

Van alles voor iedereen naar samen met elkaar

Auteur: Nico Schokker

juli 2026

Het MPT en VPT worden herzien en mogelijk geïntegreerd in een meer persoonsvolgend bekostigingsmodel: gevolgen voor toekomstige gebruikers, vastgoed, dienstverlening en de rol van de gemeenschap in de intensieve zorg.



Inhoudsopgave

1. Aanleiding	03	5. Gevolgen voor de dienstverlening	14
2. Veranderingen binnen de Wlz	05	5.1 Wat verdwijnt er uit het standaardaanbod?	
2.1 VPT als alternatief voor de intramurale indicatie		5.2 Randvoorwaarden en verantwoordelijkheden	
2.2 VPT in de praktijk		5.3 Cultuuromslag	
2.3 Groei in het VPT		6. De rol van de gemeenschap	17
2.4 De beleidswijziging van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg		6.1 Van instelling naar buurtvoorziening	
3. Het transitieproces	07	6.2 De gemeente als regisseur	
3.1 Van sytseemzorg naar community care		7. Nieuwe concepten en innovatierichtingen	
3.2 Van alles voor iedereen naar samen met elkaar		7.1 Nieuwe concepten	19
4. Gevolgen voor het vastgoed	09	7.2 Gebiedsgerichte benadering	
4.1 Het huidige vastgoedconcept		8. Aanbevelingen	20
4.2 Bekostiging van het vastgoedconcept		9. Conclusie	21
4.3 Welke ruimten verliezen hun dekking?		Literatuur	22
4.4 Nieuwe vastgoedrisico's en kansen			
4.5 Strategische huisvestingsopties			

Nederland vergrijst en het aantal mensen met een zorg- en ondersteuningsvraag neemt de aankomende jaren toe. Om de langdurige zorg houdbaar te houden, is een fundamentele verandering nodig. Niet alleen in bekostiging of organisatie, maar in de manier waarop zorg is ingebed in de samenleving. De zorg staat onder druk door o.a. een toename van een tekort aan zorgpersoneel, een snel groeiende groep mensen met een intensieve zorgvraag en toenemende complexiteit van ondersteuning. Door de combinatie van deze factoren is het huidige institutionele organisatiemodel van de zorg onvoldoende toekomstbestendig. Tegelijkertijd is binnen de verpleeghuiszorg op sommige locaties sprake van toenemende leegstand, vanwege onder andere veranderde woonvoorkeuren.

De kern van de opgave is dat zorg niet meer kan worden georganiseerd als een opzichzelfstaand iets, los van wonen, welzijn en het dagelijks leven van mensen. Jarenlang was deze vorm van zorg vooral een professionele aangelegenheid, geleverd binnen instellingen of via strak gedefinieerde arrangementen. Dat bood zorgorganisaties juridische duidelijkheid over hun verantwoordelijkheid en een structurele financieringsvorm. Maar dit heeft ook geleid tot een sterke scheiding tussen zorg en de samenleving. Juist deze scheiding maakt het systeem nu kwetsbaar in een tijd waarin beroepskrachten schaars zijn en de zorgvraag toeneemt.

Om duurzaam te blijven, moet zorg zich ontwikkelen als een partner in een gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dat betekent niet dat professionele zorg wordt

vervangen door informele inzet, maar dat zij wordt ingezet waar het nodig is in de samenleving, aangevuld met en ondersteund door het sociale netwerk rondom mensen: familie, burens, vrijwilligers, maatschappelijke organisaties en lokale initiatieven.

Tegen deze achtergrond heeft de overheid besloten het Volledig Pakket Thuis (VPT) en het Modulair Pakket Thuis (MPT) in hun huidige vorm te herzien en te vervangen door of te integreren in een meer persoonsvolgende bekostiging. Er vinden op dit moment experimenten plaats met het zogenaamde Passend Pakket Thuis (PPT). Deze nieuwe systematiek verschuift het uitgangspunt van organisatieperspectief naar het mensperspectief: zorg en ondersteuning volgen de persoon en zijn of haar netwerk. Wonen, zorg en aanvullende diensten worden expliciet van elkaar onderscheiden, met meer ruimte voor maatwerk en eigen regie.

Deze wijziging is meer dan een financiële ingreep. Zij markeert een fundamentele koerswijziging in hoe de zorg is georganiseerd: niet meer als een besloten professionele aangelegenheid, maar als onderdeel van het dagelijks leven en de gemeenschap rondom mensen met een zorgvraag. De transitie naar persoonsvolgende bekostiging vraagt van zorgorganisaties, zorgverzekeraars, gemeenten en netwerken om opnieuw te bepalen wat professionele zorg is, wat samen georganiseerd kan worden en welke rol de sociale omgeving hierin kan spelen. Want langs deze weg zal de langdurige zorg ook in de toekomst toegankelijk, menswaardig en uitvoerbaar blijven.

Doel van deze whitepaper

Het herzien van het MPT en VPT als herkenbare bekostigingsvormen gaat verder dan alleen een wijziging in financiering, het markeert een nieuwe transitieopgave in voor de langdurige zorg. Waar eerdere transities vooral technisch of beleidsmatig van aard waren (nieuwe tarieven, andere contractvormen, aangepaste indicaties), raakt deze verandering de fundamentele ordening van wonen, zorg en ondersteuning: wat is straks nog zorg en wat zijn diensten waar mensen zelf (financieel) verantwoordelijk voor zijn, wat is de verantwoordelijkheid van de verschillende aanbieders en welke positie neemt de gemeenschap hierin?



Deze whitepaper verkent de impact van deze transitie op zorgorganisaties en schetst concrete handelingsperspectieven voor onder andere zorgorganisaties en eigenaren van woonzorgvastgoed.. Centraal staan drie samenhangende vragen:

1. **Wat betekent de herziening van het MPT en VPT voor de (toekomstige) gebruikers, het huisvestingsconcept van zorgorganisaties en welke ruimten en functies komen daarbij onder druk te staan?**
2. **Hoe verandert de dienstverlening en welke nieuwe samenwerkingsverbanden zijn nodig om voorzieningen die zorgorganisaties niet langer vanzelfsprekend aanbieden, toch in stand te houden waar dat gewenst en noodzakelijk is?**
3. **Welke rol kunnen lokale gemeenschappen, vrijwilligers, maatschappelijke organisaties en gemeenten spelen bij het vormgeven van een nieuw zorg- en voorzieningenlandschap?**

Deze whitepaper combineert beleidsontwikkelingen met praktijkervaring en strategische analyse en beoogt daarmee een brug te slaan tussen systeemverandering en uitvoerbare handelingsperspectieven.

In deze whitepaper wordt niet ingegaan op de transitie van verpleeghuizen naar expertisecentra, ondanks de belangrijke rol die dergelijke centra spelen binnen de toekomstige organisatie van de ouderenzorg.

Veranderingen binnen de Wlz

02

2.1 VPT als alternatief voor de intramurale indicatie

De Wet langdurige zorg (Wlz) kent verschillende leveringsvormen voor cliënten met een Wlz-indicatie. Intramurale zorg is een vorm van een (all-inclusief) arrangement, waarvan de capaciteit in de praktijk is begrensd tot circa 130.000 plaatsen.. Verdere uitbreiding van deze intramurale capaciteit is niet voorzien; zorgkantoren sturen nadrukkelijk op beheersing van de instroom en het stabiliseren van het volume.

