

Minder verpleeghuizen nodig dan verwacht door afname verblijfsduur

Na jaren van inzet op langer thuiswonen is er momenteel leegstand in verpleeghuizen. Welke rol speelt de verblijfsduur hierin?

IN HET KORT

- De gemiddelde verblijfsduur is van 2012 tot en met 2022 met circa acht procent afgenomen van 930 dagen tot 853 dagen.
- De gemiddelde leeftijd bij opname is vrijwel gelijk gebleven, maar de zorgzwaarte bij opname is sterk toegenomen.
- Lagere instroom van mensen met een relatief lichte zorgzwaarte kan recente signalen van leegstand verklaren.

PETER ALDERS

Wetenschappelijk onderzoeker aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en projectleider bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

BRAM

WOUTERSE

Universitair hoofddocent aan het Radboudumc

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

De vergrijzende bevolking legt een toenemende druk op de financiële en personele houdbaarheid van de verpleeghuiszorg. Achtereenvolgende kabinetten zetten daarom in op langer thuis wonen, het sterker scheiden van wonen en zorg, en het bevriezen van het aantal verpleeghuisbedden (Rijks-overheid, 2012; MinVWS, 2018; MinVRO en MinVWS, 2022). Dit beleid lijkt behoorlijk succesvol. Na jaren van zorg over te weinig plekken en olopemde wachtlijsten (Tweede Kamer, 2020) zijn er op dit moment juist steeds meer berichten over leegstand binnen verpleeghuizen (ActiZ, 2025; Zilveren Kruis, 2025).

Tegelijkertijd benadrukken zowel de zorgen over de houdbaarheid van de verpleeghuiszorg als de signalen van leegstand het belang van een goede inschatting van de langetermijnbehoefte aan verpleeghuiszorg. Een gebrek aan inzicht kan leiden tot wachtlijsten of juist overcapaciteit en onnodige extra kosten (Alders en Schut, 2019; RIVM, 2022) en frustrereert beslissingen over investeringen in toekomstige verpleeghuiscapaciteit.

De bestaande schattingen zijn behoorlijk onzeker omdat er weinig bekend is over hoe de verblijfsduur in verpleeghuizen zich ontwikkelt. In de prognose van het RIVM van het benodigde aantal plaatsen zit bijvoorbeeld een bandbreedte van ca. 60.000 plaatsen over twintig jaar (RIVM, 2022). In eerder werk (Alders en Schut, 2019) toonden wij dat verschillende scenario's over de toekomstige ontwikkeling van de verblijfsduur resulteren in een verschil tussen enerzijds bijna niets bijbouwen en anderzijds een benodigde bouw van circa 100.000 extra verpleeghuisplekken.

Op basis van landelijke gebruiksgegevens van verpleeghuizen over de periode 2012–2022 bieden wij in dit artikel inzicht in de trend van de verblijfsduur en belangrijke drijfveren daarachter. Inzicht in die trend helpt bij het maken van een inschatting van de benodigde toekomstige verpleeghuiscapaciteit.

Veranderende instroom

Het benodigde aantal verpleeghuisplekken hangt onder meer af van hoeveel ouderen naar het verpleeghuis gaan. Het aantal opnames in verpleeghuizen is – na een kortstondige daling in 2014 en 2015 – de afgelopen jaren gestaag toegenomen (tabel 1). Het aantal personen met een relatief licht zorgzwaartepakket (ZZP 4) is daarbij sterk gedaald, terwijl het aandeel met een zwaardere indicatie (ZZP 5), waaronder personen met dementie, fors is toegenomen. Ook valt op dat het aandeel vrouwen geleidelijk is gedaald. Per saldo is de gemiddelde leeftijd van de nieuw opgenomen verpleeghuispopulatie relatief stabiel gebleven, maar is de variatie in leeftijd met 1,5 jaar toegenomen.

Factoren die de verblijfsduur beïnvloeden

Het benodigde aantal verpleeghuisplekken hangt ook af van hoe lang bewoners daar blijven. Wanneer de populatie die instroomt verandert (tabel 1) zal dat gevolgen hebben voor de verblijfsduur en dus de benodigde capaciteit.

