

Impact van dementie

Een kostenanalyse van de inzet en kosten rondom mensen met dementie en hun naasten

Mei 2026

Prof. dr. Robbert Huijsman
i.s.m. Dinant Bekkenkamp, Vera Otten e.a. van Alzheimer Nederland

Colofon

Impact van dementie

Een kostenanalyse van de inzet en kosten
rondom mensen met dementie en hun naasten
Huijsman, Bekkenkamp, Otten e.a., mei 2026

Niets in deze uitgave mag zonder expliciete referentie worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk,
fotokopie of op welke andere wijze dan ook.

Uitgever

Marketing & Communicatie
ESHPM, Rotterdam, The Netherlands

Impact van dementie

Een kostenanalyse van de inzet en kosten rondom
mensen met dementie en hun naasten

Mei 2026

Prof. dr. Robbert Huijsman
i.s.m. Dinant Bekkenkamp, Vera Otten e.a. van Alzheimer Nederland

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Doel en opzet van dit rapport	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel van dit rapport	8
1.3 Enkele methodische overwegingen	9
1.4 Opzet van dit rapport	11
2 Een ordenend kader	12
2.1 Dementie als verzamelnaam	12
2.2 Dementie-continuüm in fasen	13
2.3 Het rimpeleffect van dementie op tal van niveaus	15
2.4 Van allerlei inzet en middelen naar kosten	16
3 Een inventarisatie van kosten op diverse niveaus en vele sectoren	17
3.1 Kosten op microniveau van persoon met dementie en naasten	17
3.2 Kosten op microniveau van mantelzorgers c.q. naasten	23
3.3 Kosten op mesoniveau van gemeenten	31
3.4 Kosten op macroniveau	36
3.4.1 Zorgverzekeringswet (ZVW)	36
3.4.2 Wet Langdurige Zorg (WLZ)	44
3.4.3 Overige kosten op macroniveau	47
4 Totaaloverzicht van kosten en toerekening naar ziektefasen	50
5 Beschouwing over dit rapport	53
5.1 Methodische reflectie	53
5.2 Maatschappelijke beschouwing over het kostenoverzicht	55
6 Bijlage: reactie van Alzheimer Nederland	56

Samenvatting

We wisten al dat dementie veel zorgkosten genereert (bijna 10% van alle zorg), maar de totale maatschappelijke kosten van individu tot samenleving waren nog niet goed en alomvattend in beeld. Dementie heeft grote impact op vele niveaus in de samenleving ('rimpeleffect' aldus de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving eind 2025) en dat zal verder toenemen door verdergaande vergrijzing en ontgroening.

Dit rapport geeft een breed 'cost accounting'-overzicht van de totale maatschappelijke inzet en kosten van dementie in Nederland, met 2025 als richtjaar. Hierbij tellen we niet alleen zorgdeclaraties. We kijken ook naar de rimpeleffecten van dementie naar allerlei kringen in de hele samenleving. Dat begint natuurlijk bij de mensen met dementie zelf en hun mantelzorgers die zich veel en vaak intensief inzetten voor hun naaste met dementie (microniveau). Vervolgens rimpelt dementie door naar bredere kringen, zoals gemeenten, werkgevers en vrijwilligers (mesoniveau). Om vervolgens uit te komen in de collectief gefinancierde (zorg)stelsels en maatschappelijke randvoorwaarden zoals onderzoek en opleiding (macroniveau).

De hoofduitkomst is een totaalbeeld van alle inzet en kosten van circa € 31,8 miljard per jaar. Deze is opgebouwd uit grote posten in langdurige zorg en zorg thuis, maar ook uit een zeer omvangrijke (in uren en euro's gewaardeerde) inzet van mantelzorgers. Als je kijkt naar de ontwikkeling van de samenstelling van de bevolking (veel meer ouderen dan jongeren), dan voel je dat terugdringen van de kostengroei zeer urgent is. Tegelijkertijd wil je de mensen met dementie en hun naasten verder ontlasten.

Dit rapport maakt zichtbaar dat 'dementiekosten' veel breder zijn dan uitsluitend het zorgbudget. Een groot deel van de rekening ligt buiten de klassieke zorgdeclaraties: bij gezinnen (tijdsbeslag en gederfde inkomsten), bij werkgevers (verzuim en vervanging) en bij gemeenten en vrijwilligersnetwerken. Daardoor kan beleid dat uitsluitend op zorguitgaven stuurde, onbedoeld leiden tot afwenteling van lasten naar andere domeinen, terwijl de breed-maatschappelijke druk wel degelijk stijgt.

De urgentie neemt bovendien toe door demografische trends: vergrijzing en ontgroening vergroten de zorgvraag en verkleinen tegelijk het potentieel aan informele zorg. Toekomstverkenningen laten zien dat dementie richting 2050 een dominante rol blijft spelen in sterfte en ziektelast. In recente sterfteranglijsten is dementie nu al de grootste doodsoorzaak. Het voorliggende rapport is een vertrekpunt om preventie, innovatie en een domeinoverstijgende netwerk- of ketenbenadering te wegen op hun potentiële kostendemping en op het voorkomen van verschuivingen tussen domeinen (zie bijlage).

Voor vervolgedities van dit groeidocument ligt de winst vooral in compleetheid en robuustheid: explicieter onderscheid tussen ‘kosten dóór’ en ‘kosten mét’ dementie, bandbreedtes en gevoeligheidsanalyses, en empirisch sterkere toerekening van kosten aan ziektefasen. Daarmee kan het uitgroeien tot een breed gedragen referentiekader voor samenhangend dementiebeleid over sectoren heen.

Afbakening en uitgangspunten:

- Dit rapport brengt alleen de kostenkant in beeld (‘cost accounting’), zonder relatieve vergelijkingen met opbrengsten, kwaliteit van leven van mensen met dementie en naasten, innovaties en investeringen en toegevoegde waarde daarvan;
- Met combinaties van tal van gegevens wordt zo veel mogelijk toegewerkt naar euro’s, mede om te komen tot enige eenheid in het uiteindelijke totaalbeeld;
- Het eindpunt zijn kosten in 2025. Daarvoor moesten we tal van aannames, proxies en extrapolaties maken, omdat er veel puzzelstukjes ontbraken in de door ons geraadpleegde (deel)bronnen en omdat meetpunten en -momenten in die bronnen variëren in de tijd.
- Het is voor het eerst dat in Nederland zo’n totaalbeeld van directe en indirecte inzet en kosten van dementie is gemaakt. We zien het voorliggende rapport als een groeidocument met nog vele mogelijkheden voor periodieke updates, aanvullingen en verdieping.
- Met dit ‘cost of illness’ rapport als groeidocument hopen we bij te dragen aan een beter inzicht in de individuele én breed-maatschappelijke impact van dementie. We beseffen dat er nog vervolgstappen nodig zijn om tot een compleet en accuraat kostenbeeld te komen.
- Met dit rapport willen we een referentiekader bieden voor beleid, innovatie en onderzoek naar verbetering en verduurzaming van de gehele dementie-ondersteuning over alle domeinen en sectoren, in hun onderlinge samenhang.

1 Doel en opzet van dit rapport

1.1 Achtergrond

Dementie is een aandoening met een grote impact op de mens, zijn gemeenschap en de bredere maatschappij. De urgentie van vergrijzing en verdubbeling van dementie wordt steeds groter. Nu al staat dementie (zeer) hoog in de ranglijsten van ziektelast, doodsoorzaak., en zorgkosten.¹ Die impact wordt vaak gemeten in euro's. De kosten van zorg worden bijvoorbeeld al grotendeels specifiek voor dementie in kaart gebracht. Maar de impact gaat verder dan uitsluitend zorgkosten. Het systeem van zorg, wonen, welzijn en ondersteuning is gebouwd op de inzet van mensen met dementie zelf, hun naasten, vrijwilligers, de gemeenschap en professionals uit verschillende domeinen en sectoren. Een groot deel van deze vrijwillige en professionele inzet was nog nooit in kaart gebracht.

Over de zorgkosten bestaat de meeste duidelijkheid, o.a. door onderzoek van Vektis op basis van declaratiegegevens van zorgverzekeraars.² Maar maatschappelijk gezien is de component van informele zorg (door partners, kinderen, burens, vrijwilligers etc.) vaak nog groter dan de veel zichtbaardere component van formele zorg. Het beslag op beide zal nog aanzienlijk toenemen, als gevolg van de mogelijke verdubbeling van het aantal mensen met dementie en een mogelijk bijna een verdrievoudiging van de sterfte aan dementie, aldus de trendscenario van VTV2024 door het RIVM (veruit de meeste mensen met dementie sterven uiteindelijk in een verpleeghuis, een van de duurste zorgvoorzieningen).³ Bovendien gaat de impact van dementie op maatschappelijke kosten veel verder dan de directe individuele zorgkosten. Denk bijvoorbeeld aan effecten op mantelzorgers die minder gaan werken zodat er tijd en aandacht voor de persoon met dementie is. Soms raken ze zo zwaar belast dat zij zelf ziek worden, en daardoor moeten verzuimen (ziekteverlof, zorgverlof) of een stapje terug moeten doen in hun carrière. Soms vallen mantelzorgers zelfs geheel uit en verliezen hun betaalde functie.

Maatschappelijke kosten zijn alle directe en indirecte (tijds)kosten op alle niveaus van individu tot de maatschappij als geheel.

Dit rapport brengt daarom de maatschappelijk impact van dementie zo breed mogelijk in kaart. Dat doen we op de enige manier die de zeer verschillende vormen van inzet meetbaar en vergelijkbaar maakt, namelijk door het in kaart brengen van de kosten en in euro's gewaardeerde inzet van allerlei betrokkenen. Zo 'meten' we de impact van dementie op de

¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2025/trends-in-sterfte-en-doodsoorzaken-2014-2024/4-doodsoorzaken-absoluut-relatief-en-gestandaardiseerd>

² <https://www.vektis.nl/nieuws/cijfers-dementie-2023>; <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-dementie>

³ <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/levensverwachting>. Dementie als doodsoorzaak zou in trendscenario stijgen van 16.142 sterfgevallen in 2022 naar 46.535 in 2050 en is dan de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Zie ook <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-ziektelast>.

persoon zelf en diens naasten, maar de impact strekt zich nog veel verder uit naar tal van maatschappelijke domeinen van wonen, zorg, welzijn, vervoer, arbeid, onderwijs, sociale zekerheid, vrijwilligerswerk, et cetera. De impact rimpelt als het ware in cirkels uit (analoog aan het rapport van de RVS over het rimpeleffect van veroudering⁴), startend bij de mensen met dementie zelf (in 2025 circa 310.000 personen), naar gezin en mantelzorgers (nu 500.000 tot 800.000 personen, afhankelijk van definities), naar buurt en gemeente, vervolgens 'doorrimpelend' (zie paragraaf 2.3) naar werkgevers en maatschappelijke organisaties, en dan de maatschappij in het land als totaal. De rimpels leiden tot zowel directe als indirecte invloeden die alles bijeen tot grote maatschappelijke kosten van dementie leiden.

Dit kostenrapport beoogt al die inzet en kosten in beeld te brengen, de rimpels van individu tot maatschappij volgend. Het is daarmee een zogenaamde 'cost of illness' of 'cost accounting' studie, gericht op een totaalbeeld van alle kosten op een bepaald moment. We brengen niet in beeld welke baten die kosten generen. Dat kan zijn een verhoging van kwaliteit van leven bij de mensen met dementie zelf en hun naasten, zorgontlasting door technologie, of langer thuis zijn door dementievriendelijk wonen en zorg plus ondersteuning. Ook ontbreekt als het ware het tijdsperspectief, want uitgaven bijvoorbeeld aan innovatie op het ene moment, kunnen leiden tot meer zelfzorg, minder zorgkosten en hogere kwaliteit van leven op een later moment, zoals preventie eerst investeringskosten in het sociale domein vergt om later mogelijk te leiden tot minder uitgaven in de langdurige zorg die door demografische factoren al grote opwaartse druk te verduren hebben. De kost gaat voor de baat uit, zeggen we dan. Vaak om te zorgen voor meer kwaliteit van leven van mensen met dementie of minder belasting van naasten. Soms om hogere kosten in de toekomst te voorkomen en op andere gebieden is een deel van de kosten juist het gevolg van bezuinigingen op andere terreinen. Die afhankelijkheden zijn door de complexiteit van dementie niet geheel in kaart te brengen. Maar de lezer moet rekening houden met communicerende vaten: een besparing voor de ene partij zal vaak leiden tot (een veelvoud van) kosten voor andere partijen.

1.2 Doel van dit rapport

Hoe breed en diep de impact van dementie op het geheel van maatschappelijke effecten en kosten is, is nog nauwelijks in zijn volle omvang en complexiteit onderkend, noch gedocumenteerd en gekwalificeerd, laat staan volledig gekwantificeerd. Dit geldt zowel voor het totale cluster van dementie-varianten als de verschillende fasen in het ziektebeloop. Als de maatschappelijke kosten wel in volle breedte, diepte en omvang bekend worden, gaat dat ook een goede grond geven voor prioriteitstelling in beleid, onderzoek en praktijk. Bijvoorbeeld om de potentiële 'value in use' van innovaties en nieuwe oplossingen goed te beoordelen, maar door de complexiteit en afhankelijkheden in het systeem weer te geven. Zo is een 'urgenda' van overheidsbeleid en onderzoeksprogrammering verder te onderbouwen, zonder 'quick fixes' die alleen in theorie op papier werken, maar praktisch onuitvoerbaar zijn.

⁴ Het rimpeleffect; tijd voor een samenlevingsbrede en samenlevingsgerichte benadering van veroudering. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, publicatie 2025-3.

En ter bezinning op al te opportunistische bezuinigingen die gunstig zijn voor de ene begroting, maar doorwerken met waterbed-effecten in andere begrotingen, of met afwenteleffecten op het individu of bredere maatschappelijke kringen zoals bedrijven en hun werknemers.

Daarom verzocht Alzheimer Nederland een project te ontwikkelen, met de volgende doelen:

- Een conceptualiserend format/model om zo veel mogelijk relevante domeinen van impact van dementie op de totale maatschappelijke kosten te bepalen;
- Een eerste inventarisatie van beschikbare (bronnen voor) data, het liefst kwantitatief waar mogelijk, maar anders kwalitatieve indicaties;
- Waar mogelijk gevalideerd door (schriftelijke of mondelinge) bronnen en experts.

Door inzicht te geven in de impact van dementie op mensen met dementie en hun naasten, ontstaat ook een basis om (on)mogelijkheden in de beweging naar zuiniger zorg- en ondersteuning in kaart te brengen, daarbij rekening houdend met de kwaliteit van leven van mensen met dementie en de belasting van naasten.

De hoofdauteur heeft dit onderzoeksrapport ontwikkeld op verzoek van en in samenwerking met Alzheimer Nederland, die sinds december 2024 een nieuwe leerstoel Innovatie & Implementatie in het Dementieveld heeft mogelijk gemaakt bij de sectie Health Services Management & Organisation (HSMO) van Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam. Daar werken ook diverse andere onderzoekers aan tal van thema's rondom dementie; deze zijn door de auteur geraadpleegd om mogelijke relevante input, eerdere onderzoeksresultaten te verzamelen en met hen te bespreken. Dit vormde een goede aanvulling op al het materiaal dat bij en via Alzheimer Nederland beschikbaar was. De verantwoordelijkheid voor dit rapport berust volledig bij de auteurs zelf.

1.3 Enkele methodische overwegingen

In Nederland bestaat er geen register dementie. Waar de gegevens van iedereen worden opgeslagen om betere beslissingen te kunnen maken over behandeling, preventie en zorg zoals dat analoog wel voor kanker bestaat. Dit betekent dat er grote verschillen zijn in de 'hardheid' van getallen. Sommige kosten zijn direct toe te rekenen aan dementie. Andere kosten die gemaakt worden voor mensen met dementie, zijn niet of nauwelijks te differentiëren naar dementie als mogelijke oorzaak en wellicht ook zouden zijn gemaakt zonder dat er sprake is van dementie. In dit rapport zullen we steeds aangeven welk type kosten we te pakken hebben.

Het streven is om een zo compleet en actueel mogelijk beeld te schetsen van zoveel mogelijk kostenposten. Daarvan richten we ons op 2025, het jaar waarover een goede inschatting is voor het aantal mensen met dementie. Maar veel detailgegevens stammen uit wisselende bronnen en wisselende maatmomenten.

Daarom zijn tal van bewerkingen nodig om alles op één noemer te brengen en te transformeren naar eind ('ultimo') 2025:

- Als er uitsplitsing naar subgroepen of kenmerken van de mensen met dementie en hun mantelzorgers nodig is, dan passen we oudere procentuele verdelingen toe op de recentste absolute aantallen mensen met dementie (bijvoorbeeld het percentage thuiswonend versus intramuraal) of mantelzorgers (verdeling van kinderen die dichtbij of juist ver weg wonen).
- Als het gaat om kostengegevens zoals uurprijzen of eigen bijdragen, dan zoeken we eerst de meest recente gegevens op en indexeren die vervolgens naar 2025 op basis van de jaarlijkse Consumenten Prijs Index (CPI) van het CBS. Voor de verschillende jaren zijn die CPI's weergegeven in de box hieronder.⁵ Hoe dat concreet uitpakt lichten we hierna per kostenonderdeel steeds toe.

Om alles toe te rekenen naar 2025 wordt Consumenten Prijs Index (CPI) van CBS gehanteerd; dat is per jaar voor 2020 1,3%, 2021 2,7%, 2022 10,0%, 2023 3,8%, 2024 3,3% en 2025 3,3%.

Waar beschikbaar benoemen we in dit rapport steeds de bronnen, maar soms gaat het om uitgevraagde indicaties; dat zal dan expliciet worden aangegeven. Een aantal bronnen zijn cruciaal en veelomvattend en verdienen daarom hier alvast een goede vermelding:

- Databases van CBS StatLine.
- Vektis – dementierapportage vanuit declaraties bij ZVW-zorgverzekeraars en WLZ-zorgkantoren.
- Website Dementie in Kaart – website met dashboard voor cijfermatig inzicht in kenmerken en zorggebruik van mensen met dementie en de trends daarin, ontwikkeld en voortdurend bijgewerkt door ADC Data & AI Consultancy en Erasmus Universiteit in opdracht van het Ministerie VWS.
- Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg, versie 2024. Erasmus Universiteit Rotterdam (ESHPM en iMTA), in opdracht van Zorginstituut Nederland.
- De zogeheten Maatschappelijke prijslijst.⁶

We maakten we ook gebruik van AI-tools zoals ChatGPT, maar alleen als zoekmachine voor traceerbare bronnen en documenten.

We hebben in dit stadium afgezien van betrouwbaarheidsintervallen voor alle parameters en werken nu vooral met zogeheten puntschattingen voor gemiddelden of aantallen en hebben geen gevoeligheidsanalyses gemaakt. Dat zou voor vervolgonderzoek wel nuttig zijn, want er bestaat veel variatie tussen de bronnen, zelfs over het aantal mensen met dementie in Nederland. Echter, betrouwbaarheidsintervallen zijn vaak moeilijk te geven en op zichzelf een subjectieve schatting. Vaak zijn puntschattingen een goede indicatie van de relevantie van inzet en kosten op een bepaald terrein, zonder volledige accuraatheid te claimen.

Voor het toetsen en verbeteren van onze aannames, maakten we ook dankbaar gebruik van enkele experts, die bereid waren (onderdelen van) het conceptrapport te becommentariëren.

⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2026/03/inflatie-3-3-procent-in-2025>

⁶ <https://maatschappelijkeprijslijst.nl/>

Allereerst besprak de auteur een conceptversie eind januari met een multidisciplinaire onderzoeksgroep binnen ESHPM (met name promovendi en aantal senior onderzoekers). Een volgende versie werd medio februari voor reactie aangeboden aan twee externe experts (prof. dr. Marcel Canoy en dr. Pieter Bakx van ESHPM en Dementie in Kaart); dit verliep via email omdat zij niet aanwezig konden zijn bij een online bespreking. Dergelijke rijke sessies bleken wel mogelijk met de NZa (twee experts; 17-2-2026), dr. Bram Wouterse (IQ Health, Radboud UMC, tevens voorzitter Vereniging voor Gezondheidseconomie - VGE; 17-2-2026), Vektis (de heren Ronald Luik en Harry Post; 18-2-2026) en prof. dr. Henk Herman Nap (Vilans en ECDD; 26-2-2026). Deze besprekingen duurde steeds zo'n anderhalf uur en waren zeer waardevol.

1.4 Opzet van dit rapport

De opbouw van dit rapport is als volgt:

- Hoofdstuk 2 schetst enkele achtergronden over (fasen en vormen van) dementie en presenteert een kader om kostensoorten bijeen te brengen op verschillende niveaus en in verschillende ziektefasen.
- Hoofdstuk 3 presenteert alle empirische data die zijn gevonden over de inzet en kosten bij dementie in verschillende domeinen en sectoren, op de drie onderscheiden niveaus.
- Hoofdstuk 4 toont het eindresultaat als een totaaloverzicht voor alle dementie-gerelateerde kosten en doet een eerste benadering hoe die kosten zijn toe te wijzen aan de drie gehanteerde fasen van dementie.
- Hoofdstuk 5 sluit af met een reflectieve beschouwing van de methodiek en opbrengsten van deze 'cost of illness' studie, maar ook van de beperkingen in reikwijdte, compleetheid en onderbouwing, zodat het rapport op de juiste wijze en met nuanceerde wijsheid kan worden gebruikt in o.a. beleidsvorming, innovatieprogramma's en onderzoeksprogrammering, en niet als legitimatie voor ondoordachte bezuinigingen en versimpelde kostenverschuivingen.