De groei van de langdurige zorg heeft zich de afgelopen jaren daarom vooral voltrokken via zorg zonder verblijf. Het VPT en het MPT fungeerden hierbij als de meest toegepaste alternatieven voor intramurale opname en boden ruimte voor uitbreiding. Bij deze financieringsvormen wordt de verblijfscomponent niet verzilverd: cliënten blijven formeel zelfstandig wonen, terwijl zorg en ondersteuning thuis of in een (geclusterde of gesprekkelde) woonomgeving worden geleverd.

Dit systeem gaf cliënten zekerheid over hun woonsituatie en ontlastte hen van de noodzaak afzonderlijke contracten te sluiten voor wonen en dagelijkse ondersteuning, waaronder eten, drinken, schoonmaak, was en dergelijke. Voor zorgorganisaties bood het een stabiele financieringsgrondslag voor huisvesting en dienstverlening.

Voor mensen met een intensieve zorgvraag bood dit een financieel aantrekkelijk alternatief voor de hoge eigen bijdragen in de intramurale setting. De hoogte van de huur wordt bepaald aan de hand van het woningwaarderingsstelsel (WWS), waarbij de kwaliteit en kenmerken van de woning bepalend zijn voor het maximaal toegestane huurniveau. Ook sluit de woon(verblijfs)omgeving over het algemeen beter aan op het

leven van mensen dan in de klassieke institutionele vorm. Een belangrijk verschil is dat bij een VPT de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het leveren van een samenhangend totaalpakket aan zorg en ondersteuning. Bij een MPT ontvangt de cliënt afzonderlijke zorgmodules, die naar behoefte kunnen worden gecombineerd en waarvan bepaalde onderdelen eventueel zelf kunnen worden georganiseerd.

2.2 VPT in de praktijk

Het VPT wordt formeel gepositioneerd als een extramurale leveringsvorm, maar wordt in de praktijk vaak georganiseerd op een wijze die vergelijkbaar is met intramurale zorg. In veel gevallen verschilt de feitelijke organisatie van wonen, zorg en dienstverlening nauwelijks van klassieke intramurale zorg, ondanks het ontbreken van de formele indicatiestatus van verblijf.

In geclusterde VPT-settings worden bewoners doorgaans gehuisvest in zorggeschikte appartementen binnen één gebouw of complex, met een hoge mate van collectieve organisatie. Zorgprofessionals zijn structureel in het gebouw aanwezig, vaak met centrale posten, vaste teams en 24 uur bereikbaarheid. Maaltijden, huishoudelijke ondersteuning, welzijnsactiviteiten en begeleiding worden collectief georganiseerd en aangeboden, veelal vanuit centrale ruimten zoals gezamenlijke huiskamers en een gezamenlijke ruimte om te eten. Voor bewoners functioneert dit als één integraal arrangement, met één zorgorganisatie als eindverantwoordelijke voor het geheel van wonen en zorg. Deze praktijk verklaart ook waarom veel zorgorganisaties hun huisvesting, personeel inzet en ondersteunende dienstverlening inrichten op een wijze die vergelijkbaar is

met de institutionele 24-uurszorg, met uitzondering van de eindverantwoordelijke specialist ouderen geneeskunde als hoofdbehandelaar. Gemeenschappelijke ruimten, ondersteunende functies en facilitaire diensten maken nog structureel onderdeel uit van het woonzorgconcept en worden gefinancierd vanuit de VPT-exploitatie.

De ont koppeling die met het herzien van het VPT wordt beoogd, raakt daarom niet alleen een bekostigingsvorm maar legt, naast de noodzaak van een cultuuromslag ook de spanning bloot tussen de juridische definitie en de feitelijke organisatie van zorg en ondersteuning. Een alternatief voor het geclusterde VPT is het zogenoemde gespikkeld wonen met een VPT.

In deze woonvorm wonen mensen met en zonder zorgvraag verspreid door elkaar, bijvoorbeeld in een appartementencomplex of woonwijk. De zorg wordt nabij georganiseerd, waarbij ondersteuning en zorgverlening 24 uur per dag beschikbaar en bereikbaar zijn. In vergelijking met geclusterd wonen met een VPT sluit deze woonvorm minder aan bij de kenmerken van intramurale zorg, doordat wonen en zorg organisatorisch en ruimtelijk meer van elkaar zijn gescheiden. In de praktijk zijn er voorbeelden waarbij zorgorganisaties het budget voor voeding en maaltijden, dat onderdeel uitmaakt van het VPT, teruggeven aan cliënten. Hierdoor kunnen zij zelf invulling geven aan hun eten en drinken, wat aansluit bij het uitgangspunt van zelfstandig wonen en eigen regie.

2.3 Groei in het VPT

De afgelopen jaren is het gebruik van het VPT sterk gegroeid. Deze groei was niet uitsluitend het gevolg van demografische ontwikkelingen of een toenemende zorgvraag, maar hing ook samen met systeemprikkels in de bekostiging en de organisatie van de

langdurige zorg. Zo bood het integrale tarief aanbieders relatief veel flexibiliteit in de inzet van personeel en middelen, terwijl dit financieel nauwelijks onderdeel was voor intramurale zorg. Hierdoor ontstond een prikkel om het VPT relatief vaak in te zetten en had het VPT in de praktijk vaak de voorkeur boven het MPT.

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat zorgkantoren en aanbieders actief hebben gestuurd op uitbreiding van Wlz-zorg thuis, onder andere vanwege doelmatigheidsafspraken in de wijkverpleging en ruimere groeimogelijkheden binnen de Wlz. Dit heeft bijgedragen aan een verschuiving van zorg vanuit de Zorgverzekeringswet naar de Wlz, waarbij een deel van de cliënten via het VPT instroomde. Hoewel het VPT aansluit bij de wens om langer thuis te blijven wonen, zijn er ook kritische kanttekeningen geplaatst. Zo wordt het VPT in de praktijk geregeld ingezet voor cliënten die mogelijk met lichtere, meer modulaire ondersteuning toe zouden kunnen, en sluit het integrale karakter niet goed aan bij beleidsdoelen gericht op zelfredzaamheid, preventie en flexibilisering van zorg.