Allereerst hebben diverse demografische ontwikkelingen invloed op de verblijfsduur. Vanwege een stijgende levensverwachting is er een toename van het aandeel mensen dat op (zeer) hoge leeftijd wordt opgenomen in een verpleeghuis en daar relatief kort verblijft. Tegelijk is er sprake van een groeiend aandeel ouderen dat op relatief jonge leeftijd instroomt omdat de babyboomgeneratie van na de Tweede Wereldoorlog kort na 2020 75 jaar is geworden. Zelfs als mensen langer thuis willen blijven wonen – en opnamekansen onder deze groep dus afnemen ten opzichte van oudere cohorten – kan de toename in het bevolkingsaantal hebben geleid tot een extra instroom in verpleeghuizen op relatief jonge leeftijd en daarmee tot een toename van de gemiddelde verblijfsduur.

Ook is het waarschijnlijk dat de gemiddelde verblijfsduur daalt doordat het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen is afgenomen. Het verschil in levensverwachting op 65-jarige leeftijd tussen vrouwen en mannen is verminderd van 2,9 jaar in 2012 tot 2,2 jaar in

2022 (CBS, 2025a). Hierdoor is het aandeel mannen in de oudere bevolking toegenomen en daarmee waarschijnlijk ook het aandeel mannen in verpleeghuizen. Doordat mannen korter in het verpleeghuis verblijven (Wouterse et al., 2023), daalt daardoor de gemiddelde verblijfsduur. Ook zullen vrouwen mogelijk later naar het verpleeghuis gaan als hun mannelijke partner langer leeft, wat hun verblijfsduur kan verkorten. Het is op voorhand onduidelijk welk samengesteld effect op de verblijfsduur deze demografische veranderingen zullen hebben.

Ten tweede zijn veranderingen in de voorkeuren en zorgbehoeften van mensen van invloed op het moment waarop zij in een verpleeghuis worden opgenomen (Bladt et al., 2023). Als mensen zelf steeds langer thuis willen blijven wonen, dan leidt dit ertoe dat ze pas naar een verpleeghuis gaan wanneer hun gezondheid al heel slecht is en hun levensverwachting al laag. Dit leidt dan tot een daling van de gemiddelde verblijfsduur.

Ten derde kan de gemiddelde verblijfsduur ook worden beïnvloed door veranderingen in zorg en technologie, het overheidsbeleid en de beschikbaarheid van alternatieven voor het verpleeghuis. De hervorming van de langdurige zorg in 2015 was er mede op gericht dat mensen langer zelfstandig konden blijven wonen, onder meer door sterker in te zetten op mantelzorg en alternatieve woonvormen voor ouderen. Ook kunnen verhogingen in de eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg, zoals door de invoering van de vermogensinkomensbijtelling in 2013, de overgang naar een verpleeghuis vanuit financieel oogpunt minder aantrekkelijk hebben gemaakt. Ten slotte kunnen ook het optreden van oversterfte tijdens griepgolven en de coronapandemie van invloed zijn geweest op de verblijfsduur.

Decompositie van veranderende verblijfsduur

We maken gebruik van geanonimiseerde persoonsgegevens van het Centraal Administratiekantoor over opnames in verpleeghuizen per ZZP. Deze gegevens zijn gekoppeld aan microdata uit de gemeentelijke basisadministratie van het CBS over leeftijd, geslacht, samenwonen en sterfdatum, evenals aan CBS-gegevens over cohortgrootte per leeftijdscategorie en jaar (CBS, 2025b).

Patiënteigenschappen bij verpleeghuisopname TABEL 1

Jaar	Totaal Aantal	ZZP-niveau			Vrouw	Partner	Leeftijd gemiddeld
		4	5	6			
		Aandeel in procenten					
2012	34.902	32,7	37,8	29,5	68,9	27,3	85,1
2013	36.257	30,3	37,1	32,7	67,3	28,0	85,1
2014	33.972	26,4	44,5	29,1	66,9	29,8	85,0
2015	32.173	25,9	50,5	23,6	66,0	29,3	85,0
2016	35.345	26,1	49,9	24,0	65,5	29,0	85,0
2017	39.628	25,9	48,9	25,1	64,9	28,8	85,0
2018	42.051	26,1	50,6	23,3	64,0	29,3	85,1
2019	41.717	25,5	51,4	23,1	63,7	29,0	85,0
2020	43.874	21,6	54,3	24,1	63,5	29,0	85,0
2021	45.577	20,2	53,8	26,0	63,3	28,0	85,0
2022	47.881	17,8	54,3	27,9	62,6	28,0	85,0
Totaal	433.377	24,9	48,9	26,1	65,0	28,6	85,0