In de bijlage geeft Alzheimer Nederland duiding aan de maatschappelijke kosten van dementie. Ook lees je waar er volgens Alzheimer Nederland kansen liggen om de groeiende maatschappelijke impact van dementie beheersbaar te houden. Daarbij wordt ingegaan op slimmer georganiseerde zorg, gerichte investeringen en de noodzaak van gezamenlijke actie.

De grote opgaven van onze verouderende samenleving en verdubbeling van dementie vragen om samenhangend en domeinoverstijgende lijnen, gestoeld op systematische analyses en empirische bewijsvoering voor betekenisvolle en kosteneffectieve kostendemping. Dit 'cost of illness' rapport met talrijke toepassingen van 'cost accounting' beoogt daarvoor de onderlegger bieden, wellicht als 'nulmeting' bij nieuwe maatschappelijke business cases.

2 Een ordenend kader

2.1 Dementie als verzamelnaam

Dementie is geen eenduidige aandoening, maar een verzamelnaam voor meer dan vijftig ziektebeelden die leiden tot cognitieve achteruitgang en veranderingen in gedrag. Deze vormen verschillen sterk in oorzaak, ontstaansmechanisme en klinisch beeld.



Figuur 1. Hersencentra voor allerlei functies

De grootste groep vormen zijn de neurodegeneratieve dementieën, waarbij hersencellen geleidelijk afsterven door afwijkende eiwitstapeling. Binnen deze groep valt onder meer de grootste dementie-variant Alzheimer. Daarnaast zijn er nog andere neurodegeneratieve dementieën zoals Lewy body-dementie, Parkinson-dementie en fronto-temporale dementieën. Daarnaast is er een belangrijke groep vasculaire dementieën, veroorzaakt door stoornissen in de doorbloeding. Dit varieert van grotere infarcten tot uitgebreide kleine-vatenziekte. In de praktijk komt, vooral op hogere leeftijd, vaak een mengvorm of combinatie van Alzheimer-pathologie met vasculaire of Lewy-body-afzettingen voor.

Bovenstaande zijn de belangrijkste vormen van dementie. Hoewel groot bevolkingsonderzoek ontbreekt, veroorzaken deze varianten en/of subvarianten van deze ziekten meer dan 95% van alle dementieën in Nederland. Naast deze vier vormen zijn er echter meer dan 50 oorzaken van dementie. Waaronder zeldzame neurodegeneratieve ziekten als Huntington en prionziekten, dementieën ten gevolge van andere ziekten zoals, schildklierziekten, lever- of nierfalen, MS of langdurige effecten van middelengebruik. Ook auto-immuun encefalitis, infecties, en normale druk hydrocephalus (NHP) kunnen een dementieel beeld geven, maar

vereisen een heel andere behandeling. Verder bestaan er structurele en traumatische oorzaken, zoals chronische traumatische encefalopathie bij herhaalde hersenschade. Deze brede variatie benadrukt dat ‘dementie’ geen diagnose op zichzelf is, maar een syndroom. Inzicht in de onderliggende mechanismen—eiwitpathologie, vasculaire schade, ontsteking, intoxicatie of structurele afwijkingen—is essentieel voor een juiste diagnose, prognose, behandeling en innovatie.

Echter, in administratieve data van zorgverzekeraars (ZVW), zorgkantoren (WLZ) en gemeenten (WMO), worden alle varianten van dementie meestal op één grote hoop gegooid, zeker als het gaat om de financiële afwikkeling van kosten van zorg en welzijn. In dit rapport moeten we die lijn noodzakelijkerwijs ook volgen, en zullen geen uitsplitsingen naar dementievarianten kunnen worden gemaakt.

Alzheimer	Vasculaire Dementie	Lewy body dementie	FTD
<p>Start met Geheugenproblemen: nieuwe informatie onthouden is moeilijk. Daarna verlies van andere vaardigheden.</p>	<p>Start met Traagheid in denken, spreken en handelen. Vaak als gevolg van (kleine) beroertes en tia's.</p>	<p>Start met Concentratieproblemen. Daarna geheugenproblemen en vaak problemen met bewegen.</p>	<p>Start met Verandering in sociaal gedrag, taal of bewegen. Daarna pas verlies van geheugen.</p>
<p>Verloop Klachten nemen in ernst toe. Mensen krijgen geleidelijk nieuwe verschijnselen.</p>	<p>Verloop Begint vaak plotseling en verloopt stapsgewijs. Kent soms betere periodes.</p>	<p>Verloop Klachten wisselen van dag tot dag en uur tot uur. Problemen nemen over de jaren in ernst toe. Wanen komen vaak voor.</p>	<p>Verloop Onvoorspelbaar. Sommige mensen gaan snel achteruit, anderen geleidelijker.</p>
<p>Erfelijkheid Boven de 65 jaar zelden tot zeer zelden</p>	<p>Erfelijkheid Erfelijke aanleg speelt een kleine rol.</p>	<p>Erfelijkheid Zelden tot zeer zelden.</p>	<p>Erfelijkheid In 25-40% van de gevallen</p>
<p>Meeste diagnoses Boven de 65 jaar</p>	<p>Meeste diagnoses Tussen de 65 en 75 jaar</p>	<p>Meeste diagnoses Boven de 65 jaar</p>	<p>Meeste diagnoses Tussen de 40 en 60 jaar</p>
<p>In Nederland Ongeveer 70% van de 320.000 mensen met dementie</p>	<p>In Nederland Ongeveer 15% van de 320.000 mensen met dementie</p>	<p>In Nederland Ongeveer 10% van de 320.000 mensen met dementie</p>	<p>In Nederland Minder dan 5.000 mensen met deze vorm van dementie</p>

Figuur 2. De meest voorkomende varianten van dementie (Alzheimer Nederland, 2026)

2.2 Dementie-continuüm in fasen

Dementie is een progressieve ziekte. Dat betekent dat de gevolgen van de (symptomen) ziekte steeds erger worden. Hoewel de ziekte bij iedereen anders is, wordt dementie vaak grofweg in drie fasen verdeeld (zie website dementie.nl).

Preklinische fase dementie

Voordat schade in het brein leidt tot in de vroege fase van dementie, ontstaan in de preklinische fase (bij Alzheimer wellicht al 20 jaar voordat het tot merkbare expressie komt) langzaam situaties waarin wel eens iets mis gaat, maar het nog best goed gaat met wat handige steuntjes of hulpmiddelen. De hersenen werken nog prima, vaak op één gedeelte na. Welk gedeelte precies, dat ligt het type dementie. Bij de ziekte van Alzheimer gaat meestal het geheugen achteruit, vaak geleidelijk, afgewisseld met tijdelijke stabilisatie of juist versnelling.

Bij fronto-temporale dementie ontstaan over het algemeen de eerste signalen bij taalgebruik of veranderingen in gedrag. Bij Lewy body dementie zijn het vaak problemen met concentratie. Ook kunnen in deze fase al slaapproblemen optreden, zoals levendig en beweeglijk slapen. De preklinische fase kan steeds beter worden gediagnostiseerd, waardoor het belangrijk wordt deze preklinische fase expliciet te onderscheiden, met eigen kosten en mogelijke opbrengsten van test-innovaties en vertragende medicatie. Maar op dit moment is het vanuit huidige kostendata nog niet goed mogelijk noch zinvol de preklinische fase apart op te nemen in dit kostenonderzoek, en wordt deze fase samengenomen met de vroege fase van dementie.

Vroege fase dementie

De preklinische fase gaat geleidelijk over naar een vroege c.q. milde fase, te markeren met de formele diagnose. Dementie breidt zich in de vroege fase uit naar de andere delen van de hersenen. Hoe snel dat gaat, verschilt per persoon. Met een gemiddelde ziekteduur van 6,5 jaar en ongeveer een gelijke verdeling van de fasen leidt dat tot een ruwe schatting van gemiddeld twee jaar. De eerste fase kan voor de één korter duren en voor de ander (veel) langer; dat laatste speelt relatief vaak bij jongere mensen met dementie en neemt dan zelfs vier tot vijf jaar. Hetzelfde geldt voor de levensverwachting met dementie, die o.a. afhankelijk is van leeftijd, geslacht, fase van dementie en aanwezigheid van comorbiditeit. Alleen al op basis van leeftijd verschilt de gemiddelde levensverwachting vele jaren: van meer dan 13 jaar voor een vrouw van 65 jaar oud, tot zo'n 2 jaar voor mannen en vrouwen van 95-plus.⁷

Midden-fase dementie

In deze fase begint het steeds meer op te vallen dat iemand dementie heeft. De symptomen worden erger en er komen nieuwe symptomen bij. Bij sommige vormen van dementie komen er ook lichamelijke veranderingen bij, zoals meer moeite met lopen. Mensen in deze fase hebben steeds vaker hulp nodig van anderen. Bijvoorbeeld bij het huishouden en bij persoonlijke verzorging. Ook verdwalen op bekende plekken kan voorkomen of verandering van gedrag. De midden-fase duurt meestal het langst. Hoe lang precies, verschilt enorm per persoon en hangt ook af van de soort dementie.

Late fase dementie

In de late fase van dementie is het geheugen vaak flink achteruit gegaan. Mensen in deze fase hebben veel hulp nodig, vaak dag en nacht. Het vermogen om gezichten te herkennen of het besef van tijd kan verdwijnen. In de late fase van dementie komen er ook steeds meer lichamelijke klachten en functioneringsproblemen bij. Bijvoorbeeld problemen met eten doorslikken, moeite met lopen en (vaak) vallen. Incontinentie komt vaak voor. Door de ernstige hersenschade kan de persoon met dementie uiteindelijk niet meer zelfstandig functioneren en dan staat men voor een eventuele verhuizing naar een verpleeghuis. Extra complex is dan als er ook ernstige gedragsproblemen en achteruitgang in beslisvaardigheden

⁷ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861020300335>

ontstaan. Als dan een zo'n zwaar verhuisbesluit moet worden geforceerd, zijn uiteindelijk ook afwegingen en juridische besluiten te nemen in kader van de Wet Zorg en Dwang.

2.3 Het rimpeleffect van dementie op tal van niveaus

Dementie is een zeer relevante en rijke 'casus' voor de impact van het zogenoemde 'rimpeleffect' in de hele samenleving. De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) bracht in september 2025 een indringend advies over vergrijzing uit met de volgende strekking.⁴ Onze samenleving veroudert in rap tempo: we worden niet alleen ouder, we worden ook ánders oud. Deze veroudering raakt alle generaties en alle (levens)domeinen; het roept fundamentele vragen op over hoe we met elkaar samenleven, zorgen, wonen en werken. Vergrijzing is geen 'ouderenprobleem' en evenmin een 'zorgprobleem' - veroudering is een samenlevingsvraagstuk. Zo liggen er bijvoorbeeld grote opgaven op het gebied van wonen en het realiseren van een passende leefomgeving, de arbeidsmarkt en sociale samenhang. Toch blijven echte oplossingen op dit moment uit. Beleid is vaak tegenstrijdig en dat leidt tot spanningen, ook in het dagelijkse leven van mensen. Aldus de RVS, die daarom oproept tot een wezenlijk andere benadering van de verouderende samenleving: met oog voor de verbinding tussen domeinen, voor álle generaties en met meer ruimte voor initiatief vanuit de samenleving.

Om het rimpeleffect in de samenleving concreet te maken voor dementie, hanteren we in dit kostenrapport een cirkelmodel in diverse lagen of niveaus:

- microniveau van de individuele persoon met dementie, naasten en mantelzorg;
- mesoniveau van buurt/wijk/gemeente, werkgevers, maatschappelijke organisaties in wonen, zorg, welzijn en vrijwilligerswerk;
- macroniveau van overheid, onderwijs en onderzoek.

Tabel 1. Ordenend kader voor alle maatschappelijke kosten van dementie

Niveau	Vroege fase t/m diagnose	Milde fase (thuis)	Ernstige fase (verpleeghuis)
Microniveau: - persoon met dementie - mantelzorgers - werkgevers			
Mesoniveau: - wijk/gemeente (WMO) - wonen - vrijwilligerswerk - hospices			
Macroniveau: - zorg (WZV, WLZ) - nationale campagnes - onderzoek en kennis - onderwijs/opleidingen			

2.4 Van allerlei inzet en middelen naar kosten

Voor de opzet en invulling van dit rapport over de totale maatschappelijke kosten van dementie zijn verschillende denk- en bewerkingsstappen nodig:

- Opzet van een ordeningskader: hiervoor werken we toe naar een combinatie van enerzijds niveaus van impact (micro/meso/macro) en anderzijds het beloop van de ziekte (de drie fasen vroeg, midden en laat), waaruit idealiter een matrix ontstaat met in iedere cel de optelling van relevante maatschappelijke kosten (zie tabel 1).
- Dan volgt de empirische fase van verzameling en verwerking van gegevens, te beginnen bij de verschillende domeinen van leven, wonen, werken, zorgen en financieren. Daarbij is, zoals hiervoor toegelicht, als overkoepelend eenheid gekozen voor euro's.
- Het uiteenrafelen van die euro's doen we eerst naar niveau van impact (in hoofdstuk 3) en vervolgens naar de drie onderscheiden fasen van dementie (in hoofdstuk 4).
- Tenslotte doen we een eerste aanzet om die afzonderlijke benaderingen bij elkaar te brengen in een samenvattende matrix van niveau versus fase.

Het geheel heeft een exploratief en descriptief karakter, omdat lang niet alle benodigde gegevens thans vrij beschikbaar zijn en er veel aannames gemaakt moeten worden om kostenposten toe te rekenen naar/voor/bij mensen met dementie.

3 Een inventarisatie van kosten op diverse niveaus en vele sectoren

NB: per rubriek wordt toegerekend naar een kostenplaatje dat vervolgens samenvattend in een kadertje wordt opgenomen. Al deze kadertjes worden in de hoofdstuk 4 samengenomen in een totaaloverzicht van alle maatschappelijke kosten vanwege dementie.

3.1 Kosten op microniveau van persoon met dementie en naasten

In de privé-omgeving van patiënt en naasten m.n. mantelzorgers kunnen kosten bestaan uit:

Reis- en vervoerkosten bij mensen met dementie zelf

Wanneer de persoon met dementie voor behandeling of controle een bezoek aflegt naar bijvoorbeeld het ziekenhuis, de huisarts of de fysiotherapeut, zijn hiermee normaal gesproken reiskosten gemoeid. Overigens zitten hier ook zeker mogelijkheden qua beeldbellen en online consulten, waarop we later nog kort terugkomen. Reiskosten die samenhangen met een medische behandeling dienen in principe te worden meegenomen in een economische evaluatie vanuit een maatschappelijk perspectief.

Doorgaans worden vier vervoerstypen onderscheiden: de auto, het openbaar vervoer, de taxi, en vervoer in kader van Wet maatschappelijke ondersteuning. Dit WMO-vervoer wordt niet (volledig) betaald door mensen met dementie zelf of familie en valt daarom slechts ten dele onder de kosten op microniveau, terwijl het gedeelte dat gedekt wordt door de WMO valt onder de kosten in andere sectoren. Er zijn niet of nauwelijks gegevens over reiskosten van mensen met dementie, daarom gebruiken we een proxy-tabel over de gemiddelde afstand van een huishouden tot een zorgorganisatie uit de Kostenhandleiding 2024.⁸ Qua afstand wordt daarin onderscheid gemaakt tussen ziekenhuizen met of zonder buitenpoli, op gemiddeld 4,8 of 7,1 kilometer afstand van een huishouden; we hanteren conservatief de eerste variant.

Een kilometer wordt gewaardeerd tegen de gebruikelijke belastingvrije bedrag van € 0,23 per kilometer, wat ook goed spoort als gemiddelde tussen de verschillende bedragen uit de Kostenhandleiding voor de kilometerprijs van een eigen auto (€ 0,26) en de prijs van openbaar vervoer (€ 0,21) in 2022/2023. Gemiddelde prijzen voor taxi- en WMO-vervoer zijn daar geraamd op een starttarief van € 3,36 per keer plus € 2,47 per kilometer; wegens gebrek aan gegevens laten we deze optie buiten beschouwing. Voor de gemiddelde kosten van parkeren rekent de Kostenhandleiding met gemiddelde van € 3,92 per geparkeerd bezoek aan een

⁸ Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen, herziene versie 2024. Erasmus Universiteit Rotterdam (ESHPM en iMTA), in opdracht van Zorginstituut Nederland.

zorgvoorziening; we passen dat alleen toe op bezoeken aan polikliniek van een ziekenhuis en de huisartsenpost (vaak bij een ziekenhuis).

Tabel 2. Privékosten voor reizen plus parkeren bij een zorgvoorziening (2022/2023)

Voorziening	Afstand (kilometer), enkele reis	Gemiddeld aantal ritten per jaar	Kosten in euro's
Polikliniek ziekenhuis en huisartsenpost	4,8	1,0	€ 985.192
Huisartspraktijk	1,0	11,0	€ 1.125.851
Apotheek	1,2	10,0	€ 1.023.839
Fysiotherapiepraktijk	2,2	12,5	€ 1.280.629
		Totaal	€ 4.415.511

Om de kosten van thuiswonende mensen met dementie bij bezoek aan een zorgverlener toe te rekenen aan dementie is een benadering nodig. Volgens VZinfo.nl heeft van de 75-plussers meer dan 90% één of meer chronische aandoeningen.⁹ Het gemiddeld ligt op 4 en ruim 10% heeft 7 of meer aandoeningen. Daarnaast zijn er ook de niet-chronische aandoeningen en incidenten die reiskosten veroorzaken. Er is ook sprake van onderlinge verbondenheid met dementie, met bijvoorbeeld risicofactoren als diabetes, hart- en vaatziekte en nierziekten en met loopproblemen en valongelukken. Schatten we het aandeel van reiskosten gerelateerd aan dementie conservatief in op 50%.

De privé reis- en parkeerkosten naar een zorgvoorziening, geïndexeerd naar ultimo 2025, bedragen circa € 2,7 miljoen op jaarbasis.

Thuisbezorging geneesmiddelen

Vrijwel alle thuiswonende mensen met dementie (96,1% in 2023; vrijwel constant in de achterliggende jaren) gebruiken een of meer geneesmiddelen en 64,5% gebruikt meer dan 5 geneesmiddelen. Gebruik van psychofarmaca ligt op 37,2% van alle thuiswonenden met dementie (in 2017 nog 42,6%).¹⁰

Bij de meeste apotheken is het mogelijk om medicijnen gratis te laten thuisbezorgen. Maar er zijn geen landelijke cijfers over het aantal thuisleveringen van medicijnen. We combineren daarom diverse andere gegevens. Van alle thuiswonende mensen met dementie gebruikt in 2023 96,1% een of meer geneesmiddelen (vrijwel constant in afgelopen jaren). Van deze 213.900 thuiswonende mensen met dementie gebruikt 64,5% ofwel circa 138.000 mensen 5 of meer geneesmiddelen. Mensen met meer dan vijf medicijnen zullen vaker kiezen voor bezorging en meer bezorgmomenten nodig hebben; we schatten dat in op 40-70% bezorgd aan huis, gemiddeld eens per twee weken (26 keer per jaar). Mensen met minder medicijnen kiezen waarschijnlijk minder vaak voor bezorging en minder vaak; dit schatten we in op 15-35% bezorgd aan huis, gemiddeld eens per kwartaal (4 keer per jaar).

⁹ <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht/aantal-aandoeningen-per-persoon>

¹⁰ <https://dementiekaart.nl/landelijk/medicatie>

De apotheek maakt hierbij extra kosten voor transport (pakketdienst of eigen (fiets)koerier), verpakkingsmateriaal en extra personeelstijd (verzendklaar maken, afstemming). Afhankelijk van de bezorgmethode, reistijd tussen adressen en eventuele mislukte afleverpogingen, worden deze kosten geschat op € 5 tot 13 per bezorgadres; we hanteren hier een gemiddelde bezorgprijs van € 9 per keer. Hierbij wordt overigens geen rekening gehouden met medicijnen die gekoeld vervoerd moeten worden. Deze kosten worden indirect doorgerekend aan alle klanten van de apotheek/de maatschappij.

Dit geheel van aannames leidt tot 1,6 à 2,8 miljoen bezorgingen per jaar voor mensen met dementie (en met veel multimorbiditeit). De gemiddelde kosten voor 2025 worden dan ingeschat op zo'n € 11 miljoen per jaar, met een bandbreedte van enige miljoenen. Omdat de onzekerheid groot is, de toerekening aan uitsluitend dementie een overschatting is en het uiteindelijke macrobedrag gering is, wordt deze post indicatief meegenomen in het totaaloverzicht in paragraaf 3.4.

Kosten voor thuisbezorging van medicijnen naar ultimo 2025: circa € 11 miljoen per jaar.
--

Hulpmiddelen en technologie in huis

In de tweejaarlijkse Dementiemonitor van Nivel/Alzheimer Nederland (laatste editie was in november 2024), geeft circa 60% van de mantelzorgers aan dat hun naaste met dementie één of meer technologische hulpmiddelen gebruikt.¹¹ Op de Vilans Hulpmiddelen-wijzer staat per onderwerp (communiceren, eten en drinken, huishouden, ontspanning, persoonlijke verzorging, verzorgen, voortbewegen en rijden, werken en studeren, wonen) een zeer uitgebreid overzicht van producten en of ze wel of niet vergoed worden door de gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor of zorgorganisatie.¹²

Het zou een mooie vervolgstap zijn om die onderwerpen eruit te halen die voor mensen met dementie en hun directe naasten relevant zijn en dan de gemiddelde prijs berekenen van producten die niet standaard vergoed worden. Vervolgens zou moeten worden onderzocht hoeveel producten mensen aanschaffen en met welke eigen bijdrage of betaling is, maar dat vergt verder onderzoek.