2.4 De beleidswijziging van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg

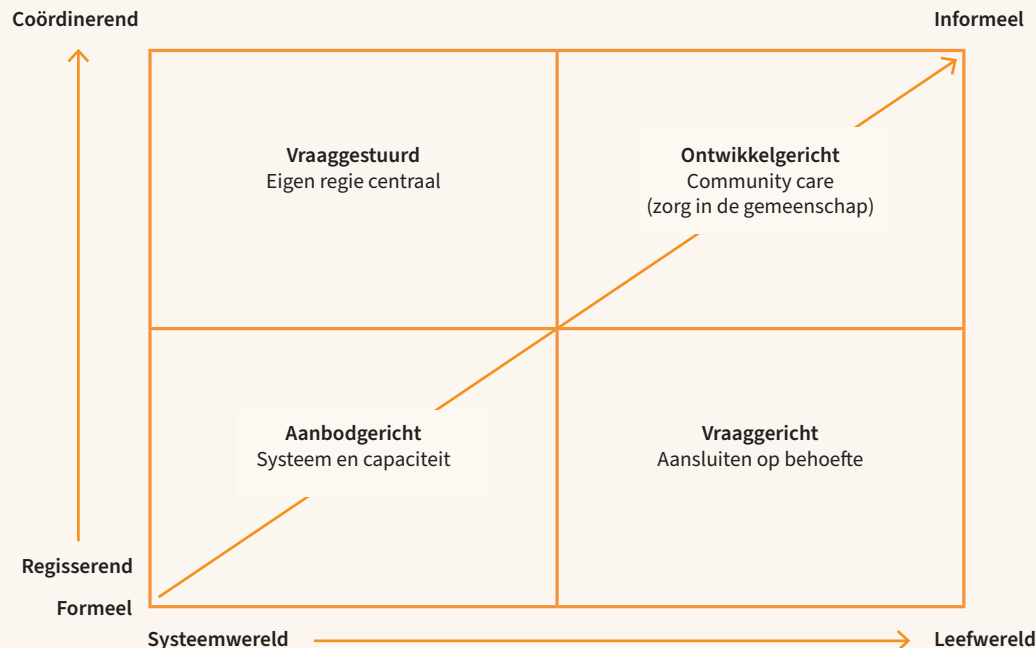
Het kabinet heeft besloten de VPT- en MPT-financieringsvormen te beëindigen als herkenbare leveringsvorm. In de nieuwe systematiek wordt gewerkt met een persoonsvolgend budget waarbij de cliënt meer regie voert over de inkoop van afzonderlijke zorg- en dienstverlening. Wonen en zorg worden expliciet ontkoppeld vanuit het uitgangspunt: “thuis als het kan”. De beleidsredenering is: meer keuzevrijheid voor mensen met een intensieve zorgvraag, doelmatigere besteding van publieke middelen en een scherpere scheiding tussen wonen en zorg. De periode 2026-2028 wordt gebruikt als overgangperiode ter voorbereiding op de wetswijziging. 2027 is expliciet aangewezen als tussenjaar waarin het MPT voorrang krijgt boven het VPT.

Het transitiemodel

03

3.1 Van systeemzorg naar community care

De langdurige zorg maakt een fundamentele systeemverschuiving door: van een aanbod- en systeemgedreven model naar een vraaggestuurde en ontwikkelgerichte benadering. Het onderstaande model visualiseert deze kanteling en laat zien hoe de focus verschuift van institutionele logica naar de leefwereld van mensen en hun sociale omgeving. Het verenigt verschillende perspectieven op zorgtransformatie in één integraal en richtinggevend kader.



De horizontale as laat de verschuiving zien van systeemwereld naar leefwereld: van organisatie, financiering en capaciteit naar het dagelijks leven, de behoeften en het netwerk van mensen. De verticale as toont de beweging van formele, regisserende zorg naar meer coördinerende vormen van ondersteuning waarin samenwerking centraal staat.

De vier kwadranten representeren verschillende organisatielogica's. Linksonder bevindt zich de klassieke aanbodgerichte benadering, waarin systeem en capaciteit leidend zijn. Rechtsonder verschuift de nadruk naar vraaggericht werken, waarin aansluiting bij de behoeften centraal staat. Linksboven ontwikkelt zich een vraaggestuurde benadering, waarin eigen regie van de cliënt het uitgangspunt vormt. In het kwadrant rechtsboven ontstaat een ontwikkelgerichte benadering waarin zorg onderdeel wordt van de gemeenschap (community care).

De diagonale pijl maakt zichtbaar dat deze transitie niet langs één dimensie verloopt, maar een samenhangende verschuiving vraagt. Het betreft gelijktijdig een beweging van formele naar informele vormen van zorg, van systeemwereld naar leefwereld en van regie door de organisatie naar coördinatie in netwerken rondom de cliënt. Deze beweging markeert een fundamentele kanteling in het zorgstelsel: zorg verschuift van een institutioneel georganiseerd aanbod naar een vorm van ondersteuning die samen met en in de gemeenschap wordt gerealiseerd. Community care vormt daarbij geen eindpunt, maar een richting waarin professionele zorg en informele netwerken in samenhang functioneren.

3.2 Van alles voor iedereen naar samen met elkaar

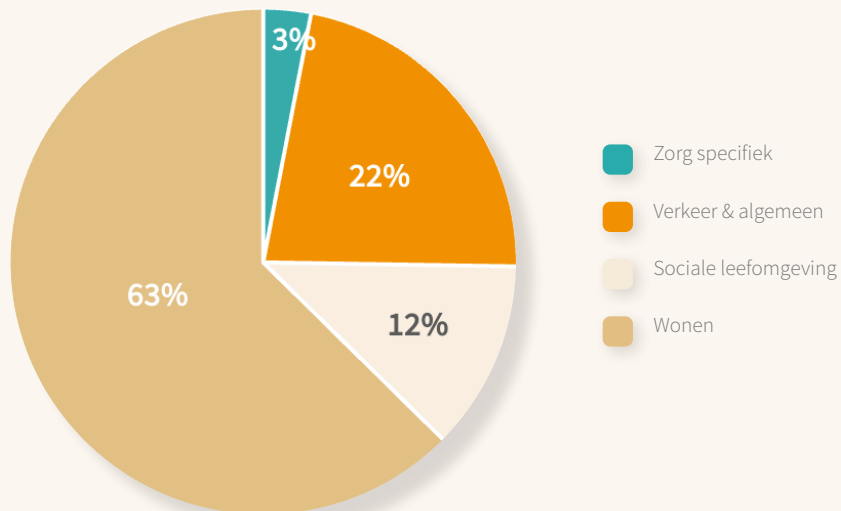
De transitie vraagt niet om marginale aanpassingen, maar om een fundamentele herpositionering van de voormalige institutionele 24-uurszorg. Waar zorgorganisaties traditioneel opereerden vanuit een integraal en aanbodgericht organisatiemodel, ontstaat een nieuw paradigma waarin wonen, zorg, welzijn en dienstverlening niet langer vanzelfsprekend binnen één exploitatie en onder één regie worden georganiseerd. De klassieke institutionele logica, gericht op beheersing, continuïteit en interne organisatie, verschuift daarmee naar een netwerkgerichte benadering waarin samenwerking, maatschappelijke inbedding en flexibiliteit centraal staan.

Deze beweging heeft niet alleen gevolgen voor de financiering en organisatie van zorg, maar raakt ook de onderliggende waarden waarop het systeem is gebouwd. In plaats van het optimaliseren van afzonderlijke instellingen ontstaat een bredere opgave gericht op het organiseren van maatschappelijke waarde: het versterken van gemeenschappen, het ondersteunen van eigen regie, het behouden van sociale samenhang en het creëren van een leefomgeving waarin mensen zo lang mogelijk betekenisvol onderdeel blijven van de samenleving.

