 en 20% in 2029. Aan de basis van de raming van SZW ligt de aangenomen prijsgevoeligheid van ouders ten grondslag. Deze elasticiteit is hoger voor paren en dit geldt het sterkst voor de buitenschoolse opvang. ABF heeft hier rekening mee gehouden bij het berekenen van de regionale effecten. Effecten

op het aantal peuters in de kinderopvang zijn beperkt, omdat deze leeftijdsgroep ook nu al vaak gebruik maakt van de dagopvang of de peuterspeelzaal.

Herinterpretatie kwaliteitskader verpleegzorg

De modernisering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft gevolgen voor de arbeidsvraag. Het ministerie van VWS geeft aan dat het een bezuiniging betreft van: € 200 miljoen in 2025 (1,71% van het personeel in de V&V, 0,14% in de thuiszorg) en € 350 miljoen in 2026 en latere jaren (3% van het personeel in de V&V, 0,13% in de thuiszorg). De maatregelen hebben betrekking op de cliënten in de verpleeghuizen en cliënten met een volledig pakket thuis. Het effect is gemodelleerd als een arbeidsproductiviteitsverbetering in de Verpleging & Verzorging en in de Thuiszorg.

Eigen bijdrage Wmo

Sinds de invoering van het abonnementstarief is het gebruik van huishoudelijke hulp sterk toegenomen. Afspraak in het regeerakkoord is om vanaf 2025 weer een inkomensafhankelijke eigen bijdrage in te voeren om het aantal cliënten huishoudelijke hulp te verlagen. In 2023 is besloten om de invoering uit te stellen naar 2026 en om deze uit te breiden naar alle Wmo-voorzieningen. Verwachting is dat dit vooral een remmende werking heeft op het gebruik van huishoudelijke hulp en hulpmiddelen en voorzieningen (dit valt buiten de reikwijdte van dit model). VWS heeft een schatting van het beleidseffect op het gebruik van huishoudelijke hulp gemaakt en dit effect is toegepast in het Nieuw Beleid-scenario.

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)

Met het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) zetten Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. Het Nieuw Beleid-scenario toont hoeveel extra zorggebruik er op basis van de middelen van dit akkoord geleverd kan worden. Er zijn geen aannamen gedaan over verdere effecten op het zorggebruik (bijvoorbeeld door een preventieve werking van genomen maatregelen), anders dan de reeds op basis van andere akkoorden veronderstelde effecten.

In Hoofdstuk 4 van het GALA-akkoord worden de voorziene financiële middelen beschreven met een verdeling naar de verschillende thema's binnen het akkoord. Een overzicht de financiële middelen voor het thema Gezondheid en Sociale Basis is te vinden in [Figuur C.2](#).

Experts hebben een inschatting gemaakt hoe de totale middelen voor het onderdeel Gezondheid en Sociale Basis zullen worden besteed aan activiteiten door de gemeenten. [Figuur C.3](#) toont deze verdeling en de hieruit volgende beschikbare middelen per branche. Aangenomen is dat de middelen voor Sport en Bewegen niet binnen de branche Zorg en Welzijn zullen worden besteed en dat het beschikbare budget voor algemeen thema nodig is voor coördinatie en contractering en niet zal worden omgezet in extra zorggebruik.

Figuur C.2: Overzicht en onderdelen Specifieke Uitkeringen (SPUK)

Gezondheid en Sociale basis	2023	2024	2025	2026	Struct.
3. Terugdringen Gezondheidsachterstanden (voorheen via DU GIDS)	20	20	20	20	20
4. Kansrijke Start	15	16	16	20	20
5. Mentale Gezondheid	7	5	5		
6. Aanpak overgewicht en obesitas	17,5	17,5	17,5		
7. Valpreventie	51,4	47,4	47,4	48,9	48,9
8. Leefomgeving	10	10	10		
9. Opgroeien in een Kansrijke Omgeving & Vroegsignalering Alcoholproblematiek	2,5	2,5	2,5		
10. Wijkaanpak sociale basis, inclusief stimuleren woonvormen	36,4	35,9	35,9	26,9	
11. Mantelzorg (Respijtzorg)	10	10	10	9	9
12. Een tegen Eenzaamheid (lokale coalities)	10	10	8		
13. Welzijn op Recept (WOR)	5,5	9,5	11,5	13,5	
Totaal Gezondheid en Sociale Basis (omzien naar elkaar) alles tot aan maatwerk/Wmo	185,3	183,8	183,8	138,3	97,9

Figuur C.3: Beschikbare middelen per branche

Verdeling maatregelen (alle jaren)	GGZ	Huisartsen	Overige zorg en welzijn	VVT	Jeugdzorg	Sociaal werk (incl. wijkteams)	Gemeenten	Buiten Z&W
3. Terugdringen Gezondheidsachterstanden (voorheen via DU GIDS)							50%	50%
4. Kansrijke Start	10%		60%		10%	10%	10%	
5. Mentale Gezondheid	40%						30%	30%
6. Aanpak overgewicht en obesitas			30%		30%	30%	10%	
7. Valpreventie		10%	10%	30%		30%	10%	10%
8. Leefomgeving						20%	20%	60%
9. Opgroeien in een Kansrijke Omgeving & Vroegsignalering Alcoholproblematiek						90%	10%	
10. Wijkaanpak sociale basis, inclusief stimuleren woonvormen						45%	10%	45%
11. Mantelzorg (Respijtzorg)				20%		70%	10%	
12. Een tegen Eenzaamheid (lokale coalities)		10%	10%			70%	10%	
13. Welzijn op Recept (WOR)		30%				60%	10%	

Beschikbare middelen per branche per jaar (in miljoenen)	GGZ	Huisartsen	Overige zorg en welzijn	VVT	Jeugdzorg	Sociaal werk (incl. wijkteams)	Gemeenten	Buiten Z&W
2023	4,3	7,8	20,4	17,4	6,8	60,1	28,9	39,6
2024	3,6	8,6	20,6	16,2	6,9	61,2	28,4	38,4
2025	3,6	9,0	20,4	16,2	6,9	61,0	28,4	38,4
2026	2,0	8,9	16,9	16,5	2,0	43,2	21,8	27,0
Structureel	2,0	4,9	16,9	16,5	2,0	23,0	17,8	14,9

Binnen de branches gaan experts uit van de volgende verdeling van middelen over de verschillende vormen van zorggebruik:

- GGZ:
 - 70% Generalistische basis GGZ zonder verblijf
 - 30% GGZ ondersteuning thuis
- Huisartsenzorg
 - 70% Consulten en visites
 - 30% POH-GGZ
- Overige zorg en welzijn:
 - 50% Fysiotherapie
 - 50% Verloskunde
- Thuiszorg:
 - 50% Wijkverpleging
 - 50% VV ondersteuning thuis
- Jeugdzorg: verdeling naar rato over jeugdhulp zonder verblijf wel/niet geleverd door wijkteams
- Sociaal werk:
 - 90% Sociaal werk (exclusief MO)
 - 10% Maatschappelijke opvang

De extra beschikbare middelen zijn omgerekend naar hoeveel extra werknemers er ingezet kunnen worden door per branche/indicator te kijken naar:

- Aandeel budget dat naar verwachting aan arbeid op gaat
- Aandeel werknemers (versus ZZP'ers)
- Loonkosten per FTE
- Deeltijdfactor

Dit is vervolgens in het model verwerkt als extra zorggebruik. Bij de huisartsenzorg is dit niet zichtbaar, omdat de extra middelen een zeer beperkt effect hadden (<0,3% extra zorggebruik in een jaar).



Separate effecten van IZA, WOZO en GALA-impuls

Het scenario NieuwBeleid bestaat voor een deel uit maatregelen die zich richten op substitutie van zorg. Met name in thuiszorg komen veel effecten bij elkaar. Om het effect van afzonderlijke maatregelen inzichtelijk te maken zijn er drie substitutiescenario's opgenomen:

- Integraal Zorgakkoord ('IZA'): dit akkoord veronderstelt dat er minder zorg in het ziekenhuis en in de GGZ verleend zal worden (terug te zien in alle zorggebruikindicatoren in de branches UM-C's algemene en overige ziekenhuizen en GGZ) en meer in de branches huisartsenzorg en thuiszorg (te zien in de indicator wijkverpleging).
- Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen en eigen bijdrage Wmo ('WOZO'): in dit scenario is de verschuiving van Verpleging en Verzorging naar Thuiszorg zichtbaar. Dit is terug te zien als minder cliënten VV4, VV5 en VV6 in de branche Verpleging & Verzorging en meer cliënten met een volledig pakket thuis en huishoudelijke hulp in de branche thuiszorg. Herinvoering van de eigen bijdrage Wmo zorgt ervoor dat een deel van de huishoudelijke hulp verschuift naar het informele of particuliere circuit en daarmee buiten de reikwijdte van het model valt.
- Gezond en Actief Leven Akkoord ('GALA – impuls'): dit scenario brengt de extra inzet op welzijn in kaart in het kader van GALA. Er is in dit deelscenario niet gemodelleerd wat dit evt. aan minder gebruik van zorg met zich meebrengt. Het grootste effect van dit akkoord is te zien als een stijging van het zorggebruik in 2023 voor de branches.

Bijlage D: Uitwerking IZA SPUK gelden het Beleid scenario

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) staan acht afspraken genoemd waarvan we de dikgedrukte als passend bij dit onderzoek hebben bevonden:

1. **Samenwerking acute zorg en cruciale zorg**
2. **Samenwerking GGZ-huisartsen-sociaal domein**
3. **Samenwerking eerstelijns**
4. Regionale samenwerking
5. Ketenaanpakken
6. E-health en digitale/hybride zorg
7. Kennisfunctie
8. Arbeidsmarkt

Het IZA mist echter een precieze verdeling van budget over deze acht afspraken. We zijn er daarom vanuit gegaan dat elke afspraak evenveel geld, dat wil zeggen 1/8^{ste} deel van € 150 miljoen euro, toebedeeld krijgt. In [Figuur D.1](#) wordt uitgelegd welke domeinen we passend hebben bevonden bij elke afspraak en in welke mate dat domein budget toegekend heeft gekregen. Aangezien het niet mogelijk was om sociaal werk te onderscheiden van het sociaal domein, is ervoor gekozen om alle budget vanuit het sociale domein aan sociaal werk toe te kennen. Daarnaast, is er tijdens het toekennen van budgetten rekening gehouden dat sommige beschreven maatregelen al op andere manieren zijn doorberekend in het IZA. Een voorbeeld is extra geld voor huisartsen in de eerstelijnszorg. Hierbij is er geen extra geld toegevoegd bij de huisartsenbranche.

De budgetten zijn toegevoegd aan de overige Nieuw Beleid budgetten en doorberekend naar arbeid. Om budgetten om te rekenen naar arbeid is er gebruik gemaakt van het percentage werknemers in loondienst, de loonkosten, de deeltijdfactor en de arbeidsproductiviteit.

Figuur D.1: Overzicht van de verdeling van IZA SPUK gelden richting betrokken domeinen.

Deelakkoord	Samenwerking eerstelijns	Samenwerking GGZ- huisarts-sociaal domein	Samenwerking acute & cruciale zorg	Totaal per domein/jaar (milj.)
Verdeling over betrokken domeinen/jaar (milj.)				
Wijkverpleging	*			
Huisartsen	*	*	*	
Sociaal domein	18,75	4,69	3,75	27,19
GGZ algeheel		*	*	
GGZ ondersteuning thuis		2,34		2,34
Wmo beschermd wo- nen		2,34		2,34*
Gemeenten		9,38		9,38**
Farmaceutische zorg			*	
Ambulancezorg			*	
Totaalbedrag/jaar (milj.)	18,75	18,75	18,75	56,25

* Deze domeinen zijn wel betrokken bij het deelakkoord maar ontvangen geen extra gelden omdat ze in andere delen van IZA en/of GALA al zodanig zijn verwerkt.

** Deze gelden kunnen niet worden toegepast in het PMZW-model omdat deze domeinen niet voorkomen als zorggebruikindicatoren.



Bijlage E: Uitwerking Expert scenario

In [Figuur E.1](#) staat per interventie beschreven welke domeinen betrokken zijn en hoeveel extra gelden die domeinen ontvangen of besparen. In [Figuur E.2](#) staat uitgelegd op basis van welke aannames [Figuur E.1](#) is opgesteld.

We zijn uitgegaan van drie interventies, namelijk eenzaamheidspreventie, behalen van de bewegingsnorm en substitutie (waarmee wordt bedoeld op verschuivingen in personeel/branche. Hierdoor kan een patiënt bijvoorbeeld wordt geholpen door een sociaal werker in plaats van door een huisarts). In de interventie schuldpreventie zagen de experts en ABF veel potentie. Echter, is deze niet meegenomen in het uiteindelijke scenario omdat het grootste deel van de baten van schuldhulp zich buiten de arbeidsmarkt zorg en welzijn bevindt.

Minimale en maximale effect uitgelegd

Om het verschil tussen het minimale en het maximale effecten goed te begrijpen, zijn er drie stappen in de totstandkoming van het scenario van belang:

1. Voor de interventie substitutie is een minimum en een maximum bedrag vastgesteld aan de hand van het rapport van SIRM²⁶. Als gevolg verschilt het budget bij het minimale en maximale effect van de interventie substitutie in [Figuur E.1](#). Voor de overige interventies miste er onderbouwing om een bandbreedte vast te stellen waardoor deze bedragen in beide tabellen in [Figuur E.1](#) hetzelfde zijn.
2. Na het vaststellen van de baten is er voor het berekenen van het minimale effect gerekend met een kosten-baten factor van 1,6 terwijl een kosten-baten factor van 2,0 is gebruikt voor het maximale effect. De keuze voor deze twee factoren komt voort uit het minimale en maximale kosten-baten effect van meervoudig preventieve cases zoals onderzocht door SEOR²⁷.
3. Bij het maximale effect is tevens rekening gehouden met de 'herinterpretatie kwaliteitskader verpleegzorg' terwijl dit niet is gedaan bij het minimale effect. Dit is een maatregel afkomstig uit het Nieuw Beleid scenario van PMZW-23. In het model is deze toegepast als een arbeidsproductiviteitsverbetering in de branches verpleging en verzorging en de thuiszorg. Doordat deze zelfde maatregel ook in het Beleid scenario zit, zijn beide scenario's beter met elkaar te vergelijken.

De reden dat hij niet in het minimale effect is toegepast is omdat het niet zeker is of deze maatregel ook daadwerkelijk zal worden doorgezet in de toekomst. Op dit moment is het

²⁶ <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Rapport-substitutie-van-zorg.pdf>

²⁷ https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2021-03/meta_analyse_bc_sociaalwerk_eindrapport-def260121.pdf

namelijk geen onderdeel van ingezet beleid. Voor een zo'n realistisch mogelijke bandbreedte is deze maatregel daarom niet doorgevoerd in het minimum.

Opbouwtijd

Tijdens het verdelen van de budgetten over de jaren in het scenario is, aan de hand van het advies van experts, ervoor gekozen om in 2024 en 2025 alleen extra budgetten aan de branche sociaal werk toe voegen. De reden is dat experts aangeven dat om een goed functionerend sociaal werkteam te organiseren, een zekere opbouwtijd nodig is. In dit scenario is ervoor gekozen om de minimaal aangegeven opbouwtijd van 2 jaar aan te houden. De baten zijn vanaf 2026 over 5 jaar verspreid over de 'profiterende' branches.

Figuur E.1: Overzicht van de minimale (boven) en maximale (onder) verdeling van gelden van en naar betrokken domeinen op basis van 3 interventies, afgerond op hele getallen.

Interventie:	Eenzaamheidspreven- tie	Behalen van bewe- gingsnorm	Substitutie minimum	Totaal per domein (milj.)
<u>Kosten</u>				
Sociaal werk & maatschappelijke opvang	86	44	117	206*
<u>Baten</u>				
Huisartsen	16	40	31	78*
GGZ basis	100		16	100*
GGZ ondersteuning thuis			16	16
GGZ specialistische zorg zonder verblijf	7			7
V&V ondersteuning thuis		6	13	18
VPT-zorg		-9	25	11*
Verpleeghuiszorg (Zorgzwaartepakket 4 & 5)		13	25	33*
Medisch specialistische zorg		22	16	37
Jeugdzorg	15			15
Totaal baten (milj.)	138	71	140	314
Totaal (milj.)	52	27	23	107

Interventie:	Eenzaamheidspre- ventie	Behalen van bewe- gingsnorm	Substitutie minimum	Totaal per domein (milj.)
<u>Kosten</u>				
Sociaal werk & maatschappelijke opvang	69	35	280	314*
<u>Baten</u>				
Huisartsen	16	40	93	127*
GGZ basis	100		47	100*
GGZ ondersteuning thuis			47	47
GGZ specialistische zorg zonder verblijf	7			7
V&V ondersteuning thuis		6	38	43
VPT-zorg		-9	75	51
Verpleeghuiszorg (Zorgzwaartepakket 4 & 5)		13	75	73*
Medisch specialistische zorg		22	47	68
Jeugdzorg	15			15
Totaal baten (milj.)	138	71	420	530
Totaal (milj.)	69	36	140	216

*Er wordt rekening gehouden met een overlap in effect bij de interventies eenzaamheidspreventie en substitutie. Bij GGZ basis wordt er uitgegaan van een 100 procent overlap, bij huisartsen, VPT en verpleeghuiszorg en sociaal werk wordt er uitgegaan van een overlap van 20 procent.

Schuldpreventie

Zoals uitgelegd in paragraaf 4.1 werd de potentie van sociaal werk op schuldpreventie veelal door experts benoemd. Echter, door het gebrek aan baten in de zorg is deze interventie niet opgenomen in het Expert scenario. Vanuit de berekeningen blijkt dat door €160 miljoen extra in te zetten op sociaal werk en maatschappelijke opvang er slechts €10 miljoen aan baten in de zorg zou worden verwacht te behalen. Dit betekent niet dat er niet meer baten zijn maar de verwachting is dat deze vooral buiten de zorg liggen.

Figuur E.2: Overzicht van gebruikte aannames en bijbehorende bronnen per interventie voor het ontwikkelen van het Expert scenario

Interventie	Gebruikte aannames	Bron
Eenzaamheidspreventie	Jongerenwerk bespaart 2% van de zware jeugdzorg en 1% van de jeugdhulp en wijkteams	https://www.azwinfo.nl/longread/scenario-analyse-toekomstbeelden-voor-de-arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn/
	50% hogere zorgkosten bij mensen die zich eenzaam voelen	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34335136/
	Sociaal werk rendeert met een factor tussen 1,6 en 2,0	https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2021-03/meta_analyse_bc_sociaalwerk_eindrapportdef260121.pdf
Behalen van bewegingsnorm	Indien mensen niet in het verpleeghuis komen, zullen ze nog wel VPT-thuis zorg krijgen	Input vanuit experts
	Zorgkostenwinst afhankelijk van de leeftijd € 4.000, € 4.500 of € 6.000 gedurende leven. Blessurekosten afhankelijk van leeftijd € 200, € 500 of € 1.500 gedurende leven.	https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/kennisbank/publicaties/?de-socialeconomische-waarde-van-sporten-en-bewegen&kb_id=26180&kb_q=
	Het bereik van een goed functionerend wijkteam is gemiddeld 25%. Het maximale effect van een goed functionerend wijkteam is gemiddeld 19%.	https://www.sociaalwerk nederland.nl/actueel/nieuws/12747-onderzoek-investeringen-sociaalwerk-niet-in-verhouding-tot-maatschappelijke-opgaven
	50% van Nederland behaalt de bewegingsnorm niet	https://www.sportenbewegen cijfers.nl/kernindicatoren/beweegrichtlijnen
	Leeftijdverdeling Nederlandse bevolking in april 2023	https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85721NED/table?ts=1718635031717
	Sociaal werk rendeert met een factor tussen 1,6 en 2,0	https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2021-03/meta_analyse_bc_sociaalwerk_eindrapportdef260121.pdf
Substitutie	Vanuit huisartsenzorg, GGZ, langdurige-pg en ziekenhuiszorg kan in 10 jaar €240 miljoen euro worden gesubstitueerd richting sociaal werk met een verdeling 4:2:2:1.	https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Rapport-substitutie-van-zorg.pdf
	Sociaal werk rendeert met een factor tussen 1,6 en 2,0	https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2021-03/meta_analyse_bc_sociaalwerk_eindrapportdef260121.pdf
Schuldpreventie	Verdeling op basis van wooncrisis verdeling	https://www.cebeon.nl/wp-content/uploads/2022/04/20810-7.-Wonen-eerst.pdf

Interventie	Gebruikte aannames	Bron
	Vroeg signalering heeft verwacht rendement van 1,65	https://pure.hva.nl/ws/files/17993279/HvA_preventie_literatuurstudie_29032021_B.pdf?_ga=2.259094922.169706713.1689421501-193102593.1671708730
	Aantal huishoudens met problematische schulden	CBS Statline

Bijlage F: Uitwerking Impuls scenario

Het Impuls scenario heeft net als de andere twee 'wat-als' scenario's het Basisscenario en de effecten van het WOZO-programma als basis. Daarnaast, is er in het Impuls scenario ook rekening gehouden met de 'herinterpretatie kwaliteitskader verpleegzorg'. In het kort houdt dit in dat er een arbeidsproductiviteitsverbetering is toegepast in de branches verpleging en verzorging en de thuiszorg.

Aanvullend is het voorstel van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)²⁸ om 2 procent van de zorgbegroting richting het gemeentelijke sociale domein te verschuiven toegevoegd. VNG (2023) noemt deze verschuiving essentieel om de Wmo, Zvw en Wlz houdbaar te houden en oppert dat dit helpt om preventief te gaan werken in plaats van curatief.

Budget verdelen over branches

Om een vertaalslag te maken van 2 procent zorgbegroting naar budgetten per branche, zijn we allereerst uitgegaan van een budget van 2 miljard. Dit komt overeen met ongeveer 2 procent van het huidige zorgbudget. Daarna is de aanname gemaakt dat het budget geoormerkt naar gemeenten zal gaan. Dat wil zeggen dat alleen clusters die verantwoordelijk zijn voor het sociale domein geld zullen ontvangen. Om te bepalen welke clusters daarvoor in aanmerking komen, is gekeken naar de clusters van het gemeentefonds. Het gemeentefonds bestaat uit 12 clusters waarvan de eerste dikgedrukte vier als aansluitend bij dit onderzoek zijn bevonden:

- 1. Cluster Sociale Basisvoorzieningen**
- 2. Cluster participatie**
- 3. Cluster Wmo**
- 4. Cluster Jeugd**
5. Cluster Bestuur en Ondersteuning
6. Cluster Orde en Veiligheid
7. Cluster Onderwijs
8. Cluster Sport, Cultuur en Recreatie
9. Cluster Infrastructuur, Ruimte en Milieu
10. Cluster Overig
11. Cluster Overige eigen middelen
12. Cluster OZB

²⁸ https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein_def.pdf

In deze vier clusters gaat er ongeveer 15 miljard om²⁹. Als we aannemen dat het geld naar rato van het huidige formaat over de clusters wordt verdeeld, zal dit leiden tot een verhoging van 13 procent voor de branches sociaal werk, jeugdzorg en alle Wmo zorggebruikindicatoren die verdeeld zijn over verschillende branches.

Voor het verdelen van de gelden, is ervoor gekozen om het over 2024, 2025 en 2026 te verspreiden. Door deze keuze te maken, is er sprake van een 4,2 procent groei per jaar. Om de vertaalslag te maken tussen cluster en branche is er per cluster bepaald welke branches daar verantwoordelijkheid dragen. Er wordt aangenomen dat de eerste twee clusters samen verantwoordelijk zijn voor het sociaal werk, het derde cluster voor de gehele Wmo (GGZ beschermd wonen Wmo, GGZ/GHZ/VVT ondersteuning thuis en Hulp bij het Huishouden) en het vierde cluster voor jeugdzorg.

Winst bepaling in cluster 1 en 2

Om de winst van de eerste twee clusters te bepalen, is voor het minimale effect een kosten-baten effect van 1,6 en voor het maximale effect een kosten-baten effect van 2,0 gebruikt³⁰. Daarna is aangenomen dat 75 procent van de winst daadwerkelijk in de zorg belandt en dat een klein deel van het geld wordt ingezet in de schuldhulpverlening. Vervolgens, is op basis van een rapport van SIRM³¹ aangenomen dat het extra inzetten op het sociale domein winst op zal leveren in de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg, de GGZ en de dementiezorg. Er is hierbij aangenomen dat de winst met een 10/30/40/20 ratio wordt verdeeld.

Winst bepaling in cluster 3

Om de winst in het derde cluster in de Wmo te bepalen, is gekeken welke cliënten een andere zorgvorm zouden krijgen.

1. Meer inzet op Wmo GGZ ondersteuning thuis ontlast de Basis GGZ
2. Meer inzet op Wmo GHZ ondersteuning thuis ontlast de GHZ midden
3. Meer inzet op Wmo GGZ beschermd wonen ontlast GGZ Wlz Wonen
4. Meer inzet op Wmo VVT en HBH ontlast verpleeghuizen en de VPT (waarbij wel rekening moet worden gehouden dat deze twee samen worden beschouwd en dat een deel van deze schuif zich al in de uitwerking van het WOZO-programma bevindt).

Daarbij moet worden vermeld dat er bij de eerste twee schuiven, budget 1 op 1 is geschoven. Bij de nummer 3 en 4 is er 1 op 1 met cliënten geschoven. Bij de schuif van verpleeghuizen en VPT richting Wmo VVT en HBH is er daarnaast aangenomen dat de helft van deze cliënten niet in een

²⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/01/31/verdeling-van-de-algemene-uitkering-uit-het-gemeentefonds-2024-stand-januari-2024>

³⁰ https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2021-03/meta_analyse_bc_sociaalwerk_eindrapport-def260121.pdf

³¹ <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Rapport-substitutie-van-zorg.pdf>

verpleeghuis belanden door deze zorg aan te bieden, maar slechts een volledig pakket thuis nodig hebben. Voor de andere helft wordt aangenomen dat het af kan met een gemiddeld modulair pakket thuis terwijl ze normaal een volledig pakket thuis zouden afnemen.

Voor de winst in deze eerste drie clusters gaan we er niet vanuit dat de winst direct ingaat. In plaats daarvan verdelen we de winst net zoals we beleidsregels verdelen; volgens een 40-40-20 procent verdeling over drie jaar tijd. Dit betekent dat in het eerste jaar er sprake is van 40 procent winst, in het tweede jaar ook en in het derde jaar nog 20 procent.

Winst bepaling in cluster 4

Voor het laatste cluster, die van de jeugdzorg, is ook gebaseerd op het kosten-baten effect van 1,6 (minimum effect) en 2,0 (maximum effect). Vervolgens, is er aangenomen dat van de winst, 75 procent binnen de zorg zal plaatsvinden. De aanname is gemaakt dat 30 procent van de winst zorgt voor ontlasting bij de huisartsen, 60 procent bij de GGZ en 10 procent bij de branches universitair medische centra en ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg.

De huisartsen en de ziekenhuiszorg zullen vrij direct winst ervaren waardoor we uit zijn gegaan van een verdeling van 40/40/20 procent over drie jaar (hetzelfde als bij de eerste drie clusters). Voor de GGZ is het passend om de effecten over vijf jaar te verspreiden. De doelgroep van de GGZ bevat namelijk geen kinderen, die vallen onder de jeugdzorg, maar de verwachting is wel dat het inzetten van meer jeugdzorg voorkomt dat ze over tijd wel de gewone GGZ en zullen betreden. We kiezen daarbij voor een gladde verdeling van 20/20/20/20/20 procent, oftewel elk jaar dezelfde winst.

Bijlage G: Vergelijking uitkomsten Expert en Impuls scenario op brancheniveau

Figuur G.1: De arbeidsvraag minimaal (boven) en maximaal (onder) in 2033 van het Expert scenario en het Impuls scenario en het verschil tussen beiden.

Branche	Expert Min.	Impuls Min.	Vershil
Universitair medische centra	95.000	94.700	-300
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	264.700	263.500	-1.200
Geestelijke gezondheidszorg	118.200	114.900	-3.300
Huisartsen & gezondheidscentra	42.300	39.700	-2.600
Overige zorg en welzijn	163.600	163.800	200
Verpleging en verzorging	444.400	432.200	-12.200
Thuiszorg	237.400	233.800	-3.600
Gehandicaptenzorg	209.000	208.900	-100
Jeugdzorg	34.600	38.900	4.300
Sociaal werk	74.100	78.900	4.800
Totaal	1.683.300	1.669.300	-14.000

Branche	Expert Max.	Impuls Max.	Vershil
Universitair medische centra	95.000	94.600	-400
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	264.500	263.200	-1.300
Geestelijke gezondheidszorg	117.600	113.000	-4.600
Huisartsen & gezondheidscentra	42.000	38.900	-3.100
Overige zorg en welzijn	163.500	163.400	-100
Verpleging en verzorging	430.700	432.200	1.500
Thuiszorg	234.200	230.400	-3.800
Gehandicaptenzorg	209.000	208.900	-100
Jeugdzorg	34.600	38.900	4.300
Sociaal werk	76.200	78.900	2.700
Totaal	1.667.300	1.662.400	-4.900

Figuur G.2: Het arbeidsmarkttekort minimaal (boven) en maximaal (onder) in 2033 van het Expert scenario en het Impuls scenario en het verschil tussen beiden.

Branche	Expert Min.	Impuls Min.	Vershil
Universitair medische centra	13.300	12.700	-600
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	33.800	31.900	-1.900
Geestelijke gezondheidszorg	16.700	16.100	-600
Huisartsen & gezondheidscentra	6.200	5.500	-700
Overige zorg en welzijn	23.800	23.100	-700
Verpleging en verzorging	67.100	62.000	-5.100
Thuiszorg	30.100	26.800	-3.300
Gehandicaptenzorg	29.300	28.700	-600
Jeugdzorg	4.400	4.900	500
Sociaal werk	10.800	11.100	300
Totaal	235.500	222.800	-12.700

Branche	Expert Max.	Impuls Max.	Vershil
Universitair medische centra	12.800	12.400	-400
Ziekenhuizen & ov. med. spec. zorg	32.300	31.100	-1.200
Geestelijke gezondheidszorg	16.200	15.700	-500
Huisartsen & gezondheidscentra	6.000	5.200	-800
Overige zorg en welzijn	23.000	22.600	-400
Verpleging en verzorging	62.500	60.800	-1.700
Thuiszorg	28.700	25.700	-3.000
Gehandicaptenzorg	28.200	28.200	0
Jeugdzorg	4.200	4.800	600
Sociaal werk	10.400	10.900	500
Totaal	224.300	217.400	-6.900