Hier beperken we ons tot een minimale verkenning van de kosten voor de technologische hulpmiddelen die zijn uitgevraagd in de Dementiemonitor¹¹ en die mensen met dementie en hun naasten (vaak) zelf moeten betalen. Een diepgravende verkenning wordt een urgent thema vanwege het beleid richting van langer thuis, eventueel ondersteund door technologie.

¹¹ Heide I van der, et al., november 2024, Dementiemonitor 2024; Mantelzorgers over de impact van mantelzorg op hun leven, ondersteuning vanuit hun sociale netwerk en professionele zorg. Utrecht: Nivel/Alzheimer Nederland.

¹² <https://www.vilans.nl/wat-doen-we/websites/vilans-hulpmiddelenwijzer>

Tabel 3. Percentage mantelzorgers dat gebruik maakt van technologische hulpmiddelen, uitgesplitst naar woonsituatie

Welke technologische hulpmiddelen gebruikt u/uw naaste?	Totaal N = 9628	Alleenwonend N = 2071	Samenwonend N = 4658	Zorginstelling N = 2899
1. Personenalarmering (alarmknop, soms met GPS)	27%	43%	12%	39%
2. Hulp bij de dagstructuur (bijvoorbeeld agenda die meldingen geeft)	17%	23%	16%	15%
3. GPS tracker	15%	14%	18%	12%
4. Spellen en vrijheid (bijvoorbeeld geheugentraining)	12%	10%	12%	15%
5. Slimme medicijnendispenser (helpt herinneren wanneer medicijnen in te nemen)	11%	18%	10%	6%
6. Camera's en/of sensoren in de woning	10%	8%	4%	21%
7. Anders	10%	11%	9%	10%
8. Val-, bed-, toilet-, of dwaalalarm	9%	3%	1%	25%
9. Videobellen	5%	8%	4%	4%
10. Coachende technologie (bijvoorbeeld digitale geheugensteuntjes)	4%	5%	4%	3%
11. Robotknuffel	2%	0%	1%	5%
12. Muziekkussen	1%	0%	0%	2%
13. Slaaprobot	0%	0%	0%	0%
14. Mijn naaste gebruikt geen technologische hulpmiddelen	40%	33%	50%	30%

Tabel 4. Inzet van ondersteunende technologie voor thuiswonende mensen met dementie

Technologie	Gebruik thuis (n=222.537)	Prijsindicatie	Kosten
Hulp bij de dagstructuur (bijv. digitale agenda)	18%	€ 300	€ 12,0 miljoen
GPS tracker	17%	€ 150	€ 5,7 miljoen
Spellen (bijv. geheugentrainer)	11%	PM (veel variatie en vaak als app op bestaande smartphone of tablet)	PM
Videobellen	5%	PM (vaak onderdeel van digitale agenda, of bestaande tablet of smartphone)	PM
Coachende technologie	4%	PM (vaak onderdeel van bestaande digitale agenda)	PM
Totaal in beeld			€ 17,7 miljoen

Omdat de technologie meestal maar één keer wordt aangeschaft, delen we het geraamde bedrag van € 17,7 door de gemiddelde duur thuis van iemand met dementie van 4 jaar. We houden nog geen rekening met eventuele licentie- en abonnementskosten, gezien de grote verschillen per aanbieder en oplossing. Al met al zien we dit als een (zeer) conservatieve inschatting, die toch al duidt op enige miljoenen aan kosten bij mensen met dementie.

Kosten voor technologische hulpmiddelen naar ultimo 2025: € 4,6 miljoen per jaar.

Aangegeven moet worden dat zeker in het geval van technologie het vaak gaat om preventieve kosten die negatieve uitkomsten op gebied van kwaliteit van leven van de persoon met dementie zelf en grotere uitgaven bij andere (zorg)partijen trachten te voorkomen. Technologie thuis is daarmee één van de weinige investeringen in harde euro's die domeinoverstijgend gemaakt worden.

Werk, vervangingskosten en gederfd inkomen

Mensen met dementie werken gemiddeld genomen niet meer. Maar door de grote omvang van de groep, is er toch een aanzienlijk aantal met een (parttime) baan. Naar schatting zijn er 18.600 (6%) mensen met dementie in Nederland jonger dan 65 jaar.¹³ Daarnaast zijn er in 2025 nog eens ongeveer 3.750 mensen tussen de 65 en de pensioenleeftijd van 67 jaar (18.500 mensen jonger dan 67 jaar).¹⁴ Voor deze schatting gebruiken we bevolkingsonderzoek omdat we weten dat dementie op jonge leeftijd vaak pas laat wordt gediagnosticeerd. Deze schattingen zijn iets lager maar vergelijkbaar met de aantallen van Dementie in Kaart (18.847 mensen met dementie tussen 40 en 65), maar lijken iets robuuster.

Om kosten uit te rekenen moeten we de situatie van degenen met dementie kennen. We gaan ervan uit dat werken met dementie steeds lastiger wordt, maar weten ook dat de diagnostiek en uiteindelijke diagnose vaak lang op zich laat wachten (meer dan 4 jaar volgens de NEEDYD studie).¹⁵

Welk type inkomen iemand heeft hangt af van het aantal jaar met dementie. We rekenen met een gemiddelde levensverwachting van 10 jaar voor dementie op jonge leeftijd en dat in deze leeftijdscategorie 80,3% van de mensen werkt.¹⁶

Dan is een volgende benadering van de kosten door derving van inkomen uit werk mogelijk:

- Gederfd inkomen treft bij 80,3% arbeidsparticipatie van 45-65 jarigen circa 14.856 mensen;¹⁷
- Na uitval ontvangt iemand in principe compensatie door een 100% WW-uitkering (bij 2 op 15 ingeschat op 1.981 mensen) of 70% WIA -uitkering (bij 13 op 15: 12.875 mensen);
- De 'productiviteitskosten' voor de werkgever bestaan voor 78,2% uit loon.¹⁸

Uitgaande van een 38-urige werkweek, een productiviteit van 78,2% en vervangingskosten van € 39,88 per uur kunnen we een inschatting maken van gederfde inkomsten en kosten van 70% WIA-uitkeringen:

¹³ Berekening AN o.b.v. bevolkingsstatistiek CBS maal prevalentiecijfers van Hendriks S, et al., 2021, Global Prevalence of Young-Onset Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 1;78(9):1080-1090. (doi: 10.1001/jamaneurol.2021.2161).

¹⁴ Berekening Alzheimer Nederland o.b.v. bevolkingsstatistiek CBS maal prevalentiecijfers van Ott A, et al., 1995, Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 15;310(6985):970-3 (doi: 10.1136/bmj.310.6985.970).

¹⁵ Gerritsen AAJ, et al., 2019, Survival and life-expectancy in a young-onset dementia cohort with six years of follow-up: the NeedYD-study. *Int Psychogeriatr.* 31(12):1781-1789 (doi: 10.1017/S1041610219000152).

¹⁶ Janssen O, et al., 2020, Joling KJ. Duration of Care Trajectories in Persons With Dementia Differs According to Demographic and Clinical Characteristics. *J Am Med Dir Assoc.* 21(8):1102-1107.e6 (doi: 10.1016/j.jamda.2020.01.008).

¹⁷ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/en/dataset/85264ENG/table>

¹⁸ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84155NED/table?ts=1770218714473>

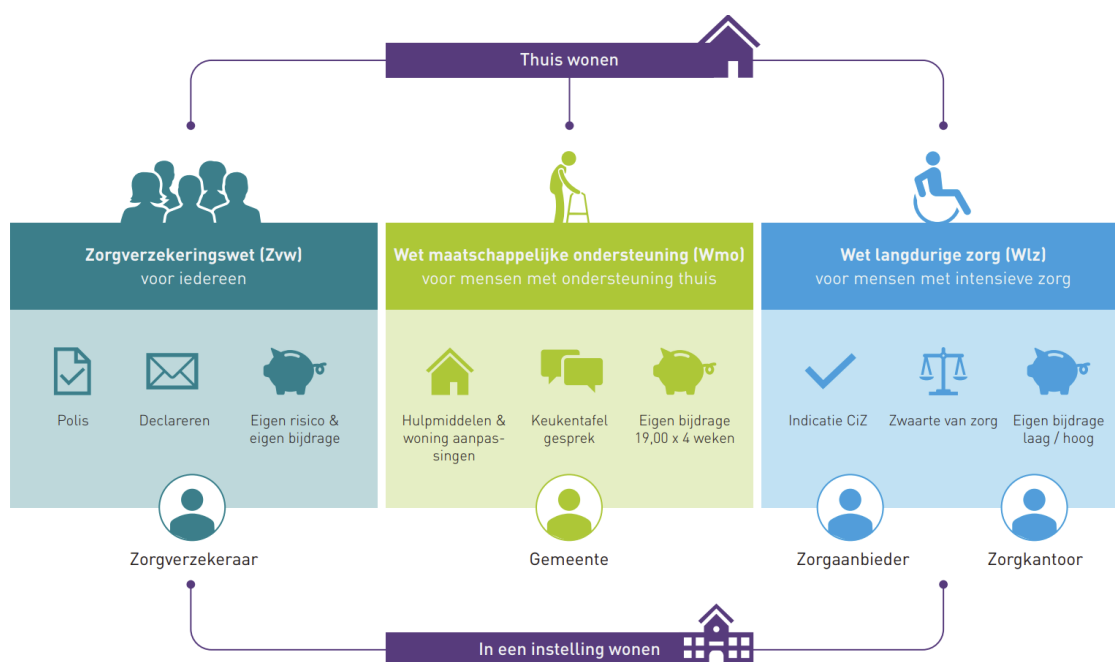
Gederfde inkomsten voor met werk stoppende mensen met dementie op jonge leeftijd die geen uitkering ontvangen (30%), geïndexeerd naar ultimo 2025, worden geschat op € 269 miljoen per jaar.

Uitkeringskosten voor met werk stoppende mensen met dementie op jonge leeftijd die een WIA-uitkering ontvangen (70%), geïndexeerd naar ultimo 2025, zijn ingeschat op € 628 miljoen per jaar.

Eigen bijdragen voor zorg- en welzijnsvoorzieningen (WMO, ZVW, WLZ) (CBS¹⁹)

We gebruiken hier data tot en met 2022 van het CBS, maar die zijn helaas niet te specificeren naar mensen met dementie en gelden dus in het algemeen.¹⁹ We bekijken de WMO, ZVW en WLZ elk apart.

Voor WMO-voorzieningen is de gemiddelde eigen bijdrage ongeveer € 325 per jaar in 2022. Volgens Dementie in Kaart gebruikte 54,9% van de thuiswonende mensen met dementie in 2023 een WMO maatwerk-voorziening; dat betreft dan 64.293 personen.²⁰ Er vanuit gaan dat die allemaal de genoemde eigen bijdrage moeten betalen, zou het gaan om totaal € 23,1 miljoen op jaarbasis, geïndexeerd naar prijspeil 2025.



Figuur 3. Wie en wat hoort bij welke zorgwet? (zie Vilans hulpmiddelenwijzer.nl).

Voor de ZVW betalen verzekerden een eigen risico. Het wettelijk verplicht maximum bedraagt vanaf 2016 € 385, maar niet iedere verzekerde nut dat volledig uit (zeker niet als men in een verpleeghuis woont), waardoor het gemiddelde volgens Dementie in Kaart uitkomt op € 262 in

¹⁹ <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40094NED/table?dl=96B89>

²⁰ <https://dementieinkaat.nl/landelijk/maatschappelijke-ondersteuning-wmo>

2022. In totaal gaat dat, geïndexeerd naar 2025, om € 90 miljoen eigen risico in de ZVW (uitgaande van het totaal aantal van 310.000 mensen met dementie).

Daarnaast gelden voor sommige verstrekkingen zoals gehoortoestellen, kunstgebitten of brillenglazen (de meest relevante voorbeelden) eigen bijdragen in procenten (bijvoorbeeld 25% bij hoortoestel of gebit) of in absolute bedragen (zoals € 66 per brillenglas tot een maximum van € 132 per jaar of € 135 per paar orthopedisch schoeisel). De gemiddelde eigen bijdrage voor een ZVW-verstrekking wordt door Dementie in Kaart ingeschat op € 46 per persoon per jaar in 2021. We bakenen de berekening af tot thuiswonende mensen met dementie, omdat voor verpleeghuisbewoners vrijwel alles loopt via de WLZ, ook al betaalt iedere bewoner als Nederlands ingezetene toch zijn ZVW-premie. In totaal gaat dat op jaarbasis dan om € 12,5 miljoen eigen bijdragen in de ZVW, geïndexeerd naar 2025. Omdat niet alles strikt dementie-gerelateerd zal zijn, rekenen we conservatief slechts de helft toe.

De WLZ kent inkomensafhankelijke eigen bijdragen die voor een opname in een zorginstelling variëren van nul tot maximaal € 2.954,40 per maand en wordt vastgesteld door het CAK. Het gemiddelde wordt ingeschat op ongeveer € 749 per persoon per maand (€ 8.988 per jaar) in 2022.¹⁹ Met 87.463 verpleeghuisbewoners met dementie in 2025, gaat het dan in totaal om € 871 miljoen op jaarbasis (geïndexeerd naar 2025). Ter vergelijking: CBS Statline²¹ komt voor 2024 uit op € 1.430 miljoen voor alle mensen met WLZ-verblijf, wat zou inhouden dat de mensen met dementie daarin een (aannemelijk) aandeel van circa 60% hebben.

Het totaal van eigen risico en bijdragen voor WMO, ZVW en WLZ, geïndexeerd naar 2025: € 990 miljoen per jaar.

Opname in een verpleeghuis heeft naast eigen risico nog een aantal kosten, maar ook baten voor de persoon met dementie. Zo kunnen bij VPT, MPT en PGB servicekosten worden berekend voor de woning. Aan de andere kant kan opname in een verpleeghuis de persoon met dementie juist leef- en woonkosten besparen. Deze kosten zijn onmogelijk te achterhalen en nemen we PM op.

Servicekosten voor wonen (+) en bespaarde leef- en woonkosten door opname (-) zijn PM.

3.2 Kosten op microniveau van mantelzorgers c.q. naasten

Mantelzorg wordt gegeven door een of meer mensen uit de eigen sociale omgeving van een persoon, zoals een partner, schoon)kind, andere familielid, vriend of vriendin of een buurtgenoot. Mantelzorg is een belangrijk onderdeel van de totale zorg voor een persoon met dementie, bijvoorbeeld in de vorm van hulp bij dagelijkse activiteiten of persoonlijke verzorging. De tweejaarlijkse Dementiemonitor¹¹ maakt indringend duidelijk wat en hoeveel mantelzorgers doen voor hun naaste met dementie. Het SCP komt voor 2024 uit op zo'n

²¹ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86026NED/table?ts=1768572564124>

800.000 mantelzorgers voor circa 310.000 mensen met dementie.²² Dat zou betekenen dat er gemiddeld 2,6 mantelzorgers betrokken zijn bij één persoon met dementie,

Maar het is onduidelijk welke typen mantelzorgers allemaal door het SCP zijn meegenomen. Zodoende wordt ook de allerlichtste inzet van bij wijze van spreken een enkele bezoek per maand meegenomen. Alzheimer Nederland acht inmiddels het getal van 800.000 een overschatting en schat in dat het gaat om ongeveer 500.000 tot 600.000 mantelzorgers die intensief zorgen voor iemand met dementie ('intensief' is dan gesteld op minstens 8 uur per week). Dit is dan ook verreweg het grootste gedeelte van de groep die tweejaarlijks wordt ondervraagd in de Dementiemonitor van Nivel en Alzheimer Nederland.¹¹ De groep mantelzorgers zal de komende jaren naar verwachting groeien, maar deze groei blijft naar verwachting achter bij de groei van het aantal mensen met dementie, door de afname van het aantal kinderen per persoon met dementie²³ en een lichte toename van het aantal alleenwonenden met dementie.²⁴



Figuur 4. Stappenplan voor kosten van patiënten en familie⁸

De typen mantelzorgers zijn heel gevarieerd. In eerste instantie wordt vaak gedacht aan partners en kinderen, met name (schoon)dochters, en die hebben meestal het grootste aandeel in de ondersteuning van de persoon met dementie. Maar de typering van mantelzorg kan nog verder worden uitgebreid met een broer of zus van de persoon met dementie, vriend(inn)en, burens of buurtgenoten. In deze eerste versie van het kostenoverzicht hebben we daarvan vooralsnog afgezien, het wordt dan nog complexer en de beschikbaarheid van gegevens wordt dan nog lastiger. Ook is het lastig om na te gaan of er slechts één of méér mantelzorgers tegelijkertijd actief zijn, en wie van hen de primaire of meer secundaire mantelzorg is, ook qua tijdsinzet. Kortweg, we richten ons hier op de meest naaste en meestal ook meest intensieve gezinskring van mantelzorgers, namelijk partners en kinderen en die onderscheiden we weer naar dichtbij of veraf wonende kinderen. Inwonende kinderen komen eigenlijk nauwelijks voor bij de veelal oudere personen met dementie, maar bij dementie op jongere leeftijd (circa 6% van alle mensen met dementie is jonger dan 65 jaar) zal dat anders liggen. Gezien de geringe omvang nemen we dit type mantelzorgers nu niet mee, maar dat zou in een vervolg wel relevant zijn, ook gezien de eigen karakteristieken van deze

²² Boer A de, et al., december 2020, Blijvende bron van zorg, Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

²³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2024/vader-en-moeder-op-leeftijd/3-demografisch-potentieel-voor-mantelzorg> (tabel .6).

²⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/51/prognose-huishoudensgroei-in-de-toekomst-vooral-door-meer-alleenstaanden>

subgroep, met eigen typen belasting en potentiële gevolgen van intensieve en langdurige inzet van jongvolwassen kinderen als mantelzorger, bijvoorbeeld een knik in de opleidings- of werkcarrière.

Vervolgens is het onderscheid tussen al dan niet werkende mantelzorgers cruciaal, niet alleen vanwege de (belastende) uitdaging om werk, gezin en mantelzorg te combineren, maar ook om hun tijdsinzet op de een of andere manier financieel-economisch te waarderen in geld (ook wel 'valuteren' genoemd). In kosteneffectiviteits-onderzoek worden daarom verschillende proxies voor 'uurprijzen' gehanteerd die voor een werkende mantelzorger tweemaal zo hoog is als een niet-werkende mantelzorger.⁸ Dat wordt hieronder nog apart geoperationaliseerd.

De inzet en kosten van mantelzorgers bestaan uit:

- Directe tijdsinzet bij de persoon met dementie
- Reistijd en andere indirecte tijd (bv voor familieberaad, overleg met zorgprofessionals of instanties)
- Reiskosten (met name autokilometers en parkeerkosten)

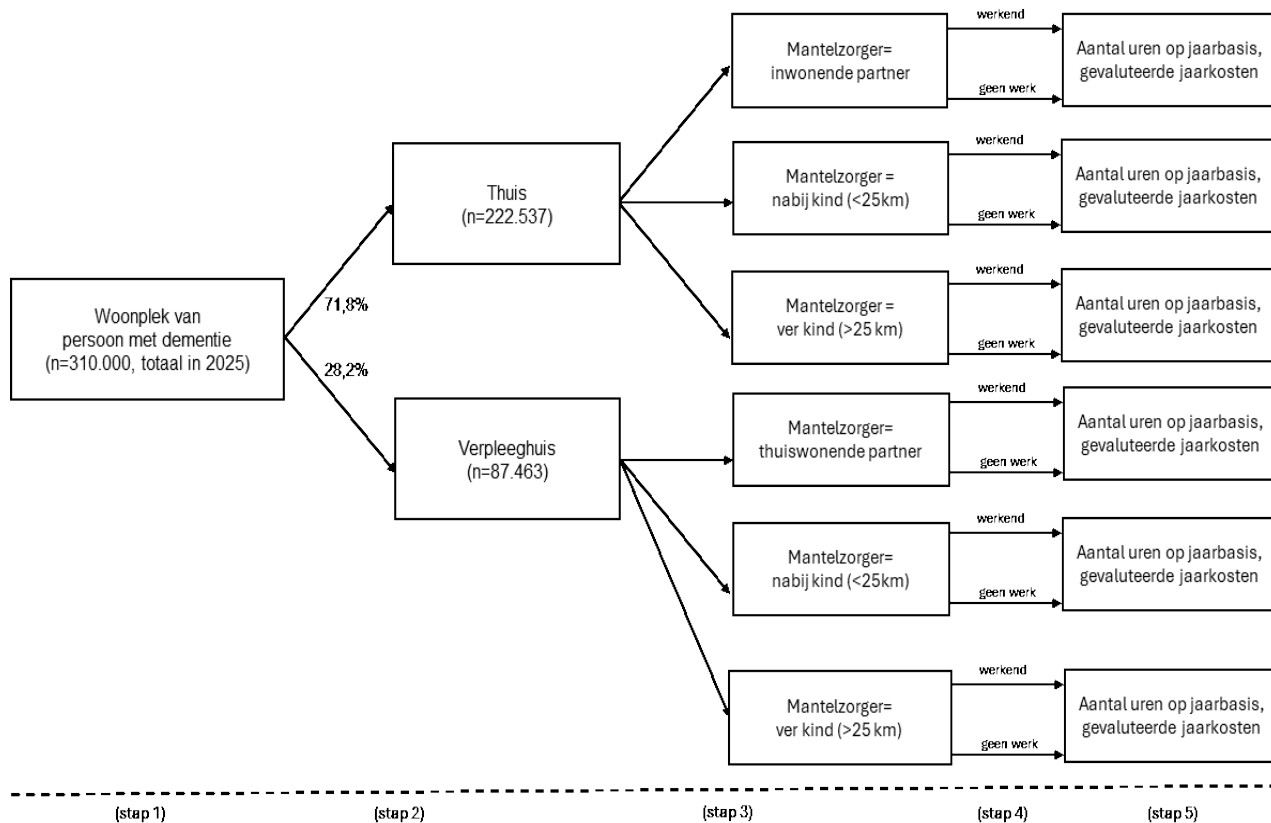
Voor werkende mantelzorgers maken werkgevers vaak ook vervangingskosten vanwege absentie, uitval door overbelasting (wellicht ook re-integratie-kosten), en minder productiviteit van hun mantelzorgende medewerkers. Daar komen we aan het eind van deze paragraaf nog op terug.