Oud model (intramuraal en VPT)	Nieuw model (PPT)
integrale exploitatie	gescheiden kasstromen
bezettingslogica	gebiedslogica
zorgorganisatie = eigenaar totaalconcept	zorgorganisatie = netwerkpartner
nhc-dekking collectieve functies	cofinanciering / community funding
institutioneel rendement	maatschappelijke waardecreatie

4.1 Het huidige vastgoedconcept

Het herzien van het MPT en het VPT in hun huidige vorm heeft ingrijpende gevolgen voor het vastgoed van zorgorganisaties. Waar deze financieringsvormen jarenlang een stabiele onderlegger boden voor geclusterde en gespikkelde woonzorgconcepten, valt die vanzelfsprekendheid nu weg. Dat raakt niet alleen de exploitatie, maar ook de functie, inrichting en positionering van deze huisvesting. Hierdoor ontstaat een direct financieel risico op niet-rendabele vierkante meters binnen de bestaande portefeuille.



Zorgorganisaties hebben hun vastgoedontwikkeling en dienstverlening afgestemd op een integraal woonzorgmodel. Het vastgoedconcept van dit model kan grofweg in vier typen ruimten worden onderverdeeld. Een illustratieve verdeling hiervan is links op deze pagina opgenomen. Gezamenlijk vormen ze het integrale vastgoedconcept. In de praktijk komen diverse vormen voor, die onder meer afhankelijk zijn van de visie van de organisatie op het vastgoed en de dienstverlening.

4.2 Bekostiging van het vastgoedconcept

De bekostiging van het vastgoedconcept kan via diverse inkomstenstromen. Zorgorganisaties maken hierin eigen (strategische) afwegingen op basis van de businesscase. De vergoedingen hangen samen met de domeinen en worden hieronder weergegeven.

Woonruimten (wonen)

De maximale huurprijs van een woning (individuele appartementen, studio's of kamers) wordt vastgesteld op basis van het woningwaarderingstelsel (WWS). Dit stelsel kent punten toe aan een woning op basis van verschillende kwaliteitskenmerken, zoals de oppervlakte, de WOZ-waarde, het energielabel, de voorzieningen en de ligging. Het totaal aantal punten bepaalt de maximale kale huurprijs die voor de woning gevraagd mag worden. Naarmate een woning meer punten behaalt, ligt de toegestane huurprijs hoger. Het WWS (woningwaarderingstelsel) is primair van toepassing op sociale huurwoningen en het gereguleerde middensegment. Voor woningen die boven de liberalisatiegrens uitkomen geldt in beginsel geen maximale huurprijs, maar blijft de puntentelling wel richtinggevend voor de waardering van de woning.

Verkeers- en algemene ruimten

Dit betreft alle ruimten die noodzakelijk zijn voor het functioneren en de toegankelijkheid van het gebouw, maar niet bedoeld zijn voor wonen, verblijf of direct gebruik ten behoeve van zorg en ondersteuning. Deze ruimten vormen een integraal onderdeel van het gebouw. Afhankelijk van de gebouwopzet en de mate van efficiëntie, kan het aandeel van deze ruimten variëren. De bekostiging van verkeers- en algemene ruimten maakt in de regel integraal onderdeel uit van de huur.

Zorgondersteunende ruimten (zorgspecifiek)

Zorgondersteunende ruimten (verpleegposten, behandelkamers, medicatieruimten, etc.) zijn, in vergelijking met intramurale verpleeghuizen, doorgaans in beperktere mate aanwezig. De onderliggende visie van deze ruimten gaat uit van een andere organisatie van zorg en ondersteuning, wat leidt tot een alternatieve inrichting van werkprocessen. Als gevolg hiervan is de behoefte aan specifieke zorgondersteunende ruimten over het algemeen kleiner. De zorgondersteunende ruimten die wel worden gerealiseerd, worden veelal financieel verwerkt binnen de zorgexploitatie, bekostigd via de normatieve huisvestingscomponent (nhc), of maken integraal onderdeel uit van de huurlasten.

Sociaal-welzijnsruimten (sociale leefomgeving)

Dit betreft onder meer huiskamers, ontmoetingsruimten en voorzieningen om gezamenlijk te eten of deel te nemen aan sociale activiteiten. Deze ruimten zijn veelal per wooncluster georganiseerd en/of centraal gesitueerd, bijvoorbeeld in de plint van een woonzorggebouw. Deze ruimten vervullen een belangrijke rol in het faciliteren van

ontmoeting, activering en dagbesteding, met name voor bewoners met een intensieve zorgvraag. De bekostiging loopt doorgaans via de NHC-dagbesteding.

4.3 Welke ruimten verliezen hun dekking?

De (verdere) ontkoppeling van wonen, zorgen diensten betekent dat een vanzelfsprekende integrale afname verdwijnt en de bewoner meer individuele keuzes krijgt. Dat raakt in de eerste plaats de sociaal-welzijnsruimten en het dienstverleningsconcept. Deze ruimten zijn in het algemeen meer aanwezig dan zorgspecifieke ruimten. Het gaat concreet om de onderstaande ruimten. Deze ruimten zijn nu nog onderdeel van het totaalconcept.

- 1. Gemeenschappelijke eetruimten en keukens die nu onderdeel zijn van een totaal concept.**
- 2. Huiskamers en dagverblijven voor dagbesteding en ontmoeting.**
- 3. Activiteitenruimten voor therapie, cultuur en welzijn die niet als behandelruimte zijn geclassificeerd.**

Bij het wegvallen van de dekking voor deze ruimten dienen nieuwe alternatieve oplossingsrichtingen te worden gevonden om de exploitatie hiervan te kunnen borgen.

4.4 Nieuwe vastgoedrisico's en kansen

De wijziging van de bekostigingssystematiek leidt tot een toename van risico's voor zorgorganisaties en verhuurders van woonzorgvastgoed. Tegelijkertijd biedt deze transitie ook kansen om bestaande vastgoedconcepten te herijken en beter aan te laten sluiten bij de diversiteit aan zorgvragen, leefwijzen en maatschappelijke ontwikkelingen.

RISICO'S

- **Verlies van dekking voor gemeenschappelijke ruimten**
Gemeenschappelijke ruimten verliezen (deels) hun financieringsbasis en kunnen niet altijd eenvoudig worden getransformeerd. Zij zijn vaak bouwkundig en functioneel verweven met de woonfunctie en daarmee lastig af te splitsen of afzonderlijk te exploiteren.
- **Mismatch tussen financiering en bekostigingsrealiteit**
Vastgoed dat is gefinancierd op basis van een VPT-exploitatie kent afschrijvings- en financieringsplannen die niet meer aansluiten bij de nieuwe bekostigingsrealiteit. Met het wegvallen van integrale dekking neemt het rendement op de vastgoedexploitatie af, terwijl kapitaallasten doorlopen.
- **Onzekerheid over toekomstig gebruik**
Ruimten die niet langer door zorg worden benut, lopen risico op leegstand of onderbenutting wanneer herbestemming of samenwerking onvoldoende snel tot stand komt. Dit vergroot het financieel en organisatorisch risico.

