

Notitie

Betreft

Arbeidsmarktscenario's Zorg en Welzijn Amersfoort en omgeving

Kenmerk

n2025-0004DLI

Plaats

Delft

Van

Dana Linckens en Bert Marchal

Project

24355 Arbeidsmarktscenario's Z&W
RegioPlus-regio's

Datum

13 maart 2025

Voor

Dhr. B. van Asten

Start inhoud notitie

De verwachting is dat de arbeidsmarkttekorten in de sector zorg en welzijn de komende jaren hard zullen toenemen. In de referentieraming van het Prognosemodel Zorg en Welzijn 2024 (zie kader op pagina 2 voor toelichting op het model en de referentieraming) is de verwachting dat er in Amersfoort en omgeving eind 2034 5.900 personen (ofwel 15,2% van de totale arbeidsvraag) te weinig zijn in de sector. Dit is fors meer dan het geraamde tekort van 1.300 personen in 2024.

In de referentieraming groeit het aantal werkenden in de sector zorg en welzijn harder dan de beroepsbevolking, dit heeft als consequentie dat er minder mensen beschikbaar zijn in andere sectoren. In de regio Amersfoort en omgeving stijgt het aandeel van de totale werkende beroepsbevolking dat in de sector zorg en welzijn werkt van 16,6% in 2024 naar 17,4% in 2034. ABF heeft ook berekend wat de gevolgen zijn voor de sector zorg en welzijn indien het aandeel van de beroepsbevolking dat in deze sector werkt na 2024 niet verder oploopt. Het arbeidsmarkttekort in de sector stijgt in Amersfoort en omgeving dan tot 7.200 personen in 2034, ofwel 18,5% van de arbeidsvraag.

Deze notitie maakt voor de verschillende scenario's inzichtelijk wat voor impact het arbeidsmarkttekort kan hebben op de beschikbaarheid van zorg en welzijn. In Amersfoort en omgeving gaat het in het scenario 'gelijkblijvend aandeel beroepsbevolking' in 2034 bijvoorbeeld om onder andere ongeveer 800 personen die niet in het verpleeghuis terecht kunnen en zo'n 99.000 consulten (op jaarbasis) die in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet kunnen plaatsvinden. Ook laten berekeningen zien dat zelfs als er succesvol maatregelen op de arbeidsmarkt worden genomen om de inzetbaarheid van personeel en de arbeidsproductiviteit te verhogen, de tekorten de komende jaren zullen oplopen.

Prognosemodel Zorg en Welzijn

De referentieraming is afkomstig uit het Prognosemodel Zorg en Welzijn 2024 en beschikbaar via <https://prognosemodelzw.nl>. Bij de bepaling van de **arbeidsvraag** is rekening gehouden met de ontwikkeling van het zorggebruik, de arbeidsproductiviteit, het ziekteverzuim en de deeltijdfactor. De ontwikkeling van het personeels**aanbod** wordt beïnvloed door opscholing, instroom van gediplomeerden en zij-instromers, uitstroom, en doorstroom naar andere branches. Hierbij houdt het model rekening met veranderingen in samenstelling en omvang van de bevolking, zoals bijvoorbeeld de vergrijzing. Voor sommige aspecten is daarnaast ook rekening gehouden met trendmatige ontwikkelingen. Zo stijgt het gebruik van sommige vormen van zorg harder dan je zou verwachten op basis van de demografische ontwikkeling. De **vervulde vraag** (het aantal werknemers) en het arbeidsmarkt**tekort** worden bepaald door vraag en aanbod te confronteren. Ook bij voldoende aanbod wordt de vraag niet voor 100% vervuld, i.v.m. mobiliteit op de arbeidsmarkt. De gepresenteerde tekorten zijn voor deze zogenoemde frictievacatures gecorrigeerd en liggen daarom wat lager dan de resultante van vraag – vervulde vraag.

De arbeidsvraag loopt in alle scenario's harder op dan het aantal werknemers

Op verzoek van Regioplus is voor drie scenario's gekeken naar de arbeidsmarktontwikkelingen en de gevolgen voor het zorggebruik:

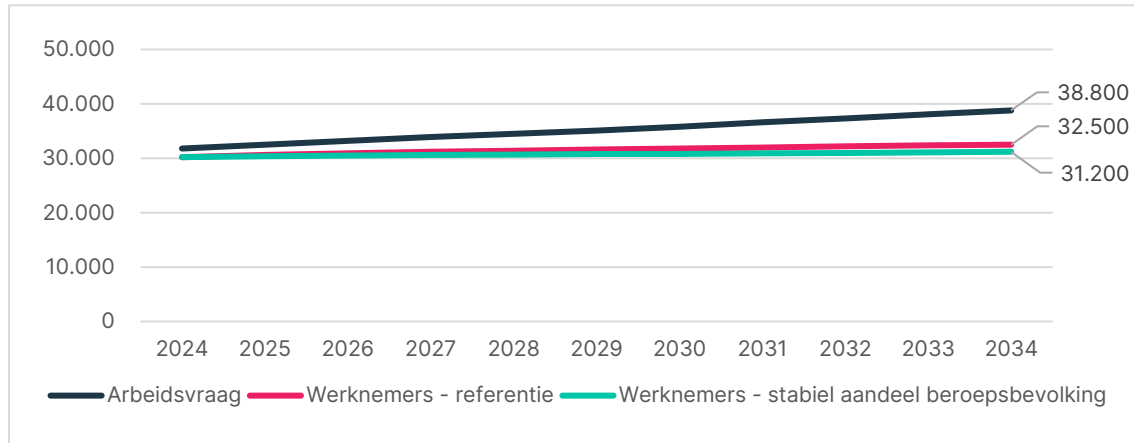
1. Referentiescenario
2. 'Gelijkblijvend aandeel beroepsbevolking'-scenario in twee varianten:
 - a. De tekorten nemen in alle branches toe t.o.v. het referentiescenario (als gevolg van minder werknemers omdat het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de sector constant blijft)
 - b. Enkele branches (UMC's, huisartsen, jeugdzorg, sociaal werk en kinderopvang) krijgen prioriteit en ontwikkelen zich gelijk aan het referentiescenario. Consequentie is dat de tekorten in andere branches verder toe nemen dan in scenario 2a.

De arbeidsvraag ontwikkelt zich voor alle scenario's gelijk. Deze vraag neemt in de regio Amersfoort en omgeving toe met 22,0% tot 38.800 personen in 2034 (zie [Figuur 1](#)). In Nederland neemt de arbeidsvraag in diezelfde periode toe van 1.562.100 personen tot 1.906.300 (+22,0%). De verwachting is dat er te weinig personeelsaanbod is om deze groei bij te kunnen benen. De stijging van het aantal werknemers betreft in Amersfoort en omgeving voor het referentiescenario 7,8% terwijl deze 7,5% in Nederland is.

In de referentieraming groeit het aantal werknemers in de sector zorg en welzijn in de periode 2024-2034. Omdat de werkzame beroepsbevolking in deze periode minder toeneemt, stijgt het aandeel van de beroepsbevolking dat in de sector zorg en welzijn werkt. Dit gaat ten koste van de beschikbaarheid van personeel in andere sectoren. Wanneer het aandeel van de beroepsbevolking dat in zorg en welzijn werkt na 2024 constant zou blijven, wordt het verschil tussen de

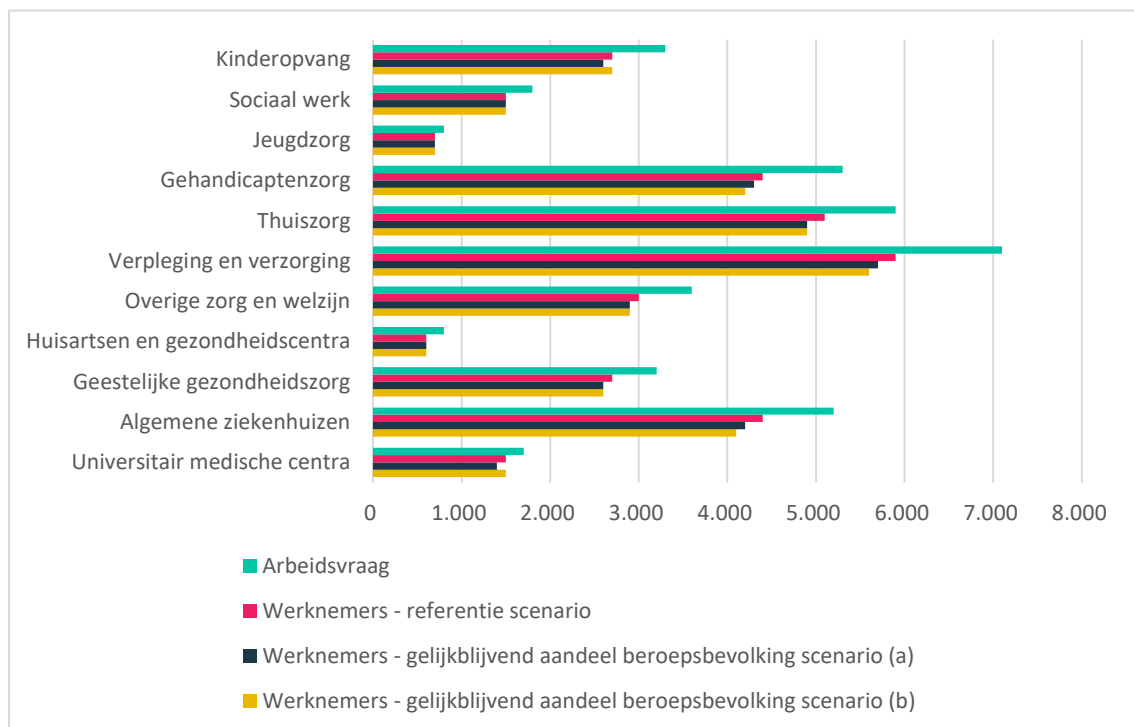
arbeidsvraag en het aantal werknemers groter (zie [Figuur 1](#)). Het aantal werknemers ontwikkelt in de periode 2024-2034 in Amersfoort en omgeving met 3,6% en blijft in Nederland vrijwel stabiel (+1,0%).

Figuur 1: Arbeidsvraag en aantal werknemers 2024-2034, Amersfoort en omgeving



Landelijk stijgt het tekort in scenario 2 'gelijkblijvend aandeel beroepsbevolking' tot 20,2% van de arbeidsvraag. In Zeeland gaat het om 7.200 personen (18,5% van de arbeidsvraag). Deze tekorten zijn groter dan in de referentieraming (aandeel tekort 15,2% in Amersfoort en omgeving in 2034 en 15,1% in Nederland). [Figuur 2](#) geeft de arbeidsmarktsituatie voor de verschillende branches in Amersfoort en omgeving weer. In alle regio's is de Verpleging & Verzorging de grootste branche.

Figuur 2: (Vervulde) vraag per scenario, Amersfoort en omgeving 2034



Veel zorg kan niet meer verleend worden

Met zulke grote tekorten zal een aanzienlijk deel van de zorgvraag niet geleverd kunnen worden. De omvang hiervan is doorgerekend voor alle drie de scenario's door het tekort (uitgedrukt als percentage van de arbeidsvraag) te projecteren op het verwacht zorggebruik¹. Hierbij is niet gecorrigeerd voor het feit dat het gerealiseerd zorggebruik in het basisjaar (veelal 2023) waarschijnlijk wat lager ligt dan de werkelijke behoefte vanwege reeds bestaande arbeidsmarkttekorten. Bij de berekening van hoeveel zorg er niet geleverd kan worden, is de aanname gedaan dat alle vormen van zorg binnen een branche in gelijke mate niet geleverd worden. Het is goed voor te stellen dat in de praktijk sommige vormen van zorggebruik meer prioriteit krijgen dan andere.

Hierna volgt per branche een tabel met daarin voor de verschillende scenario's een inschatting van de omvang van de niet te leveren zorgvraag als de verwachte tekorten niet worden opgelost. Cijfers hebben betrekking op de situatie in **Amersfoort en omgeving** in 2034². Een '-' geeft weer dat de niet geleverde zorg afgerond minder dan 100 eenheden (of 10 in het geval van cliënten) omvat. De regio is gebaseerd op de woonplaats van de cliënt, dit kan soms verschillen van de regio waar de zorg verleend wordt (dit speelt vooral bij specialistische zorg).

Medisch specialistische zorg

De medisch specialistische zorg kent twee subbranches: Universitair Medische Centra (UMC's) en algemene ziekenhuizen en overige instellingen (zkh).

Tabel 1: Niet geleverde zorg per scenario in de **medisch specialistische zorg** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Klinische opname (UMC)	500	600	500	opnames	jaar
Polikliniekbezoeken (UMC)	10.100	12.800	10.100	bezoeken	jaar
Verpleegdagen (UMC)	3.400	4.300	3.400	dagen	jaar
Klinische opname (zkh)	3.600	4.400	4.700	opnames	jaar
Polikliniekbezoeken (zkh)	82.400	100.100	106.600	bezoeken	jaar
Verpleegdagen (zkh)	23.200	28.100	30.000	dagen	jaar

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

De geestelijke gezondheidszorg kampt in 2024 al met een behoorlijk tekort (6,5% nationaal). Het aantal groepsconsulten betreft het aantal verleende consulten vanuit het perspectief van de zorgverlener (dus 1 groepsconsult betreft meerdere cliënten).

¹ Ook vormen van welzijn en ondersteuning worden in deze notitie aangeduid met de term zorg(gebruik).

² Veelal betreffen de gepresenteerde cijfers de zorg/cliënten in het volledige jaar, uitgezonderd wanneer er '1 dec' in de kolom periode staat. In dat geval betreft de indicator het aantal cliënten dat op 1 december in zorg is.

Tabel 2: Niet geleverde zorg per scenario in de **GGZ** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Individuele en groepsconsulten (Zvw)	84.700	98.700	102.000	consulten	jaar
Verblijfsdagen (licht en zwaar) (Zvw)	7.800	9.100	9.400	dagen	jaar
Cliënten GGZ-Wlz (GGZ B en GGZ wonen)	130	150	150	personen	1 dec
Cliënten Beschermd Wonen (Wmo)	70	80	80	personen	jaar
Cliënten ondersteuning thuis (Wmo)	210	240	250	personen	jaar

Huisartsenzorg

Het model onderscheidt de avond- nacht- weekenddiensten (ANW) en de consulten uitgevoerd door de praktijkondersteuner (POH) GGZ van de reguliere consulten en visites.

Tabel 3: Niet geleverde zorg per scenario in de **huisartsenzorg** 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Patiëntcontacten huisartsenzorg consulten en visites	285.300	350.800	285.300	patiënt-contacten	jaar
Patiëntcontacten huisartsenzorg ANW	13.600	16.700	13.600	patiënt-contacten	jaar
Patiëntcontacten huisartsenzorg POH-GGZ	10.500	12.900	10.500	patiënt-contacten	jaar

Overige zorg

Overige zorg is in het model gerepresenteerd door fysiotherapie, mondzorg en verloskunde (indien gefinancierd vanuit de basis- of aanvullende verzekering). Ook andere vormen van zorg kunnen in deze branche vallen, maar hiervoor zijn in het model geen zorggebruikgegevens beschikbaar.

Tabel 4: Niet geleverde zorg per scenario in de **overige zorg** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Patiëntcontacten fysiotherapie	147.700	179.400	191.000	patiënt-contacten	jaar
Patiëntcontacten mondzorg	33.500	40.600	43.300	patiënt-contacten	jaar
Patiënten verloskunde	1.100	1.340	1.430	personen	jaar

Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT)

Veruit de meeste zorg in de verpleging, verzorging en thuiszorg wordt geleverd aan ouderen en dus heeft vergrijzing een sterk oprijvend effect op de zorgbehoefte en arbeidsvraag in deze branche.

Tabel 5: Niet geleverde zorg per scenario in de **VVT** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Cliënten verpleeghuiszorg VV4 t/m VV9	650	780	810	personen	1 dec
Cliënten wijkverpleging	1.400	1.750	1.840	personen	jaar
Cliënten kraamzorg	760	940	990	personen	jaar
Cliënten thuiszorg Wmo (VV huish. hulp en ondersteuning thuis)	1.580	1.970	2.080	personen	jaar
Cliënten thuiszorg Wlz (vpt, mpt en pgb)	220	270	280	personen	1 dec

Gehandicaptenzorg (GHZ)

Het model onderscheidt voor de Wlz-gefinancierde zorg: (sterk gedragsgestoord) licht verstandelijk gehandicapten ((SG)-LVG), verstandelijk gehandicapten en lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten (LG + ZG). Daarnaast is een inschatting gemaakt van de omvang van ondersteuning thuis in deze branche (Wmo).

Tabel 6: Niet geleverde zorg per scenario in de **GHZ** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Cliënten (SG-)LVG	-	-	-	personen	1 dec
Cliënten VG	510	610	650	personen	1 dec
Cliënten LG + ZG	60	70	80	personen	1 dec
Cliënten GHZ ondersteuning thuis	240	290	310	personen	jaar

Jeugdzorg

De grootste groep cliënten binnen de jeugdzorg krijgt een vorm van jeugdhulp zonder verblijf (al dan niet geleverd door een wijkteam). Andere vormen van jeugdzorg zijn jeugdbescherming en reclassering en jeugdhulp met verblijf (incl. pleegzorg).

Tabel 7: Niet geleverde zorg per scenario in de **jeugdzorg** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Cliënten jeugdbescherming- en reclassering	90	130	90	personen	jaar
Cliënten jeugdhulp zonder verblijf	1.640	2.240	1.640	personen	jaar
Cliënten jeugdhulp met verblijf	100	140	100	personen	jaar

Sociaal werk

Sociaal Werk heeft een groot, maar niet altijd geregistreerd bereik. Het is daarom, met uitzondering van Maatschappelijke opvang, niet in absolute aantallen weer te geven hoeveel zorg niet geleverd kan worden. Onderstaande tabel toont welk aandeel van de zorg niet geleverd kan worden.

Tabel 8: Niet geleverde zorg per scenario in **sociaal werk** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Personen sociaal werk	16,6%	20,2%	16,6%	n.v.t.	n.v.t.
Personen maatschappelijke opvang	-	-	-	personen	jaar

Kinderopvang

Kinderopvang wordt onderscheiden naar dagopvang en buitenschoolse opvang. De getoonde cijfers betreft het aantal uren van kinderen voor wie kinderopvangtoeslag is ontvangen. Het gaat enkel om de uren in kindcentra (incl. peuterspeelzalen); opvang verzorgd door gastouders valt buiten de reikwijdte van het model.

Tabel 9: Niet geleverde zorg per scenario in **kinderopvang** in 2034, Amersfoort en omgeving

Zorggebruikindicator	1	2a	2b	Eenheid	Periode
Uren dagopvang	1.631.600	2.002.800	1.631.600	uren	jaar
Uren BSO	904.800	1.110.700	904.800	uren	jaar

Het tekort kan maar deels worden teruggedrongen door arbeidsmarktmaatregelen

Arbeidsmarktmaatregelen kunnen het tekort terugdringen en daarmee de impact op het zorggebruik beperken. Dit kan zowel door het aanbod te verhogen als door de vraag te verlagen. Maatregelen die het aanbod vergroten hebben echter als effect dat het aantal werknemers toeneemt en daarmee ook het aandeel van zorg en welzijn t.o.v. de totale werkzame beroepsbevolking. Focus ligt daarom op verlaging van de arbeidsvraag.

Er zijn in overleg met Regioplus drie maatregelen doorgerekend:

- A. De gemiddelde werkweek neemt toe met 1 uur in de periode 2025-2034 (6 minuten per jaar).
- B. Het ziekteverzuim daalt gelijkmatig tot het niveau van 2019 (voor de Coronacrisis) in de periode 2025-2028 en blijft daarna constant.
- C. De arbeidsproductiviteit ligt vanaf 2025 een 0,5 procentpunt hoger dan in het scenario gelijkblijvend aandeel beroepsbevolking.

De eerste twee maatregelen verhogen de inzetbaarheid van werknemers, terwijl de derde maatregel de geleverde zorg per werknemer laat toenemen. Voor alle effectscenari's is het scenario 'gelijkblijvend aandeel beroepsbevolking' de basis. De verschillende effecten kunnen niet zondermeer worden opgeteld, daarom is ook het effect voor de combinatie van de drie maatregelen bepaald. [Tabel 10](#) toont de resultaten voor 2029 en 2034.

Tabel 10: Impact arbeidsmaatregelen op de tekorten in Amersfoort en omgeving in scenario gelijkblijvend aandeel beroepsbevolking (2a)

Wijziging	Afname tekort door maatregel(en)		Niet ingevulde zorgvraag (aandeel tekort)	
	2029	2034	2029	2034
Geen aanvullende maatregelen			11,3%	18,5%
A. Duur van de werkweek vanaf 2025 laten toenemen met totaal 1 uur (6 minuten per jaar)	-480	-1.190	10,0%	15,9%
B. Ziekteverzuim vanaf 2025 geleidelijk laten afnemen naar niveau van 2019	-600	-690	9,7%	17,0%
C Arbeidsproductiviteit vanaf 2025 met 0,5% per jaar meer toe laten nemen	-690	-1.530	9,5%	15,2%
Combinatie maatregel A, B en C	-1.730	-3.280	6,7%	11,0%

Zowel op het gebied van inzetbaarheid als wat betreft arbeidsproductiviteit lijkt er veel potentieel. Het zal echter een uitdaging zijn dit te realiseren. Uitgebreide informatie over de (ontwikkeling van) de deeltijdfactor, het ziekteverzuim en de arbeidsproductiviteit zoals toegepast in het prognosemodel Zorg en Welzijn is te vinden in de [verantwoordingsdocumentatie](#). Tenzij anders vermeldt zijn hierna genoemde cijfers hieruit afkomstig.

Verhogen van de inzetbaarheid van werknemers

In de zorg is het gemiddelde deeltijdpercentage laag (variërend van 59% in de thuiszorg tot 90% in de UMC's). Verschillende initiatieven zoals '[Het Potentieel Pakken](#)' zijn in het leven geroepen om deze percentages te verhogen. Maatregel A gaat uit van een toename van de gemiddelde werkweek met één uur over de periode 2025-2034, dit komt neer op zes minuten per jaar. In de meeste branches is het gemiddelde deeltijdpercentage de laatste vijf jaar licht gestegen, met uitzondering van de medisch specialistisch zorg. Maar ook in de branche met de meeste stijging (de kinderopvang) ligt deze ontwikkeling met een kleine twee minuten per jaar ruim onder het niveau van maatregel A.

Het verzuim lag in 2019, net voor de Coronacrisis in Nederland aanving, afhankelijk van de branche tussen de 3,9% en 7,3%. In 2023 was dit tussen de 5,7% en 9,4%. Alle cijfers betreffen het vierde kwartaal. Het verzuim is eind 2023 in alle branches gelijk of wat lager dan in 2022. Gezien het feit dat het vierde kwartaal 2023 reeds ruim na de laatste lockdown was, is er vermoedelijk een behoorlijke inspanning nodig om de cijfers verder te laten dalen. Bij het doorrekenen van maatregel B is het verzuimpercentage in de periode 2025-2028 gelijkmatig verlaagd tot het niveau van 2019.

Arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit verhogen kan bijvoorbeeld door het verlagen van de administratieve last of het inzetten van nieuwe technologieën. Soms leiden nieuwe technologieën echter juist tot een hogere zorgvraag (bijvoorbeeld omdat een nieuwe patiëntgroep nu ook in aanmerking komt voor behandeling), wat een opdrijvend effect heeft op de tekorten. In het prognosemodel wordt afhankelijk van de branche een arbeidsproductiviteitsverbetering van tussen de 0,0% en 0,3% gehanteerd. Deze percentages zijn gebaseerd op een langjarige tijdreeks van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bij maatregel C is het uitgangspunt dat de arbeidsproductiviteit jaarlijks met 0,5 procentpunt extra verhoogd kan worden. Een uitzondering geldt voor de kinderopvang, waar de arbeidsproductiviteitsontwikkeling voor de uitvoerende beroepsgroepen vanwege de vaststaande beroepskracht-kind ratio op 0,0 is gesteld.