Dit alles in overweging genomen, is een soort beslisboom ontwikkeld voor de verdere operationalisatie van inzet en kosten van diverse typen mantelzorgers (zie figuur 5).

Gebruikmakend van tal van bronnen, maar ook van internet en logische verstand, is de inzet van de verschillende typen mantelzorg stap voor stap geoperationaliseerd. We lichten deze stapsgewijze uitwerking toe, figuur 5 volgend van links naar rechts. Daarbij is gebleken dat er steeds wat meer aanvullende aannames moeten worden gemaakt, die hieronder worden toegelicht.

Toelichting op figuur 5:

- In de eerste stap geheel links begint de figuur met het aantal mensen met dementie in 2025, het richtjaar voor deze analyse. Zoals eerder beschreven gaan we uit van circa 310.000 personen.
- In de tweede stap worden deze personen verdeeld naar woonplek, namelijk thuis of in een verpleeghuis. Hiervoor nemen we de meest recente procentuele verdeling van Dementie in Kaart: in 2023 woont 71,8% thuis (was 73,4% in 2017) en 28,2% in verpleeghuis. Deze verdeling uit 2023 is toegepast op het aantal mensen met dementie in 2025.



Figuur 5. Diverse typen mantelzorgers uitgelijnd naar plaats, afstand en al dan niet werkend

Vervolg-toelichting op figuur 5:

- Dan is er een tussenstap nodig om te bepalen of de persoon met dementie nog een partner heeft (c.q. samenwonend) of niet (c.q. alleenwonend). Van de thuiswonende mensen met dementie leeft, volgens een model van Alzheimer Nederland dat CBS bevolkingsstatistiek combineert met cijfers van het CBS over samenstelling van huishouders en de ERGO '95 prevalentie van dementiecijfers ongeveer 54% met een partner. Van mensen met dementie in een verpleeghuis heeft naar schatting 30% nog een partner. Alleenwonenden hebben een veel hogere kans om opgenomen te worden in een verpleeghuis.²⁵ Voorts nemen we aan dat een persoon zonder partner wel een of meer kinderen heeft die de mantelzorg op zich nemen, thuis of in verpleeghuis. Deze aanname hebben we geconcretiseerd in twee varianten: iedere alleenwonende persoon met dementie heeft altijd (100%) één kind als primaire mantelzorger en deels (60%) nog een tweede kind als secundaire mantelzorger (vaak met minder uren per week dan primaire kind-mantelzorger).²³
- In de derde stap worden de mantelzorgers verdeeld naar drie kerntypes, namelijk de partner, een nabij wonend kind (afstand maximaal 25 kilometer) en een verder weg wonend kind (meer dan 25 km). De procentuele verdeling ontleen we aan het CBS: van de kinderen die een intensieve rol als mantelzorger vervullen (>8 uur per week), woont 8,1% op een afstand van 25 tot 50 km en 7,6% op minstens 50 km afstand; 84,3% woont binnen

²⁵ Janssen O, et al., 2020, Duration of care trajectories in persons with dementia differs according to demographic and clinical characteristics. J Am Med Dir Assoc. 21(8):1102-1107.e6 (doi: 10.1016/j.jamda.2020.01.008)

25 km afstand tot de persoon met dementie.²⁶ Overigens zijn er aanwijzingen dat langdurige inzet als mantelzorger bij werkende of nog studerende kinderen (bij nog relatief jonge ouders met dementie) mogelijk kunnen leiden tot een knik in school- of werk-carrière en verlies van kwaliteit van leven (o.a. door overbelasting, vermindering sociale contacten en bezigheden), maar hierover zijn vooralsnog geen data beschikbaar.

- In de vierde stap wordt voor elk type mantelzorg een inschatting gemaakt van de gemiddelde tijdsinzet per week, steeds onderscheid makend tussen wel of niet werkende mantelzorgers. Dat onderscheid wordt niet toegepast bij de valuterings van een uur mantelzorg, want die wordt conform de Kostenhandleiding⁸ steeds gezet op € 18,80 per uur (prijspeil 2022). De ureninzet varieert per type mantelzorger, maar ook daarvoor zijn diverse aannames gemaakt. Als start namen we de Dementiemonitor 2024,¹¹ met een variatie van 72 uur per week voor de samenwonende partner als de persoon met dementie thuis woont, tot gemiddeld 12 uur per week voor een uitwonend kind als mantelzorger. Als de persoon met dementie in een verpleeghuis woont, wordt de inzet van mantelzorg ingeschat op gemiddeld 14 uur per week. Die laatste gemiddelden gelden echter voor samengenomen subgroepen mantelzorgers en moeten voor deze meer gedetailleerde opzet worden ingeschat per afzonderlijke subgroep.
- Wonen op afstand van de naaste met dementie leidt niet alleen tot reistijd maar ook tot reiskosten, met name brandstof (net als NIBUD laten we afschrijving en onderhoud van de auto buiten beschouwing) met de gebruikelijke belastingvrije kilometervergoeding van € 0,23 per kilometer, maar ook tot parkeerkosten (lastig in te schatten; en daarom buiten beschouwing gelaten).

Met bovenstaande uitwerkingsstappen naar plaats van dementie en type mantelzorger, kunnen we als laatste stap overgaan tot doorrekening van het totaal aantal uren (directe tijd als mantelzorger, plus reistijd) en de gevaluteerde kosten daarvan. Daartoe zijn de volgende twee tabellen opgezet, met een totaaltelling op € 9.509 voor alle mantelzorgers bij thuiswonende mensen met dementie en op € 1.016 miljoen voor alle mantelzorgers bij mensen met dementie in verpleeghuizen; tezamen maken ze iets maar dan een half miljard mantelzorguren op jaarbasis.

²⁶ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2024/vader-en-moeder-op-leeftijd/5-mantelzorg-in-relatie-tot-achtergrondkenmerken>

Tabel 5A. Directe mantelzorguren en reisen voor mantelzorgers bij thuiswonende mensen met dementie (n=222.537)

Type mantelzorger	Aantal mantelzorgers	Verdeling ja/nee werk	Gemiddeld aantal directe uren per week	Gem. aantal reisen per week	Miljoen uren op jaarbasis	Gevaluteerd in € miljoen (€ 18,80 p.u.)	Indexatie --> 2025 (+3,8%+3,3%+3,3%)
Samenwonende partner	120.615	15%	15	0	14,1	€ 265,3	€ 293,9
		85%	72	0	383,8	€ 7.216,3	€ 7.995,3
Primaire kind-mantelzorg (< 25 km)	85.920	85%	6	1,3	27,8	€ 523,6	€ 579,9
		15%	12	2,0	9,4	€ 176,4	€ 195,4
Primaire kind-mantelzorg (> 25 km)	16.002	85%	3	1,3	3,1	€ 57,6	€ 63,8
		15%	4	1,3	0,7	€ 12,5	€ 13,9
Secundaire kind-mantelzorg (< 25 km)	112.559	85%	2	0,3	11,6	€ 218,2	€ 241,7
		15%	3	0,3	2,9	€ 55,0	€ 60,9
Secundaire kind-mantelzorg (> 25 km)	20.963	85%	2	0,7	2,5	€ 46,5	€ 51,5
		15%	3	0,7	0,6	€ 11,3	€ 12,5
							€ 9.508,8

Tabel 5B. Directe mantelzorguren en reisen voor mantelzorgers naar verpleeghuis voor naaste met dementie (n=87.463)

Type mantelzorger	Aantal mantelzorgers	Verdeling ja/nee werk	Gemiddeld aantal directe uren per week	Gem. aantal reisen per week	Miljoen uren op jaarbasis	Gevaluteerd in € miljoen (€ 18,80 p.u.)	Indexatie --> 2025 (+3,8%+3,3%+3,3%)
Thuiswonende partner	26.239	15%	12	2,0	2,9	€ 53,9	€ 59,7
		85%	20	2,7	26,3	€ 494,2	€ 547,6
Primaire kind-mantelzorg (< 25 km)	51.612	85%	3	0,7	8,4	€ 157,3	€ 174,2
		15%	6	1,3	3,0	€ 55,5	€ 61,5
Primaire kind-mantelzorg (> 25 km)	9.612	85%	2	0,7	1,1	€ 21,3	€ 23,6
		15%	3	0,7	0,3	€ 5,2	€ 5,7
Secundaire kind-mantelzorg (< 25 km)	44.239	85%	2	0,3	4,6	€ 85,8	€ 95,0
		15%	3	0,3	1,2	€ 21,6	€ 24,0
Secundaire kind-mantelzorg (> 25 km)	8.239	85%	2	0,7	1,0	€ 18,3	€ 20,2
		15%	3	0,7	0,2	€ 4,4	€ 4,9
							€ 1.016,3

Mantelzorg in directe plus reisen wordt, geïndexeerd naar ultimo 2025, geschat op € 9.509 miljoen voor thuiswonende mensen met dementie en € 1.016,3 miljoen voor mensen in verpleeghuizen.

Boven op de ureninzet komen nog de materiële reiskosten à € 0,23 per km (we laten de lastig in te schatten parkeerkosten buiten beschouwing). Rekening houdend met variatie in aantal bezoeken per week (tussen eens per twee weken voor ver weg wonende secundaire kind-mantelzorgers tot aan 3 of 4 keer per week voor de bezoekende partner of nabij wonend niet-werkend kind-mantelzorger) en gemiddelde afstand van enkele reis voor dichtbij (15 km) of ver weg wonen (conservatief op 60 km), komen we op de volgende schatting van reiskosten:

Tabel 5C. Reiskosten voor mantelzorgers bij thuiswonende mensen met dementie in 2025

Type mantelzorger	Aantal mantelzorgers	Verdeling ja/nee werk	keer per week	km per jaar (à € 0,23)	reiskosten in miljoenen
Samenwonende partner	120.615	15%	0	0	€ 0,0
		85%	0	0	€ 0,0
Primaire kind-mantelzorg (< 25 km)	85.920	85%	2	2.760	€ 46,4
		15%	3	4.140	€ 12,3
Primaire kind-mantelzorg (> 25 km)	16.002	85%	1	5.520	€ 17,3
		15%	1	5.520	€ 3,0
Secundaire kind-mantelzorg (< 25 km)	112.559	85%	1	690	€ 15,2
		15%	1	1.380	€ 5,4
Secundaire kind-mantelzorg (> 25 km)	20.963	85%	0,5	2.760	€ 11,3
		15%	0,5	2.760	€ 2,0
					€ 112,8

Tabel 5D. Reiskosten voor mantelzorgers naar verpleeghuis voor naaste met dementie in 2025

Type mantelzorger	Aantal mantelzorgers	Verdeling ja/nee werk	keer per week	km per jaar (à € 0,23)	reiskosten in miljoenen
Samenwonende partner	26.239	15%	3,0	4.140	€ 3,7
		85%	4,0	5.520	€ 28,3
Primaire kind-mantelzorg (< 25 km)	51.612	85%	1,0	1.380	€ 13,9
		15%	2,0	2.760	€ 4,9
Primaire kind-mantelzorg (> 25 km)	9.612	85%	0,5	2.760	€ 5,2
		15%	0,5	2.760	€ 0,9
Secundaire kind-mantelzorg (< 25 km)	44.239	85%	0,5	690	€ 6,0
		15%	0,5	690	€ 1,1
Secundaire kind-mantelzorg (> 25 km)	8.239	85%	0,5	2.760	€ 4,4
		15%	0,5	2.760	€ 0,8
					€ 69,3

Reiskosten bedragen circa € 113 miljoen voor alle mantelzorgers bij thuiswonende mensen met dementie en € 69 miljoen voor alle mantelzorgers bij mensen in verpleeghuizen.

Tabel 5E. Gederfde inkomsten van mantelzorgers bij thuiswonende mensen met dementie in 2025

Type mantelzorger	Aantal mantelzorgers	Percentage met werk	Verloren werkuren per week	Miljoen uren op jaarbasis	Gevaluteerd in € miljoen (78,2% van € 39,88)	Indexatie --> 2025 (+3,8%+3,3%+3,3%)
Samenwonende partner	3.618	15%	15	2,5	€ 77,9	€ 86,3
Primaire kind-mantelzorg (< 25 km)	14.606	85%	12	0,7	€ 21,9	€ 24,2
Primaire kind-mantelzorg (> 25 km)	2.720	85%	6	0,8	€ 23,4	€ 25,9
Secundaire kind-mantelzorg (< 25 km)	1.880	85%	6	0,5	€ 16,2	€ 17,9
Secundaire kind-mantelzorg (> 25 km)	350	85%	3	0,0	€ 1,5	€ 1,7
						€ 156,0

Werkgevers en extra kosten bij mantelzorg

Uit de Dementiemonitor¹¹ blijkt dat de helft van de mantelzorgers een betaalde baan heeft en dat van hen 20% vanwege de mantelzorgbelasting gemiddeld 12 uur per week minder werkt. Als mantelzorgers hun informele hulp combineren met een betaalde werkring (parttime of fulltime), dan komen ook hun werkgevers voor kosten te staan, in verschillende varianten:

- productiviteitsverlies ('presenteïsme'): werknemers werken minder uren, concentratieverlies, ziekteverzuim;
- verzuimkosten ('absenteïsme'): extra vervanging, inhuur of extra belasting op collega's; vervangingskosten zijn relatief ten opzichte van de oorspronkelijke werknemer bovendien vaak iets hoger omdat de gemiddelde werktijdverkorting van 1 dag per week moeilijk is op te vangen en de inspringende collega dan "wat extra's" vraagt;
- mogelijke uitstroom van werknemers: structurele vervanging, vacaturekosten voor werving en inwerken; omscholingskosten tijdens exit-traject (al dan niet richting UWV);
- kosten van flexibele werktijden, aanpassingen in werkplek.

Voor werkgevers die voor vervanging moeten zorgen, betekent dit vaak een dubbele kostenverzwaring, omdat (deels of geheel) uitgevallen mantelzorgende werknemers nog een tijdje moeten worden doorbetaald. Ook als zo'n werknemer kiest voor onbetaald verlof, zijn er productiviteits- en vervangingskosten voor de werkgever.

We volgen voor de kostenschatting de methode van frictiekosten uit de Kostenhandleiding (p. 52)⁸ om de vervangingskosten voor werkgevers in te schatten. Mantelzorg bij dementie is langdurig en veroorzaakt de maximale frictiekosten van 115 dagen of 16,4 werkweken. Voor de kosten van 12 uur per week (gewaardeerd op € 39,88 per uur in 2022) gemiddeld minder werken zijn de frictiekosten € 7.862 per mantelzorger. Wanneer we kijken naar het aantal werkende primaire mantelzorgers van thuiswonende mensen met dementie en daar conservatief van aannemen dat 1 op 5 minder is gaan werken komen we op zo'n 45.000 mantelzorgers. Daarmee komen de frictiekosten op € 353,8 miljoen in 2022. Gezien de variabiliteit van de ziekte, is het voor mantelzorger en werkgever lastig anticiperen. Daarom nemen we deze frictiekosten als jaarlijkse kosten op.

Schatting vervangingskosten bij werkgevers, geïndexeerd naar ultimo 2025: € 187 miljoen per jaar.

Tabel 6. Productiviteitsverlies werkgevers door mantelzorgtaken

Type mantelzorger	Aantal mantelzorgers	Percentage met werk	Verloren werkuren per week	Miljoen uren op jaarbasis (frictie)	Gevaluteerd in € miljoen (à € 39,88)	Indexatie --> 2025 (+3,8%+3,3%+3,3%)
Samenwonende partner	3.618	15%	15	0,9	€ 35,5	€ 39,3
Primaire kind-mantelzorg (< 25 km)	14.606	85%	12	2,9	€ 114,6	€ 127,0
Primaire kind-mantelzorg (> 25 km)	2.720	85%	6	0,3	€ 10,7	€ 11,8
Secundaire kind-mantelzorg (< 25 km)	1.880	85%	6	0,2	€ 7,4	€ 8,2
Secundaire kind-mantelzorg (> 25 km)	350	85%	3	0,02	€ 0,7	€ 0,8
						€ 187,1

Sectorspecifieke gevolgen

De kosten voor vervanging vallen niet gelijk over de verschillende sectoren. We zien dat met name vrouwen mantelzorg verlenen. Zo blijkt uit de Dementiemonitor dat 85% van de mantelzorgende kinderen een (schoon)dochter is.¹¹ In 2025 werkt bijna 1 op de 4 (24%) werkende vrouwen in de zorg en welzijn. Daar komt bij dat 4 van de 5 (79%) werknemers in de zorg en welzijn vrouw is. Ook de sectoren onderwijs (70%) en dienstverlening (62%) leunen sterk op werkzame vrouwen. Bijna de helft van de werkzame vrouwen (46%) is werkzaam in één van deze drie sectoren.²⁷

3.3 Kosten op mesoniveau van gemeenten

Taakvelden van de gemeenten

Gemeenten geven hun geld uit aan een breed scala aan deelterreinen, variërend van bijvoorbeeld onderwijshuisvesting, tot de gemeentelijke plantsoendienst of de jeugdzorg. Om te zorgen dat deze uitgaven geaggregeerd kunnen worden en vergeleken kunnen worden tussen gemeenten, wordt landelijk een uniform set gehanteerd die bestaat uit 48 'taakvelden', geclusterd in 9 'hoofdtakvelden' (zie hiernaast).

Deze indeling wordt door de gemeenten ook gebruikt voor de inrichting van de gemeentelijke begrotingen/jaarrekeningen en voor de nationale Databank Financiën Gemeenten (DFG).²⁸

In het meest recente jaar 2024 rapporteert deze databank in totaal € 88,36 miljard aan gemeentelijke lasten, ofwel € 4.946 per inwoner.

0.0 - Bestuur en ondersteuning
1.0 - Veiligheid
2.0 - Verkeer, vervoer en waterstaat
3.0 - Economie
4.0 - Onderwijs
5.0 - Sport, cultuur en recreatie
6.0 - Sociaal Domein
7.0 - Volksgezondheid en milieu
8.0 - Volkshuisvesting, leefomgeving en stedelijke vernieuwing

De onderzoeker/auteur van dit rapport heeft alle 48 taakvelden beoordeeld op relevantie voor thuiswonende mensen met dementie. Daarbij zijn de volgende criteria gebruikt:

- algemene uitgaven aan 0. Bestuur en 1. Veiligheid gelden voor alle burgers, ongeacht dementie, uitgezonderd de laatste taakvelden 0.7 t/m 0.9 (uitkeringen, vennootschapsbelasting; bij een aantal deeltaakgebieden nemen we voor 50% mee (o.a. bestuur, burgerzaken, gebouw beheer');
- bij taakveld 2.0 Vervoer e.d. nemen we havenvoorzieningen 2.3 en 2.4 niet mee; de rest (waaronder OV en parkeren) geven we een gewicht van 50%;
- taakvelden 3. Economie en 4. Onderwijs zijn niet relevant voor burgers met dementie;
- taakveld 5. Sport en recreatie is in z'n geheel relevant bij dementie, krijgt ook steeds meer aandacht van de gemeenten, maar krijgt voorsnog gewicht 50%;
- uit taakveld 6. Sociaal domein nemen we hier niet de jongeren onder de 18 jaar mee, en ook niet de maatwerkvoorzieningen omdat die hieronder apart worden gepresenteerd;

²⁷ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85276NED/table>, over Werkzame beroepsbevolking.

²⁸ <https://findo.nl/home>

- taakveld 7. Volksgezondheid nemen we in zijn geheel mee (omvat ook riolering, afval, en begraafplaatsen e.d.);
- uit taakveld 8. Volkshuisvesting laten we grondexploitatie buiten beschouwing.

In totaal nemen we op deze manier € 37,6 miljard WMO-uitgaven (42,6% van het totaal) mee als relevant bij dementie. Deze geselecteerde uitgaven (exclusief maatwerk-voorzieningen) tellen op tot een bedrag per burger met dementie van gemiddeld € 2.104 per jaar. Via dit gemiddeld bedrag per persoon, ramen we voor het totaal van 222.537 thuiswonende mensen met dementie de relevante taakvelden (zie tabel 7).