KANSEN

- **Meer ruimte voor verschillende leefwijzen**
De bestaande vastgoedconcepten zijn veelal sectoraal ontwikkeld vanuit één dominant zorg- en leefmodel, gebaseerd op leeftijd en aandoening. De transitie biedt kansen om ruimten flexibeler en inclusiever in te richten, zodat zij beter aansluiten bij diverse leefstijlen, zorgbehoeften en levensfasen van mensen met een intensieve zorgvraag.
- **Verschuiving van organisatie- naar mensperspectief**
Veel vastgoed is ontworpen vanuit het perspectief van de sectorale zorgorganisatie: efficiëntie, toezicht en beheersbaarheid. Het loslaten van integrale arrangementen creëert ruimte om huisvesting te herontwerpen vanuit het perspectief van diverse (wijk)bewoners: autonomie, huiselijkheid, variatie en keuzevrijheid.
- **Ruimte voor culturele diversiteit en maatwerk**
Culturele diversiteit komt nog beperkt tot uiting in woonzorgvastgoed. Herprogrammering biedt kansen om beter aan te sluiten bij verschillende achtergronden, eetgewoonten en sociale structuren, bijvoorbeeld door multifunctioneel gebruik of cocreatie, vanuit de behoeften van wijken en buurten in plaats van leeftijd of aandoening.
- **Versterking van maatschappelijke en buurtgerichte functies**
Ruimten die hun zorgfunctie verliezen, kunnen worden ingezet als ontmoetingsplek voor de buurt, als locatie voor welzijnsactiviteiten of als basis voor gemeenschapsgerichte concepten. Dit vergroot de maatschappelijke waarde van het vastgoed en kan bijdragen aan sociale cohesie en informele ondersteuning.

- **Nieuwe exploitatie- en samenwerkingsmodellen**

Door samenwerking met gemeenten, welzijnsorganisaties, sociale ondernemingen of burgerinitiatieven kunnen nieuwe inkomstenbronnen en gedeelde exploitatiemodellen ontstaan. Denk aan verhuur, cogebruik, abonnementstructuren of coöperatieve vormen van eigenaarschap.

- **Meer toekomstbestendig en adaptief vastgoed**

De noodzaak tot herijking stimuleert investeringen in flexibiliteit en herbruikbaarheid van huisvesting. Dat maakt deze huisvesting minder afhankelijk van één bekostigingsmodel en beter bestand tegen toekomstige beleids- en zorgontwikkelingen.

4.5 Strategische huisvestingsopties

Er zijn verschillende oplossingsrichtingen denkbaar om om te gaan met ruimten die hun (zorg)financieringsbasis verliezen. De uitvoerbaarheid hiervan hangt samen met onder andere de lokale context, de marktsituatie, de bouwkundige mogelijkheden en de positionering van de ruimten binnen het gebouw en de wijk.

- **Afstoten**

Verkoop of (gedeeltelijke) teruggave van ruimten die structureel niet meer rendabel zijn te exploiteren en waarvoor geen reëel hergebruikperspectief bestaat. Afstoten kan bijdragen aan risicoreductie en het vrijspelen van kapitaal, maar vraagt zorgvuldige afweging vanwege mogelijke impact op het woon- en leefklimaat van bewoners.

- **Verhuur aan derden**

Het verhuren van sociaal-welzijnsruimten aan externe partijen, zoals welzijnsorganisaties, maatschappelijke initiatieven, sociale ondernemingen of horecapartijen. Hiermee ontstaat een nieuwe inkomstenstroom en kan tegelijkertijd maatschappelijke meerwaarde worden gecreëerd, bijvoorbeeld door openstelling voor de buurt of het versterken van ontmoeting en inclusie.

- **Co-gebruik en netwerkconcepten**

Het gedeeld gebruiken van ruimten met andere organisaties of initiatieven, op basis van flexibele afspraken en roosters. Denk aan gezamenlijk gebruik van ontmoetingsruimten, activiteitszalen of keukens door meerdere zorg- en welzijnspartijen. Dit vergt actieve regie en duidelijke afspraken over beheer, aansprakelijkheid en kostenverdeling.

- **Ontwikkelen van nieuwe arrangementen**

Het ontwikkelen van woon-, welzijns- of servicearrangementen waarin (een deel van) de vastgoedkosten expliciet worden verdisconteerd, bijvoorbeeld via zorgservicekosten, lidmaatschapsstructuren of abonnementsvormen. Deze arrangementen kunnen in samenwerking met gemeenten, bewoners of maatschappelijke partners worden vormgegeven en vragen transparantie richting bewoners en hun netwerk.

- **Herprogrammering naar gemeenschapsfuncties**

Het herinrichten van ruimten tot buurtvoorzieningen, ontmoetingsplekken of voorzieningen voor informele ondersteuning, zoals buurtkamers, dagactiviteiten voor de wijk of steunpunten voor mantelzorgers. Dit kan bijdragen aan bredere maatschappelijke inbedding, maar vereist vaak samenwerking met gemeenten en andere financiers.

- **Gefaseerde afbouw of tijdelijke invulling**

In situaties waarin directe herbestemming niet haalbaar is, kan gekozen worden voor een tijdelijke invulling of gefaseerde afbouw. Tijdelijk gebruik (bijvoorbeeld door pop-up initiatieven of tijdelijke huurders) kan leegstand voorkomen en ruimte bieden om structurele keuzes zorgvuldig voor te bereiden.



5.1 Wat verdwijnt er uit het standaardaanbod?

De zorgorganisatie van de toekomst is geen allesverzorger meer, maar een regisseur in een netwerk van partners. Dat is een fundamentele cultuuromslag. Het vraagt andere competenties, andere contractvormen en een andere verhouding tot de lokale gemeenschap. Onderstaand worden een aantal voorbeelden als denkrichting aangegeven.

Eten en drinken

Maaltijdverstrekking is een van de meest zichtbare en sociaal betekenisvolle diensten in een woonzorgomgeving. Gezamenlijk eten is meer dan alleen eten en drinken: het gaat ook om ontmoeting, structuur in de dag en gezelligheid. Als de zorgorganisatie niet langer verantwoordelijk is voor het leveren van drie maaltijden per dag tegen een zeer geringe vergoeding, ontstaat er ruimte voor nieuwe concepten:

- **Sociale horecaconcepten:** een lokale ondernemer of sociaal bedrijf opent een eetcafé in de voormalige eetruimte. Open voor bewoners én buurtbewoners.
- **Buurtkeukens:** bewoners, vrijwilligers en professionals koken samen. Nadruk op participatie en sociale inclusie.
- **Maaltijdcoalities:** samenwerking tussen meerdere zorgorganisaties en cateraars voor een gedeelde keukeninfrastructuur.
- **Herstelcafé-model:** een gemeenschappelijke eetruimte die fungeert als ontmoetingsplek voor mensen in herstel, ouderen en buurtbewoners.

Inspiratievoorbeeld: De Buurteetkamer

In diverse Nederlandse steden zijn buurteetkamers ontstaan waarbij bewoners van zorglocaties samen met buurtbewoners, scholieren en mensen zonder werk maaltijden bereiden en nuttigen. De combinatie van vrijwilligerswerk, gemeentelijke ondersteuning en een bescheiden eigen bijdrage maakt het model financieel haalbaar en sociaal waardevol.