Noot: Het zorgwaartepakket (ZZP) bepaalt het type en de intensiteit van de zorg waar iemand recht op heeft en vormt ook de basis voor het dagtarief dat het verpleeghuis voor de cliënt ontvangt. ZZP 4 = Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging, ZZP 5 = Beschermd wonen met intensieve dementiezorg en ZZP 6 = Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging. Bij opnames in een verpleeghuis gaan we uit van personen met een indicatie ZZP 4 t/m 6 die gebruikmaken van zorg met verblijf. Mensen die gebruikmaken van een Volledig Pakket Thuis (VPT), een Modulair Pakket Thuis (MPT) of een persoonsgebonden budget (pgb) vallen hier niet onder.

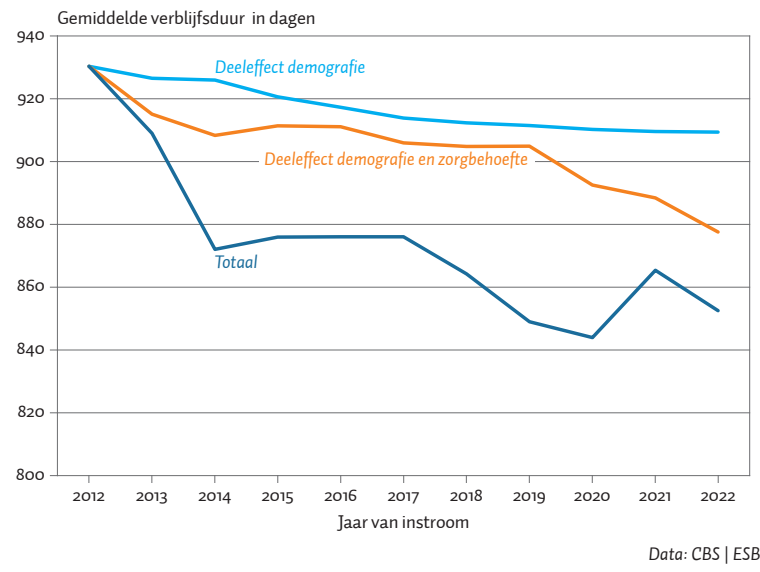
Data: CBS | ESB

We hebben de analyse beperkt tot ouderen boven de 65 jaar die zijn ingestroomd in een verpleeghuis met een ZZP 4 tot en met 6. ZZP 1–3 hebben we niet meegenomen omdat hiervoor vanaf 2013 geen verpleeghuisindicatie meer kon worden verkregen. Ook opnames met ZZP 7–8 zijn niet meegenomen vanwege de relatief kleine aantallen, waardoor de trend voor deze ZZP's minder goed kon worden ingeschat.

We analyseren de trend in verblijfsduur over de periode 2012–2022 met een Cox-overlevingsmodel (Alders et al., 2025). Een kenmerk van het Cox-model is dat de (basis) overlevingsfunctie voor alle observaties hetzelfde is, en naar boven of naar beneden schaal, afhankelijk van de waarde van de achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht, partnerstatus en ZZP-categorie. Hierdoor kan ook de gemiddelde verblijfsduur worden geschat als veel bewoners van

Korter verblijf in het verpleeghuis

FIGUUR 1



verpleeghuizen nog in leven zijn aan het einde van onze observatieperiode (31 december 2023). Met de overlevingsfunctie kan voor alle individuen de geschatte verblijfsduur op basis van het model worden voorspeld aan de hand van de karakteristieken van individuen die in een jaar instromen en daarmee ook het gemiddelde voor dat jaar.

Resultaten

De gemiddelde verblijfsduur is van 2012 tot en met 2022 met circa acht procent afgenomen van 930 dagen tot 853 dagen (figuur 1). Dit totale effect kan worden opgesplitst in drie deeleffecten.

Ten eerste verklaart het *deeleffect van een verandering in de demografie* per saldo een afname van 21 dagen (ofte wel 27 procent van de totale afname in verblijfsduur) over de periode 2012–2022. Dit hebben we berekend door ervan uit te gaan dat zowel de zorgbehoeften per demografische groep (leeftijd, geslacht en partnerstatus) als de algemene tijdstrend hetzelfde zouden zijn gebleven als in het basisjaar 2012. Het resultaat geeft de veranderingen in de verblijfsduur als gevolg van veranderingen in de omvang van de demografische groepen in de totale populatie (het zuivere demografische of cohorteffect). Hieronder valt bijvoorbeeld de zich wijzigende leeftijdsamenstelling door latere instroom en de geleidelijke instroom van de baby-boomgeneratie, en het toenemend aandeel mannen.

Het *deeleffect van een verandering in de zorgbehoefte* verklaart ongeveer veertig procent van de daling van de verblijfsduur. Dit hebben we berekend door te analyseren wat er gebeurd zou zijn als alleen de algemene tijdstrend constant was gebleven. Het resultaat geeft het samengestelde effect van demografie plus veranderingen in de zorgbehoeften per demografische groep (in totaal 67 procent) als gevolg van veranderingen in gezondheid, voorkeuren en daaraan gerelateerd beleid.

Het grootste deel van de daling gerelateerd aan zorgbehoefte vond plaats in de periode 2019–2022. Drie ontwikkelingen kunnen daaraan hebben bijgedragen.

Ten eerste viel de daling samen met een sterke toename

vanaf 2019 van het gebruik van het zogeheten ‘Volledige Pakket Thuis’ (VPT). Een VPT houdt in dat ouderen in plaats van een opname in een verpleeghuis kiezen voor intensieve zorg, vaak in een alternatieve woonzorginstelling, waarbij zij de woonlasten voor eigen rekening nemen (in ruil voor een lagere eigen bijdrage). Het aantal ouderen met een VPT steeg van 7.765 in 2015 naar 14.405 in 2020 en 21.855 in 2022 (CBS, 2025c). Ten tweede gingen de regionale zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de inkoop van verpleeghuiszorg stimuleren om ouderen met een ZZP-niveau 4 langer thuis te laten blijven wonen en plaatsen in verpleeghuizen te reserveren voor ouderen met een hogere zorgbehoefte (NZa, 2024). Zoals blijkt uit tabel 1 heeft dit vooral vanaf 2019 geleid tot een sterke daling van het aandeel verpleeghuisopnames met ZZP 4. Ten derde zou de coronapandemie ouderen kunnen hebben gestimuleerd om langer thuis te blijven wonen. Omdat ouderen met een lichtere zorgbehoefte (ZZP 4) een relatief lange (voorspelde) verblijfsduur hebben in vergelijking met een ouderen met een zwaardere indicatie (ZZP 5 of 6), kan deze gedragsverandering als gevolg van corona eveneens hebben bijgedragen aan de relatief sterke daling van de gemiddelde verblijfsduur sinds 2020.

Tot slot zijn de resterende effecten op de verblijfsduur tezamen geschat door middel van een flexibele tijdstrend, die circa 32 procent van de daling in de verblijfsduur verklaart. Dit betreft het *deeleffect van het totale effect dat niet verklaard kan worden* door de twee andere deeleffecten. Uit figuur 1 blijkt dat deze tijdstrend sterk fluctueert, variërend van een sterke daling van 2012–2014 tot een sterke stijging in 2021. De daling in 2013 en 2014 zou (mede) een gevolg kunnen zijn geweest van een substantiële verhoging van de eigen bijdrage voor vermogende burgers door de invoering de vermogensbijtelling met ingang van 2013. Vermogende mensen met minder urgente zorgbehoeften hebben hun opname daardoor mogelijk uitgesteld, wat kan hebben geleid tot een verkorting van de verblijfsduur. Dit sluit aan bij bevindingen van Tenand et al. (2023). De sterke daling van de verblijfsduur van bewoners die zijn ingestroomd over de periode 2017–2019 houdt waarschijnlijk verband met de oversterfte in de daaropvolgende jaren tijdens de pandemie. In 2020 en 2021 was de sterftetekans onder verpleeghuisbewoners in Nederland 4,0 respectievelijk 1,6 per 100 bewoners hoger dan verwacht (Bär et al., 2024). Ten slotte zou de opwaartse verschuiving in 2021 het gevolg kunnen zijn van een terugkeer naar de sterftetekans van vóór corona na afloop van de pandemie in 2022.

Verklaring voor leegstand in verpleeghuizen

Hoewel ons onderzoek ging over de periode 2012–2022, kunnen de inzichten die hieruit voortvloeien bijdragen aan een verklaring van de recente daling van de wachtlijsten en toenemende (regionale) leegstand in verpleeghuizen. Aansluitend op de norm ‘zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan’ uit het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO, MinVWS (2022)) hebben zorgkantoren beleid in gang gezet met het uitgangspunt ‘thuis, tenzij’ voor cliënten met een ZZP 4. Zorg voor deze groep vindt in principe thuis plaats, tenzij dit niet passend of verantwoord is (NZa, 2024). Dit beleid kan aan-

zienlijke gevolgen hebben voor de benodigde toekomstige verpleeghuiscapaciteit en het aantal zorggeschikte woningen. De verblijfsduur van iemand met een ZZP 6 is een stuk korter dan die van iemand met een ZZP 5 of ZZP 4. Terwijl bijna de helft van de verpleeghuisbewoners met een ZZP 4 meer dan 1.000 dagen in het verpleeghuis verblijft, is dit bij bewoners met ZZP 6 maar iets meer dan 500 dagen.

Hoewel het effect van de verlaging van een verminderde instroom van ZZP 4 op de verpleeghuisbezetting in het eerste jaar na de inzet van het 'thuis, tenzij'-beleid nog relatief beperkt zal zijn, loopt dit effect na enkele jaren sterk op. Het effect wordt sterker omdat er in opeenvolgende jaren een lagere instroom van ZZP 4 is en omdat mensen die anders zouden zijn opgenomen met een ZZP 4-indicatie meerdere jaren in het verpleeghuis zouden verblijven. De aldus verminderende vraag naar verpleeghuiszorg kan mede de oorzaak zijn van de huidige signalen van (regionale) leegstand (ActiZ, 2025).

Na verloop van tijd kan de vraag naar verpleeghuisplekken echter wel weer toenemen. De instroom van ZZP 4 kan immers na verloop van tijd niet veel verder omlaag omdat er alleen nog een groep overblijft die niet verantwoord of passend thuis kan blijven wonen, terwijl anderzijds een deel van de mensen met een ZZP 4 die eerder geen plek konden krijgen op termijn een hogere ZZP zullen krijgen en dan alsnog in een verpleeghuis terecht kunnen komen. Tevens zal vanwege de vergrijzing ook de vraag naar verblijf voor mensen met een ZZP 5 en 6 verder toenemen. In hoeverre de behoefte aan verpleeghuiszorg in de toekomst weer verder zal toenemen, is mede afhankelijk van de vraag of ook mensen met een hogere ZZP (kunnen) kiezen voor een alternatief aanbod, zoals geclusterde, voor zorg geschikte woningen: zelfstandige woningen die bij elkaar liggen en waar zorg en ondersteuning naar behoefte beschikbaar zijn.

Conclusie

De verblijfsduur in verpleeghuizen in Nederland is in de periode 2012–2023 met bijna acht procent afgenomen. Twee derde van deze dalende trend kan worden verklaard door veranderingen in de bevolkingssamenstelling en de zorgbehoefte van mensen op het moment van opname. De daling van het aantal ouderen dat met een minder hoge zorgzwaarte (ZZP 4) wordt opgenomen, heeft waarschijnlijk bijgedragen aan een capaciteitsoverschot dat past bij de huidige signalen van dalende wachtlijsten en leegstand in sommige verpleeghuizen.

Onze bevindingen hebben belangrijke implicaties voor het beleid inzake de langdurige zorg, met name voor beslissingen om te investeren in toekomstige verpleeghuiscapaciteit. De toekomstige ontwikkeling van de verblijfsduur maakt namelijk veel uit voor de benodigde capaciteit: Alders en Schut (2019) berekenden dat bij het gelijk blijven van de verblijfsduur in de periode 2025–2035 30.920 extra verpleeghuisplekken nodig zouden zijn, terwijl bij een jaarlijkse daling van 0,8 procent van de verblijfsduur – wat vergelijkbaar zou zijn met het doortrekken van de trend die we gevonden hebben voor de periode 2012–2022 – dit extra aantal afneemt tot 14.440. Gemiddeld is dit per jaar aanzienlijk minder dan de 40.000 woningen waar het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening

(VRO) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor de periode 2022–2030 van uitgingen (MinVRO en MinVWS, 2022). Door de bevroering van de verpleeghuiscapaciteit zouden daarbij, in de plaats van verpleeghuisplekken, voor zorg geschikte woningen moeten worden gebouwd waar mensen geclusterd wonen en aanspraak op intensieve zorg kunnen maken.

Tegelijkertijd wordt het belang van geclusterde (voor zorg geschikte) woonvormen steeds groter voor de grotere groep kwetsbare ouderen die zelfstandig thuis woont. PricewaterhouseCoopers (PwC, 2025) constateerde dat circa 22.000 mensen in 2030, die nu nog zelfstandig thuis wonen, in een geclusterde (beschutte) woonvorm zouden willen wonen. Door in te zetten op een sterke differentiatie van het aanbod aan dergelijke woonvormen kan flexibeler worden ingespeeld op veranderingen in de toekomstige zorgvraag van ouderen.

Literatuur

- ActiZ (2025) 'Minder wachtenden én minder volle bezetting? Dat vraagt om duiding'. ActiZ Nieuwsbericht, 25 juni.
- Alders, P. en F.T. Schut (2019) Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: Scenarios and policy implications. *Health Economics, Policy and Law*, 14(1), 82–100.
- Alders, P., B. Wouterse en F.T. Schut (2025) Trend in length-of-stay in nursing homes: Evidence from the Netherlands. *The Journal of the Economics of Ageing*, 32, 100596.
- Bär, M., J.A.M. Bom, P.L.H. Bakx et al. (2024) Variation in excess mortality across nursing homes in the Netherlands during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(9), 105116.
- Bladt, M., M. Fuino, A. Shemendyuk en J. Wagner (2023) Modelling the burden of long-term care for institutionalised elderly based on care duration and intensity. *Annals of Actuarial Science*, 17(1), 83–117.
- CBS (2025a) *Prognose levensverwachting 65-jarigen: 21 jaar in 2031*. CBS Statistiek, 7 november.
- CBS (2025b) *Bevolking, geslacht, leeftijd en burgerlijke staat*, 1 januari. CBS Statistiek, 21 augustus.
- CBS (2025c) *Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zfp*. CBS Statistiek, 28 november.
- MinVRO en MinVWS (2022) *Programma Wonen en zorg voor ouderen*. Rapport, november. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- MinVWS (2018) *Programma Langer Thuis*. Rapport, juni. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- MinVWS (2022) *Programma Wonen, Ondersteuning, Zorg voor Ouderen (WOZO)*. Rapport, 4 juli. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- NZa (2024) *Tussen wal en voordeur? Toezichtsonderzoek naar het nakomen van de zorgplicht door zorgkantoren bij cliënten met een VV4-indicatie*. Nederlandse Zorgautoriteit Rapport, 22 juli.
- PwC (2025) *Onderzoek naar de herinstructie van verzorgingshuizen*. PriceWaterhouseCoopers Rapport, 12 september. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Rijksoverheid (2012) *Bruggen slaan: Regeerakkoord VVD - PvdA*, 29 oktober.
- Tenand, M., P. Bakx en B. Wouterse (2023) *The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare*. CPB Discussion Paper, november.
- Tweede Kamer (2020) *Debat over toenemende wachtlijsten voor verpleeghuizen*. Debatten in het kort, 15 januari.
- Wouterse, B., P. Bakx en A. Wong (2023) Measuring nursing home performance using administrative data. *Medical Care Research and Review*, 80(2), 187–204.
- Zilveren Kruis (2025) *Leegstand en dan? Uitdagingen en oplossingen in de intramurale zorg*. Zilveren Kruis Publicatie, 6 maart.