Tabel 7. Dementie-relevante uitgaven van gemeenten in 2024 (excl. individuele maatwerk)

Hoofdtakveld (50% indien minder relevant bij dementie)	Uitgaven op jaarbasis in 2024 (miljoenen)	Uitgaven per persoon, mits 100% of 50% dementie-relevant
0. Bestuur (soms 50%)	€ 11.117,5	€ 623
1. Veiligheid	€ 2.739,9	€ 153
2.0 Vervoer e.d. (50%)	€ 2.315,6	€ 130
5. Sport en recreatie (50%)	€ 3.189,0	€ 178
6. Sociaal domein (excl. maatwerk)	€ 8.739,1	€ 492
7. Volksgezondheid	€ 6.651,6	€ 373
8. Volkshuisvesting	€ 2.793,9	€ 156
Per burger met dementie (n=222.537)	€ 468,2	€ 2.104

Veel van deze kosten worden echter voor iedere burger gemaakt. Het deel dat puur door dementie wordt veroorzaakt is niet eenvoudig te schatten maar zal bescheiden zijn. Zo is een deel van de politie-inzet (zie hieronder) bijvoorbeeld echt aan verward gedrag bij dementie toe te rekenen. Als we conservatief 20% van de gemeentekosten toeschrijven aan dementie, komen we tot:

Voor dementie relevante gemeentelijke uitgaven (excl. WMO en maatwerkvoorzieningen) komen ultimo 2025 uit op circa € 96,8 miljoen per jaar.

Een bijzonder onderdeel is overigens nog de politie (onderdeel van taakveld 1. Veiligheid). Bij benadering zijn circa 50.000 politieagenten ongeveer 10% van hun tijd bezig met verward gedrag (in/rond huis, op straat, in winkels, in openbaar vervoer, etc.).²⁹ Dat verwarde gedrag waarop de politie ingrijpt, wordt in ongeveer 10% van de gevallen veroorzaakt door verwarde mensen met dementie.²⁹ Doorrekening komt dan uit op 650 fte inzet aan politieagenten (d.w.z. gemiddeld 1,9 fte agent per gemeente; er zijn thans zo'n 340 gemeenten), met een totaal kostenplaatje van € 50 miljoen per jaar.

²⁹ Maatschappelijke Businesscase Dementievriendelijk wonen, juli 2022.

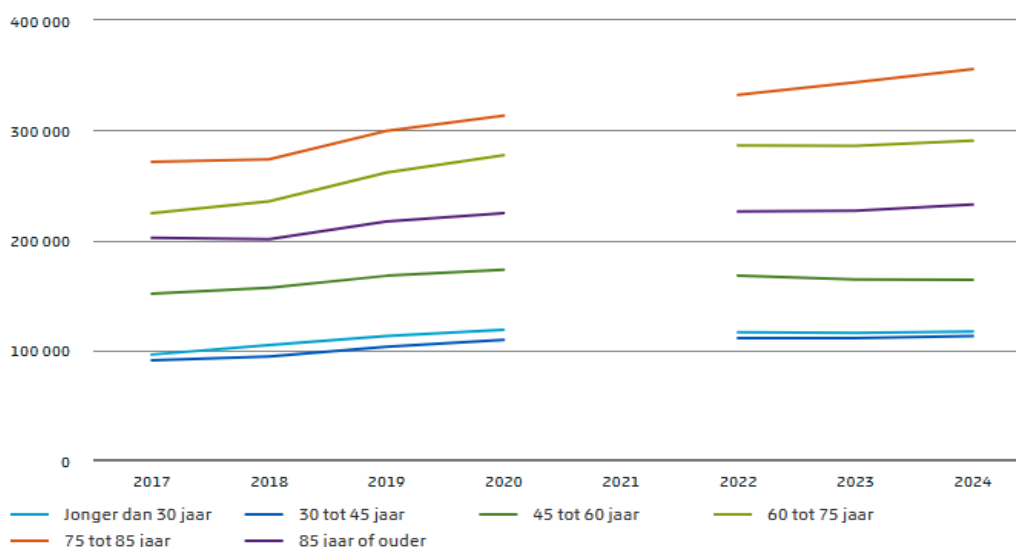
WMO-maatwerkvoorzieningen (onderdeel 6^{de} hoofdstaakveld)

In 2024 bedroegen volgens het CBS de totale WMO-kosten € 6,05 miljard.³⁰ Daarin zit ook € 1,5 miljard voor de maatwerkvoorziening verblijf en opvang (cliënten die gebruik maken van beschermd wonen), maar het CBS laat zien dat dat in 2023 slechts 125 cliënten ouder dan 75 jaar betrof.³¹ Deze voorziening is in 2021 verschoven van de WMO naar de Wet langdurige zorg (WLZ), waardoor ook de CBS-datareeks een gat vertoont in dat jaar. Zonder die post bedragen de WMO-uitgaven in 2024 gemiddeld € 3.610 per cliënt (voor alle leeftijden en achtergronden samengenomen) en inclusief verblijf en opvang gemiddeld € 4.755. Elk jaar stijgt dat 6 tot 7%.

Tabel 8. Totaaloverzicht van uitgaven en (alle) cliënten in WMO-maatwerkvoorzieningen³¹

WMO-voorzieningen in 2024	Uitgaven (in miljoenen)	Cliënten (aantal)	Gem. kosten per cliënt (€)
Ondersteuning thuis	€ 1.846	252.480	€ 7.311
Hulp bij het huishouden	€ 1.813	555.935	€ 3.261
Hulpmiddelen en diensten	€ 828	795.340	€ 1.041
Verblijf en opvang	€ 1.543	34.635	€ 44.550
Totaal	€ 6.051	1.638.390	€ 4.755

Over de cliënten van WMO-maatwerkvoorzieningen bestaat wat algemene statistiek zoals leeftijds- en inkomensverdeling, maar niet over diagnoses of redenen van gebruik. Onderstaande grafiek laat zien dat zo'n 50% van de bijna 1,3 miljoen cliënten in 2024 75 jaar of ouder is. We doen inschattingen voor het aandeel van thuiswonende mensen met dementie kan zijn in het totale gebruik van WMO-maatwerkvoorzieningen.



Figuur 6. WMO-clënten van maatwerkvoorzieningen naar leeftijd³²

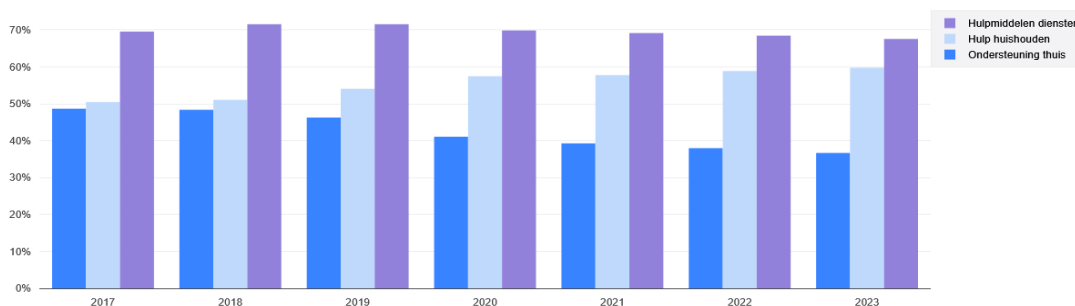
³⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/36/wmo-uitgaven-en-gemiddelde-kosten-per-client-2017-2024> en https://dashboards.cbs.nl/longreads/2026/wmo_monitor/2_totaalbeeld.html

³¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2025/landelijke-ontwikkelingen-in-de-wet-maatschappelijke-ondersteuning/5-verblijf-en-opvang>

³² 2 Totaalbeeld Wmo-maatwerkvoorzieningen – Landelijke ontwikkelingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning

Volgens Dementie in Kaart²⁰ is het dementie-aandeel in het cliëntentotaal in 2023:

- 36,7% bij de WMO-dienst Ondersteuning thuis (gebruikt door 20,2 % van alle thuiswonende mensen met dementie); vanuit de WMO kost € 71 per uur bij gemiddeld zware begeleiding en € 84 bij specialistische begeleiding thuis.
- 59,8% bij Hulp bij het huishouden (32,8% van thuiswonenden met dementie); een uur huishoudelijke hulp vanuit de WMO kost € 38 per uur.
- 67,6% bij Hulpmiddelen en diensten (37,1% van thuiswonenden met dementie). De prijzen hiervoor zijn productafhankelijk, een handmatige rolstoel kost bijvoorbeeld minimaal € 770, een scootmobiel € 3.500 en een traplift € 5.900.
- Verblijf en opvang: mensen met dementie maken niet of nauwelijks gebruik van dit WMO-aanbod. Het CBS laat zien dat dat in 2023 slechts 125 cliënten ouder dan 75 jaren betrof.³³



Figuur 7. WMO-maatwerkvoorzieningen/dienstverlening, gebruik per type ondersteuningsvorm

In totaal gebruikt 54,9% van alle thuiswonende mensen met dementie minimaal één WMO-voorziening. Interessant is dat deze percentages over de jaren heen dalen bij Ondersteuning thuis, stijgen bij Hulp in de huishouding en tamelijk stabiel zijn bij Hulpmiddelen en diensten (zie figuur 7).¹⁰ Gezien dementie één van de meest zorgintensieve ziekten is, maken we de conservatieve schatting dat mensen met dementie de gemiddelde kosten per doorsnee cliënt maken. Dat stelt ons in staat om een schatting te maken van de kosten van WMO-voorzieningen, gemaakt voor mensen met dementie.

Tabel 9. Schatting WMO-kosten voor mensen met dementie (n=222.537), indexatie naar 2025

Maatwerk voorzieningen	Cliënten met dementie (%)	Cliënten met dementie (aantal)	Gem. kosten per cliënt (€)	Schatting dementiekosten (€ milj.)
Ondersteuning thuis	36,7%	81.671	€ 7.311	€ 640,3
Hulp bij het huishouden	59,8%	133.077	€ 3.261	€ 465,3
Hulpmiddelen en diensten	67,6%	150.435	€ 1.041	€ 168,1
			Totaal	€ 1.273,7

³³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2025/landelijke-ontwikkelingen-in-de-wet-maatschappelijke-ondersteuning/5-verblijf-en-opvang>

Woningaanpassingen en dementievriendelijke woningen

In een dementievriendelijke woning staan eigen regie, gezamenlijkheid, veiligheid en ondersteuning centraal.^{34,35} Je kan hier wonen met óf zonder verpleeghuisindicatie. Het is een plek waar mensen met dementie en hun naasten tijdig heen willen verhuizen. Alzheimer Nederland overhandigde hierover op 7 juli 2022 een Maatschappelijke Businesscase Dementievriendelijk wonen aan de toenmalige minister Conny Helder.³⁶ Dementievriendelijk wonen is een integrale aanpak van wonen, welzijn, samenleving en zorg; dat vergt samenwerking tussen gemeenten, woningcorporaties zorg- en welzijnsorganisaties. Een woningaanpassing in de bestaande voorraad kost vanuit de WMO gemiddeld € 2.200 per keer.

Vrijwilligerswerk

Er zijn vele vrijwilligers actief op tal van niveaus en in een variatie inhoudelijke bezigheden. Op deze plek leggen we de focus op vrijwilligers op het lokale niveau van gemeenten. Vrijwilligers werkzaam binnen WLZ-organisaties komen in principe later aan bod, maar beschikbare statistieken maken niet altijd dit onderscheid. Het aantal vrijwilligers dat werkt in welzijn van specifiek mensen met dementie is lastig te schatten en vergt combinatie van verschillende bronnen. Zo weten we dat een relatief stabiel aantal mensen van 15 jaar of ouder als vrijwilliger werkt in de ‘verzorging’ (9% in 2024), omschreven als “vrijwilligerswerk in de verzorging of verpleging, zoals bijvoorbeeld bejaardenzorg, kinderopvang, kruiswerk, zieken bezoeken, collecteren voor gezondheidsorganisaties, welfarewerk in het ziekenhuis of assisteren bij stervensbegeleiding.” Interessant daarbij is dat het percentage vrijwilligers toeneemt met de leeftijd. In 2021 tot 11,1% van de 65 tot 75 jarigen en nog altijd 7% van de 75+ ers.³⁷ Cijfers over het aantal uren zijn niet recent uitgevraagd. Oudere CBS cijfers (2001-2009) laten een stabiel beeld zien van gemiddeld 4,5 tot 4,9 uur per week.³⁸

Als we proberen om een percentage vrijwilligers te berekenen die mensen met dementie en hun naasten helpt, geeft het SCP wat inzichten uit enquêtes.³⁹ Dan blijkt dat 23% van de vrijwilligers in zorg en welzijn specifiek werkt met mensen met dementie. Het SCP combineert deze cijfers met bovenstaande CBS cijfers om conclusies te trekken. Wanneer we hetzelfde doen, kan de totale inzet van vrijwilligers gewaardeerd worden:

- In 2025 waren er 14,4 miljoen Nederlanders tussen de 15 en 80 jaar;
- 9% van de Nederlanders doet vrijwilligerswerk in de verzorging, daarvan werkt 23% met mensen met dementie. Dat zijn 298.000 vrijwilligers;
- We gaan uit van gemiddeld 5 uur per week vrijwilligerswerk, gedurende 46 weken per jaar werken en een waarde van € 18,8 per uur conform de Kostenhandleiding⁸;
- De eindeberekening moeten we dan nog corrigeren voor dubbel telling met vrijwilligersinzet in WLZ-organisaties (daar berekend op € 333 miljoen).

³⁴ <https://www.alzheimer-nederland.nl/belangenbehartiging/standpunten/woonvormen-voor-mensen-met-dementie>

³⁵ <https://www.woonzorg.nl/over-woonzorg/publicaties/toolkit-dementievriendelijk-woongebouw>

³⁶ <https://www.medicalfacts.nl/2022/07/07/alzheimer-nederland-overhandigt-businesscase-dementievriendelijk-wonen-aan-minister-conny-helder/>

³⁷ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85541NED/table?ts=1770296969475>

³⁸ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/80806ned/table?ts=1770297052294>

³⁹ Boer A de, et al., 2020, Blijvende bron van zorg, Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (<https://www.scp.nl/documenten/2020/12/09/blijvende-bron-van-zorg>).

Vrijwilligerswerk voor mensen met dementie (niet in verpleeghuis) komt uit 52,2 miljoen uur per jaar, met naar 2025 geïndexeerde waarde van € 1.094 miljoen (ná correctie WLZ-deel).

Hospices

Recent heeft Gupta Strategists een rapport uitgebracht over de hospices in Nederland.⁴⁰ In 2024 telt Nederland 246 hospicelocaties met in totaal 1.370 hospicebedden. De indicatie/opnamereden, opnameduur, inzet van vrijwilligers en mantelzorgers, het organisatiemodel en de financiering verschillen per hospice, en helaas worden er geen diagnoses vastgelegd. De helft van de organisaties (51%) levert de formele zorg niet zelf, dit betreft 47% van alle hospice-locaties. De geschatte gemiddelde ligduur ligt bij hospices die formele zorg leveren hoger dan bij hospices die dit niet zelf doen; 21 tot 26 dagen versus 20 tot 21 dagen.

Door de verschillende bekostigingsvormen variëren de kosten voor de cliënt. Als de formele zorg binnen het eerstelijnsverblijf wordt vergoed, komt dit in de ZVW ten laste van het eigen risico (€ 385 in 2025). Aanvullend betaalt de cliënt een vergoeding voor gebruik van extra faciliteiten gedurende het verblijf van gemiddeld € 20 per dag. Bij hospices die niet zelf de formele zorg leveren betalen cliënten gemiddeld € 40 per dag. Een cliënt met een WLZ-indicatie betaalt naast een eventuele rechtstreekse vergoeding aan het hospice ook de inkomensafhankelijke bijdrage aan het CAK, die varieert tussen € 7 en € 36 per dag.

In totaal bedragen de kosten van hospices in 2024 circa € 237 miljoen. Een wijziging per 2025 in de bekostigingssystematiek voor eerstelijnsverblijf doet dit bedrag naar verwachting stijgen tot € 282 miljoen in 2025. Toerekenen naar dementie is door het ontbreken van data niet mogelijk, de auteurs schatten in dat het 10 à 15% van het totaal is (persoonlijke communicatie begin december 2025).

Dementie-gerelateerde kosten van hospices worden geschat op € 35 miljoen per jaar.

3.4 Kosten op macroniveau

3.4.1 Zorgverzekeringswet (ZVW)

Kostensoorten en tarieven in de Zorgverzekeringswet (ZVW) zijn voor 2023 als volgt in beeld gebracht in de Kostenhandleiding⁸, op de website Dementie in Kaart en door Vektis⁴¹. We vertalen aantallen, geld en procentuele verdeling naar 2025, uitgaande van dan 222.573 thuiswonende mensen met dementie. Dat geeft een eerste grove indicatie. Daarom doen we hierna een aanzet om de ZVW-kosten uiteen te rafelen in de verschillende componenten.

De totale ZVW-uitgaven bedroegen in 2023 € 12.400 per thuiswonende met dementie, d.w.z. vertaald en geïndexeerd naar 2025: € 2.851 miljoen voor thuiswonende groep.

⁴⁰ Laar L van de en Livestro D, oktober 2025, Hospices in Nederland; Adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging. Den Haag, Gupta Strategists.

⁴¹ <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-dementie>

Huisartsenzorg

De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit een aantal componenten. De eerste (basis) component is een kwartaalbedrag per ingeschreven verzekerde (in 2025 naar leeftijdsklasse oplopend van € 23,95 bij 65-74 jaar, € 36,06 bij 75-84 jaar en € 56,70 vanaf 85 jaar). Gezien het aantal thuiswonende mensen met dementie in de verschillende leeftijdsklassen, is de omvang van deze inschrijvingscomponent goed voor circa € 35 miljoen in 2025.

De tweede component gaat om verschillende typen contacten/consulten. Een consult korter dan 20 minuten kost volgens de Kostenhandleiding voor economische evaluaties in 2022 € 28,74; langer dan 20 minuten € 42,47; korte visite € 36,72 en lange visite € 48,21.⁸ Gemiddeld (met grote spreiding) hebben mensen met dementie 12,7 huisartscontacten per jaar. Daarvan ontvangt 13,4% dat in de vorm van huisvisites (was in 2017 nog 20,6%) en 1,5% bij de POH.⁴²

Naast de huisarts, bezoeken mensen met dementie ook de huisartsenpost, namelijk 107.361 mensen zonder urgentie en 19.623 mensen met urgentie. We schatten de kosten conservatief als gelijk aan een gemiddeld huisartsenconsult (€ 30,87 in 2022, aldus de Kostenhandleiding). Overigens is het feitelijk gebruik van eerstelijnsverblijf (ELV) niet bekend voor patiënten met dementie, dus deze worden niet meegenomen in de berekeningen.

De totale huisartsenzorg bij dementie komt uit op circa € 117,1 miljoen in 2025.
--

Tabel 10. Huisartsenzorg voor mensen met dementie, geëxtrapoleerd/geïndexeerd naar 2025

Type consult	Percentage van thuiswonende mensen met dementie (n=222.537 in 2025)	Schatting aantal bezoeken in 2025	Kosten per consult in 2022 ¹²	Totale kosten in miljoenen, geïndexeerd naar 2025
Kort consult	35,7%	1.008.961	€ 28,74	€ 30,9
Lang consult	49,4%	1.396.153	€ 42,47	€ 63,3
Visite	13,4%	378.713	€ 43,31	€ 17,5
POH	1,5%	42.393	€ 20,85	€ 0,9
Huisartsenpost		136.205	€ 30,87	€ 4,5
Totale huisartsenkosten in miljoenen				€ 117,1

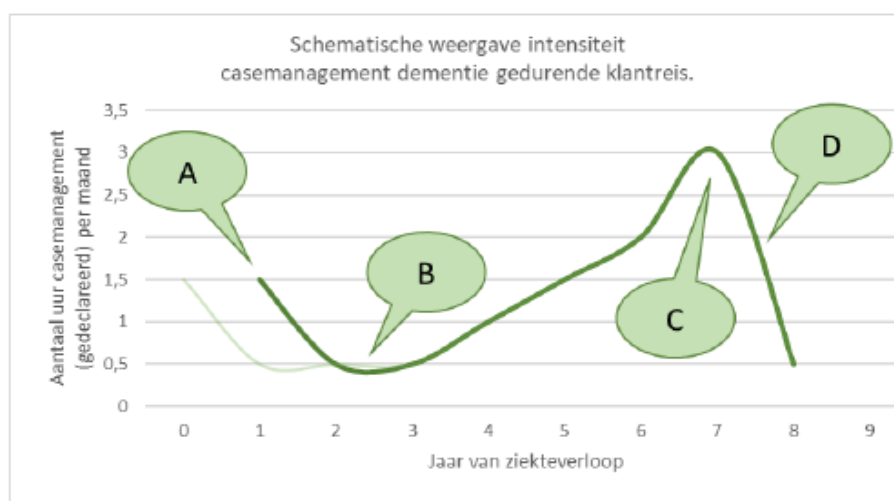
Casemanagement dementie (deelaanspraak onder ZVW-wijkverpleging)

Volgens Dementie in Kaart wordt in 2024 40,5% van de thuiswonende mensen met dementie begeleid door een casemanager dementie, een erkende prestatie die valt onder de aanspraak wijkverpleging in de ZVW. De tijdsinzet van casemanagement varieert sterk, mede afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt (in de intensieve episode richting een WLZ-opname kan de contactfrequentie zelfs oplopen tot meermalen per week), het praktische werkmodel met directe contact(gerelateerde) uren en indirecte uren voor overleg en reistijd, maar ook de contractafspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

⁴² <https://dementieinkart.nl/landelijk/huisartsenpost>

Gedurende het beloop van de ziekte veranderen de aard en intensiteit van casemanagement (zie figuur):

- A. in de pluis/niet-pluis fase en rondom de diagnostische fase kan een casemanager met intake al kennismakings- en startgesprekken met cliënt en mantelzorg(er)s houden;
- B. na de vaak ingrijpende diagnose-fase, zal de casemanager in de milde fase meer op de achtergrond zijn, met relatief weinig ondersteuning en regie in het ziekteproces;
- C. periode van geleidelijke verslechtering optreden waarbij de casemanager helpt om met de veranderende situatie om te gaan. Gaandeweg zal de behoefte aan zorg en ook de intensiteit van het casemanagement toenemen. De aanloop naar verhuizing naar een verpleeghuis wordt nog eens extra intensief en gaat ook soms gepaard met crises.
- D. na verhuizing naar een verpleeghuis verdwijnt de casemanager niet meteen uit beeld maar zal helpen met de warme overdracht naar het team van de woonzorglocatie en het begeleiden van de eventuele partner en mantelzorgers in het verwerken van de situatie.