Welzijn en dagbesteding

Welzijnsorganisaties, bibliotheken, sportverenigingen en culturele instellingen kunnen inspelen op de behoefte aan sociale interactie. Dit vergt heldere afspraken over gebruik van ruimten, verantwoordelijkheid voor deelnemers en financiering via Wmo of eigen bijdragen.

Schoonmaak en facilitaire diensten

Facilitaire dienstverlening kan worden uitbesteed aan sociale werkbedrijven of re-integratiebedrijven. Dit combineert kwaliteit met maatschappelijke meerwaarde: mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt krijgen een werkplek dicht bij huis.

Technologie en domotica

Slimme technologie (valdetectie, medicatiebeheer op afstand, digitale communicatie) kan een deel van de fysieke aanwezigheid compenseren. Samenwerking met zorgtechnologieleveranciers wordt daarmee een strategische noodzaak. Ook kan technologie worden ingezet als hulpmiddel om de brug te slaan tussen formele en informele zorg- en dienstverlening.

5.2 Randvoorwaarden en verantwoordelijkheden

Nieuwe samenwerkingsverbanden rondom wonen, zorg en dienstverlening vereisen een zorgvuldige juridische en bestuurlijke structurering. Naarmate zorgorganisaties minder zelf uitvoeren en meer in netwerken werken, neemt het belang toe van heldere verantwoordelijkheidsverdeling, transparante afspraken en expliciete waarborgen voor cliënten.

Kernvragen die hierbij spelen zijn onder meer:

- **Eindverantwoordelijkheid en aansprakelijkheid:** wie is verantwoordelijk wanneer een bewoner schade oploopt of in de problemen raakt tijdens een activiteit die wordt georganiseerd door een externe partner?
- **Privacy en gegevensbescherming (AVG):** hoe worden persoonsgegevens gedeeld en beschermd wanneer meerdere partijen betrokken zijn bij ondersteuning en dienstverlening, en wie is waarvoor verwerkingsverantwoordelijke?
- **Financieringsgrondslag en rechtmatigheid:** op welke juridische en financiële basis vindt Wmo-financiering plaats wanneer de zorgorganisatie niet langer de uitvoerende partij is, en hoe wordt lacune in de financiering voorkomen?
- **Kwaliteit en toezicht:** hoe worden kwaliteitsnormen geborgd bij externe dienstverleners die buiten het directe Wlz-toezicht vallen, en hoe wordt toezicht georganiseerd wanneer meerdere domeinen samenkomen?

Naast deze juridische en organisatorische vragen brengt de ontkoppeling van wonen, zorg en dienstverlening ook een inhoudelijk en ethisch spanningsveld met zich mee. Het nieuwe stelsel veronderstelt in toenemende mate dat cliënten en hun netwerken zelf regie voeren over het organiseren van ondersteuning. Voor veel mensen is dat haalbaar, maar voor mensen met dementie, ernstige psychiatrische problematiek of een beperkt sociaal netwerk vormt dit een aanzienlijke opgave of in een aantal gevallen een groot probleem.

Het risico bestaat dat juist de meest kwetsbare groep tussen wal en schip raakt: niet aangewezen op intramuraal verblijf, maar ook niet voldoende in staat om de vereiste regie, afstemming en coördinatie zelf te dragen. Zonder aanvullende structuren bestaat het gevaar van fragmentatie, discontinuïteit en verlies van samenhang in ondersteuning. Daarom vraagt de transitie expliciet om arrangementen: duidelijke regierollen, vangnetten voor cliënten met beperkte regiecapaciteit en afspraken over doorgeleiding, escalatie en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Juridische borging en menselijke bescherming moeten daarbij hand in hand gaan. Alleen door deze randvoorwaarden bewust mee te nemen, kan netwerkzorg zich ontwikkelen zonder dat dit ten koste gaat van veiligheid, toegankelijkheid en menswaardigheid.

5.3 Cultuuromslag

De transitie van integrale zorgarrangementen naar een meer persoonsvolgend en modulair systeem vraagt niet alleen om aanpassingen in financiering, vastgoed en dienstverlening, maar vooral om een fundamentele cultuuromslag binnen zorgorganisaties en hun omgeving. Waar de langdurige zorg lange tijd was ingericht volgens het principe van “zorgen vóór”, verschuift het uitgangspunt naar “zorgen mét” en in sommige gevallen zelfs naar “faciliteren dat”.

In het bestaande systeem ligt de regie primair bij de zorgorganisatie. In het nieuwe model verschuift deze regie (deels) naar de cliënt en diens netwerk. De rol van de zorgorganisatie verandert daarmee van aanbieder naar medeorganisator binnen een breder geheel. Dit vraagt een andere manier van denken en werken.

- Professionals moeten leren schakelen tussen formele en informele ondersteuning.
- Organisaties moeten leren opereren in netwerken in plaats van in hiërarchische structuren.
- Besluitvorming verschuift van intern geoptimaliseerd naar gezamenlijk afgestemd.
- Het sociale netwerk en de gemeenschap krijgen een meer gelijkwaardige rol naast de professionele ondersteuning.

De vraag verandert van “hoe organiseren wij dit voor de cliënt?” naar “hoe organiseren wij dit samen met de cliënt en zijn omgeving?”.



6.1 Van instelling naar buurtvoorziening

De langdurige zorg is decennialang, ook noodgedwongen vanuit de bestaande wet- en regelgeving en bijbehorende financieringssystemen, georganiseerd als een op zichzelf staand iets. Deze transitie biedt ook de kans om dat nu te doorbreken. Zorglocaties kunnen buurtvoorzieningen worden: open, toegankelijk en mede eigendom van de gemeenschap.

1. **Vrijwilligers als structurele kracht:** niet ad hoc, maar ingebed in een professionele vrijwilligersinfrastructuur met opleiding, begeleiding en erkenning.
2. **Buurtbewoners als medegebruikers:** door ruimten open te stellen voor buurtinitiatieven blijven bewoners onderdeel deel van de samenleving. Er is in wijken en buurten meer sociale verbinding nodig, zodat mensen met verschillende achtergronden, leeftijden en sociale klassen leuke activiteiten en interesses met elkaar kunnen delen en zich kunnen inzetten vanuit hun eigen talenten. Deze verbindingen vragen om een fysieke plek waar bewoners zelf activiteiten kunnen organiseren. De vrijkomende ruimten bieden hiervoor een unieke win-win kans.
3. **Mantelzorgondersteuning:** zorglocaties als uitvalsbasis voor mantelzorgers, een plek om bij te komen en kennis op te doen.
4. **Coöperatief eigenaarschap:** bewoners, familie en buurtbewoners nemen samen eigenaarschap over voorzieningen.
5. **Samenwerken,** waarbij zorglocaties wel de eigen expertise behouden. Hierdoor kunnen ze met elkaar inspelen op behoeften van wijken en buurten. En door een gezamenlijke inzet van zorgprofessionals spelen ze in op het oplopende tekort aan zorgprofessionals. Zorgorganisaties kunnen ook de sectorale ordering van de clustering op leeftijd en aandoening loslaten en integraal gaan samenwerken vanuit mensperspectief.



6.2 De gemeente als regisseur

Gemeenten spelen een cruciale rol. Zij zijn verantwoordelijk voor de Wmo, het welzijnsbeleid, het opstellen van de woonzorgvisie en de ruimtelijke ordening. Concrete aandachtspunten: Met de voorgenomen invoering van het Passend Pakket Thuis (PPT) wordt de regierol van gemeenten nog belangrijker. Doordat het PPT meer ruimte biedt voor maatwerk en een integrale benadering van ondersteuning, neemt het belang toe van een goede afstemming tussen de Wlz, de Wmo, welzijnsvoorzieningen, wonen en de inzet van het sociale netwerk. Gemeenten spelen daarbij een belangrijke rol in het realiseren van passende huisvesting, het bevorderen van leefbare en inclusieve wijken, het faciliteren van informele zorg- en vrijwilligersinitiatieven en het stimuleren van de toepassing van zorgtechnologie.



1. Vroegtijdig in gesprek met andere zorgaanbieders over een integrale samenwerking.



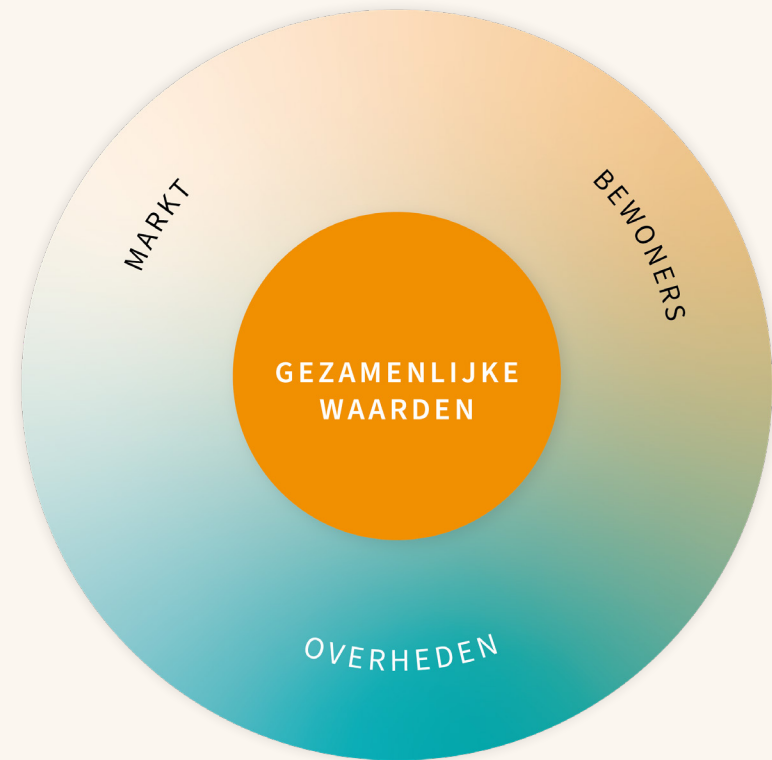
2. Herziening van Wmo-beleid om nieuwe leveringsvormen mogelijk te maken.



3. Stimulering van buurtinitiatieven via subsidies of beschikbaarstelling van gemeentelijk vastgoed.



4. Aanpassing van bestemmingsplannen zodat zorglocaties flexibeler kunnen worden benut.



7.1 Nieuwe concepten

De herziening van het MPT en het VPT geeft ruimte aan nieuwe concepten die tevens kansen bieden om de langdurige zorg te verweven met de bredere samenleving en beter aan te sluiten op de wensen van mensen. Onderstaand staan een aantal denkrichtingen geformuleerd.

Het open huis

Een zorglocatie die niet langer een gesloten systeem is, maar een open huis in de buurt. De expliciete zorgvraag wordt professioneel georganiseerd en ingevuld, geschikt voor mensen met verschillende zorgvragen die worden ondersteund om hun eigen netwerk in stand te houden. De schil eromheen wordt ingevuld door een ecosysteem van partners en vrijwilligers.

- De voordeur staat open: buurtbewoners kunnen gebruik maken van de eetruimte, de tuin, de bibliotheekhoek.
- Professionals en vrijwilligers werken naast elkaar op basis van een heldere taakverdeling.
- De locatie fungeert als knooppunt voor buurtdiensten: van huisartsensprekuren tot boodschappendienst.

Samen eten

Een concept waarbij de voormalige eetruimte van een zorglocatie wordt omgevormd tot een maaltijdplein. Bewoners eten er dagelijks; buurtbewoners kunnen aansluiten. Studenten koken in het kader van hun opleiding; vrijwilligers bedienen. Financiering via een mix van Wmo, eigen bijdragen, gemeentesubsidie en lokale sponsoring.

Zorgcoöperatie als beheervorm

In gebieden waar zorgorganisaties niet langer de volledige dienstverlening kunnen organiseren, kan een zorgcoöperatie uitkomst bieden. Bewoners, familie, professionals en buurtbewoners zijn gezamenlijk eigenaar en nemen beslissingen over aanbod en kwaliteit van diensten. Ook het over de sectoren heen denken kan hierin als belangrijke oplossing dienen om de 24-uurzorg beschikbaar te houden.

7.2 Gebiedsgerichte benadering

De intensieve zorg kent in de toekomst geen duidelijke afkadering meer in afzonderlijke huisvestingsconcepten. In plaats daarvan ontstaat een samenhang tussen de huisvestingsbehoefte en de benodigde voorzieningen, die vanuit een gebiedsgerichte benadering integraal wordt vormgegeven. Hierbij wordt niet langer primair uitgegaan van één dominant woonzorgconcept, maar van een gedifferentieerd aanbod van wonen, zorg en welzijn binnen een gebied.

Dit vraagt om een flexibeler en adaptiever vastgoedconcept, waarin functies uitwisselbaar zijn en voorzieningen gedeeld kunnen worden tussen verschillende doelgroepen, gebruikers en zorgzwaartes. De nadruk verschuift daarmee van individuele gebouwen naar het bredere ecosysteem van wonen en zorg, waarbij samenwerking met andere partijen in het domein, zoals gemeenten, woningcorporaties en welzijnsorganisaties, een steeds belangrijkere rol speelt.

De aangekondigde veranderingen vragen om tijdige en strategische voorbereiding op de aanstaande transitie. Het gaat daarbij niet om een eenmalige aanpassing, maar om een samenhangende heroriëntatie op de huisvesting, dienstverlening en samenwerking. De onderstaande stappen helpen zorgorganisaties om de impact inzichtelijk te maken en gericht handelingsperspectief te ontwikkelen.

1. Start met een integrale vastgoedaudit

Breng systematisch in kaart welke ruimten hun (zorg)financieringsbasis verliezen, welke ruimten essentieel blijven voor professionele zorg en welke kansen bieden voor herprogrammering, samenwerking of afstoting. Betrek hierbij ook financiële, bouwkundige en juridische aspecten.

2. Ontwikkel een expliciete dienstverleningsstrategie

Maak bewuste keuzes over het dienstenpalet: bepaal wat de organisatie zelf blijft leveren omdat dit essentieel is voor kwaliteit, veiligheid of continuïteit, welke diensten in samenwerking met anderen worden georganiseerd en welke niet langer tot de kerntaak behoren. Modellen zoals het Business Model of Value Proposition Canvas kunnen helpen bij deze afweging.

3. Investeer doelgericht in netwerken en partnerschappen

Ga tijdig samenwerkingsverbanden aan met gemeenten, welzijnsorganisaties, maatschappelijke initiatieven en andere zorgaanbieders. Maak afspraken over rollen, verantwoordelijkheden, financiering en governance, zodat

samenwerking geen ad-hoc oplossing wordt maar een structureel onderdeel van het zorgmodel.

4. Betrek bewoners, familie en naasten vanaf het begin

Zie bewoners en hun netwerk niet alleen als gebruikers, maar als mede-ontwerpers van nieuwe woon-, zorg- en voorzieningenconcepten. Zij beschikken over cruciale kennis van wat nodig is om veiligheid, leefkwaliteit en samenhang te ervaren.

5. Ontwikkel en beproef nieuwe huisvestingsconcepten

Gebruik de transitie om toekomstbestendige woonvormen te ontwikkelen die beter aansluiten bij diversiteit in leefwijzen, culturele achtergronden en mate van zelfredzaamheid. Flexibiliteit, meervoudig gebruik en gemeenschapsgerichte functies zijn hierbij belangrijke ontwerpprincipes.

6. Ga vroegtijdig in gesprek met het zorgkantoor

Bespreek samen de gevolgen van het herzien van het MPT en het VPT, mogelijke overgangsregelingen, experimenten en de ruimte binnen de (persoonsvolgende) bekostiging. Vroegtijdige afstemming voorkomt financiële discontinuïteit en vergroot de ruimte voor maatwerk.

7. Borg bescherming voor kwetsbare cliënten

Ontwikkel expliciete vangnetten en regierollen voor cliënten die niet (volledig) zelf regie kunnen voeren.

Conclusie

09

De beëindiging van het MPT en het VPT als bekostigingsvormen markeert een fundamentele breuk met een stelsel dat decennialang richtinggevend was voor de organisatie van intensieve zorg thuis in Nederland. De impact hiervan is aanzienlijk. Voor bestaande aanbieders betekent deze omslag dat vertrouwde vastgoed- en exploitatiemodellen hun vanzelfsprekende financieringsbasis deels verliezen en dat diensten die ooit integraal onderdeel waren van het zorgaanbod niet langer automatisch kunnen worden georganiseerd.

Tegelijkertijd doet het geen recht aan de werkelijkheid om deze ontwikkeling uitsluitend als een verlies te beschouwen. Het model dat MPT en VPT mogelijk maakte, bood stabiliteit en bescherming (MPT in mindere mate), maar organiseerde zorg ook grotendeels los van de samenleving en vaak onvoldoende afgestemd op de persoonlijke leefwereld van bewoners. De noodzakelijke herijking van vastgoed, dienstverlening en financiering dwingt zorgorganisaties, gemeenten en gemeenschappen om gezamenlijk nieuwe antwoorden te formuleren op de vraag hoe zorg kan aansluiten bij het leven van mensen.

Deze transitie vraagt dan ook om meer dan aanpassing binnen bestaande kaders. Zij vraagt om herpositionering vanuit het perspectief van de mens en diens omgeving. Besturen en management staan voor de opgave om expliciet te bepalen wat zij blijven organiseren omdat het essentieel is voor de continuïteit en kwaliteit van zorg, wat zij in samenwerking met anderen vormgeven, en waar ruimte kan ontstaan voor het netwerk rondom de mensen en de gemeenschap.

De zorgorganisatie van de toekomst is geen exploitant meer van een gesloten systeem, maar een partner in een open ecosysteem. Het nieuwe model moet veiligheid en samenhang bieden, maar ook ruimte laten voor verschil, nabijheid en eigenheid. Alleen wanneer deze omslag met aandacht voor menselijke maat en diversiteit wordt vormgegeven, kan intensieve zorg ook in de toekomst menswaardig, toegankelijk en houdbaar blijven.



Literatuur

Rijksoverheid. (2025, 3 juni). Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg: Samen voor kwaliteit van bestaan. Geraadpleegd op 4 mei 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/06/03/hoofdlijnenakkoord-ouderenzorg-samen-voor-kwaliteit-van-bestaan>

Rijksoverheid. (2025, 19 december). Nieuwe berekening laat zien: zorgakkoorden kunnen personeelstekort flink verminderen. Geraadpleegd op 8 mei 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2025/12/19/nieuwe-berekening-laat-zien-zorgakkoorden-kunnen-personeelstekort-flink-verminderen>

Zilveren Kruis Zorgkantoor. (z.d.). Bestuurlijke aandachtspunten VPT. Geraadpleegd op 4 mei 2026, van <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/uw-zorgverlening/vpt/bestuurlijke-aandachtspunten>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg (BR/REG-22119). Geraadpleegd op 4 mei 2026, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_646935_22/1/

HevoFame. (2026). Huishoudboekje Wlz 2026. Geraadpleegd op 4 mei 2026, van https://www.hevo.nl/application/files/2717/7695/1054/Huishoudboekje_Wlz_2026_HevoFame_DEF.pdf

HevoFame. (2026, 12 februari). Van wonen naar samen leven. Geraadpleegd op 4 mei 2026, van <https://www.hevo.nl/hevofame/actueel/nieuws-en-events/vanwonen-naar-samenleven>

Rijksoverheid. (z.d.). Hoeveel huur betaal ik maximaal voor mijn woning? Geraadpleegd op 8 mei 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/woning-huren/vraag-en-antwoord/hoeveel-huur-betaal-ik-maximaal-voor-mijn-woning>

Ikram, U. (2024, 5 december). De buurt als ecosysteem voor maatschappelijke gezondheidszorg. NVTZ Themabijeenkomst Toezien op Innovatie. NVTZ. <https://www.nvtz.nl/wp-content/uploads/2024/12/Presentatie-Umar-Ikram-%E2%80%93-Buurtzorg-IZA-transitieplan-de-Buurt-als-Ecosysteem-1.pdf>

Braam, G., & Castelijns, E. (2022, 28 december). Bekostig leveringsvormen als MPT en VPT op inhoud. Zorgvisie.

Van Elst, L. (2025, 21 oktober). Groei VPT cliënten voert druk zorgsysteem verder op. Zorgvisie.

ABF Research. (2024). Primos wonen met zorg: Volledig pakket thuis (VPT) en modulair pakket thuis (MPT).

Gupta Strategists. (2024, 3 december). Onderzoek naar oorzaken voor krimp wijkverpleging en groei Wlz zorg thuis (in opdracht van VWS, ActiZ, ZorgthuisNL & ZN). Tweede Kamer der Staten Generaal.

Meer weten?
Neem contact op met:



Nico Schokker

Ontwikkelmanager | Partner

nico.schokker@hevo.nl

HevoFame

Assendorperdijk 1

8012 EG Zwolle

038 4258101

Statenlaan 8

5223 LA 's Hertogenbosch

info@hevofame.nl

www.hevofame.nl