Figuur 8. Intensiteit casemanagement gedurende het ziekteverloop (Nouws, 2023)

Bij benadering⁴³, mede gestoeld op mijn eigen ervaringen als bestuurder van Geriant (2019-2023), is er per cliënt gemiddeld eens per 6 weken contact door een huisbezoek of telefonisch, met een gemiddelde tijdsinzet van 1 tot 2 uur per keer (inclusief administratieve en reistijd en eventuele afstemming met andere zorg- en hulpverleners, waaronder ook de mantelzorg). De uurprijs voor een casemanager dementie bedraagt in 2024 maximaal € 88,35.⁴⁴ Per persoon met dementie komt de jaarinzet van casemanagement dan neer op € 1.531 in 2024 (gemiddeld over alle dementiefasen).

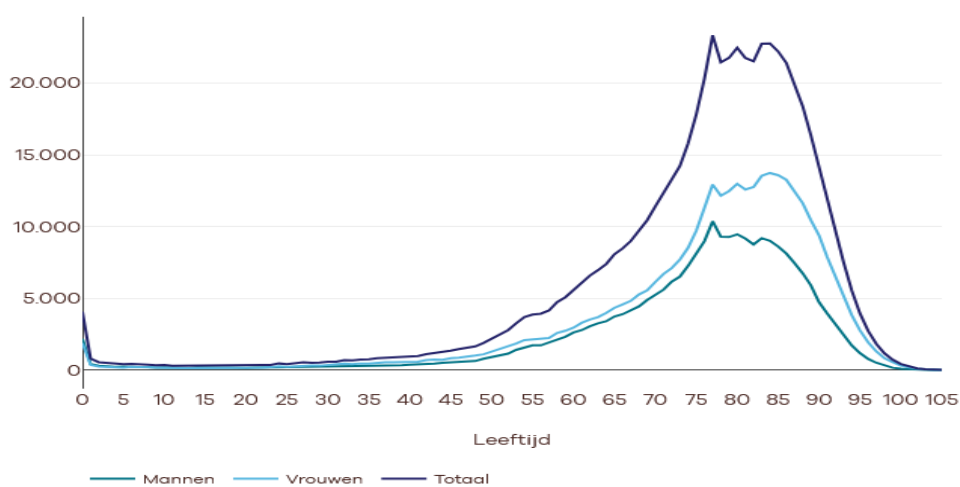
Kosten van casemanagement dementie, geïndexeerd naar ultimo 2025: € 142,6 miljoen per jaar.

⁴³ Nouws H, september 2023, Business case casemanagement dementie, i.o.v. Dementierapporteur (aangesteld door Alzheimer Nederland). Adviesbureau Ruimte voor Zorg.

⁴⁴ NZa Prestatie- & tariefbeschikking verpleging/verzorging 2024 TB/REG-24619-01; https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_741183_22/1/

Wijkverpleging vanuit ZVW

Blijkens de Vektis Factsheet Wijkverpleging, komen de totale kosten aan wijkverpleging uit op circa € 3,2 miljard in 2024.⁴⁵ Blijkens deze factsheet maken vooral ouderen gebruik van de wijkverpleging: in 2024 was 80% van alle 593.000 cliënten ouder dan 66 jaar en de gemiddelde leeftijd van alle cliënten is 75 jaar. Zoals onderstaande figuur laat zien, ligt de piek met ruim 23.300 bij de cliënten van 77 jaar (bij mannen bij 77 jaar, en bij vrouwen bij 84 jaar). De meeste cliënten zijn vrouw: 58%. Dat heeft te maken met het gegeven dat vrouwen ouder worden dan mannen. Gemiddeld ontvangen cliënten 4 uur wijkverpleging per week, maar de variatie in uren en duur is groot. Zo ontvangen terminale cliënten 24 uur zorg per week, terwijl de preventieve zorg voor kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben, per week ongeveer 1 uur duurt.



Figuur 9. Verdeling van cliënten van de wijkverpleging naar leeftijd

De grootste groepen cliënten van de wijkverpleging zijn kwetsbare ouderen en chronisch zieken met een psychogeriatrische/psychiatrische aandoening die langer dan 3 maanden zorg nodig hebben; zij ontvangen gemiddeld 3 uur per week wijkverpleging. Dat is ons vertrekpunt. De wijkverpleging registreert helaas geen diagnosecodes, zodat de doelgroep dementie niet valt uit te splitsen. Er wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen verpleging en verzorging, maar de uurprijzen verschillen aanzienlijk: in 2024 € 57 per uur voor persoonlijke verzorging en € 81 per uur verpleging thuis.⁶¹ We hanteren hier het gemiddelde van beide tarieven. Bovendien valt ook het casemanagement dementie onder de ZVW-aanspraak, meestal onder het hogere tarief van verpleging, maar dat valt niet af te splitsen uit deze factsheet van Vektis.

Benaderingsgewijs komen dan de kosten voor gemiddeld 3 uur per week wijkverpleging voor zo'n 20% (inschatting) van de 474.400 ouderen uit op € 527 miljoen, geïndexeerd naar 2025. Maar dan is er dubbeltelling met casemanagement dementie. De kosten daarvan hadden we eerder berekend op jaarlijks € 143 miljoen en worden hier afgetrokken van de berekende totaalkosten van de wijkverpleging voor mensen met dementie, om dubbeltelling te voorkomen.

⁴⁵ <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-wijkverpleging>

Kosten wijkverpleging voor thuiswonende mensen met dementie, zonder casemanagement dementie van € 143 miljoen, geïndexeerd naar ultimo 2025: € 384,5 miljoen per jaar.

Paramedische zorg

Per consult € 38,89 bij fysiotherapie, € 24,32 bij ergotherapie, € 24,70 voor dieetadvisering en € 128 voor gecombineerde leefstijlinterventies (GLI). Uurprijs bij levering aan huis, via de ZVW: € 47 in 2024.⁶¹

Het rapport “Verdiepende analyses zorglasten ZVW 2015-2019” van het Zorginstituut Nederland⁴⁶ geeft inzicht in de kosten van paramedische zorg per leeftijd en aandoening. Waarbij dementie helaas niet wordt genoemd, maar wel de ziekte van Parkinson (bij grofweg 45% ontstaat ook dementie) en een beroerte (grofweg de helft krijgt dementie) wel. De ziekte van Parkinson is verantwoordelijk voor € 438 aan paramedische kosten per patiënt en een beroerte voor € 101 per persoon per jaar.

Tabel 11. Gebruikers van paramedische zorg⁴⁶

	Fysiotherapie	Logopedie	Ergotherapie	Dieetadvisering	Oefentherapie
Gebruikers					
75-84 jaar	81.668	8707	39010	34425	2124
85 jaar en ouder	27.476	3507	26903	23161	814
Totaal gebruikers	814.480	261.248	203.651	383.938	51.441
Kosten per persoon per jaar					
75-84 jaar	€ 949,50	€ 374,00	€ 271,30	€ 121,20	€ 862,20
85 jaar en ouder	€ 1.045,90	€ 316,00	€ 254,00	€ 122,80	€ 998,40
Kosten totaal (miljoen)	€ 106,3	€ 4,36	€ 17,4	€ 7,02	€ 264
Deel dementie	€ 14,6	€ 0,58	€ 2,39	€ 0,96	€ 0,36

De gemiddelde kosten van paramedische zorg per verzekerde nemen na de kindertijd toe met de leeftijd. In 2019 betrof deze € 95,80 per verzekerde van 75-85 jaar en € 95,90 voor verzekerden vanaf 85 jaar. In totaal waren de kosten voor paramedische zorg € 804,5 miljoen in 2019. In 2025 zijn die kosten al gestegen naar € 1.264,9 miljoen.⁴⁷

De totale kosten voor paramedische zorg voor 75+ers, geëxtrapoleerd uit het rapport komt uit op € 137,7 miljoen in 2019, voor 1.387 miljoen verzekerden. De kosten die zijn toe te rekenen aan de gevolgen van dementie (niet aan mensen met dementie) zullen hier een gedeelte van zijn. Grofweg 1 op 7 (14%) van de verzekerden van 75 jaar en ouder heeft dementie. Dementie heeft lichamelijke gevolgen zoals vallen (fysiotherapie), moeite met uitvoeren van handelingen

⁴⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2020/10/01/verdiepende-analyses-zorglasten-zvw-2015-2019>

⁴⁷ https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=B_kost&geg=jjaarNEW&item=207

(ergotherapie), slikklachten, spreek en begripsproblemen (logopedie) en voeding (met name ondervoeding). We schatten daarom dat 14% van de kosten van paramedische zorg (gelijk aan het aandeel mensen met dementie) wordt veroorzaakt door gevolgen van dementie. Daarmee komen die kosten uit op € 18,9 miljoen in 2019.

Kosten van paramedische zorg bij dementie, demografisch geëxtrapoleerd en voor inflatie geïndexeerd naar ultimo 2025: circa € 28 miljoen op jaarbasis.

Spoeisende hulp plus ambulancevervoer

Volgens de Vektis Factsheet dementie bezoekt jaarlijks 28% van thuiswonende mensen met dementie een SEH; dat zou dan gaan om circa 55.400 mensen.⁴⁸ Dat kost gemiddeld € 258 per keer (met grote variatie, als gevolg van uiteenlopende intensiteit van de zorgvraag). Vektis vermeldt niet hoe vaak een en dezelfde persoon op een SEH komt in hetzelfde jaar, terwijl aannemelijk is dat dat vaak niet blijft bij eenmalig bezoek. We doen als aanname gemiddeld 1,5 keer per jaar per SEH-bezoeker met dementie. Dat kost dan € 23 miljoen per jaar in 2025. Van de mensen met dementie op een SEH komt daar 31,4% via ambulancerit.⁴⁹ Samen maakt dat circa 17.400 ambulanceritten voor mensen met dementie; dat is 1,2% van het in totaal 1,46 miljoen ambulanceritten.⁵⁰ Met een prijs van € 528 voor een ambulancerit (€ 293 voor besteld vervoer, € 657 voor spoedvervoer), kost de vervoerskant € 9,8 miljoen per jaar in 2025.

Kosten van SEH plus ambulancevervoer, geïndexeerd naar ultimo 2025: € 32,8 miljoen per jaar.

Polikliniekbezoeken

Een bezoek aan de polikliniek kost € 120 per bezoek. Het aantal polikliniekbezoeken door mensen met dementie is lastig te schatten. Van de ruim 2,4 miljoen polibezoeken die in 2023 door 80+ers werden gedaan, is het grootste deel niet direct toe te schrijven aan dementie, bijvoorbeeld oogheelkunde (569.000 bezoeken) en Cardiologie (318.000 bezoeken). Zelfs het aantal bezoeken aan de poli geriatrie is niet volledig toe te schrijven aan dementie. Een idee van de omvang geeft CBS Statline wanneer gekeken wordt naar poliklinische bezoeken ten aanzien van 'cognitieve en geheugenstoornissen waaronder dementie' (alle leeftijden). Dit waren er in 2023 88.725, waarmee de kosten voor het totaal aan poliklinische bezoeken door mensen met dementie conservatief geschat kan worden op € 10,6 miljoen.

Kosten van polibezoeken met vermoedelijke diagnose dementie demografisch geëxtrapoleerd en geïndexeerd naar ultimo 2025: circa: € 12,2 miljoen per jaar.

Dagopnamen in ziekenhuis

De referentieprij bedraagt € 335 per dag (exclusief kosten van medisch specialisten en medische verrichtingen). Het aantal dagopnamen met de diagnose dementie was slechts 255

⁴⁸ <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-dementie>

⁴⁹ Ambulancezorg- CZ-1057618 B Monitor acute zorg 2023, pagina 21

⁵⁰ Ambulance-inzetten | De Staat van Volksgezondheid en Zorg

in 2022 (sterk gedaald na 2012, toen het nog ging om bijna 5.000 dagopnamen.⁵¹ Naast dagopnamen dóór dementie, zijn er ook dagopnamen mét dementie. Dit waren er in 2023 volgens Dementie in Kaart 63.864. Totale kosten van dagopnamen van mensen met dementie komt zo -grofmazig ingeschat- op € 21,4 miljoen.

Kosten van dagopnamen in het ziekenhuis met diagnose dementie, demografisch geëxtrapoleerd en geïndexeerd naar ultimo 2025: circa: € 24,6 miljoen per jaar.

Opname in ziekenhuis

Een opname kost € 645 per verpleegdag; intensive care € 2.727 per verpleegdag. Volgens Dementie in Kaart werd in 2023 circa 19,8% van de mensen met dementie in 2023 opgenomen in het ziekenhuis. Dit zijn 57.355 mensen met dementie die gemiddeld 1,5 keer per jaar zijn opgenomen. Dit komt op 86.274 opnames per jaar. Daarvan zijn de 63.000 dagopnamen hierboven al in beeld gebracht. Er zijn dus 22.410 klinische opnames van mensen met dementie, waarvan volgens Dementie in Kaart 84,8% urgent (niet gepland). Daarnaast zijn er nog 3.337 opnames ter observatie.⁵² Van de klinische opnames in Nederland is ongeveer 1 op 10 op de IC, met een gemiddelde opnameduur van 4 dagen.⁵³ De gemiddelde opname van iemand mét dementie is volgens Dementie in Kaart 6,5 dag. Van de duur van observaties zijn geen gegevens bekend; die stellen we op 1 dag.

Tabel 12. Klinische opnames in ziekenhuis met diagnose dementie

Klinische opname, naar type	Aantal personen	IC dagen	Verpleegdagen	Kosten in miljoenen
Urgent (zonder IC)	16.763		108.957	€ 70,3
Niet urgent	3.406		22.141	€ 60,4
IC opname	2.241	8.871	5.696	€ 27,9
Observatie	3.337		3.337	€ 2,2
Totale kosten in 2023				€ 160,7

In totaal komen de ziekenhuiskosten voor mensen mét dementie op circa € 160 miljoen in 2023. Een onbekend deel is toe te rekenen aan dementie, maar opnames puur dóór dementie zijn zeldzaam (635 in 2022; zie figuur 10).

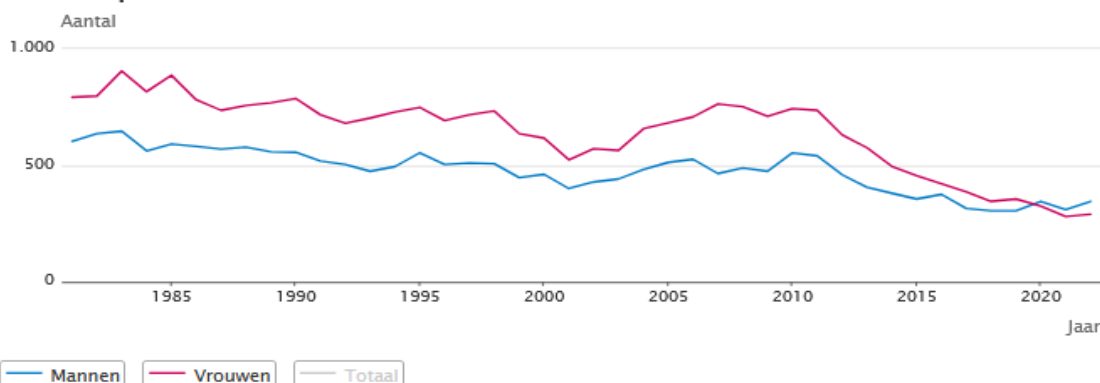
Kosten van klinische opnames in het ziekenhuis met dementie, demografisch geëxtrapoleerd en geïndexeerd naar ultimo 2025: circa: € 184,6 miljoen op jaarbasis.

⁵¹ <https://www.vzinfo.nl/ziekenhuisopnamen>

⁵² <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84069NED/table>

⁵³ <https://www.icudata.nl/> (IC data)

Klinische opnamen dementie 1981–2022



Figuur 10. Mensen met dementie die meerdaags zijn opgenomen in het ziekenhuis

Diagnostiek in Geheugenpoli's

Een neuropsychologisch onderzoek (NPO) duurt gemiddeld 6,5 uur en de kosten worden gesteld op € 1.200 per keer, aannames op basis van de Geheugenpolimonitor.⁵⁴ Uit deze Geheugenpolimonitor blijkt dat er in 2022 gemiddeld per geheugenpoli 324 patiënten per jaar worden gezien, in totaal 28.850 personen bij 96 poliklinieken tezamen.⁵⁵ Met deze data kan een inschatting van de kosten voor diagnostiek worden gemaakt: voor de gezamenlijke geheugenpoli's zo'n € 39 miljoen, ofwel geïndexeerd naar 2025: € 43,2 miljoen per jaar.

Tabel 13. Neuropsychologische onderzoek (NPO) in geheugenpoli's in 2024

Onderdelen van NPO	Aandeel in totaal	Kostprijs	Inschatting aantal per jaar	Inschatting kosten in miljoen per jaar
MRI	52%	€ 254	16.174	€ 4,11
CT	33%	€ 153	10.264	€ 1,57
FDG-PET	2,50%	€ 700	778	€ 0,54
SPECT	0,50%	€ 626	156	€ 0,10
NPO	75%	€ 1.200*	23.328	€ 28,00
Bloedonderzoek in lab	90%	€ 50*	27.994	€ 1,40
Liquoronderzoek	15%	€ 500*	4.666	€ 2,33
EEG	10%	€ 200*	3.110	€ 0,62
Genetische diagnostiek	1%	€ 1.000*	311	€ 0,31
Totale geschatte kosten (* kosten niet exact bekend, aanname)				€ 38,98

Eerstelijnsverblijf via de WLZ (ELV)

Daarnaast maakte 3% gebruik van eerstelijnsverblijf (ELV); dat is een kortdurend verblijf in een zorginstelling voor mensen die om een medische reden (bijv. een ziekenhuisopname) tijdelijk nog niet thuis kunnen wonen of in de laatste levensfase verkeren. Onder ELV vallen diverse prestaties, zoals laag complex (€ 169,11 per verblijfsdag in 2022), hoog complex (€ 308,28),

⁵⁴ <https://www.geheugenpolidag.nl/resources/uploads/sites/147/2024/11/Stephan-Duijkers.pdf>

⁵⁵ <https://www.geheugenpoliklinieken.nl/over-het-ngn/overzicht-geheugenpolis>

palliatieve terminale zorg (€ 403,33), crisiszorg (€ 414,01) of patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov (€ 429,54).⁵⁶

Gebruiksgegevens onbekend

Revalidatie en Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)

Kostprijsberekeningen voor revalidatie zijn complex vanwege grote verschillen tussen de behandeling van patiënten en de grote hoeveelheid apparatuur die wordt gebruikt. Een revalidatie behandelconsult volwassenen heeft in de Kostenhandleiding een referentieprijis van € 347 per keer en een verpleegdag in een revalidatiekliniek kost € 849.⁸ De referentieprijis voor Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) is berekend op € 329 per dag.

Gebruiksgegevens onbekend

Geneesmiddelen

Vrijwel alle thuiswonende mensen met dementie (96,1% in 2023; vrijwel constant in de achterliggende jaren) gebruiken een of meer geneesmiddelen en 64,5% gebruikt maar liefst meer dan 5 geneesmiddelen (polyfarmacie). Gebruik van psychofarmaca ligt op 37,2% van alle thuiswonenden met dementie (dalende trend, in 2017 nog 42,6%).⁵⁷

Een jaarlijks licht dalend aantal mensen maakt gebruik van dementiemedicijnen. De GIP databank geeft een overzicht van het aantal gebruikers en de gemiddelde kosten van de medicatie per gebruiker (zie tabel). De gemiddelde vergoeding per gebruiker bedraagt € 176,80 voor cholinesteraseremmers en € 210,90 voor overige dementiemiddelen.⁵⁸

Tabel 14. Dementiemedicijnen via ZVW in 2024

Dementiemedicijnen	Aantal gebruikers	Vergoeding per gebruiker	Kosten in miljoenen
N06DA Cholinesteraseremmers	17.788	€ 176,80	€ 3,1
N06DX Overige dementiemiddelen	621	€ 210,90	€ 0,1
Totale kosten			€ 3,4

ZVW-kosten voor dementiemedicijnen bedragen, geïndexeerd naar 2025, € 3,4 miljoen per jaar.

3.4.2 Wet Langdurige Zorg (WLZ)

De totale kosten in de Wet Langdurende Zorg (WLZ) bedragen volgens Vektis in 2023 in totaal € 19.200 per thuiswonende WLZ-geïndiceerde met dementie en € 101.700 voor een opgenomen WLZ-geïndiceerde met dementie. De WLZ kent pakketten thuis of in een instelling, al dan niet met verblijf, en geldt in totaal voor circa 164.185 mensen met dementie in 2023. Dat is als volgt samengesteld:

⁵⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_765889_22/

⁵⁷ <https://dementiekaart.nl/landelijk/medicatie>

⁵⁸ https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel_g_00-totaal=B_01-basis&geg=gebr&spec=&item=N06D

Thuiszorg

Er zijn vijf onderscheidde functies, namelijk Huishoudelijke hulp (€ 32,76 per uur), Persoonlijke verzorging (€ 57,58 per uur), Begeleiding bij ADL (€ 64 per uur), Verpleging (€ 75 per uur) en Behandeling (€ 138 per uur). Daarnaast moet nog rekening worden gehouden met de reiskosten voor de zorgverlener (€ 30,64 per bezoek; Zorgcijfersdatabank⁵⁹).

WLZ Volledig en Modulair Pakket Thuis (VPT/MPT)

In 2023 waren er 55.840 VPT-cliënten met dementie⁶⁰, 11% van alle mensen met dementie met een WLZ-indicatie gebruikt een VPT.

In 2023 waren er 18.757 MPT-cliënten met dementie⁶⁰; 32,8% van alle mensen met dementie met een WLZ-indicatie gebruikt een MPT.

WLZ PersoonsGebonden Budget (PGB)

In 2023 werd het PGB ingezet bij 8,9% van alle mensen met dementie met een WLZ-indicatie.

De optelling van bovenstaande WLZ-varianten voor thuiswonende mensen met dementie, geïndexeerd naar ultimo 2025, komt uit op € 4,06 miljard.

Dagbesteding

De prijs voor een dagdeel psychogeriatrische dagbesteding ligt op circa € 70 per dagdeel en voor dagbehandeling is dat € 81 per dagdeel.⁶¹

Gebruiksgegevens onbekend

Opname in verpleeghuizen

Er zijn thans circa 140.000 plekken in verpleeghuizen. Daarnaast zijn er nog circa 15.000 woonzorg-eenheden bij private/commerciële partijen, maar daarover zijn geen gebruiks- en kostengegevens bekend dus dat blijft hier vooralsnog uit beeld.

De verhuizing naar en opname in een verpleeghuis kan gegrond zijn in diverse CIZ-indicaties, bij dementie met name zorgzwaartepakketten 4, 5 en 7. In 2023 maakt 70,1% van mensen met dementie met een WLZ-indicatie gebruik van WLZ-zorg Verblijf (n=119.214); dat percentage daalt elk jaar, beginnend bij 83,3% in 2017. In het jaar van overlijden verblijft 76,2% van alle mensen met dementie in een verpleeghuis; één jaar voor overlijden is dat 61,2%.⁶²

Gemiddeld kost één jaar verblijf in een verpleeghuis € 101.700 in 2023, dat wil zeggen in totaal € 8,1 miljard voor deze hele groep. Als we daar ook nog het bescheiden ZVW-deel voor verpleeghuisbewoners bij optellen (€ 1.500 per persoon per jaar), dan komen we uit op € 8,3 miljard in 2023, ofwel geïndexeerd naar 2025 op € 8,81 miljard.

⁵⁹ <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/>

⁶⁰ <https://dementiekaart.nl/landelijk>

⁶¹ <https://maatschappelijkeprijslijst.nl/>

⁶² <https://dementiekaart.nl/landelijk/langdurige-zorg>

Er zijn nog diverse andere, veelal kleine zaken, die voor verpleeghuisbewoners worden bekostigd uit de WLZ, zoals (medische) hulpmiddelen. Ook zijn de procedures en rechtelijke machtigingen in het kader van de Wet Zorg & Dwang (waaronder In Bewaarstelling en Rechtelijke Machtiging voor gedwongen opname) van belang, maar die vallen pas sinds kort onder een WLZ-betaaltitel en daarvan is vooralsnog geen nationale statistiek.

Gebruiksgegevens onbekend.

Kosten verpleeghuiszorg (WLZ plus ZVW) bij dementie bedragen, geïndexeerd naar ultimo 2025, € 8,81 miljard.

Inzet vrijwilligers in verpleeghuizen

Sinds 2018 zijn verpleeghuisorganisaties verplicht om gegevens over hun personeels-samenstelling aan te leveren bij het Zorginstituut. In opdracht van brancheorganisatie ActiZ maakt Dageraad Advies daarvan analyses, opgetekend in rapporten en infographics. In 2023 leverden 471 verpleeghuis-organisaties hun gegevens op, ook over vrijwilligers in hun organisatie. Daaruit blijkt dat er per verpleeghuis gemiddeld 284 vrijwilligers zijn en gemiddeld 521 medewerkers, ofwel 0,55 vrijwilliger per medewerker. Het totaal aantal vrijwilligers (alleen voor de 471 aanleverende organisaties) komt dan uit op 133.764 vrijwilligers. Dat geldt overigens voor alle verpleeghuizen tezamen; voor toespitsing naar dementie gaan we uit van circa 60% van het verpleeghuistotaal. Tijdsinzet van hen wordt niet weergegeven door ActiZ. Helaas niet verpleeghuisspecifiek, rapporteert het CBS recent wel dat vrijwilligers sector-breed gemiddeld 4,4 uur per week vrijwilligerswerk doen. Dat is in de sector verzorging/ gezondheidszorg relatief vaak wekelijks (46,8%) of maandelijks (16,3%), waar de frequentie en intensiteit in andere sectoren lager ligt.⁶³ Met een andere focus, namelijk op bewoners, rapporteert Trimbos in een ouder maar wel dementie-specifieke Monitor Woonvormen dementie⁶⁴ dat vrijwilligers gemiddeld 5,5 uur per week betrokken zijn bij het verpleeghuis, gemiddeld al 4,5 jaar (driekwart is vrouw, gemiddelde leeftijd was toen 62 jaar). Deze gegevens zijn thans echter wel ruim 15 jaar oud.

We volgen hier de ureninzet van 4,4 uur per week van het CBS ten behoeve van een conservatieve raming over het totaal aantal uren inzet van vrijwilligers bij mensen met dementie in het verpleeghuis (60% van alle verpleeghuizen). Bovendien houden we rekening met een aanwezigheidsfactor van 0,9 vanwege vakantie/ uitval/ stoppen gedurende het jaar (dit is een aanname; zonder roosterdata blijft dit onzeker). Dan komt deze inschatting uit op 16,53 miljoen uren per jaar.

Qua economische waardering hanteren we dezelfde uurprijs als bij mantelzorgers, namelijk € 18,80 in 2022 (zie Kostenhandleiding). Overigens zijn ook andere waarderingsgrondslagen denkbaar, bijvoorbeeld de landelijke regeling voor belastingvrije vrijwilligersvergoeding (in

⁶³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2025/vrijwilligerswerk-2024?onpage=true>

⁶⁴ Prins M, Heijkants C en Willemsse B, 2018, Informele zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie; Monitor Woonvormen Dementie. Utrecht: Trimbos.

2025 maximaal € 5,60 per uur, met maandmaximum van € 220 en een jaarmaximum van € 2.200) of via de methode van vervangingswaarde (op basis van € 14,56 per uur op basis van CAO)-loon voor helpende/huiskamer/ gastvrouw-achtige taken). Echter, we houden hier vast aan gelijkstelling met mantelzorgers.

Het vrijwilligerswerk bij dementie in verpleeghuizen wordt, geïndexeerd naar ultimo 2025, ingeschat op € 333 miljoen.

3.4.3 Overige kosten op macroniveau

Campagne dementievriendelijke buurten en gemeenten

Vanuit de jaarrekeningen van Alzheimer NL is af te leiden dat in de vijfjaarsperiode 2021-2025 in totaal € 8,2 miljoen is geïnvesteerd in de campagne Dementievriendelijke samenleving (verdeeld over VWS met € 5,0 miljoen en Alzheimer Nederland zelf € 3,2 miljoen).

Onderzoeksprogramma's en kenniscentra:

Onderzoek is in zekere zin ook te zien als uitgaven gerelateerd aan dementie, maar zijn niet zozeer gevolg van de ziekte maar van beleid en niet direct patiëntgebonden maar wel doelgroepgebonden. Bovendien wreekt zich hier ook het gebrek aan weegschaal- en tijdsperspectief in een 'cost accounting' studie, want onderzoekuitgaven op het ene moment brengen opbrengsten later in termen van betere zorgkwaliteit, kostenbeheersing en effectievere middeleninzet. Voor het creëren van een zo breed mogelijk beeld zijn ook deze uitgaven wel in beeld gebracht.

De kosten voor het totale dementieonderzoek in Nederland werden door de Nederlandse overheid in samenwerking met de WHO in 2017 geschat op € 42 miljoen per jaar.⁶⁵ Het onderzoek naar dementie is sinds 2017 sterk toegenomen. Dit is bijvoorbeeld te zien aan het aantal wetenschappelijke publicaties. Dat steeg van 477 in 2017 naar 627 in 2024, een toename van ruim 31%. Deze groei extrapolierend vanuit het bedrag van € 42 miljoen zou geïndexeerd uitkomen op € 72,8 miljoen in 2025.

De totale onderzoeksmiddelen gericht op dementie worden in 2025 ingeschat op € 73 miljoen.

Een groot deel van de onderzoekskosten is toe te rekenen aan eerste geldstromen van universiteiten en andere onderzoeksinstituten. Daarnaast werd specifiek het dementieonderzoek gestimuleerd met dementie specifieke programma's zoals in 2025:

- ZonMw Onderzoeksprogramma dementie, looptijd 2021-2030, in totaal € 140 miljoen (exclusief eventuele cofinanciering van o.a. Alzheimer Nederland en Health~Holland). Per jaar is dat gemiddeld € 14 miljoen.
- Lectorienplatform PRODEM (Praktijkgericht Onderzoek voor mensen met DEMentie), sinds 2023 een samenwerkingsverband van 24 lectoren van 13 hogescholen. Het platform is

⁶⁵ <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo/dementia-research>

opgericht met steun van SIA Platformregeling (€ 100.000) en Alzheimer Nederland (hun aandeel is in volgende alinea meegenomen).⁶⁶ SIA heeft daarnaast in 2025 een SPRONG subsidie dementie uitgeschreven in 2025. In 2026 wordt via deze subsidie € 2 miljoen aan onderzoek mogelijk gemaakt (PM). Sinds eind 2025 bouwt het nieuwe SPIRIT (acroniem voor Samenwerkingsverband voor Praktijkgericht Innovatieonderzoek in Regionale Infrastructuren voor Technologie) voort op de kennis en ervaring van het landelijke lectorenplatform PIT (Platform Inzet van Technologie voor Gezondheid en Zorg). Binnen dit platform werken lectoren aan het verbeteren van de zorgpraktijk ('bemensbare zorg') via technologie/innovatie, onderzoek en samenwerking.⁶⁷

- Alzheimer Nederland besteedde in 2025 € 14,7 miljoen aan haar doelstelling onderzoek.
- Er zijn in Nederland diverse kenniscentra die ook veel doen voor dementie, met name Vilans (jaaronzet € 47,4 miljoen in 2024), Movisie (jaaronzet € 17,0 miljoen in 2024), Pharos (jaaronzet € 11,7 miljoen in 2024), Nivel (jaaronzet € 16,3 miljoen in 2022), en Trimbos (jaaronzet € 33,3 miljoen in 2024; o.a. Monitor Woonvormen Dementie). Het aandeel van dementie-gerelateerde omzet is niet bekend.

Deze opsomming van ZonMw t/m kenniscentra komt opgeteld aardig in de richting van de eerst genoemde extrapolatie plus indexatie van € 42 miljoen in 2017.

Onderwijs

De opleidingen van nieuwe professionals in zorg en welzijn zijn ook (zeer) relevant voor mensen met dementie in de verschillende zorgsectoren. In 2024 gaf de overheid meer dan 48 miljard uit aan onderwijs (alle niveaus, primair, secundair en tertiair inclusief beurzen studenten). Van de 476.420 MBO studenten in leerjaar 2024/2025 volgen 124.160 de studierichting 'Gezondheidszorg en welzijn'. Aantallen studenten zijn lastiger te schatten aangezien niet iedere zorgprofessional in de dementiezorg terechtkomt. Uitzondering is verzorgende IG: hiervoor schreven zich in 2024 5.710 nieuwe studenten in. Dit is 8,6% van het totaal aantal inschrijvingen op zorg en welzijn. Zo is een schatting mogelijk van totaal ongeveer 10.678 studenten verzorgende IG (124.160 x 8,6%) met kosten van € 119 miljoen. Overigens loopt het aantal inschrijvingen sinds 2012 terug. Toen schreven zich nog 12.910 studenten in.

Per studiejaar zijn de gemiddelde prijzen van een student als volgt: in het MBO € 11.191, in het HBO € 9.613 en in het WO € 10.258 per student per jaar.⁶⁸

Aan de hand van de opleidingskosten voor verzorgenden IG is af te leiden dat de totale opleidingskosten in de zorg een veelvoud zijn. Er waren in 2021 250.723 medewerkers in zorginstellingen. Het grootste gedeelte (37,2%) is verzorgende. Nog eens ruim 25% heeft een opleiding van niveau 1 of 2. 8,5% is nog leerling en loopt stage. 9,4% heeft een vierjarige MBO-opleiding en ruim 7% een (para)medische HBO- of WO-opleiding. Met een eenvoudige extrapolatie is uit te rekenen dat de totale opleidingskosten per jaar ruim de € 200 miljoen overschrijden. Daarbij laten we de additionele trainings- en opleidingskosten van al werkende professionals in de thuiszorg, casemanagement en welzijn nog buiten beschouwing.

⁶⁶ <https://www.sia-projecten.nl/project/pro-dem-praktijkgericht-onderzoek-voor-mensen-met-dementie>

⁶⁷ <https://www.health-holland.com/news/2025/07/spirit-van-start-technologie-en-samenwerking-voor-bemensbare-zorg>

⁶⁸ <https://www.ocwincijfers.nl/sectoren/onderwijs-algemeen/uitgaven/uitgaven-ocw>

Tabel 15. Kosten van zorgopleidingen in 2019

Opleiding en duur		Kosten per student (jaar x opleidingsduur)	Aandeel in totale kosten	Extrapolatie in miljoenen
Niveau 1	1 jaar	€ 11.191	10,9%	€ 12
Niveau 2	2 jaar	€ 22.382	15,4%	€ 33
Niveau 3	3 jaar	€ 33.573	37,2%	€ 119
Niveau 4	4 jaar	€ 44.764	9,4%	€ 40
HBO/universiteit	≥ 4 jaar	€ 38.452 (HBO)	7,3%	€ 27
Totale kosten				€ 195

De totale kosten voor de initiële zorgopleidingen, geïndexeerd naar ultimo 2025, worden ingeschat op € 244 miljoen.

4 Totaaloverzicht van kosten en toerekening naar ziektefasen

Het samenvattende overzicht (zie tabel 16) komt uit op totale maatschappelijke kosten van dementie van € 31,8 miljard per jaar naar prijspeil ultimo 2025. Dit totaal omvat zowel zorg- en ondersteuningskosten binnen de zorgstelsels (WMO/ZVW/WLZ), als kosten en tijdsinzet bij mensen thuis, bij mantelzorgers, bij werkgevers, en in bredere maatschappelijke domeinen (o.a. vrijwilligerswerk, onderzoek/campagnes en initieel onderwijs voor zorgprofessionals).

De grootste individuele posten zijn:

- mantelzorg bij mensen met dementie: € 10,7 miljard per jaar (33% van het totaal);
- WLZ-opname in verpleeghuis: € 8,8 miljard (27,4%);
- WLZ-voorzieningen thuis (VPT/MPT/PGB): € 4,1 miljard (12,6%);
- ZVW-kosten voor thuiswonende mensen met dementie: € 2,85 miljard (8,9%);
- Gemeentelijke kosten sociale domein (brede taakvelden gemeenten, WMO-maatwerk en vrijwilligerswerk in sociaal domein) bedragen samen circa € 2,85 miljard (8,9%).

Als je de tabel thematisch samenvat, ontstaat een scherp beeld van “waar de rekening terecht komt”. De kostenverdeling markeert de dubbele kern van het kostenverhaal: (a) mantelzorg thuis en in verpleeghuis (gevaluteerde directe tijd plus reizen en reiskosten; in totaal circa € 10,7 miljard, ongeveer een derde van het totaal) en (b) langdurige zorg (ongeveer € 16,1 miljard, circa de helft).

Bij de ZVW-kosten dient de kanttekening herhaald te worden (zie paragraaf 3.4.1) dat we hier uitgaan van het totaalbedrag voor de ZVW zoals gepresenteerd op de website Dementie in Kaart en door Vektis.⁶⁹ Het is vooralsnog niet mogelijk alle afzonderlijke ZVW-voorzieningen te verbijzonderen naar mensen met dementie. In hoofdstuk 3 is dat gelukt voor zeven zorgtypen waaronder huisartsen, wijkverpleging en casemanagement, en daarmee is circa 34% van de ZVW-kosten toerekenbaar naar mensen met dementie. Hier is vervolgonderzoek op zijn plaats, want o.a. de huisartsenzorg en de ziekenhuiszorg zijn voor mensen met dementie (en bijkomende gezondheidsproblemen) zeer relevant.

Huishoudelijke uitgaven en eigen betalingen (waaronder eigen risico/eigen bijdragen en kleine posten zoals eigen reis-/parkeerkosten, technologie thuis en medicijnbezorging) zijn relatief klein in het totaalcijfer (enkele procenten), maar zijn juist vanuit micro-perspectief betekenisvol omdat zij op de mensen met dementie zelf en hun naasten drukken.

⁶⁹ <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-dementie>

Inkomens- en arbeidsmarkteffecten (gederfde inkomsten van mensen met dementie zonder uitkering, gederfde inkomsten bij mantelzorgers, WIA-uitkeringen, en werkgeverskosten voor verzuimvervangings) bedragen samen ongeveer € 1,24 miljard (rond 4%). Dit raakt met name de mensen met dementie op jonge leeftijd en (vaak nog jonge) gezinnen. In een volgende versie van dit groeidocument zou deze specifieke groep verder in beeld moeten worden gebracht.

Tabel 16. Overzicht van alle gedetecteerde kostenposten door/met dementie

	Kosten in blokken naar micro-, meso- en macro-niveau	Miljoen euro's ultimo 2025
micro; blok 1	Eigen reis- en parkeerkosten van persoon met dementie	€ 3
	Gederfde inkomsten voor met werk stoppende (jongere) mensen met dementie die geen uitkering ontvangen	€ 269
	Kosten voor thuisbezorging van medicijnen	€ 11
	Technologie thuis	€ 5
	Eigen risico en bijdragen WMO, ZVW, WLZ	€ 990
micro; blok 2	Mantelzorg (directe en reis-uren, inclusief reiskosten):	
	- bij thuiswonende mensen met dementie	€ 9.622
	- naar verpleeghuis voor naaste met dementie	€ 1.086
	Gederfde inkomsten van mantelzorgers bij thuiswonende mensen met dementie	€ 156
	Kosten WIA-uitkeringen voor met werk stoppende mensen met dementie op jonge leeftijd	€ 628
Extra werkgeverskosten voor verzuimvervangings	€ 187	
meso; blok 3	Taakvelden van gemeenten, relevant bij dementie	€ 97
	WMO-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning, hulp in huishouden, hulpmiddelen en diensten)	€ 1.274
	Vrijwilligerswerk bij dementie in sociaal domein	€ 1.094
	Hospices bij dementie	€ 35
macro; blok 4	Totale ZVW-kosten voor thuiswonende mensen met dementie	€ 2.851
	WLZ-voorzieningen thuis (VPT, MPT, PGB)	€ 4.057
	WLZ-opname in verpleeghuis (incl. ZVW)	€ 8.810
	Vrijwilligerswerk bij dementie in verpleeghuizen	€ 333
macro; blok 5	Onderzoeks- en campagne-programma's	€ 75
	Initieel onderwijs zorgprofessionals	€ 244
	Totale maatschappelijke kosten dementie	€ 31.825

Als eerste vingeroefening hebben we een tentatieve toerekening van alle kosten naar de drie fasen van dementie ontwikkeld in een vervolgvant van voorgaande tabel. Daarbij worden de totale kosten eerst geclusterd in vier kostenblokken en vervolgens verdeeld over drie fasen. Dat leidt tot de volgende tabel, die duidelijk maakt dat de kostenlast van dementie vooral geconcentreerd is in de midden-fase 2 (59%).

Tabel 17. Tentatieve toerekening van kosten naar drie fasen van dementie, 2025

	Kostenblokken naar micro-, meso- en macro-niveau	Samengenomen kosten in milj. (procentueel verticaal)	Toerekening naar fase 1	Toerekening naar fase 2	Toerekening naar fase 3
			(procentuele verdeling horizontaal)		
micro	blok1: reiskosten, gederfd inkomen, technologie, eigen risico/bijdragen	€ 1.278 4%	€ 288 23%	€ 197 15%	€ 786 62%
micro	blok 2: mantelzorg, WIA, kosten werkgevers	€ 11.678 37%	€ 1.443 12%	€ 9.149 78%	€ 1.086 9%
meso	blok 3: gemeenten, WMO, hospices en vrijwilligers	€ 2.500 8%	€ 0 0	€ 2.465 99%	€ 35 1%
macro	blok 4: zorgvoorzieningen in ZVW en WLZ	€ 16.051 50%	€ 285 2%	€ 9.088 57%	€ 9.178 57%
macro	blok 5: campagnes, onderzoek en onderwijs	€ 319 1%	€ 16 5%	€ 191 60%	€ 112 35%
	Totale kosten	€ 31.825 100%	€ 2.032 6%	€ 21.090 66%	€ 11.196 35%

Op microniveau onderscheiden we twee kostengroepen voor dementie:

- Blok 1 raakt de mensen met dementie zelf (reiskosten, gederfd inkomen, technologie, eigen risico/bijdragen), maar is ten opzichte van het totaal relatief klein (€ 1,3 miljard). Bijna tweederde deel (62%) valt in fase 3, veroorzaakt door de eigen bijdragen in de WLZ.
- Blok 2 betreft de mantelzorgers (veel tijds- en reiskosten, ook WIA, werkgeverskosten) is groot (€ 11,7 miljard) en piekt in fase 2: 78% van dit blok. Dit reflecteert het intuïtieve beeld dat juist in de ‘tussenfase’ de combinatie van oplopende zorgvraag, nog-thuis-situaties, coördinatie en werk/privé-spanning het zwaarst op het netwerk kan drukken.

Het mesoniveau pakken we samen in één kostengroep:

- Blok 3 richt zich op lokale niveau van de gemeenten, zowel de taakvelden als de maatwerkvoorzieningen in de WMO, eventuele hospices en de vele vrijwilligers in het sociale domein. Dit komt uit op € 2,5 miljard en wordt vrijwel compleet toegerekend aan fase 2 (uitgezonderd de hospices, vooral voor de laatste stervensfase bij dementie).

Op macroniveau onderscheiden we weer twee kostengroepen:

- Blok 4 gaat over het zorgblok van behandeling, (woon)zorg en ondersteuning in de zorgverkeringswet (ZVW) en de Wet Langdurige Zorg (WLZ), inclusief de vrijwilligers in verpleeghuizen). Dit is het grootste blok (€ 16,1 miljard) en wordt ongeveer gelijkmatig toegerekend aan fase 2 en 3.
- Blok 5 is een soort verzamelbak van macro-uitgaven aan nationale campagnes over dementie, onderzoeksprogramma’s, kenniscentra en zorgopleidingen. Deze post wordt is lastig te kwantificeren en toe te rekenen en wordt thans ingeschat op € 319 miljoen. Het wordt vooral aan fase 2 toegerekend (66%), wat een keuze is in toerekeningslogica, bij ontstentenis van direct observeerbaar ‘gebruik’ door patiënten in die fase.

Hiermee is dit allereerste sociaal-maatschappelijke kostenoverzicht bij dementie afgerond. Maar zeker nog niet compleet, accuraat of anderszins volmaakt, dat vergt vervolgstappen. Daarover gaat hoofdstuk 5, met reflecties en aanbevelingen.

5 Beschouwing over dit rapport

Dit ‘cost of illness’ rapport met ‘cost accounting’ op tal van niveaus dient nadrukkelijk te worden gezien als een eerste, exploratieve verkenning van het totale beeld. Er zijn vele aannames nodig door ontbrekende of niet op dementie te filteren data. Juist daardoor is het waardevol, maar er zijn diverse kanttekeningen te plaatsen. We zien het rapport daarom als een groeidocument dat nog verder kan worden ontwikkeld en verbeterd. We doen in dit slothoofdstuk zowel een methodisch-economische als een maatschappelijke beschouwing over aard en benutting van dit groeidocument. Dat wordt in de bijlage verder opgepakt door Alzheimer Nederland.

5.1 Methodische reflectie

Een eerste reflectie betreft causaliteit en attributie: gaat het om kosten ‘door’ dementie, ‘met’ dementie, of ‘bij’ dementie? Het rapport benoemt dat toerekening complex is omdat registraties vaak niet diagnose-specifiek of causaal zijn, maar gebaseerd zijn op gebruik door mensen mét dementie. Die keuze heeft grote interpretatieconsequenties. Met name voor brede totalen (zoals bij de ZVW voor bij thuiswonende mensen met dementie en de WLZ-verblijfszorg) is het aannemelijk dat een deel van de kosten ook zonder dementie zou optreden door leeftijd, kwetsbaarheid en multimorbiditeit. In de ‘cost-of-illness’ literatuur en richtlijnen wordt daarom vaak gepleit voor een expliciete ‘counterfactual’: wat zou het verwachte zorggebruik zijn geweest bij vergelijkbare mensen zonder dementie (‘matched controls’, ‘attributable fractions’, regressiemodellen). Zonder zo’n tegenbeeld dreigt overschatting van ‘vermijdbare’ kosten. Deels is dat gecompenseerd door conservatief te blijven in de talrijke aannames en extrapolaties, maar in het vervolg van dit groeidocument moet dit verder ontwikkeld worden.

Een tweede reflectie betreft de definitie van ‘kosten’. In maatschappelijke kostenstudies wordt vaak onderscheid gemaakt tussen reële ‘resource’kosten (tijd, arbeid, zorgcapaciteit, materialen), financiële stromen/overdrachten (zoals eigen bijdragen of uitkeringen), en welvaartseffecten zoals productiviteits-verlies. Richtlijnen voor economische evaluaties benadrukken dat zulke categorieën expliciet gemaakt moeten worden omdat “wie betaalt” niet hetzelfde is als “welke middelen worden verbruikt”, zoals bijvoorbeeld te zien bij discussies over preventie, scheiden wonen/zorg en domeinoverstijgende verschuivingen van taken en middelen. In de samenvattende tabellen in hoofdstuk 4 staan deze categorieën bewust naast elkaar (wat goed past bij ‘rimpeleffect’), maar dat vereist wel expliciete duiding om misinterpretatie te voorkomen. Een nadeel voor het gebruik van de term ‘rimpeleffecten’ is de mildheid van de beeldspraak. Er is vaak eerder sprake van communicerende vaten, waardoor druk op het ene niveau of systeemonderdeel leidt tot oppoppen van meer vraag op een ander niveau of onderdeel. Zo leidt het beleid om langer thuis te blijven wonen tot grotere

zorgzwaarte bij de mensen die wel worden opgenomen in het verpleeghuis waardoor de personeelsinzet en dus de kosten aldaar omhoog dreigen te gaan, net als de kosten bij nog langer thuis wonende personen. Bevriezing van de verpleeghuiscapaciteit kan ook leiden tot meer gedragsproblematiek thuis waarvoor zelfs meer politie-inzet nodig blijkt te zijn.

Een derde reflectie betreft robuustheid: het rapport werkt (in deze versie van groeidocument) met puntschattingen en heeft nog geen systematische bandbreedtes- of gevoeligheidsanalyses. Dat betekent dat elke grote post (mantelzorg, WLZ, ZVW-totalen, vrijwilligers) in feite een ‘gevoeligheidsanker’ is: kleine wijzigingen in aannames kunnen op macroniveau snel honderden miljoenen verschuiven. In evaluatierichtlijnen wordt het expliciteren van parameteronzekerheid juist gezien als centraal voor de bruikbaarheid in besluitvorming.

Een vierde reflectie is het risico op dubbeltellingen, vooral waar ‘financiële compensatie’ en ‘productiviteitsverlies’ samen worden gepakt. Zo werden bijvoorbeeld WIA-uitkeringen, gederfde inkomsten (bij mensen met dementie en bij mantelzorgers) én werkgeverskosten voor verzuimvervangings opgeteld. Echter, vanuit een strikt maatschappelijk kostenperspectief kunnen uitkeringen als overdrachtsbetalingen worden gezien, terwijl productiviteitskosten en vervangingskosten juist resource-/welvaartskosten representeren; door elkaar heen kan dat tot (al dan niet bedoelde) dubbeling leiden. Een vervolgversie van dit groeidocument kan dat ondervangen door expliciet twee totalen te presenteren: (1) ‘resource & opportunity cost’ en (2) financiële lastenverdeling (“wie betaalt”), passend bij het exploreren van rimpeleffecten.

Een vijfde reflectie betreft indexatie: het rapport indexeert diverse posten naar 2025 met CPI. Dat is transparant en uniform, maar sommige kosten (zorglonen, WLZ-tarieven, gemeentelijke contractprijzen) volgen vaak andere dynamieken dan consumentenprijzen. Voor vervolgversies valt te overwegen per kostencluster een passendere index (bijv. zorgloon- of zorgprijs-index) te gebruiken, of gevoeligheidsanalyses te doen wat diverse indices doen met de uitkomst.

Een zesde reflectie betreft de compleetheid van ‘microkosten’ voor de mensen met dementie zelf. In de samenvattende slottabel zijn de micro-uitgaven (zoals technologie en reiskosten) relatief klein, terwijl in de praktijk ook kostenposten kunnen spelen als woningaanpassingen, extra energielasten, eigen betalingen voor niet-vergoede hulpmiddelen, informele oppas, particuliere hulp, juridische kosten zoals mentorschap, bewindvoering en vertegenwoordiging), en kosten door allerlei incidenten (vermissingen, ongevallen). Het rapport signaleert dat dataverzameling hier moeilijk is en alleen meetbare elementen meeneemt. We nodigen de lezers aan uit ons te helpen met de ontbrekende puzzelstukjes.

Tenslotte is de toerekening naar verschillende fasen van dementie nu vooral te zien als een eerste vingeroefening door de auteurs zelf. Sommige macro-posten zoals onderzoek en onderwijs zijn niet logisch aan ziektefasen te koppelen. Van veel deelposten is nog niet duidelijk, maar gebrekkig geregistreerd welke resource-inzet fase-afhankelijk is. Hier helpt een expliciete ‘toerekeningsleutel’ per kostencategorie, plus een kwaliteitscheck (rekenkundige validatie, audit trail), en mogelijk een aparte categorie ‘fase-neutraal’.

5.2 Maatschappelijke beschouwing over het kostenoverzicht

Dit rapport heeft voor het eerst de maatschappelijke kosten van dementie tot in relatief detail in kaart gebracht. We gebruiken hiervoor het uniformerende middel ‘geld’, dat ook is bedoeld als een manier van waardering van al die inzet van tal van mensen. Dit rapport laat daarmee zien hoe we ons inzetten voor onze kwetsbare naasten, onze vaders, moeders, vrienden en burens.

Er is veel aandacht gegeven aan de uren-inzet én economische waardering van mantelzorg. Een zowel methodisch als maatschappelijk discussiepunt is of de rol van informele zorg en de waardering van mantelzorguren (en vrijwilligersuren) niet te hoog of te laag uitvalt, en of “tijd” wel als “kosten” mag worden opgeteld bij echte uitgaven. Richtlijnen bieden hiervoor expliciete waarderingmethoden (opportunity cost, vervangingskosten, frictiekosten voor arbeid), maar benadrukken óók transparantie en scenario’s. Daarom is de mantelzorg in dit rapport al in twee vormen naast elkaar gepresenteerd, namelijk uren en euro’s. De exacte methode en hoogte van het bedrag zijn echter ondergeschikt aan het onderliggende principe. Namelijk dat beleid op het gebied van zorg, bredere maatschappelijk impact heeft. Bijvoorbeeld op de rol die mantelzorgers kunnen spelen als vrijwilliger, werknemer en buurtgenoot. Of bij gemeenten op concurrerende taken waarvoor ze een zorgplicht voelen en/of hebben.

Daarnaast is een maatschappelijk discussiepunt de zichtbaarheid van alles wat dementie en de daarop gerichte steun en zorg is. Er is mogelijk nog een groep mensen met dementie die niet in beeld zijn van professionele zorg. Deze mensen zijn al dan niet bewust zorgmijdend of avers van overheidsbemoediging of bang voor stapeling van zorgkosten. Zo bleek uit raadpleging van het Zorgpanel van de Patiëntenfederatie dat in 2022 13% van de 75+ers in Nederland aangaf in het afgelopen jaar zorg te hebben gemedend.⁷⁰ Daarbij valt extra aan te tekenen dat kwetsbare Nederlanders meestal ondervertegenwoordigd zijn in dit type vragenlijstonderzoek en het inkomen een groot effect heeft op het mijden van zorg en op kwaliteit van leven.

Al met al hopen we dat dit rapport, naast een economische berekening van de inzet en kosten, ook een praatplaat biedt over de impact van dementie. Hoe zorgen we ervoor dat die impact niet enkel rust bij de mensen die er nú (of in de toekomst) persoonlijk mee te maken hebben. Zo wil het rapport uitnodigen om met de economische foto van 2025 als basis, te kijken hoe ook in de toekomst een goed leven met dementie mogelijk blijft. In de bijlage gaat Alzheimer Nederland hier verder op in.

⁷⁰ <https://www.patiëntenfederatie.nl/over-ons/onderzoeken/onderzoek-stapeling-zorgkosten>

6 Bijlage: reactie van Alzheimer Nederland

Dit rapport brengt voor het eerst de totale maatschappelijke inzet en kosten van dementie in kaart, optellend tot bijna 32 miljard euro in 2025. Het gaat daarbij niet alleen om directe kosten in de langdurige zorg (bijna 16 miljard euro), maar ook grote indirecte kostenposten, zoals de tijdsinzet van mantelzorgers (meer dan 10 miljard euro), gemeentelijke kosten (bijna 3 miljard euro), kosten voor mensen met dementie zelf (meer dan 1 miljard euro) en tijdsinzet vrijwilligers (meer dan 1 miljard euro). Alzheimer Nederland wil met het in kaart laten brengen van deze cijfers laten zien hoe groot de impact is van dementie op de hele samenleving. En bij wie de druk en de verantwoordelijkheid hiervoor terecht komen. Want achter iedere kostenpost schuilen mensen: mensen met dementie, mantelzorgers, zorgprofessionals en betrokken inwoners van Nederland.

Door demografische ontwikkelingen gaat de druk op deze mensen verder toenemen. Het aantal mensen met dementie zal stijgen, terwijl er relatief minder mantelzorgers en zorgprofessionals beschikbaar zullen zijn. Bezuinigingen in de zorg leiden tot méér druk op mantelzorgers en bewoners. Dat zet de hele samenleving onder spanning.

Want het systeem van directe en indirecte kosten is nauw met elkaar verbonden. Kosten verdwijnen niet wanneer ergens wordt bezuinigd, ze verschuiven. Door te bezuinigen op de zorg, komt de rekening terecht bij mantelzorgers of gemeentes. Daar staat het water al aan de lippen. Onze steden, dorpen, buurten kunnen deze groeiende zorgvraag niet onbeperkt blijven opvangen. De buurt bestaat immers voor een groot deel uit mensen die zelf ook mantelzorger zijn of ondersteuning nodig hebben.

Initiatieven als “zelf als het kan”, “thuis als het kan” en “digitaal als het kan” zijn belangrijke richtingen, mits daar voldoende ondersteuning en randvoorwaarden tegenover staan. Alzheimer Nederland ziet dat juist in de eerste (voor)stadia van dementie veel winst is te behalen. Door nu te investeren in brede preventie, tijdige diagnostiek en passende ondersteuning kunnen mensen langer zelfstandig blijven en kan zwaardere zorg worden uitgesteld of voorkomen. Als het lukt om slimmer te organiseren en gericht te investeren in plaats van simpelweg af te schalen, kunnen we de maatschappelijke winst verder vergroten en de impact van dementie op een vergrijzende maatschappij zoveel mogelijk beteugelen. In de volgende alinea's illustreren we welke gerichte investeringen en veranderingen nodig zijn om dit te bereiken.

Slimmer georganiseerde zorg en gerichte investeringen

De oplossingsrichtingen zijn op drie terreinen te vinden, deze houden we expres open. De opdracht is namelijk breed en we hebben juist alle oplossingen nodig.

1. Minder dementie door preventie en innovatie

Het aantal mensen met dementie stijgt door vergrijzing en een hogere levensverwachting. Toch zijn er mogelijkheden om de groei af te remmen door dementie te voorkomen, uit te stellen of te vertragen.

Door:

a) Gezonde leefstijl en preventie

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat er 14 factoren zijn die het risico op dementie beïnvloeden. Het gaat daarbij om verschillende leefstijlfactoren, luchtvervuiling en onbehandelde ziektes of aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, diabetes en gehoor- en gezichtsverlies. Effectieve preventie vraagt daarom om:

- opschaling van bewezen effectieve interventies voor gezond gedrag;
- betere behandeling van andere ziektes en aandoeningen die het risico op dementie verhogen;
- beleid dat gezond gedrag stimuleert, zoals rookpreventie, meer bewegen en betere toegang tot gezonde voeding;
- maatregelen die bijdragen aan een gezonde leefomgeving en gezondheidsverschillen verminderen.

b) Medicijnen die dementie vertragen

Er zijn hoopvolle ontwikkelingen op het gebied van medicijnen. De eerste middelen die het ziekteproces van alzheimer vertragen zijn inmiddels in de EU toegelaten. Vooral nog voor een beperkte groep patiënten leveren deze middelen een bescheiden effect op. Ook zijn er medicijnen die potentieel de kans op dementie kunnen verlagen.

Om deze vooruitgang te versnellen is er nodig:

- meer wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe medicijnen tegen dementie;
- een voorbereid zorgsysteem met professionals die praktijkkennis en –ervaring opdoen met nieuwe medicijnen en diagnostiek:
 - o tijdige en accurate diagnostiek;
 - o duidelijke richtlijnen voor inzet en vergoeding;
 - o goede begeleiding van patiënten en naasten bij behandelkeuzes.

2. Vergroot zelf- en samenredzaamheid

Mensen met dementie willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven leven in hun vertrouwde omgeving. Dat vraagt om ondersteuning die uitgaat van wat iemand nog wél kan.

Mantelzorgers spelen hierin een onmisbare rol, maar staan steeds meer onder druk.

Bovendien neemt het aantal alleenwonenden met dementie toe. We kunnen veel meer doen om de informele zorg te versterken:

a) Betere ondersteuning van mantelzorgers

Al vlak na de diagnose ervaren mantelzorgers veel onzekerheid en hoge druk. Vaak ontbreekt duidelijke informatie over keuzes en ondersteuning. In de praktijk leidt dit regelmatig tot minder werken of zelfs financiële problemen.

Daarom zijn gerichte maatregelen nodig:

- goede informatievoorziening na de diagnose om passende keuzes te maken;
- een vast aanspreekpunt, zoals een persoonlijk begeleider of casemanager, die mensen begeleidt in het organiseren van zorg en in het leven met dementie;
- betere mogelijkheden om werk en mantelzorg te combineren;
- laagdrempelig lotgenotencontact;
- beschikbare logeerszorg;
- toegankelijke en betrouwbare technologische hulpmiddelen die mantelzorgers ondersteunen.

b) Een dementievriendelijke buurt

Een passende woon- en leefomgeving helpen mensen langer zelfstandig en actief te blijven.

Kleine aanpassingen maken van een buurt een dementievriendelijke buurt:

- passende woningen;
- wijkinrichting;
- begripvolle omgang in de buurt.

Dit vraagt om samenwerking tussen gemeenten, woningcorporaties, zorg- en welzijnsorganisaties en bewoners. Een dementievriendelijke leefomgeving ondersteunt niet alleen mensen met dementie, maar vergroot de leefbaarheid voor iedereen.

3. Passende zorg, welzijn en ondersteuning

Informele zorg alleen is niet voldoende. Professionele zorg blijft noodzakelijk, zeker bij begeleiding, diagnostiek en complexe zorgvragen. Door personeelstekorten neemt de beschikbare zorgcapaciteit per persoon af. Daarom is een andere organisatie van zorg nodig: slimmer, beter afgestemd en op het juiste moment.

a) De juiste zorg op het juiste moment

Op dit moment sluit zorg nog niet altijd goed aan bij het verloop van dementie. Ondersteuning komt soms te laat of is onvoldoende afgestemd. Wat nodig is:

- een zorgleefplan op maat waarin persoonlijke wensen en levensdoelen, beschikbare behandel mogelijkheden, en afspraken die je met familie en professionals en familie maakt vastlegt;
- betere samenwerking tussen zorg, welzijn en het sociaal domein, zodat de verschillende soorten ondersteuning beter op elkaar aansluiten en meebewegen met de situatie;
- het ontwikkelen, doorontwikkelen en implementeren van helpende technologie en informatie die tijd bespaart. Enerzijds door het slimmer inzetten van beschikbare mensen én door tijd te besparen doordat technologie taken overneemt.

b) Een overzichtelijk zorgsysteem

Voor mensen met dementie en hun naasten is het zorgsysteem vaak complex en versnipperd. Verschillende wetten, loketten en organisaties maken het lastig om de juiste hulp te vinden. Daarom is vereenvoudiging nodig, met betere samenwerking tussen betrokken partijen.

Conclusie

Dit rapport geeft een eerste schatting van de totale maatschappelijke kosten van dementie in Nederland. Nu we deze economische ‘foto-opname van het jaar 2025’ hebben, doen we ook enkele voorstellen om gericht te investeren in beleid voor mensen met dementie. Onze oplossingsrichtingen vergen nu investeringen, maar leveren op de lange termijn meer op. Door dit rapport is duidelijk te zien dat als we niets doen, de kosten de komende 25 jaar veel meer uit de hand lopen. De opgave is daarom helder: niet later, maar nu handelen. Anders lopen zorg, ondersteuning en de samenleving vast.

We handelen op dit moment niet voldoende, de ambities moeten omhoog. De Nationale Dementiestrategie en de Zorgstandaard Dementie zijn goede initiatieven. Toch blijft de uitvoering achter. Een greep uit de knelpunten: Preventie door leefstijl loopt vast in beleid, nog geen 1 op de 3 mensen met dementie krijgt de diagnose via een geheugenpoli en medicatie wordt zelfs niet op kleine schaal verkend. Casemanagement wordt bij veel zorgverleners afgebouwd en mensen moeten hun verhaal blijven herhalen bij verschillende professionals. Het lukt niet om extra te bouwen voor ouderen, laat staan dementievriendelijk. Al jaren is de zorgbelasting van mantelzorgers hoog, waardoor het steeds lastiger is te combineren met gezin en werk.

Geen enkele partij kan deze uitdaging alleen oplossen. Alleen door gezamenlijke inzet van overheid, zorgorganisaties, bedrijven, maatschappelijke partners en inwoners (samenleving) kunnen we de impact van dementie — voor mensen én voor de samenleving — beheersbaar houden. Samen kunnen we ervoor zorgen dat mensen met dementie en hun naasten mogen blijven rekenen op een goed leven en passende zorg en ondersteuning.

Einde van dit rapport

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm