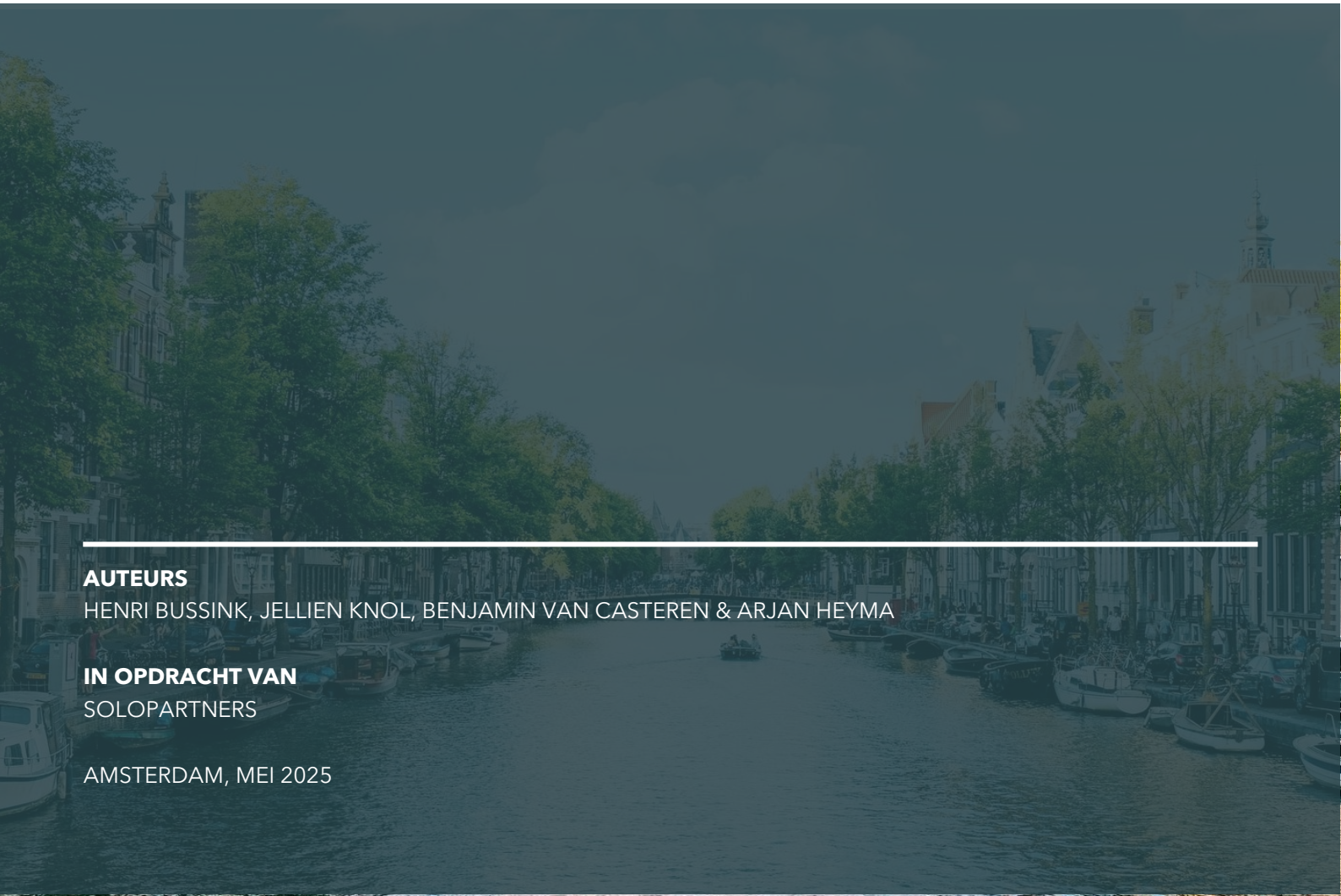
DE WAARDE VAN ZZP'ERS IN DE ZORG

EEN MAATSCHAPPELIJKE KOSTEN-BATENANALYSE

EINDRAPPORT

seo • economisch onderzoek



AUTEURS
HENRI BUSSINK, JELLIEN KNOL, BENJAMIN VAN CASTEREN & ARJAN HEYMA

IN OPDRACHT VAN
SOLOPARTNERS

AMSTERDAM, MEI 2025

Samenvatting

De maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg bedroeg in 2023 circa 0,5 tot 1,5 miljard euro vergeleken met een situatie *zonder* zzp'ers. Dit vloeit voort uit de circa 7,5 miljard euro aan zorgproductie door zzp'ers, die anders deels niet had plaatsgevonden. De meerwaarde ontstaat voornamelijk doordat de mogelijkheid van het zzp-schap leidt tot een *hogere arbeidsdeelname* in de zorg, wat resulteert in *extra zorgproductie* en daarmee in *gezondheidswinsten*.

Dit onderzoek brengt de maatschappelijke waarde van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) in de zorg in kaart met behulp van een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA). Door de huidige arbeidsmarkt mét zzp'ers in de zorg (het beleidsalternatief) te vergelijken met een situatie zónder zzp'ers in de zorg (het nulalternatief), wordt zichtbaar wat de maatschappelijke kosten en baten zijn van het zzp-schap in de zorg en bij welke maatschappelijke partijen deze neerslaan. De analyse baseert zich op economische theorie, empirische gegevens, een onafhankelijke enquête onder zzp'ers en werknemers in de zorg, en opinies van experts. Belangrijke onderzoeksvragen zijn onder andere welke motieven en alternatieven zzp'ers en zorgorganisaties hebben voor het zzp-schap, wat de economische en maatschappelijke effecten zijn van het zzp-schap en hoe de maatschappelijke kosten en baten zich tot elkaar verhouden. De MKBA drukt zoveel mogelijk effecten uit in geld en onderscheidt additionele effecten en verdelingseffecten binnen Nederland. Door gevoeligheidsanalyses wordt inzicht verkregen in de robuustheid van de resultaten. Dit biedt een beeld van de maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg en hun impact op de arbeidsmarkt, op de sociale zekerheid en op de volksgezondheid.

Het is waarschijnlijk dat er voor het aandeel zzp'ers in de zorg een maatschappelijk optimaal niveau bestaat waarin de maatschappelijke voor- en nadelen van hun inzet in balans zijn. Vanuit economisch perspectief is het voor zorgorganisaties meestal efficiënt om een groot deel van het personeel in directe dienst te hebben, zodat zij schaalvoordelen kunnen behalen, coördinatiekosten beperken en samenwerking efficiënter kunnen organiseren, waarmee transactiekosten worden beperkt. Tegelijkertijd kan de flexibele inzet van zzp'ers maatschappelijke meerwaarde bieden door beter in te spelen op schommelingen in de zorgvraag (*piek*), tijdelijke uitval (*ziek*) en specialistische zorgbehoeften (*uniek*). Deze factoren zorgen gemiddeld voor een extra (tijdelijke) arbeidsvraag, waardoor de flexibele inzet van zzp'ers bijdraagt aan een hogere zorgproductie en daarmee aan gezondheidswinsten. Vanuit individueel perspectief kan zorgpersoneel zelf kiezen voor het zzp-schap, bijvoorbeeld om meer autonomie of betere arbeidsvoorwaarden te realiseren, zeker in een krappe arbeidsmarkt. Deze individuele keuzes brengen maatschappelijk gezien externe effecten met zich mee. Deze kunnen positief zijn, zoals een hogere tevredenheid en daardoor een lagere uitstroom en een hogere inzetbaarheid van zorgverleners, maar ook negatief, zoals hogere kosten of een verminderde kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De maatschappelijke waarde en het maatschappelijk optimale aandeel van zzp'ers in de zorg hangen uiteindelijk af van het saldo van deze positieve en negatieve effecten.

In 2023 werkten circa 131 duizend zzp'ers in de zorg. Zonder de mogelijkheid om als zzp'er in de zorg te werken (het nulalternatief) zou naar schatting 59 tot 65 procent van deze zzp'ers een vast contract hebben, 9 tot 11 procent oproep- of detacheringswerk doen, 10 tot 17 procent een tijdelijk contract hebben en 7 tot 9 procent als directeur-grootaandeelhouder (dga) zonder personeel binnen de zorg actief zijn. Daarnaast zou 1 tot 9 procent van deze zzp'ers buiten de zorg werken en 1 tot 2 procent inactief of met pensioen zijn. Deze inschatting is gebaseerd op

enquêteresultaten onder zzp'ers en werknemers in de zorg, statistische verbanden tussen alternatieve arbeidsvormen binnen en buiten de zorg en inactiviteit, en inschattingen door experts. Omdat het inschattingen betreft zijn de verschillende aandelen weergegeven als een bandbreedte. Uit de analyses blijkt dat de meeste zzp'ers vóór hun zelfstandige positie al in loondienst werkten binnen de zorg. Zzp'ers hebben gemiddeld een hogere leeftijd en een hoger opleidingsniveau dan werknemers in de zorg. Hun belangrijkste motieven voor het zzp-schap zijn meer autonomie over werktijden en over de werk-privébalans. Naar eigen zeggen speelt financieel gewin geen primaire rol. Het ingeschatte nulalternatief vormt de basis voor het vergelijken van de maatschappelijke kosten en baten, waarbij de huidige situatie (het beleidsalternatief) wordt afgezet tegen een arbeidsmarkt zonder zzp'ers in de zorg (het nulalternatief).

De maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg bedroeg in 2023 circa 0,5 tot 1,5 miljard euro, die voortvloeit uit de circa 7,5 miljard euro aan zorgproductie door zzp'ers, waarvan een deel anders niet had plaatsgevonden. De maatschappelijke meerwaarde bestaat uit circa 0,1 tot 0,2 miljard euro extra productie en winst door een hogere arbeidsdeelname, circa 0,1 miljard euro aan lagere productiviteitskosten voor ziekteverzuim, scholing en ontslag en circa 0,3 tot 1,4 miljard euro aan gezondheidswinsten. De totale meerwaarde ontstaat dus voornamelijk doordat het zzp-schap leidt tot een hogere arbeidsdeelname in de zorg, wat resulteert in extra zorgproductie en daarmee in gezondheidswinsten. Daarbij is op basis van de literatuur aangenomen dat elke euro extra zorgproductie gemiddeld 1,5 euro aan gezondheids-winst oplevert, gebaseerd op de verhouding tussen de maatschappelijke waarde van een gewonnen gezond levensjaar (QALY) en de maximale meerkosten om een QALY te realiseren. De totale extra productie is voornamelijk toe te schrijven aan de hogere arbeidsdeelname van 1 tot 2 procent, na correctie voor verschuivingen van arbeid naar andere sectoren. Verschillen in arbeidsproductiviteit tussen zzp'ers en andere contractvormen binnen de zorg spelen hierbij geen rol; alleen tussen werkenden binnen en buiten de zorg bestaan kleine productiviteitsverschillen doordat zzp'ers buiten de zorg minder profiteren van hun zorgspecifieke menselijk kapitaal. De precieze verdeling van de maatschappelijke kosten en baten van zzp'ers in de zorg is weergegeven in Tabel S.1.

Tabel S.1 De maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg bedroeg in 2023 circa 0,5 tot 1,5 miljard euro en bestaat vooral uit gezondheidswinsten die de gehele maatschappij ten goede komen

(× mld.)	Zorg-organisaties	Organisaties in andere sectoren	Zzp'ers in de zorg	Werknemers in de zorg	Overheid en rest van de maatschappij	Totaal
Productie en winst	€0,2 tot €0,9	-€0,1 tot -€0,7			<€ 0,1	€0,1 tot €0,2
Arbeidskosten en inkomens	-€0,2 tot -€0,9	€0,1 tot €0,7	€1,0		-€ 0,7 tot -€0,8	€0,1
Gezondheidseffecten					€0,3 tot €1,4	€0,3 tot €1,4
Overige effecten			-€0,4 tot -€0,5 +PM	+/-PM	€0,4 tot €0,3	<-€0,1 tot -€0,2 +/-PM
Totaal	**<€ 0,1**	**<-€ 0,1**	**€0,5 tot €0,6 +PM**	**+/- PM**	**-€0,1 tot €0,9**	**€0,5 tot €1,5 +/- PM**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: De post 'productie en winst' betreft het saldo van de effecten op de productie en winst. De post 'arbeidskosten en inkomens' omvat het saldo van de effecten op bruto beloningen, (sociale) premies, belastingen en kosten voor ziekteverzuim, scholing en ontslag. De post 'gezondheidseffecten' is het saldo van de effecten op wachtlijsten en op de volksgezondheid. De post 'overige effecten' omvat het saldo van de besparing op uitkeringen, de waardering van het als zelfstandige kunnen werken en maatschappelijke effecten in andere sectoren binnen het sociaal domein, zoals het onderwijs.

Het grootste deel van de maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg bestaat uit gezondheidswinsten die de gehele maatschappij ten goede komen. Zzp'ers in de zorg (0,5 tot 0,6 miljard euro) en zorgorganisaties (<0,1 miljard euro) profiteren vooral doordat de hogere arbeidsdeelname leidt tot meer geleverde zorg en daarmee tot een hoger inkomen voor zzp'ers en meer winst voor zorgorganisaties. Organisaties in andere sectoren en werknemers in de zorg ervaren daarentegen beperkt voor- of nadelen van de inzet van zzp'ers in de zorg. Organisaties buiten de zorg lopen weliswaar enige productie en winst mis, maar deze lagere productie vertaalt zich in evenredig lagere arbeidskosten, waardoor alleen sprake is van verlies aan winst. Voor werknemers in de zorg is het effect van de inzet van zzp'ers op werkplezier of inkomenspositie op voorhand niet duidelijk en bovendien moeilijk te kwantificeren. Uit de enquête onder werknemers in de zorg, waarin tevredenheid is gemeten op aspecten als werkdruk, samenwerking, werk-privébalans en beschikbare tijd voor cliënten en administratie, blijkt dat de meeste werknemers verwachten dat hun tevredenheid niet verandert wanneer zzp'ers in loondienst zouden komen. Bovendien is het aandeel werknemers dat verslechtering voorziet ongeveer even groot als het aandeel dat een verbetering verwacht. In welke mate de overheid en de rest van de maatschappij profiteren van de inzet van zzp'ers in de zorg (-0,1 tot 0,9 miljard euro), hangt af van de mate waarin gezondheidswinsten en besparingen op uitkeringen voor werkloosheid (WW), arbeidsongeschiktheid (WIA en privaat) en pensioen (tweede en derde pijler) opwegen tegen de gederfde premie-inkomsten daarvoor. De gederfde inkomsten zijn gemiddeld iets hoger dan de besparingen, doordat zzp'ers in de zorg gemiddeld een iets gunstiger risicoprofiel hebben, zodat alleen bij substantiële gezondheidswinsten een positieve baat voor de overheid en de rest van de maatschappij ontstaat.

De maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg blijft positief onder uiteenlopende aannames over het nulalternatief, de gezondheidswinsten en de uitstroom naar andere sectoren binnen het sociaal domein. Variaties in de omvang van de uitstroom van zzp'ers naar andere sectoren of naar inactiviteit beïnvloeden de hoogte van het saldo van maatschappelijke kosten en baten, maar het saldo blijft positief. Wanneer een groter deel van de zzp'ers in het nulalternatief de zorg verlaat of stopt met werken, neemt de relatieve zorgproductie in het beleidsalternatief alleen maar toe, en daarmee ook de gezondheidswinst. Twee factoren bepalen in belangrijke mate de omvang van de gezondheidswinst: de ernst van de ziektelast waarvoor zorg wordt afgeschaald, met de bijbehorende maximale meerkosten voor behandeling, en de waarde van de gewonnen gezonde levensjaren (QALY's) die deze zorg oplevert. De gezondheidswinsten nemen toe als de waarde van een QALY stijgt of de maximale meerkosten dalen, en nemen juist af als deze waarde lager is of de meerkosten hoger liggen. De toekenning van maatschappelijke waarde aan de overstap van zzp'ers binnen het sociaal domein heeft slechts beperkte invloed op de resultaten, omdat een aanzienlijk deel van de uitstroom naar andere sectoren buiten het sociaal domein plaatsvindt. In alle doorgerekende varianten blijft het maatschappelijke kosten-baten saldo positief tussen circa 0,4 en 3,2 miljard euro per jaar. Deze resultaten onderstrepen dat de berekening van de maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg in vergelijking met een situatie zonder zzp'ers robuust is, maar sluiten niet uit dat bij een te grote inzet van zzp'ers in de zorg de nadelen zwaarder kunnen gaan wegen dan de voordelen. Tegelijkertijd kunnen zorgorganisaties meer inspanningen leveren om autonomie en flexibiliteit te bieden aan werknemers, zodat de voordelen van het zzp-schap behouden blijven zonder de nadelen van een te grote afhankelijkheid van zelfstandigen.

Inhoudsopgave

Samenvatting			2
1	Inleiding		7
	1.1	Achtergrond en doel	7
	1.2	Onderzoeksvragen	8
	1.3	Onderzoeksaanpak	9
2	Theoretisch kader		11
	2.1	Economische theorie	11
	2.2	Empirie	12
3	Het beleids- en nulalternatief		14
	3.1	Het beleidsalternatief	14
	3.2	Kenmerken van zzp'ers in de zorg	15
	3.3	Motieven van zzp'ers en opdrachtgevers in de zorg	20
	3.4	Alternatieven van zzp'ers en opdrachtgevers in de zorg	22
	3.5	Het nulalternatief	24
4	Productie en winst		27
	4.1	Productie	27
	4.2	Bruto en netto winst	29
	4.3	Saldo productie en winst	31
5	Arbeidskosten en inkomens		32
	5.1	Bruto beloningen	32
	5.2	(Sociale) premies	34
	5.3	Belastingen	37
	5.4	Overige arbeidskosten	38
	5.5	Saldo arbeidskosten en inkomens	43
6	Gezondheidseffecten		47
	6.1	Wachtlijsten	47
	6.2	Gezondheid	48
	6.3	Saldo van gezondheidseffecten	50
7	Overige effecten		51
	7.1	Werkloosheid	51
	7.2	Arbeidsongeschiktheid	52
	7.3	Pensioen	53

	7.4	Waarde van zelfstandig werk	54
	7.5	Maatschappelijke waarde in het sociaal domein	56
	7.6	Saldo van overige effecten	56
8	Totaal maatschappelijke kosten en baten		58
	8.1	Totaal maatschappelijke kosten en baten	58
	8.2	Zorgorganisaties en overige organisaties	60
	8.3	Zzp'ers en werknemers in de zorg	60
	8.4	Overheid en rest van de maatschappij	61
9	Gevoeligheidsanalyses		62
	9.1	Het nulalternatief	62
	9.2	Gezondheidseffecten	63
	9.3	Maatschappelijke waarde in het sociaal domein	65
Referenties			67
Bijlage A	Vragenlijst		70
Bijlage B	Statistische samenhang alternatieve arbeidsvormen		72
Bijlage C	Expertmeeting		74

1 Inleiding

Dit onderzoek brengt de maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg in kaart met behulp van een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA). Het laat zien bij welke partijen de kosten en baten van het zzp-schap in de zorg neerslaan. We vergelijken de huidige situatie op de arbeidsmarkt met een denkbeeldige situatie zonder zzp'ers in de zorg.

1.1 Achtergrond en doel

Het publieke debat over zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) in de zorg belicht zowel de voordelen van autonomie en flexibiliteit van werk als de mogelijke nadelen voor de kwaliteit en continuïteit van zorg. Autonomie draagt bij aan het werkgeluk en de werk-privébalans van zorgpersoneel, terwijl flexibiliteit geldt als een belangrijke troef bij het inspelen op een veranderende en steeds complexere zorgvraag. Zzp'ers zijn flexibel inzetbaar bij piekbelasting, ziekteverzuim en specialistische zorg, wat zorgorganisaties meer wendbaar maakt. Tegelijkertijd bestaan er zorgen over de impact hiervan op de kwaliteit van zorgverlening, de continuïteit van zorgprocessen en de samenwerking binnen teams. Wanneer de inzet van zzp'ers te versplinterd is of onvoldoende aansluit bij bestaande zorgstructuren, kan dit leiden tot versplintering van verantwoordelijkheden en een gebrek aan samenhang in de zorg. In hoeverre zzp'ers bijdragen aan een gezonde balans tussen autonomie en flexibiliteit van werk enerzijds en kwaliteit en continuïteit van zorg anderzijds is daarom een belangrijke vraag binnen het debat.

Daarnaast roept de inzet van zzp'ers in de zorg vragen op over schijnzelfstandigheid en sociale zekerheid. Een deel van de discussie richt zich op situaties waarin zzp'ers opereren onder voorwaarden die sterk lijken op een dienstverband, wat schijnzelfstandigheid in de hand kan werken. Schijnzelfstandigheid heeft niet alleen negatieve gevolgen voor de positie van zzp'ers zelf, maar beïnvloedt ook de arbeidsmarkt in de zorg als geheel, doordat het een ongelijk speelveld creëert tussen werknemers en zelfstandigen. Bovendien ontbreekt vaak collectieve bescherming voor zzp'ers tegen sociale risico's zoals ziekte en arbeidsongeschiktheid of het ontbreken van pensioenopbouw. Dit vergroot de kwetsbaarheid van zzp'ers in het algemeen, en dus ook in de zorg, en voedt bredere zorgen over ongelijkheid en inkomenszekerheid op de arbeidsmarkt.

Het vinden van een balans tussen autonomie en flexibiliteit van werk enerzijds en kwaliteit en continuïteit van zorg anderzijds vormt een belangrijke uitdaging. Zowel zzp'ers als zorgorganisaties zoeken naar manieren om samen te werken die niet alleen recht doen aan de autonomie en flexibiliteit van zzp'ers, maar ook de kwaliteit en continuïteit van zorgverlening waarborgen. Dit proces speelt zich af binnen een context van veranderende wet- en regelgeving, zoals de wet Verduidelijking Beoordeling Arbeidsrelaties en Rechtsvermoeden (VBAR) en groeiende maatschappelijke verwachtingen, wat de noodzaak van duidelijke spelregels en wederzijds begrip onderstreept.

Dit onderzoek biedt meer inzicht in de economische en maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg. Het verkent de specifieke bijdrage van zzp'ers in de zorg, waarbij de maatschappelijke waarde vanuit economisch perspectief wordt bepaald. Door onafhankelijk gegevens te verzamelen en te analyseren, levert het onderzoek een bijdrage aan het debat over de positie en toekomst van zzp'ers in de zorg.

1.2 Onderzoeksvragen

In het onderzoek staat de volgende vraag centraal: **Wat is de economische en maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg in Nederland?**

Zzp'ers in de zorg zijn gedefinieerd als *"zelfstandigen zonder personeel tussen de 15 en 75 jaar oud die werkzaam zijn voor opdrachtgevers in deelsectoren die vallen onder de smalle definitie van de zorg (exclusief kinderopvang)".* Dit omvat de volgende deelsectoren uit het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS):

- Huisartsen en gezondheidscentra;
- Overige zorg en welzijn;
- Geestelijke gezondheidszorg;
- Jeugdzorg;
- Verpleging, verzorging en thuiszorg;
- Ziekenhuizen en overige medische specialistische zorg;
- Gehandicaptenzorg;
- Universitaire en medische centra.

De maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg hangt samen met hun economische waarde, maar omvat ook hun maatschappelijke impact. Zzp'ers in de zorg dragen bij aan de maatschappij door productie te leveren, inkomen te genereren en toegevoegde waarde te creëren. Dit geeft echter nog geen volledig beeld van hun maatschappelijke betekenis. De discussie over de inzet van zzp'ers in de zorg richt zich minder op hun economische bijdrage en meer op de bredere effecten van het zzp-schap in de zorg op de economie en maatschappij.

Voor zzp'ers in de zorg pakt het zzp-schap vaak positief uit door meer autonomie en flexibiliteit, maar voor opdrachtgevers en werknemers in de zorg kan dit ook nadelige gevolgen hebben. Opdrachtgevers in de zorg profiteren van de flexibiliteit van zzp'ers, maar kunnen ook te maken krijgen met een verminderde beschikbaarheid voor onregelmatige diensten en administratieve taken, of dat daar een hogere vergoeding tegenover staat. Werknemers in loondienst in de zorg ondervinden mogelijk ook gevolgen door de inzet van zzp'ers, bijvoorbeeld doordat zij vaker onregelmatige diensten moeten opvangen of extra administratieve lasten dragen.

Het zzp-schap brengt ook bredere maatschappelijke kosten op het gebied van sociale zekerheid met zich mee. Omdat zzp'ers verhoudingsgewijs minder belasting en sociale premies afdragen dan werknemers, leidt dit tot een lagere collectieve bijdrage aan sociale voorzieningen. Dat is vooral problematisch als hun risicoprofiel gunstiger is dan gemiddeld. In dat geval dragen zij relatief meer bij dan ze ontvangen en zet hun lagere bijdrage druk op de risicosolidariteit. Daarnaast kunnen zzp'ers in sommige gevallen sociale risico's, zoals langdurige arbeidsongeschiktheid, afwentelen op de maatschappij, bijvoorbeeld via een beroep op de bijstand. Dit roept vragen op over de verdeling van kosten en baten tussen zzp'ers, opdrachtgevers, werknemers, de overheid en de maatschappij als geheel.

Een volledige beoordeling van de maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg vereist inzicht in maatschappelijke effecten, kosten en baten. Om de maatschappelijke waarde van zzp'ers goed te kunnen beoordelen, is inzicht nodig in de balans tussen de baten en kosten van het zzp-schap en hoe deze verdeeld zijn over verschillende betrokken partijen. Daarom zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat motiveert zzp'ers in de zorg om zelfstandig te werken en opdrachtgevers in de zorg om zzp'ers in te huren?
2. Welke alternatieven hebben zzp'ers en opdrachtgevers in de zorg voor het zzp-schap?
3. Wat zijn de economische en maatschappelijke effecten van het zzp-schap in de zorg?
4. Hoe verhouden de maatschappelijke kosten en baten van die effecten zich tot elkaar en waaruit blijkt de maatschappelijke waarde van zzp'ers?
5. Wie profiteert van de baten en wie draagt de kosten?

De antwoorden op deze vragen geven een genuanceerd beeld van de economische en maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg in Nederland.

1.3 Onderzoeksaanpak

De vraagstelling van dit onderzoek leent zich goed voor een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA), waarin arbeidsmarkt- en gezondheidseffecten centraal staan. In een MKBA worden financiële en niet-financiële effecten van het zzp-schap zoveel mogelijk uitgedrukt in monetaire waarde (geld). Dit maakt het mogelijk om verschillende effecten te vergelijken in termen van kosten en baten, zowel op nationaal niveau als tussen maatschappelijke partijen. Hierdoor ontstaat inzicht in de vraag of de baten van zzp'ers in de zorg maatschappelijk opwegen tegen de kosten van het zzp-schap en bij welke partijen deze kosten en baten neerslaan. Als zzp'ers in de zorg op nationaal niveau een maatschappelijke meerwaarde opleveren, zouden partijen die nadeel ondervinden van het bestaan van zzp'ers in principe gecompenseerd kunnen worden door partijen die juist profiteren.

Een MKBA brengt de maatschappelijke effecten van zzp'ers in de zorg in kaart en maakt deze expliciet. Daarnaast onderscheidt een MKBA effecten die additioneel zijn voor Nederland en pure verdelingseffecten tussen partijen binnen Nederland. Dit onderscheid voorkomt dubbeltelling van kosten en baten en verduidelijkt welke partijen worden beïnvloed door het zzp-schap. Wanneer een zzp'er in de zorg extra productie levert, waardoor een opdrachtgever meer omzet en winst genereert, de zzp'er een hoger inkomen verdient en de overheid meer belastinginkomsten ontvangt, zijn dit geen vier afzonderlijke baten die optelbaar zijn. In werkelijkheid gaat het om dezelfde baten die verdeeld worden over meerdere partijen. De hogere productiewaarde komt terecht bij opdrachtgevers via omzet en winst, bij zzp'ers via beloningen en bij de overheid via belastingen en sociale premies.

Voor de MKBA van zzp'ers in de zorg is het stappenplan uit de Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyses gevolgd (Romijn en Renes, 2013). Dit stappenplan is vertaald naar een aantal concrete onderzoeksstappen die hieronder zijn toegelicht:

- **Uitvoeren van een probleemanalyse:** Allereerst zijn op basis van economische theorie en empirie de maatschappelijke voor- en nadelen van het zzp-schap in de zorg in kaart gebracht en beschreven;
- **Vaststellen van het beleidsalternatief:** Daarnaast zijn de omvang en kenmerken van de huidige populatie zzp'ers in de zorg in kaart gebracht. Dit beleidsalternatief is gebaseerd op openbare data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de enquête Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn van het CBS en een online enquête die via SoloPartners en PanelClix is uitgezet onder zzp'ers en werknemers in de zorg. Deze data geven inzicht in de samenstelling en arbeidsmarktpositie van zzp'ers in de zorg en dienen als uitgangspunt voor de verdere analyses;

- **Vaststellen van het nulalternatief:** Vervolgens zijn onderbouwde veronderstellingen gemaakt over de alternatieve arbeidsmarktpositie van zzp'ers in de zorg in een denkbeeldige situatie op de arbeidsmarkt waarin het zzp-schap – om welke reden dan ook – niet mogelijk is. Dit nulalternatief is gebaseerd op enquêteresultaten waarin zzp'ers zelf hebben aangegeven welk alternatief zij zouden kiezen, statistische correlaties tussen zzp'ers in de zorg en andere arbeidsvormen binnen en buiten de zorg en inzichten van experts tijdens een expertmeeting over de maatschappelijke kosten en baten van het zzp-schap in de zorg. Dit geeft een realistische inschatting van hoe de arbeidsmarkt in de zorg zich zou ontwikkelen zonder het zzp-schap;
- **Inventariseren en kwantificeren van effecten, baten en kosten:** Daarna zijn de effecten, baten en kosten van zzp'ers in de zorg geïnventariseerd en gekwantificeerd. Deze effecten geven de verschillen tussen het beleids- en nulalternatief en richten zich op vier dimensies. De eerste dimensie betreft de economische **toegevoegde waarde**. Dit gaat over de vraag of en in welke mate zzp'ers meer productie leveren dan wanneer zij in een alternatieve arbeidsvorm zouden werken. De tweede dimensie richt zich op **arbeidskosten en inkomens**, waarbij gekeken wordt naar verschillen in arbeidskosten voor opdrachtgevers, waaronder beloningen, sociale premies en belastingen, ziekteverzuim, scholing en ontslag en naar verschillen in bruto en netto inkomens voor zzp'ers. De derde dimensie betreft **gezondheidseffecten**. Hier is geanalyseerd hoe eventuele extra zorgproductie de volksgezondheid beïnvloedt en of en in welke mate er sprake is van een verschuiving van productie van de zorg naar andere sectoren. De vierde en laatste dimensie omvat **overige effecten**, zoals verschillen in kosten voor werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en pensioen, evenals de persoonlijke waardering van zelfstandig werk. De berekeningen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op openbare data en voorgaand onderzoek. Waar voor bepaalde effecten geen data of onderzoek beschikbaar zijn, zijn onderbouwde veronderstellingen gemaakt;
- **Opstellen van een kosten-batenoverzicht:** Op basis van de geïnventariseerde en gekwantificeerde effecten is een overzicht opgesteld van de maatschappelijke kosten en baten van zzp'ers in de zorg in vergelijking met het nulalternatief. Dit overzicht maakt inzichtelijk welke kosten en baten voortvloeien uit het zzp-schap in de zorg en bij welke partijen deze neerslaan. De kosten-batenposten, zoals toegevoegde waarde, arbeidskosten en inkomens, gezondheidseffecten en overige effecten, zijn weergegeven in rijen, terwijl de betrokken maatschappelijke partijen, waaronder zorgorganisaties en organisaties in andere sectoren, zzp'ers en werknemers in de zorg, de overheid en de rest van de maatschappij, in kolommen zijn gerangschikt. De rij- en kolomtotalen tonen de netto kosten en baten per dimensie en per maatschappelijke partij;
- **Uitvoeren van gevoeligheidsanalyses:** Tot slot zijn gevoeligheidsanalyses uitgevoerd om de robuustheid van de resultaten te toetsen. Deze analyses richten zich op situaties waarin empirische informatie ontbreekt of onzekerheden bestaan over de gemaakte aannames. Zo is onderzocht hoe variaties in de uitstroom van zzp'ers naar andere sectoren of inactiviteit de maatschappelijke kosten en baten beïnvloeden, evenals de impact van eventuele extra zorgproductie op gezondheidswinsten. Door deze gevoeligheidsanalyses is geanalyseerd in hoeverre de uitkomsten van de MKBA afhankelijk zijn van specifieke veronderstellingen en welke bandbreedtes in de resultaten verwacht kunnen worden.

2 Theoretisch kader

Zzp'ers in de zorg kunnen flexibiliteit bieden bij piekbelasting, ziekteverzuim en specialistische zorg. Maar een te groot aandeel kan de continuïteit, samenwerking en schaalvoordelen ondermijnen. Een vergelijking van maatschappelijke kosten en baten geeft inzicht in hoe de huidige situatie zich verhoudt tot een situatie zonder zzp'ers in de zorg.

Dit hoofdstuk beschrijft beknopt de maatschappelijke voor- en nadelen van het zzp-schap in de zorg en de relatie met het aandeel zzp'ers in de sector. Deze analyse is gebaseerd op economische theorie (paragraaf 2.1) en empirische bevindingen (paragraaf 2.2).

2.1 Economische theorie

Het is waarschijnlijk dat er voor het aandeel zzp'ers in de zorg een maatschappelijk optimaal niveau bestaat waarin de maatschappelijke voor- en nadelen van hun inzet in balans zijn. Vanuit economisch perspectief is het voor zorgorganisaties meestal efficiënt om een groot deel van het personeel in directe dienst te hebben, zodat zij schaalvoordelen kunnen behalen, coördinatiekosten beperken en samenwerking efficiënter kunnen organiseren, waarmee transactiekosten worden beperkt. Tegelijkertijd kan de flexibele inzet van zzp'ers maatschappelijke meerwaarde bieden door beter in te spelen op schommelingen in de zorgvraag (*piek*), tijdelijke uitval (*ziek*) en specialistische zorgbehoeften (*uniek*). Deze factoren zorgen gemiddeld voor een extra (tijdelijke) arbeidsvraag, waardoor de flexibele inzet van zzp'ers bijdraagt aan een hogere zorgproductie en daarmee aan gezondheidswinsten. Vanuit individueel perspectief kan zorgpersoneel zelf kiezen voor het zzp-schap, bijvoorbeeld om meer autonomie of betere arbeidsvoorwaarden te realiseren, zeker in een krappe arbeidsmarkt. Deze individuele keuzes brengen maatschappelijk gezien externe effecten met zich mee. Deze kunnen positief zijn, zoals een hogere tevredenheid en daardoor een lagere uitstroom en een hogere inzetbaarheid van zorgverleners, maar ook negatief, zoals hogere kosten of een verminderde kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De maatschappelijke waarde en het maatschappelijk optimale aandeel van zzp'ers in de zorg hangen uiteindelijk af van het saldo van deze positieve en negatieve effecten.

De *theory of the firm* verklaart waarom bepaalde zorgactiviteiten efficiënter binnen organisaties worden uitgevoerd dan via losse markttransacties. (Zorg)organisaties ontstaan wanneer zij schaalvoordelen en lagere coördinatiekosten bieden ten opzichte van marktgebaseerde individuele samenwerking (Coase, 1937). Dit geldt met name voor zorgtaken zoals planning en patiëntendossiers die efficiënter intern kunnen worden georganiseerd dan steeds opnieuw te worden gecoördineerd met zzp'ers.

De maatschappelijk optimale inzet van zzp'ers in de zorg hangt in theorie af van de mate van complexiteit, de noodzaak van (multidisciplinaire) samenwerking en de hoogte van transactiekosten. Ten eerste is het intern organiseren van taken voordeliger wanneer de kosten van externe transacties, zoals het steeds opnieuw inhuren van zzp'ers, hoger zijn dan de interne organisatiekosten (Coase, 1937). In complexe zorgomgevingen, zoals ziekenhuizen, kan het daardoor efficiënter zijn om langdurige arbeidsrelaties aan te gaan en zorgprocessen centraal te organiseren. Ten tweede verhoogt een vaste organisatievorm de teamproductiviteit binnen multidisciplinaire (zorg)teams en vermindert het coördinatieproblemen, omdat samenwerking en kennisdeling minder goed via losse

markttransacties kunnen worden gestimuleerd (Alchian en Demsetz, 1972). Ten derde bouwen specialistische (zorg)expertise en langdurige (patiënt)relaties in sommige gevallen meer waarde op binnen organisaties dan daarbuiten (Williamson, 1975). Als zorgverleners als zzp'er te vaak wisselen, kan dit de continuïteit en kennisoverdracht belemmeren.

Tegelijkertijd kunnen zzp'ers waarde toevoegen door flexibiliteit te bieden en snel in te spelen op een veranderende zorgvraag en behoeften. Dat is vooral belangrijk bij piekbelasting, ziekteverzuim of specialistische zorgbehoeften, ook wel aangeduid als *piek, ziek en uniek*. Dankzij de inzet van zzp'ers kunnen zorgorganisaties efficiënter reageren op fluctuaties in de zorgvraag zonder de vaste kosten en langdurige verplichtingen die gepaard gaan met vaste contracten. In deelsectoren waar zorg op maat en kortdurende inzet centraal staan, zoals bijvoorbeeld de thuiszorg en palliatieve zorg, kunnen zzp'ers een belangrijke rol spelen bij het vergroten van de toegankelijkheid en de efficiëntie van de zorg. Hun specialistische expertise en flexibiliteit maken het in die gevallen mogelijk om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren zonder de inflexibiliteit die traditionele organisatievormen soms met zich meebrengen.

Hoewel zzp'ers in de zorg voordelen bieden, kan een te groot aandeel zzp'ers ook nadelige gevolgen hebben. Een te grote afhankelijkheid van zzp'ers kan leiden tot versplintering van verantwoordelijkheden, een gebrek aan samenhang binnen teams en hogere coördinatiekosten. Dit kan vooral problematisch zijn in deelsectoren waar continuïteit en multidisciplinaire samenwerking belangrijk zijn voor de efficiëntie van de zorgverlening, zoals bijvoorbeeld in de ziekenhuiszorg of langdurige patiëntenzorg.

Toch zijn de nadelen niet in alle deelsectoren even sterk aanwezig. In deelsectoren waar zelfstandige inzet beter aansluit op de aard van de zorgvraag, zoals bijvoorbeeld in de thuiszorg of palliatieve zorg, kunnen de nadelige effecten minder uitgesproken zijn. Desondanks brengt een sterke afhankelijkheid van zzp'ers hogere coördinatiekosten voor zorgorganisaties met zich mee, zoals de tijd en middelen die nodig zijn om hen te integreren binnen bestaande structuren en het waarborgen van protocollen en standaarden.

De optimale inzet van zzp'ers in de zorg vereist een balans tussen autonomie en flexibiliteit van werk enerzijds en kwaliteit en continuïteit van zorg anderzijds. Het optimum ligt daar waar zzp'ers hun specialistische zorgexpertise en flexibiliteit optimaal kunnen benutten zonder dat de kwaliteit en coördinatie van zorg in het gedrang komen. Dit vraagt om een situatie die zowel de voordelen van zelfstandigheid als de efficiëntie van georganiseerde zorgstructuren benut en rekening houdt met de specifieke behoeften van verschillende deelsectoren binnen de zorg. Om meer inzicht hierin te krijgen, is het belangrijk om niet alleen naar de huidige situatie te kijken, maar ook naar een denkbeeldige situatie waarin geen zzp'ers actief zouden zijn in de zorg. Door de maatschappelijke kosten en baten van beide situaties in kaart te brengen, kan beter worden vastgesteld in hoeverre de inzet van de huidige zzp'ers in de zorg gemiddeld leidt tot maatschappelijke meerwaarde.

2.2 Empirie

De wetenschappelijke literatuur biedt een gemengd beeld van de economische en maatschappelijke effecten van zzp'ers in de zorg. Enerzijds zijn er aanwijzingen dat een hoger aandeel zzp'ers binnen een sector kan leiden tot een lichte afname van de productiviteit. CBS-onderzoek toont aan dat een toename van het aandeel zzp'ers met 1 procentpunt samenhangt met een daling van de productiviteit met 0,77 procentpunt. Aangezien het aandeel zzp'ers in de zorg tussen 2013 en 2023 met ongeveer 3 procentpunt is gestegen (AZW), betekent dit een geschatte productiviteitsafname van ongeveer 2,3 procentpunt in die periode.

De invloed van zzp'ers op de kwaliteit van zorg lijkt beperkt te zijn. Een empirische studie van Bär et al. (2022) naar de kwaliteit van verpleeghuizen in Nederland onderzoekt de relatie tussen externe inhuur van zorgpersoneel en zorgkwaliteit, gemeten aan de hand van mortaliteit en vermijdbare ziekenhuisopnames. De studie vindt geen significante relatie tussen het percentage extern ingehuurd personeel en de zorgkwaliteit. Dit suggereert dat de inzet van zzp'ers in verpleeghuizen op zichzelf geen negatieve impact heeft op de uitkomsten voor patiënten.

Vergelijkbare resultaten worden gevonden in internationaal onderzoek. Aiken et al. (2013) onderzochten de relatie tussen het aandeel externe verpleegkundigen en sterftecijfers in Amerikaanse ziekenhuizen. Ook hier werd geen significante samenhang gevonden tussen externe inhuur en mortaliteit. Dit ondersteunt de hypothese dat de inzet van zzp'ers geen directe gevolgen heeft voor patiëntuitkomsten. Over de impact van zzp'ers op werkcultuur, samenwerking binnen teams en werkplezier is echter minder bekend in de empirische literatuur. Dit betekent dat er nog lacunes zijn in het onderzoek naar de bredere organisatorische en sociale effecten van zelfstandigen in de zorg.

De effecten van tijdelijk personeel hangen af van de mate en wijze van inzet. Een literatuuronderzoek van Dall'Ora (2018) benadrukt dat de inzet van tijdelijk personeel, waaronder zzp'ers, zowel voordelen als nadelen met zich meebrengt. In beperkte mate kunnen zzp'ers fungeren als een nuttige aanvulling op een krappe arbeidsmarkt: ze vergroten de wendbaarheid van zorgorganisaties en geven professionals meer regie over hun werk, zonder dat dit per definitie ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg.

Wanneer de flexibele schil echter te groot wordt, ontstaan duidelijke nadelen, zoals:

- Hogere kosten voor zorgorganisaties door duurdere inhuurconstructies via een bemiddelingskantoor;
- Minder sociale bescherming voor zzp'ers, met risico's op onvoldoende inkomenszekerheid en pensioenopbouw;
- Potentieel kwaliteitsverlies, vooral als de afhankelijkheid van flexibele krachten leidt tot minder continuïteit in zorgteams;
- Mogelijke spanningen op de werkvloer, bijvoorbeeld door ongelijkheid in verantwoordelijkheden tussen vast en flexibel personeel.

De literatuur pleit daarom impliciet voor een gebalanceerde inzet van zzp'ers. Een aantal randvoorwaarden wordt daarbij vaak genoemd, zoals:

- Het bewaken van een gezond percentage zzp'ers binnen zorgorganisaties;
- Een evenwichtige verdeling van diensten en verantwoordelijkheden tussen vaste en flexibele krachten;
- Het waarborgen van basiszekerheden voor alle werkenden, bijvoorbeeld door een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Zzp'ers in de zorg zijn daarmee geen eenduidige "vloek" of "zegen", maar een fenomeen met zowel voordelen als nadelen. Een zorgvuldige maatschappelijke kosten-batenanalyse, zoals in dit rapport uitgevoerd, helpt bij het nemen van gerichte beleidsmaatregelen. Het doel zou moeten zijn om de voordelen van flexibiliteit en autonomie te behouden, zonder dat dit leidt tot structurele nadelen voor de zorgsector, patiënten of de zelfstandigen zelf.

3 Het beleids- en nulalternatief

In 2023 waren er 131 duizend zzp'ers actief in de zorg. Zonder deze mogelijkheid zou naar schatting 59 tot 65 procent een vast contract hebben, 9 tot 11 procent oproep- of detacheringswerk doen, 10 tot 17 procent een tijdelijk contract hebben en 7 tot 9 procent als dga zonder personeel actief zijn. Daarnaast zou 1 tot 9 procent buiten de zorg werken en 1 tot 2 procent inactief of met pensioen zijn.

Dit hoofdstuk beschrijft de huidige arbeidsmarkt van de zorg (het beleidsalternatief, paragraaf 3.1) en een denkbeeldige arbeidsmarktsituatie waarbij het niet meer mogelijk is om als zzp'er te werken of om als opdrachtgever zzp'ers in te huren (het nulalternatief, paragraaf 3.5). Om het nulalternatief in te schatten is inzicht nodig in de kenmerken van zzp'ers en hoe deze zich verhouden tot de kenmerken van werknemers in de zorg (paragraaf 3.2). Daarnaast toont paragraaf 3.3 de belangrijkste motieven van zzp'ers om zich als zzp'er aan te bieden en van opdrachtgevers om zzp'ers in te huren. De belangrijkste stap in het formuleren van het nulalternatief is om een goede inschatting te maken van de relevante alternatieve arbeidsvormen voor zzp'ers in de zorg voor zowel zzp'ers zelf als voor hun opdrachtgevers (paragraaf 3.4). Er is sprake van significante onzekerheid over de mate waarin alternatieve arbeidsvormen relevant zijn voor zzp'ers. Om recht te doen aan deze onzekerheid, wordt het nulalternatief weergegeven als een bandbreedte.

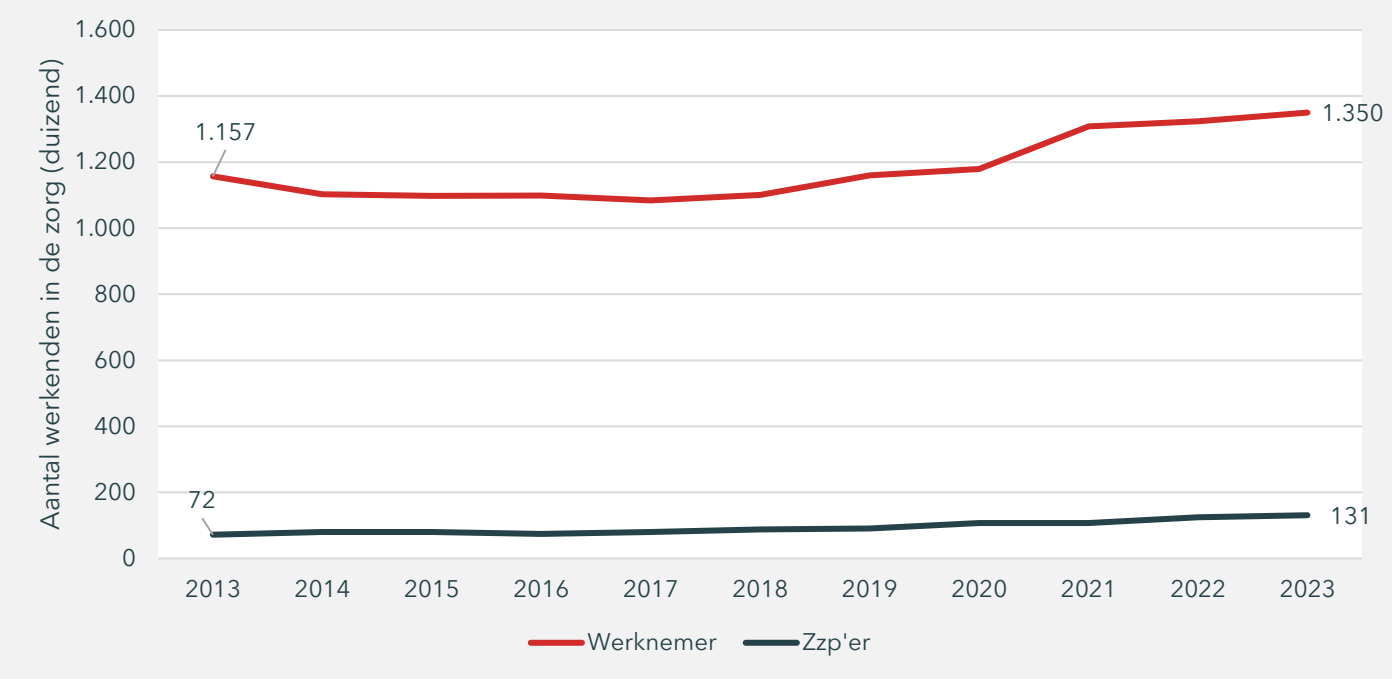
3.1 Het beleidsalternatief

Het beleidsalternatief beschrijft de huidige situatie op de arbeidsmarkt van de zorg. Werkenden kunnen als zzp'er actief zijn en zorgorganisaties hebben de mogelijkheid om zzp'ers in te huren. Het beleidsalternatief is gebaseerd op het enquêteonderzoek Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Het aandeel zzp'ers in de zorg is de afgelopen jaren toegenomen. Cijfers van AZW StatLine laten zien dat het percentage zzp'ers in de zorgsector is gestegen van 6 procent in 2013 tot 9 procent in 2023. In absolute aantallen betekent dit dat er in 2023 ongeveer 131 duizend zzp'ers actief zijn in de zorg (Figuur 3.1). Deze groei is met name zichtbaar in specifieke branches. In de 'overige zorg en welzijn' (zoals praktijken van tandartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen) nam het aantal zzp'ers toe van 27 duizend in 2013 naar 56 duizend in 2023. Daarnaast groeide het aantal zzp'ers in de verpleging, verzorging en thuiszorg van 14 naar 22 duizend in dezelfde periode. Ook in het sociaal werk groeide het aantal zzp'ers van 3 naar 11 duizend.

De stijging van het aantal zzp'ers in de zorg hangt samen met verschillende ontwikkelingen. Enerzijds is er een groeiende behoefte aan flexibiliteit bij zorginstellingen als gevolg van personeelskrapte. Anderzijds ervaren zorgprofessionals het zzp-schap als een manier om meer zeggenschap te hebben over hun werkrooster en beloning. Paragraaf 3.3 licht de redenen voor zorgprofessionals en zorginstellingen om het zzp-schap te kiezen verder toe.

Figuur 3.1 Het aandeel zzp'ers in de zorg is in de afgelopen jaren gestegen van 6 tot 10 procent



Bron: AZW StatLine, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

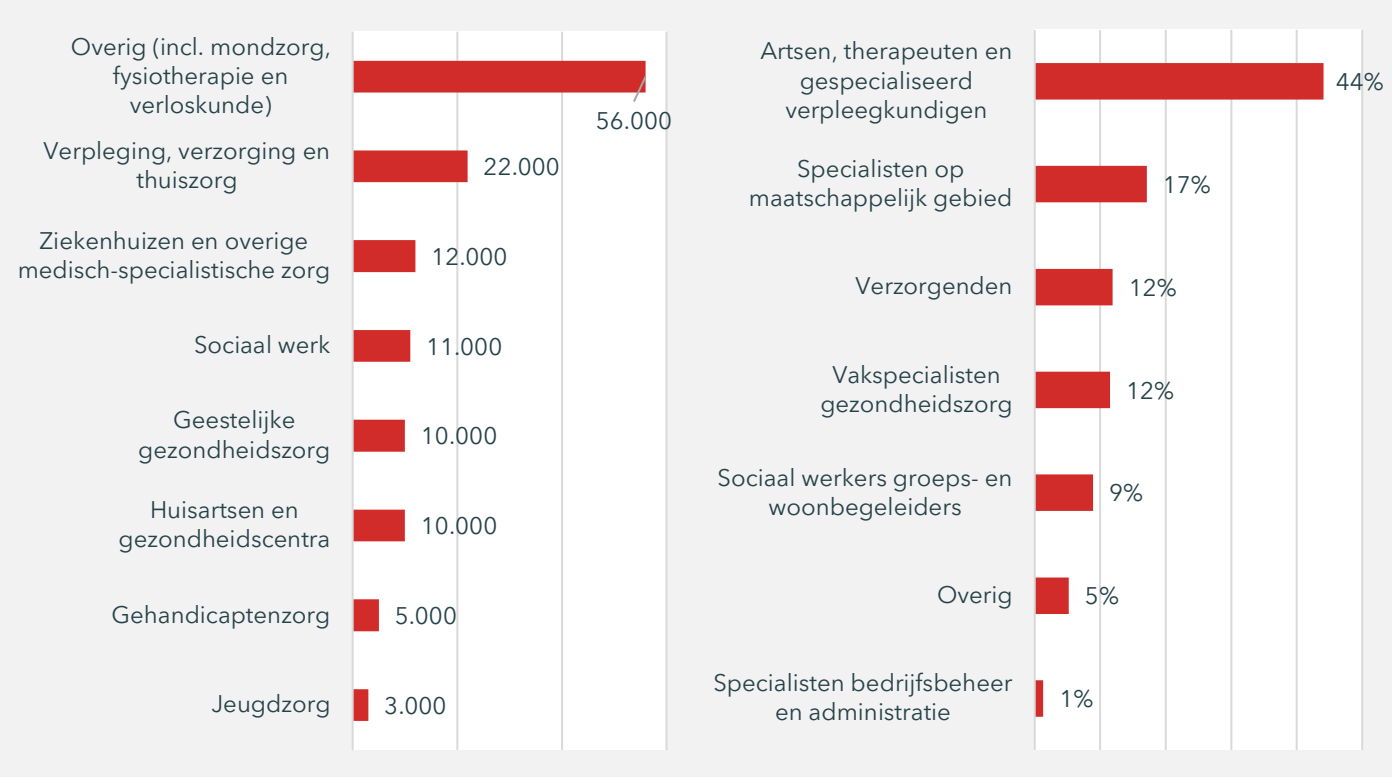
Noot: Deze figuur laat het aantal werkenden in de zorg zien van 2013 tot en met 2024. Het aantal werkenden is opgesplitst in zzp'ers en werknemers. Onder werknemers worden ook directeur-grootaandeelhouders verstaan, met of zonder personeel.

3.2 Kenmerken van zzp'ers in de zorg

De belangrijkste kenmerken van zzp'ers in de zorg zijn gebaseerd op het enquêteonderzoek Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) onder werkgevers (twee keer per jaar), werknemers (twee keer per jaar) en zelfstandigen (één keer per jaar).

De meeste zzp'ers in de zorg werken binnen de 'overige zorg en welzijn' (zoals praktijken van tandartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen), gevolgd door verpleging, verzorging en thuiszorg (zie Figuur 3.2). De meest voorkomende functies zijn artsen, therapeuten en gespecialiseerde verpleegkundigen. 17 procent van de zzp'ers in de zorg werkt als specialist op maatschappelijk gebied en 12 procent als verzorgenden. Dit blijkt uit cijfers van het zelfstandigenonderzoek van AZW (2023).

Figuur 3.2 De meeste zzp'ers in de zorg werken in de overige zorg & welzijn en hebben de functie arts, therapeut of gespecialiseerd verpleegkundige

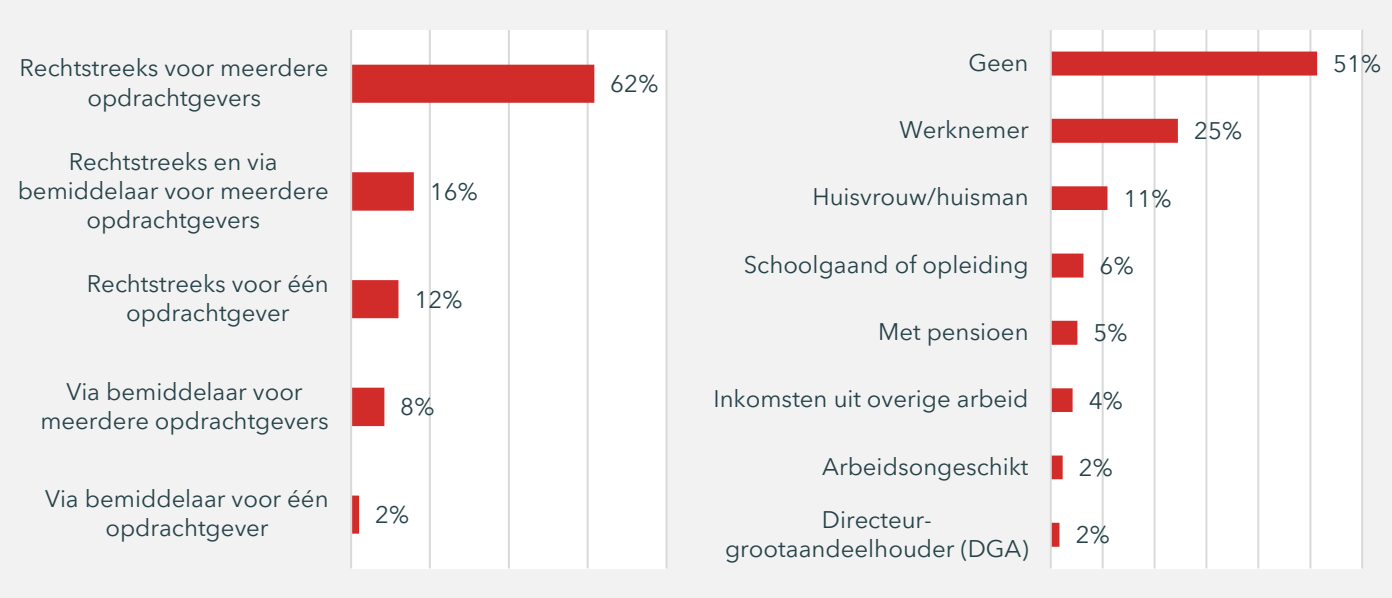


Bron: Zelfstandigenonderzoek AZW (2023) en AZW StatLine (2025), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Links toont deze figuur het aantal zzp'ers per branche binnen de zorg en welzijn in 2023. Rechts toont de figuur de meest voorkomende functies die zzp'ers in de zorg hebben in 2023. In dit onderzoek zijn zzp'ers die in de kinderopvang werken niet meegerekend. De zorg en welzijn zonder kinderopvang staat bij het CBS bekend als de 'smalle definitie' van zorg en welzijn.

Zzp'ers in de zorg werken vaak voor meerdere opdrachtgevers. Uit het Zelfstandigenonderzoek AZW blijkt dat 62 procent van de zzp'ers in de zorg in 2023 direct voor meerdere zorginstellingen of cliënten werkt, terwijl een kleiner deel via bemiddelaars voor meerdere opdrachtgevers werkt (zie Figuur 3.3). 14 procent van de zzp'ers in de zorg werkt voor slechts één opdrachtgever. Naast de werkzaamheden als zzp'er geeft de helft van de respondenten in het zelfstandigenonderzoek van AZW aan dat ze een andere maatschappelijke positie vervullen. Een kwart van de zzp'ers in de zorg is ook werknemer. Het komt ook voor dat zzp'ers al met (vervroegd) pensioen zijn of nog een opleiding volgen.

Figuur 3.3 De meeste zzp'ers in de zorg werken rechtstreeks voor meerdere opdrachtgevers en zijn daarnaast soms ook werknemer



Bron: Zelfstandigenonderzoek AZW (2023), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Links toont deze figuur hoe zzp'ers in de zorg aan hun opdrachten komen in 2023. Rechts toont de figuur de maatschappelijke positie die zzp'ers naast hun werk als zzp'er hebben in 2023. De percentages in de rechterfiguur tellen op tot meer dan 100 procent, omdat de respondenten in het zelfstandigenonderzoek van AZW meerdere maatschappelijke posities konden invullen.

Zzp'ers hebben gemiddeld andere achtergrondkenmerken dan werknemers in de zorg. Zzp'ers in de zorg zijn gemiddeld ouder dan werknemers in loondienst (zie Tabel 3.1). Alle leeftijdsgroepen boven de 35 jaar komen vaker voor onder zzp'ers dan onder werknemers. Bovendien is slechts 3 procent van de zzp'ers onder de 25 jaar. Dit komt deels doordat zelfstandigen doorgaans pas na enkele jaren werkervaring overstappen naar het zzp-schap. Ook is de man-vrouwverhouding bij zzp'ers iets gelijkmatiger dan onder werknemers. Hoewel vrouwen nog steeds in de meerderheid zijn, is het aandeel mannen onder zzp'ers hoger dan onder werknemers in loondienst. Ook met betrekking tot het opleidingsniveau zijn duidelijke verschillen te zien. Bijna driekwart van de zzp'ers heeft een hbo- of wo-diploma behaald, terwijl minder dan de helft van de werknemers zo'n opleidingsniveau heeft.

Inzicht in de arbeidsproductiviteit van zzp'ers is cruciaal om de economische en maatschappelijke waarde van zzp'ers in kaart te brengen. AZW publiceert in het zelfstandigenonderzoek echter geen gegevens over arbeidsduur, uurtarieven of inkomens van zzp'ers. Het ontbreken van deze gegevens is in dit onderzoek ondervangen met een eigen enquête onder zzp'ers en werknemers in de zorg. Met deze enquête zijn productiviteitsgegevens verzameld van ruim 800 zzp'ers in de zorg.

Op basis van de eigen enquête onder zzp'ers in de zorg is een inschatting gemaakt van het aantal uren dat zzp'ers werken in de zorg. Ongeveer 41 procent werkt meer dan 35 uur per week, terwijl 23 procent tussen de 28 en 35 uur per week werkt. Daarnaast werkt 17 procent tussen de 20 en 28 uur per week en 19 procent werkt minder dan 20 uur per week (zie Figuur 3.4). Dit toont aan dat een groot deel van de zzp'ers in de zorg voltijds of bijna voltijds werkt, terwijl een minderheid kiest voor een parttime werkweek van minder dan vier dagen per week.

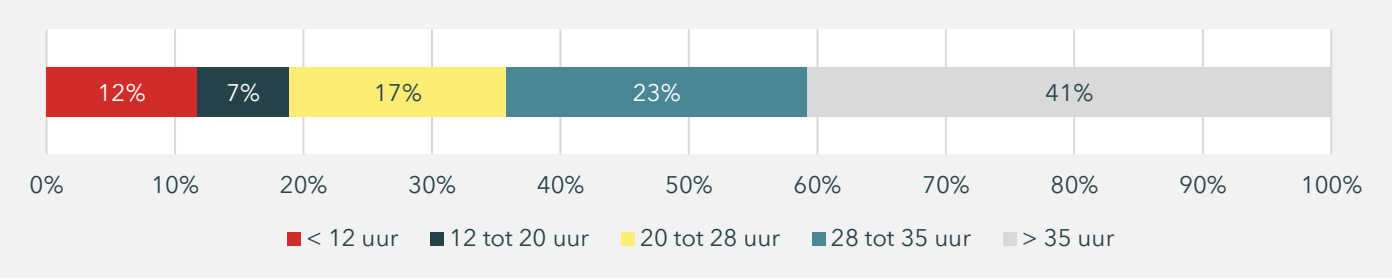
Tabel 3.1 Zelfstandigen zijn vaker man, gemiddeld ouder en hebben vaker een hbo- of wo-diploma

Kenmerk	Zelfstandigen in de zorg	Werknemers in de zorg
Geslacht		
Vrouw	75%	83%
Man	25%	17%
Leeftijd		
< 25 jaar	3%	12%
25 tot 35 jaar	19%	22%
35 tot 45 jaar	22%	19%
45 tot 55 jaar	25%	21%
> 55 jaar	31%	26%
Opleidingsniveau		
Hbo of wo (Hoog)	73%	45%
Havo, vwo of mbo 2-4 (Middelbaar)	22%	44%
Vmbo, mbo 1 of geen diploma (Laag)	4%	11%

Bron: Zelfstandigenonderzoek AZW (2023) en AZW StatLine (2023), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Deze tabel vergelijkt de gemiddelde achtergrondkenmerken van zzp'ers en werknemers in de zorg.

Figuur 3.4 Zzp'ers in de zorg werken gemiddeld 34 uur per week



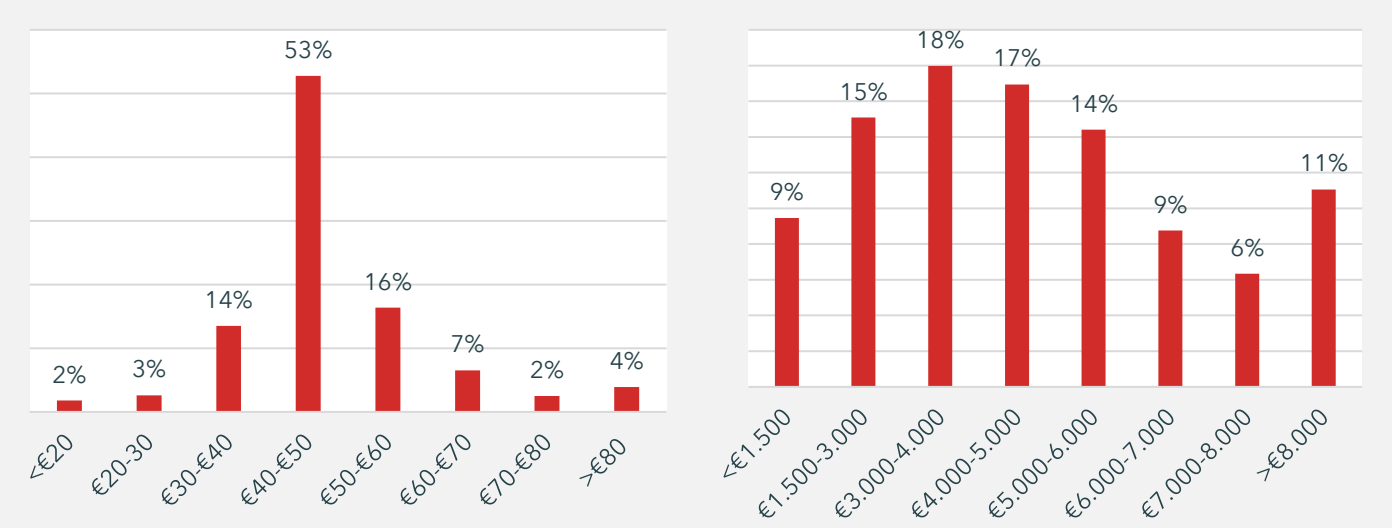
Bron: Eigen enquête SEO Economisch Onderzoek (2024)

Noot: Deze figuur geeft aan hoeveel uren per week zzp'ers in de zorg gemiddeld werken.

De verschillen in gewerkte uren kunnen worden verklaard door verschillende factoren, zoals persoonlijke voorkeuren, de beschikbaarheid van opdrachten en de mate waarin zelfstandigen hun werk flexibel willen indelen. Voor sommige zzp'ers is het werken als zelfstandige een manier om een betere werk-privébalans te realiseren, terwijl anderen ervoor kiezen om zoveel mogelijk uren te maken om hun inkomen te verhogen.

De verdeling van uurtarieven laat zien dat het merendeel van de zzp'ers in de zorg een tarief tussen de 40 en 50 euro per uur hanteert. Ongeveer 53 procent van de zzp'ers declareert een tarief tussen de 40 en 50 euro per uur, terwijl 16 procent een uurtarief tussen de 50 en 60 euro hanteert. Een kleinere groep zzp'ers (14 procent) rekent tussen de 30 en 40 euro per uur, en 13 procent declareert meer dan 60 euro per uur. De spreiding in het uurtarief is beperkt in vergelijking met het maandinkomen (zie Figuur 3.5).

Figuur 3.5 Het gemiddelde bruto uurtarief van zzp'ers in de zorg is 47 euro (links), het gemiddelde bruto maandinkomen ligt rond de 4,5 duizend euro (rechts)



Bron: Eigen enquête SEO Economisch Onderzoek (2024)

Noot: De figuur links toont het gemiddelde bruto uurtarief dat zzp'ers in de zorg declareren bij hun opdrachtgevers. Deze verdeling is gebaseerd op 843 respondenten op de eigen enquête. Rechts zijn de bruto maandinkomens van zzp'ers in de zorg te zien. Deze verdeling is gebaseerd op 868 respondenten op de eigen enquête. De grotere spreiding in het maandinkomen van zzp'ers is het resultaat van verschillen in uurtarief, werkuren per week en de mate van declarabiliteit van zzp'ers in de zorg.

De hoogte van het uurtarief is afhankelijk van verschillende factoren, zoals ervaring, specialisatie en de sector waarin zzp'ers werkzaam zijn. Zo hanteren gespecialiseerde verpleegkundigen en therapeuten doorgaans hogere tarieven dan verzorgenden. Daarnaast speelt ook de onderhandelingspositie van zzp'ers een rol: zelfstandigen die direct met zorginstellingen of cliënten werken, kunnen vaak een hoger tarief hanteren dan zzp'ers die via een bemiddelingsbureau opdrachten aannemen. Dit komt doordat bemiddelingsbureaus doorgaans een commissie of bemiddelings-fee inhouden op het uurtarief van de zzp'er.

Het bruto inkomen van zzp'ers in de zorg varieert, maar ligt doorgaans tussen de 1,5 en 8 duizend euro per maand. 18 procent van de zzp'ers verdient tussen de 3 en 4 duizend euro bruto per maand, terwijl 17 procent een inkomen van tussen de 4 en 5 duizend euro heeft. Samengenomen ligt het maandinkomen van ongeveer twee derde van de zzp'ers tussen de 1,5 en 6 duizend euro. Daarnaast zijn er aan de rechterkant van de verdeling uitschieters te zien. 11 procent van de zzp'ers verdient meer dan 8 duizend euro per maand. Deze inkomens zijn doorgaans alleen realistisch voor gespecialiseerd personeel zoals tandartsen.

De inkomenspositie van zzp'ers in de zorg is over het algemeen beter dan die van vergelijkbare functies in loondienst. Tegelijkertijd moeten zelfstandigen rekening houden met bijkomende kosten, zoals verzekeringen, pensioenopbouw en periodes zonder declarabele uren, waardoor het netto besteedbaar inkomen afwijkt van dat van werknemers in loondienst.

3.3 Motieven van zzp'ers en opdrachtgevers in de zorg

Inzicht in de motieven van zzp'ers in de zorg om als zelfstandige te werken (aanbodzijde) en de motieven van zorgorganisaties om zzp'ers in te huren (vraagzijde) is belangrijk om relevante alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief te kunnen inschatten. Het nulalternatief beschrijft een denkbeeldige situatie op de arbeidsmarkt in de zorg, waarin het niet langer mogelijk is voor werkenden om als zzp'er actief te zijn of voor zorgorganisaties om zzp'ers in te huren.

Motieven zzp'ers in de zorg

Zelfstandigen in de zorg kunnen verschillende motieven hebben om zich aan te bieden als zelfstandige. De belangrijkste reden om te kiezen voor een zelfstandige positie in de zorgsector is de mogelijkheid om zelf de hoeveelheid en het tijdstip van werkzaamheden te bepalen (45 procent geeft aan dat dit een reden is, zie Tabel 3.1). Zelfstandigen benadrukken daarnaast dat het zzp-schap hen in staat stelt een evenwichtige combinatie van werk en privéleven te realiseren (26 procent). Bovendien verwachten zzp'ers als zelfstandige betere zorg te kunnen verlenen dan in loondienst. Financiële motieven spelen hierbij een minder belangrijke rol: slechts 19 procent van de ondervraagden geeft aan dat dit een reden was om als zzp'er in de zorg te gaan werken. Deze bevindingen worden bevestigd in andere onderzoeken. Zo blijkt uit onderzoek van RegioPlus (2021) dat salaris niet de belangrijkste drijfveer is van zzp'ers en uit onderzoek van SoloPartners (2024) dat salaris het minst belangrijke werkaspect vormt. Minder regelgeving of afwisselender werk zijn ook geen belangrijke motieven om zzp'er te worden. Wel moet hierbij in ogenschouw worden genomen dat antwoorden op dit soort vragen deels worden beïnvloed door sociale wenselijkheid en het heersende maatschappelijke discours rondom motieven voor zelfstandig ondernemerschap in de zorg.

Tabel 3.2 De belangrijkste reden om te kiezen voor het zzp-schap in de zorg is het zelf kunnen bepalen van werktijden

Belangrijkste reden om zelfstandige te worden	AZW (2023)
Ik wilde zelf bepalen hoeveel en wanneer ik werk	45%
Ik wilde werk en privé beter kunnen combineren	26%
Ik wilde betere zorg kunnen geven	25%
Mijn beroep wordt meestal als zelfstandige uitgeoefend	25%
Ik kon meer verdienen als zelfstandige	19%
Ik zocht een nieuwe uitdaging	17%
Ik wilde iets voor mezelf opbouwen	15%
Ik wilde niet (meer) voor een baas werken	14%
Ik heb altijd al als zelfstandige willen werken	12%
Ik wilde minder regelgeving	10%
Ik wilde afwisselender werk	9%
Ik kon geen geschikte baan vinden als werknemer (in loondienst)	5%
Mijn werkgever wilde dat ik als zelfstandige ging werken	3%

Bron: Zelfstandigenonderzoek AZW (2023)

Noot: Er waren meerdere antwoorden mogelijk.

In een expertmeeting is bevestigd dat het zelf bepalen wanneer en hoeveel er gewerkt wordt de belangrijkste reden is voor zzp'ers in de zorg om te kiezen voor zelfstandig ondernemerschap. Experts geven aan dat zelfstandigen veel waarde hechten aan de mogelijkheid om zelf te bepalen wanneer en hoeveel ze werken, zonder afhankelijk te zijn van roostermakers. Het zzp-schap biedt hen de vrijheid om hun werk te combineren met andere verplichtingen, zoals huishoudelijke taken. Dit maakt het realiseren van een werk-privébalans aanzienlijk eenvoudiger.

Daarnaast blijkt uit de expertmeeting dat werkervaring en autonomie een grote rol spelen. Zzp'ers in de zorg willen vaak af van de overlegstructuren en bureaucratie die bij een (vast) dienstverband behoren. Zij richten zich liever volledig op het verlenen van zorg, zonder verstrikt te raken in wat zij als 'randzaken' beschouwen. Dit kan verklaren waarom zelfstandigen denken betere zorg te kunnen verlenen (zie Tabel 3.1).

Financiële overwegingen blijken ook volgens experts een minder prominente rol te spelen. Hoewel collega's die al zzp'er zijn vaak melden dat zij op de korte termijn netto meer overhouden, vormt de financiële prikkel slechts een aanvullende motivatie om de overstap naar zelfstandig ondernemerschap te maken.

Motieven opdrachtgevers in de zorg

Zorgorganisaties kunnen uiteenlopende redenen hebben om zelfstandigen in te huren. Onderzoek naar deze motieven richt zich vaak op de bredere inzet van zzp'ers en andere flexibele arbeidsvormen. Hieruit blijkt dat werkgevers vooral kiezen voor zzp'ers bij een tijdelijke behoefte aan specialistische kennis of om piekbelasting en projectmatige werkzaamheden op te vangen (Josten et al., 2014).

Een recente studie van het CBS (2022) identificeert vier hoofdfactoren die een rol spelen bij de afweging om zzp'ers in te schakelen. De eerste factor is de *tijdsduur en voorspelbaarheid van de arbeidsvraag*. Zzp'ers worden voornamelijk ingezet wanneer de arbeidsvraag onvoorspelbaar is of voor een beperkte of eenmalige periode, zoals bij ziekte of kortlopende opdrachten. De tweede factor betreft de *aard van de arbeidsvraag*, waar wordt gekeken naar het vereiste specialisme, de benodigde kennis en vaardigheden, en of het om kerntaken gaat. Specialistische kennis en schaarse kennis binnen de eigen organisatie blijken belangrijke factoren voor werkgevers om zzp'ers in te huren. De derde factor is de *voorkeur van de werkende*, waarbij werkgevers soms zzp'ers inhuren wanneer werknemers een voorkeur hebben voor het zzp-schap. De vierde factor betreft de *kosten*, waarbij de rol van kosten bij de keuze voor de contractvorm beperkt lijkt te zijn. Werkgevers hebben uiteenlopende opvattingen over de kosten van zzp'ers vergeleken met andere contractvormen. Over het algemeen geven werkgevers de voorkeur aan reguliere (tijdelijke) contracten, maar vinden zij specialistische kennis, werkervaring en de voorkeur van de werkenden belangrijker dan het type contract.

Uit het Arbeidsvraagpanel van het SCP (2022) blijkt eveneens dat de belangrijkste reden om zzp'ers in te huren een tijdelijke behoefte aan specialistische kennis is. Bij 40 procent van de werkgevers wordt dit als motief genoemd. Daarnaast worden seizoensgebonden werk of tijdelijke fluctuaties in werkdruk (19 procent) en projectmatige of tijdelijk gefinancierde opdrachten (13 procent) als redenen genoemd voor de inzet van zzp'ers.

Volgens zelfstandigen en werknemers in de zorg is de voornaamste reden voor het inhuren van zelfstandigen door zorgorganisaties het opvangen van personeelskrapte. Deze tekorten ontstaan vooral door de afwezigheid van medewerkers tijdens vakantie of ziekte, maar ook door structurele tekorten aan personeel (niet genoeg gekwalificeerd personeel). Deze bevinding komt overeen met de eerste factor uit het CBS-onderzoek omtrent het tijdsaspect in de arbeidsvraag. Daarnaast geeft circa 10 procent van de respondenten aan dat

zelfstandigen voornamelijk worden ingezet vanwege hun flexibiliteit bij het inspelen op verandering in de zorgvraag (zie Tabel 3.3). Slechts een klein deel denkt dat zorgorganisaties zelfstandigen inhuren vanwege hun specialistische kennis. De tweede factor uit het CBS-onderzoek omtrent de aard van de arbeidsvraag lijkt dus in mindere mate te gelden voor de inhuur van zzp'ers in de zorg.

Tabel 3.3 Volgens zelfstandigen en werknemers in de zorg is personeelskrapte de voornaamste reden voor de inhuur van zelfstandigen door zorgorganisaties

Reden inhuren van zelfstandigen	Zelfstandigen	Werknemers
Personeelstekorten door ziekte/vakanties	41%	48%
Niet genoeg gekwalificeerd personeel	27%	29%
Flexibiliteit bij veranderingen in zorgvraag	11%	8%
Zelfstandigen zijn gemotiveerder/productiever	8%	0%
Specialistische kennis van zelfstandigen	6%	7%
Vermijden langdurige verplichtingen	5%	5%
Lagere administratieve lasten	2%	3%
Aantal respondenten	**893**	**404**

Bron: Eigen enquête SEO Economisch Onderzoek (2024)

Uit de expertmeeting blijkt eveneens dat de voornaamste reden voor het inhuren van zelfstandigen in de zorg krapte aan personeel is. Het tekort aan zorgpersoneel maakt het noodzakelijk zzp'ers in te schakelen om openstaande diensten in te vullen en de zorgcontinuïteit te waarborgen. Zelfstandigen dragen bij aan de flexibiliteit en het opvullen van roosters.

Daarnaast worden in bepaalde zorgsectoren, zoals de jeugdzorg, zelfstandigen vaak ingezet omdat zij een belangrijke rol spelen bij het invullen van tijdelijke of roulerende (specialistische) zorgvragen. Door de tijdelijke aard van deze zorg is het voor organisaties vaak niet wenselijk om specialisten in vaste dienst te nemen. In andere sectoren, zoals de ziekenhuiszorg, is gespecialiseerde kennis het hele jaar door nodig, waardoor vaste medewerkers de voorkeur genieten.

3.4 Alternatieven van zzp'ers en opdrachtgevers in de zorg

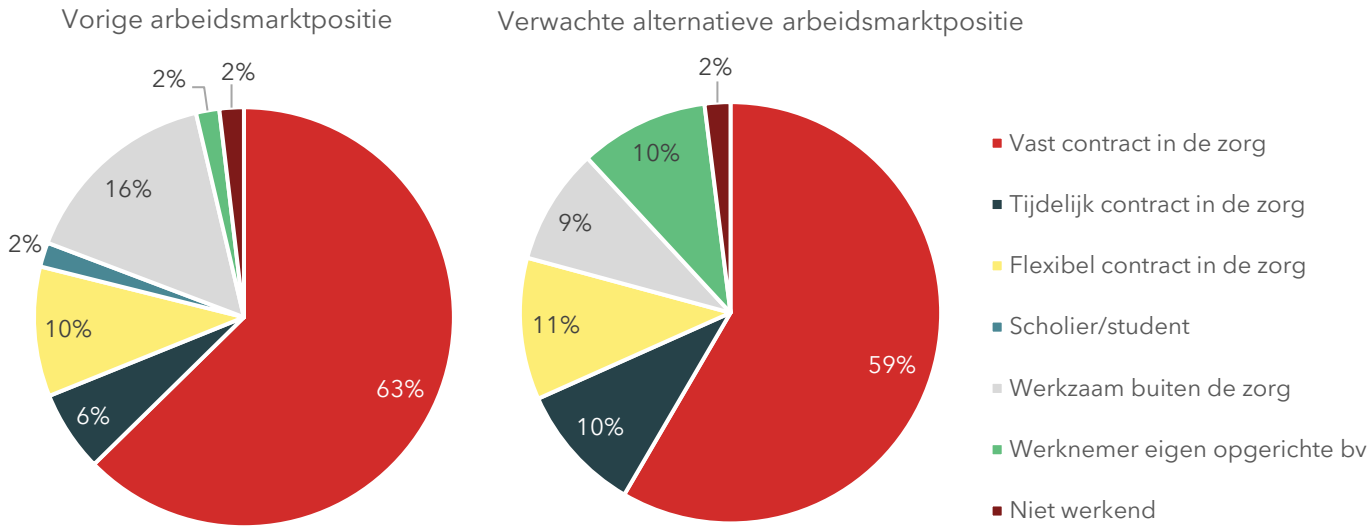
Relevante alternatieven voor het zzp-schap in de zorg zijn arbeidsvormen die grotendeels inspelen op dezelfde behoeften van zzp'ers en opdrachtgevers en die aansluiten bij hun belangrijkste motieven om als zzp'er te werken of zzp'ers in te huren. Hoewel dit in veel gevallen kan resulteren in een nieuwe match tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in de zorg, is dat niet altijd gegarandeerd. Voor sommige zzp'ers kan dit betekenen dat zij zich terugtrekken van de arbeidsmarkt of de zorgsector verlaten. Voor bepaalde opdrachtgevers kan het betekenen dat zij bepaalde zorgdiensten niet langer aanbieden of zoeken naar alternatieven zoals automatisering.

Alternatieven voor zzp'ers in de zorg

Zowel de arbeidsmarktpositie voorafgaand aan het zzp-schap in de zorg als de verwachte alternatieve arbeidsmarktpositie in een situatie zonder de mogelijkheid van het zzp-schap geven inzicht in relevante alternatieven voor zzp'ers in de zorg. Hieruit blijkt het meest voorkomende alternatief voor zzp'ers in de zorg om

in loondienst te werken in de zorg (zie Figuur 3.6). Uit de enquête komt naar voren dat 79 procent van de respondenten, voordat zij de overstap naar het zzp-schap maakten, werkzaam was in verschillende vormen van loondienst binnen de zorg. Bovendien geeft 80 procent van de zelfstandigen in de zorg aan dat zij als alternatief zouden kiezen voor een terugkeer naar een loondienstverband mochten zij niet meer als zelfstandige werkzaam kunnen zijn. In de expertsessie worden deze bevindingen bevestigd, ook de deelnemende experts verwachten dat het merendeel van de zelfstandigen in de zorg, wanneer de mogelijkheid voor zzp-schap vervalt, weer in loondienst zal terugkeren. Tevens verwachten de experts, net zoals uit de enquête blijkt, dat een deel van deze groep zal kiezen voor een uitzend- of oproepcontract, waarmee zij een zekere mate van flexibiliteit proberen te behouden die het zzp-schap hen nu biedt.

Figuur 3.6 De meeste zzp'ers in de zorg komen uit loondienst en zien dit ook als voornaamste alternatief



Bron: Eigen enquête SEO Economisch Onderzoek (2024)

Noot: Een flexibel contract omvat de categorieën: gedetacheerd, oproepkracht, invalkracht en uitzendkracht. Respondenten die bij de vraag over hun vorige arbeidsmarktpositie "anders namelijk" antwoordden zonder toelichting, zijn geclassificeerd als "niet werkend". Indien wel een toelichting is gegeven, worden zij aan de betreffende categorie toegewezen. Voor de vraag over de verwachte alternatieve arbeidsmarktpositie zijn respondenten met het antwoord "anders namelijk" doorgestuurd naar een vervolgvraag; zij zijn vervolgens aan de relevante categorie toegewezen. Steekproefomvang: N = 1.173 (vorige arbeidsmarktpositie) en N = 935 (verwachte alternatieve arbeidsmarktpositie).

Ongeveer 10 procent van de respondenten geeft aan dat zij, zonder de mogelijkheid om als zelfstandige in de zorg te werken, hun eigen bedrijf zullen oprichten. Circa 2 procent had eerder al een eigen bedrijf voordat zij zelfstandige in de zorg werden. Er is hierbij niet vastgesteld of dit bedrijf binnen of buiten de zorgsector actief was. Wanneer wordt aangegeven dat men na het wegvallen van de mogelijkheid om als zelfstandige te werken van plan is om een (nieuw) bedrijf op te richten, dan is er ook expliciet aangegeven dat dit bedrijf in de zorgsector zal opereren.

Daarnaast zal een deel van de huidige zelfstandigen waarschijnlijk de zorgsector verlaten. Uit de enquête blijkt dat 13 procent van de zzp'ers in de zorg, voordat zij zelfstandige in de zorg werden, buiten de zorg werkzaam was. Indien de mogelijkheid om als zelfstandige in de zorg te werken wegvalt, geeft 9 procent aan dat zij (weer) buiten de zorg zouden gaan werken. Ook werknemers in de zorg geven in de enquête aan dat zij verwachten dat

een deel van de huidige zelfstandigen binnen hun bedrijf de zorgsector zal verlaten als het zzp-schap niet langer mogelijk is.

Tot slot is er het alternatief om niet langer te werken zonder de mogelijkheid om als zzp'er te werken in de zorg. Voorafgaand aan de positie van zelfstandige in de zorg volgde 2 procent nog een opleiding en was 2 procent om een andere reden inactief. Ook als alternatief geeft 2 procent aan niet langer te willen werken wanneer de mogelijkheid vervalt om nog te werken als zelfstandige in de zorg.

Alternatieven voor opdrachtgevers in de zorg

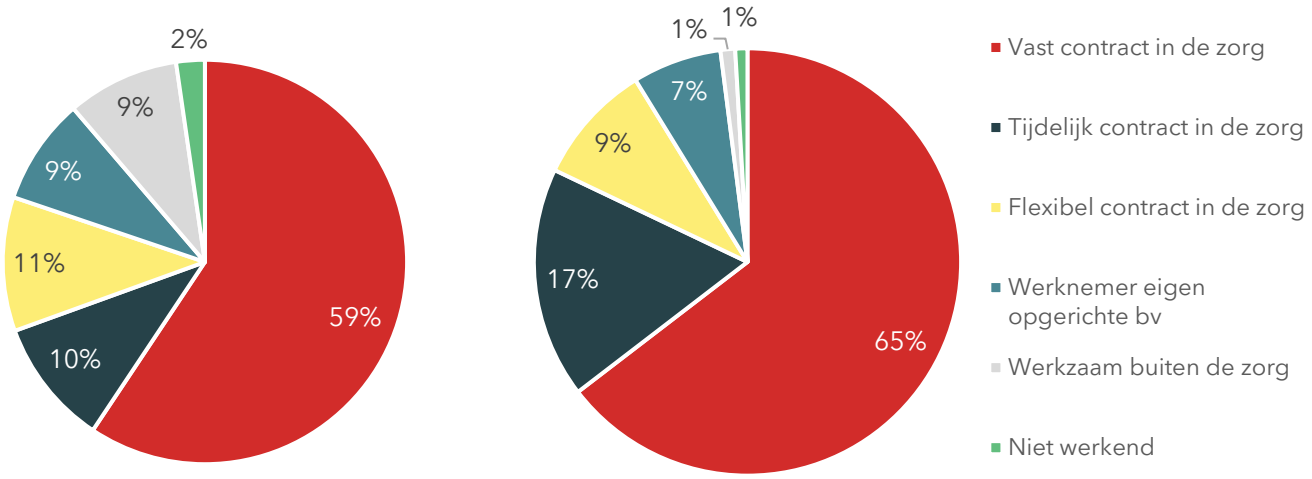
Als het zzp-schap niet langer mogelijk is in de zorg, dan moeten opdrachtgevers alternatieven vinden om toch over voldoende zorgpersoneel te beschikken. Voor de grote groep zzp'ers die vooral waarde hecht aan de vrijheid om zelf te bepalen wanneer en hoeveel ze werken, kan een flexibel contract een passend alternatief zijn. Dit biedt ook voordelen voor zorgorganisaties, omdat zij werkenden dan nog steeds flexibel kunnen inzetten bij tijdelijke personeelskrapte door ziekte of vakantie. Bij structurele tekorten geven zorgorganisaties doorgaans de voorkeur aan een vast contract. Met de juiste arbeidsvoorwaarden zullen veel zelfstandigen waarschijnlijk bereid zijn om terug te keren in loondienst. Een andere mogelijkheid is het opzetten van regionale samenwerkingen. Hierbij krijgt een zorgmedewerker een dienstverband bij één zorginstelling of een overkoepelende organisatie, maar kan hij of zij (op eigen verzoek) bij meerdere instellingen in de regio worden ingezet. Dit maakt het voor zorgorganisaties gemakkelijker om personeel flexibel te verdelen op basis van de zorgvraag. Tegelijkertijd kan deze constructie aantrekkelijk zijn voor zzp'ers, omdat het de voordelen van een vast contract, zoals pensioenopbouw en doorbetaald verlof, combineert met meer zeggenschap over het eigen rooster.

3.5 Het nulalternatief

Het nulalternatief beschrijft een denkbeeldige situatie op de arbeidsmarkt in de zorg waarin het, om welke reden dan ook, niet langer mogelijk is voor werkenden om als zzp'er actief te zijn of voor zorgorganisaties om zzp'ers in te huren. Hierbij staat het nieuwe evenwicht centraal dat op termijn ontstaat tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Dit betekent dat zowel werkenden als zorgorganisaties zich moeten aanpassen aan een nieuwe arbeidsmarktstructuur. De gevolgen van dit scenario kunnen uiteenlopen en zijn afhankelijk van de alternatieve keuzes die zzp'ers en zorginstellingen maken. Daarom geven we het nulalternatief weer als een bandbreedte, zie Figuur 3.7. Deze bandbreedte baseren we op twee scenario's. Het linkerscenario is een situatie waar relatief veel zzp'ers ervoor kiezen om buiten de zorg te gaan werken of om te stoppen met werken wanneer ze niet meer als zzp'ers actief mogen zijn. Het rechterscenario is een situatie waar de uitstroom van zzp'ers uit de zorg relatief beperkt blijft.

Het nulalternatief is gebaseerd op de verwachtingen van zzp'ers die hebben deelgenomen aan de eigen enquête en de statistische samenhang tussen arbeidsvormen in de zorg. Op basis van de expertmeeting is besloten om het nulalternatief als een bandbreedte vast te stellen. Het uiteindelijke resultaat sluit grotendeels aan bij de verwachtingen van de experts, vooral doordat de analyse expliciet rekening houdt met het zelfstandig ondernemerschap als alternatief en de onzekerheid over het aandeel dat de zorg verlaat. Het linkerscenario in Figuur 3.7 is gebaseerd op de resultaten uit de enquête, in combinatie met de statistische samenhang tussen alternatieve arbeidsvormen en inactiviteit. Het rechterscenario in Figuur 3.7 is uitsluitend gebaseerd op deze statistische samenhang. (zie Bijlage B).

Figuur 3.7 2 tot 11 procent van de zzp'ers verlaat de zorg wanneer het niet meer mogelijk is om als zzp'er in de zorg te werken



Bron: AZW StatLine (2024) en eigen enquête (2024), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Deze diagrammen tonen in twee scenario's de verwachte alternatieve arbeidsvormen die zzp'ers in de zorg kiezen in het nulalternatief. Het linkerscenario is een situatie waarin relatief veel zzp'ers ervoor kiezen om buiten de zorg te gaan werken of om te stoppen met werken wanneer ze niet meer als zzp'er actief mogen zijn. Het rechterscenario is een situatie waarin de uitstroom van zzp'ers uit de zorg relatief beperkt blijft. De legenda geeft voor beide scenario's aan om welke alternatieve arbeidsvormen het gaat. Een flexibel contract omvat de categorieën: gedetacheerd, oproepkracht, invalkracht en uitzendkracht. In het nulalternatief is het nog steeds mogelijk om zelfstandig te werken voor een eigen opgericht bedrijf (bv).

Alternatieve arbeidsvormen

Een groot deel van de zzp'ers zal terugkeren in loondienst, maar niet iedereen. Uit enquêteresultaten en de statistische analyse blijkt dat 59 tot 65 procent van de zzp'ers in de zorg zou overstappen naar een vast dienstverband. Niet alle werknemers zullen meteen een vast contract krijgen. Daarom stroomt 10 tot 17 procent naar een tijdelijk contract in de zorg. Daarnaast zou een deel kiezen voor flexibele contracten, zoals detachering, uitzendwerk of oproepcontracten. Dit geldt voor 9 tot 11 procent van de zzp'ers. Een kleiner percentage, tussen de 7 en 9 procent, zou een eigen bedrijf oprichten in de zorgsector, bijvoorbeeld als DGA van een BV.

Echter, niet alle zzp'ers zien een overstap naar loondienst als een haalbaar of wenselijk alternatief. Tussen de 1 en 9 procent van de zzp'ers in de zorg zou de sector verlaten om in een andere sector te gaan werken, terwijl een klein deel (1 tot 2 procent) zich volledig van de arbeidsmarkt zou terugtrekken. Aan respondenten die aangaven de zorg te willen verlaten voor een andere sector, is in de enquête gevraagd in welke sector zij dan zouden gaan werken. Daaruit blijkt dat van de zzp'ers die overstappen naar een andere sector, circa 46 procent kiest voor de handel, 18 procent voor de horeca en 36 procent voor het onderwijs.

De beschrijving van het nulalternatief in termen van het aandeel en de omvang van alternatieve arbeidsmarktposities van de huidige groep zzp'ers is essentieel voor de MKBA, omdat de effecten van het zzp-schap worden vastgesteld ten opzichte van dit nulalternatief. Hoewel het nulalternatief zorgvuldig is bepaald op basis van verschillende bronnen, blijft het een benadering van een hypothetische situatie die per definitie onzeker

is. Daarom analyseren we de invloed van het nulalternatief op de uitkomsten van de MKBA ook via gevoeligheidsanalyses (zie Hoofdstuk 9). In deze analyses variëren we de verdeling van alternatieve arbeidsmarktposities van zzp'ers binnen een grotere bandbreedte om de impact van deze aannames op de resultaten te toetsen.

Het verschil tussen het beleidsalternatief met zzp'ers en het nulalternatief zonder de mogelijkheid om als zzp'er te werken, heeft gevolgen voor de continuïteit en kosten van zorgverlening. Het heeft ook gevolgen voor de inkomsten van zorgprofessionals en de financiële en organisatorische positie van zorginstellingen. Dit verschil beïnvloedt de productie en arbeidskosten voor zorgorganisaties, het bruto en netto inkomen van zorgverleners en de mate waarin voormalig zzp'ers een beroep doen op sociale voorzieningen. Bovendien heeft een lagere zorgproductie negatieve gevolgen voor de wachtlijsten in de zorg en de volksgezondheid. In de volgende hoofdstukken worden de belangrijkste effecten van het zzp-schap in de zorg systematisch behandeld. Hierbij geven we steeds een inschatting van de maatschappelijke kosten en baten en van de verdeling van deze effecten over verschillende belanghebbenden in de zorgsector.

4 Productie en winst

Het zzp-schap in de zorg heeft een beperkt effect op de totale maatschappelijke productie, omdat ex-zzp'ers ook zonder deze vorm merendeels aan het werk blijven. De extra maatschappelijke productie is 2 tot 3 procent. De extra winst die zorgorganisaties behalen door de inzet van zzp'ers is verwaarloosbaar, omdat de inzet van zzp'ers in andere sectoren gemiddeld meer winst oplevert.

Dit hoofdstuk analyseert de effecten, baten en kosten van zzp'ers in de zorg met betrekking tot economische productie en toegevoegde waarde, winst en het totale saldo hiervan. De analyse van de productie en toegevoegde waarde onderzoekt het verschil in productiewaarde die zzp'ers in de zorg realiseren vergeleken met een situatie waarin het zzp-schap in de zorg niet mogelijk is (paragraaf 4.1). De winstparagraaf belicht het verschil in bruto en netto winst voor opdrachtgevers in de zorg door de inzet van zzp'ers vergeleken met een situatie zonder zzp-schap (paragraaf 4.2). Het saldo resulteert uit de optelsom van deze onderdelen (paragraaf 4.3).

4.1 Productie

Het zzp-schap in de zorg heeft een beperkt effect op de totale maatschappelijke productie omdat zzp'ers in de zorg ook zonder het zzp-schap merendeels productief aan het werk blijven. Het verschil in totale productie die zzp'ers in de zorg realiseren vergeleken met een situatie waarin zij merendeels werkzaam zijn in een andere arbeidsvorm binnen of buiten de zorg bedraagt tussen de 0,1 en 0,2 miljard euro per jaar (zie Tabel 4.1). Dit betekent slechts 2 tot 3 procent meer maatschappelijke productiewaarde dan in een situatie zonder het zzp-schap in de zorg. Dit komt vooral doordat de arbeidsvraag naar zorgpersoneel en de arbeidsdeelname van de huidige zzp'ers in de zorg niet structureel veranderen zonder de mogelijkheid van het zzp-schap. Ook verschilt de gemiddelde arbeidsproductiviteit, afgeleid van de gemiddelde arbeidskosten per uur, van deze zzp'ers niet of nauwelijks in een andere arbeidsvorm binnen de zorg. Alleen buiten de zorg ligt de gemiddelde arbeidsproductiviteit waarschijnlijk iets lager, omdat deze zzp'ers daar minder profiteren van hun zorgspecifieke menselijk kapitaal.

De waarde van de totale maatschappelijke productie die zzp'ers in de zorg realiseren, bedraagt in het beleidsalternatief 7,5 miljard euro per jaar. Dit komt overeen met circa 1 procent van het nationaal inkomen (bbp). De berekening is gebaseerd op het aantal zzp'ers in de zorg, vermenigvuldigd met de gemiddelde arbeidskosten per uur (het gemiddelde uurtarief) en het gemiddelde aantal gewerkte uren per jaar. Zonder de mogelijkheid van het zzp-schap in de zorg zou een klein deel van deze productie verloren gaan. In het nulalternatief ligt de arbeidsdeelname van zzp'ers in de zorg tussen de 1 en 2 procent lager, doordat een relatief klein deel inactief is of met (vervroegd) pensioen gaat. Het merendeel, 98 tot 99 procent, blijft in het nulalternatief echter productief aan het werk, maar dan in een andere arbeidsvorm, al dan niet binnen de zorg.

Binnen de zorg blijven de arbeidskosten per saldo gemiddeld gelijk, ondanks kleine kostenverschillen door zelfselectie tussen het zzp-schap en andere arbeidsvormen, terwijl de arbeidsproductiviteit daalt wanneer zzp'ers buiten de zorg gaan werken. Voor zzp'ers in de zorg komen de arbeidskosten per uur overeen met het gemiddelde uurtarief, zoals vastgesteld in de online enquête onder zzp'ers in de zorg. Voor vaste, tijdelijke en flexibele werknemers zijn de arbeidskosten per uur berekend op basis van het gemiddelde uurloon (54 procent),

aangevuld met bijzondere beloningen en overig loon (24 procent), premies (17 procent) en overige arbeidskosten (5 procent) volgens het Arbeidskostenonderzoek van het CBS (2023b). De kostenverschillen blijven relatief klein en ontstaan door zelfselectie van zzp'ers in alternatieve arbeidsvormen. De meest productieve en ervaren zzp'ers krijgen een vast contract of starten als dga zonder personeel, terwijl de minst productieve en minst ervaren zzp'ers op oproepbasis of via detachering werken. Gemiddeld ligt de arbeidsproductiviteit voor zzp'ers die binnen de zorg blijven werken, maar overstappen naar een andere arbeidsvorm in het nulalternatief, op hetzelfde niveau als in het beleidsalternatief. Hierdoor zijn de gemiddelde arbeidskosten per uur over de alternatieve posities binnen de zorg in het nulalternatief (gewogen naar omvang in aantallen) gelijk aan de arbeidskosten per uur voor zzp'ers in de zorg. Bij zzp'ers die buiten de zorg gaan werken, is het verschil in arbeidskosten per uur gemiddeld wel iets lager. Dit komt doordat zij niet langer profiteren van hun zorgspecifieke menselijk kapitaal, wat resulteert in een lagere productiviteit en een minder hoge beloning. De gemiddelde arbeidsduur, het aantal uren dat een werkende in een jaar werkt, verschilt bij zzp'ers in de zorg nauwelijks tussen het zzp-schap en andere arbeidsvormen, noch tussen werk binnen en buiten de zorg, en wordt vooral bepaald door zelfselectie.

De totale maatschappelijke productiewaarde in het nulalternatief bedraagt per saldo tussen de 7,3 en 7,4 miljard euro per jaar. De extra maatschappelijke productie die zzp'ers in de zorg in de huidige situatie (het beleidsalternatief) realiseren, ontstaat door de verrekening met de productiewaarde in het nulalternatief. Deze extra maatschappelijke productie ligt tussen de 0,1 en 0,2 miljard euro per jaar.

Tabel 4.1 Het zzp-schap heeft een beperkt effect op de totale maatschappelijke productie

	Aantal in dzd.[a] (A)	Arbeidskosten per uur[b] (B)	Gewerkte uren per jaar[c] (C)	Totale productie in mld. (D = A × B × C)
Situatie met zzp-schap				
Zelfstandigen zonder personeel	131	€ 47	1.220	€ 7,5
Totale productie beleidsalternatief (A)				**€ 7,5**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief B)				
Vast contract	85 tot 78	€ 51	1.280	€ 5,5 tot € 5,1
Tijdelijk contract	23 tot 13	€ 38	1.120	€ 1,0 tot € 0,6
Flexibel contract	11 tot 14	€ 37	700	€ 0,3 tot € 0,4
Dga zonder personeel	9 tot 11	€ 47	1.220	€ 0,5 tot € 0,6
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	€ 46	1.180	€ 0,1 tot € 0,7
Inactief	1 tot 3	€ 0	0	€ 0
Totale productie nulalternatief (B)				**€ 7,4 tot € 7,3**
Verschil in productie (C = A - B)				**€ 0,1 tot € 0,2**

Bron: Eigen enquête (2024), AZW (2023c) en CBS StatLine (2023b), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal corresponderend met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.
[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.

[b] De arbeidskosten per uur voor zzp'ers in de zorg zijn gebaseerd op gemiddelden uit de enquête. Respondenten met een uurtarief hebben antwoord gegeven op de vraag: Wat is gemiddeld genomen het bruto uurtarief (exclusief btw) dat u uw opdrachtgevers in rekening brengt? Respondenten die werken op basis van een vast bedrag, hebben de volgende vragen beantwoord: Wat was de totaalvergoeding voor de laatst uitgevoerde opdracht/behandelde cliënt (exclusief btw)? en Hoeveel uur heeft u gewerkt voor deze opdrachtgever/cliënt? Voor dga's zonder personeel zijn de arbeidskosten gelijk verondersteld aan die van zzp'ers in de zorg. De arbeidskosten per uur voor werknemers met een vast, tijdelijk of flexibel contract in de zorg zijn gebaseerd op het gemiddelde van openbare CBS-data en de enquête. De CBS-gegevens over beloningen en arbeidskosten omvatten het gemiddelde uurloon (54 procent) plus opslagen voor bijzondere beloningen en overig loon (24 procent), premies (17 procent) en overige arbeidskosten (5 procent), gecorrigeerd naar opleidingsniveau. In de enquête is gevraagd naar het bruto maandsalaris en het aantal gewerkte uren, waarmee het uurtarief is gereconstrueerd. Vervolgens zijn de arbeidskosten per uur voor de alternatieve arbeidsposities in het nulalternatief (zoals afgeleid uit CBS en enquête) herschaald, zodat het gewogen gemiddelde overeenkomt met dat van een zzp'er in de zorg. Voor werk buiten de zorg is op basis van CBS-data een gewogen gemiddelde berekend van het gemiddelde uurloon (met opslagen voor bijzondere beloningen, overig loon, premies en overige arbeidskosten) voor de sectoren handel (46 procent), horeca (18 procent) en onderwijs (36 procent).

[c] Het aantal gewerkte uren per jaar voor zzp'ers in de zorg is gebaseerd op gegevens van AZW (2023c) over het gemiddelde aantal declarabele uren per week van zelfstandigen in zorg en welzijn (smal). Dit weekgemiddelde is vermenigvuldigd met 52 weken om het jaartotaal te berekenen. De uren voor de alternatieve arbeidsvormen zijn gebaseerd op CBS-data over de gemiddelde arbeidsduur per sector en per type dienstverband. Voor flexibele contracten in de zorg is het gemiddelde genomen van de arbeidsduur bij uitzend- en oproepcontracten in de zorgsector. Voor dga's zonder personeel is uitgegaan van 85 procent van het aantal uren van huidige dga's in de zorgsector. Voor werk buiten de zorg is gerekend met 46 procent van de gemiddelde arbeidsduur in de sector handel, 18 procent in de sector horeca en 36 procent in de sector onderwijs. Er is aangenomen dat de huidige populatie zzp'ers in de zorg die in het nulalternatief actief blijft, in totaal evenveel uren blijft werken binnen de alternatieve arbeidsvormen. Daarom zijn de uit de data volgende uren gewogen naar het aandeel zzp'ers dat overstapt naar deze alternatieve vormen

4.2 Bruto en netto winst

Het effect in termen van de extra bruto en netto winst die zorgorganisaties behalen door de inzet van zelfstandigen is verwaarloosbaar (zie Tabel 4.2). De extra bruto winst is slechts een toename van 0,01 procent in het beleidsalternatief ten opzichte van een situatie zonder zelfstandigen in de zorg (het nulalternatief). Dit minimale verschil in bruto winst heeft drie oorzaken. Ten eerste verschilt de productiewaarde tussen het beleids- en nulalternatief nauwelijks. Dit komt doordat de vraag naar arbeid en de arbeidsdeelname vrijwel gelijk blijven en de gemiddelde productiviteit tussen verschillende arbeidsvormen in de zorg nauwelijks verschilt. Ten tweede blijken zelfstandigen niet in staat om de winst van zorgorganisaties naar zich toe te trekken. De winstmarges die zorgorganisaties overhouden per gewerkt uur zijn dus niet afhankelijk van de arbeidsvorm. Ten derde liggen de winstmarges per gewerkt uur buiten de zorg gemiddeld hoger dan binnen de zorg. Dit zorgt voor een positief effect op de totale bruto winst in het nulalternatief. Dat de totale winst in het nulalternatief net iets lager ligt dan in het beleidsalternatief komt doordat het positieve effect (van werken buiten de zorg) het negatieve effect van het productiviteitsverlies net niet volledig compenseert.

Tabel 4.2 Er zijn nauwelijks effecten op de bruto of netto winst door de inzet van zelfstandigen in de zorg

	Aantal in dzd.[a] (A)	Totale productie[b] (B)	Bruto winstmarge (C)	Totale bruto winst in mld. (d = B x C)
Situatie met zzp-schap				
Zelfstandigen zonder personeel	131	€ 7,5	3%	€ 0,2
Totale bruto winst beleidsalternatief (A)				**€ 0,2**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief)				
Vast contract	85 tot 78	€ 5,5 tot € 5,1	3%	€ 0,2
Tijdelijk contract	23 tot 13	€ 1,0 tot € 0,6	3%	< € 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	€ 0,3 tot € 0,4	3%	< € 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	€ 0,5 tot € 0,6	3%	< € 0,1
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	€ 0,1 tot € 0,6	5%	< € 0,1
Inactief	1 tot 3	€ 0	0%	€ 0
Totale bruto winst nulalternatief (B)				**€ 0,2**
Verschil in bruto winst (C = A – B)				**< € 0,1**
Winstbelasting 25% (D)				< € 0,1
Verschil in netto winst (E = C – D)				**< € 0,1**

Bron: Eigen enquête (2024) en CBS StatLine (2022b en 2023b), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal corresponderend met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.

[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.

[b] De totale productie volgt uit Tabel 4.1

[c] De winstmarges in de zorg zijn gebaseerd op financiële kengetallen zorginstelling van het CBS (2021). De winstmarges voor algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicapten zorg, verpleging en verzorging en thuiszorg zijn gewogen naar omvang om op één gemiddelde winstmarge voor de zorgsector uit te komen. De winstmarge geeft het percentage aan dat van de omzet overblijft nadat alle kosten, exclusief belastingen, rentelasten en dividend voor preferente aandelen, zijn afgetrokken. Vervolgens zijn voor de sectoren handel en horeca de winstmarges op vergelijkbare manier berekend (resultaat voor belastingen/bedrijfsopbrengsten) op basis van CBS-data over arbeids- en financiële gegevens per branche. Voor de onderwijssector is een winstmarge van nul procent aangenomen. De winstmarges voor werkzaam buiten de zorg zijn 46 procent keer de winstmarge (7 procent) in de sector handel, 18 procent keer de winstmarge (8 procent) in de sector horeca en 36 procent keer de winstmarge (0 procent) in de sector onderwijs.

De bruto winst die opdrachtgevers in zowel het beleids- als nulalternatief behalen door de inhuur van zzp'ers bedraagt naar schatting 0,2 miljard euro per jaar. Deze berekening is gebaseerd op de extra productiewaarde, vermenigvuldigd met de bruto winstmarge. Voor de zorgsector is de bruto winstmarge het gemiddelde van de zorgsectoren gewogen naar de omvang van de zorgsectoren CBS (2022b). Voor sectoren buiten de zorg is de bruto winstmarge berekend op basis van CBS-data (2021) en vormt het een gewogen gemiddelde van handel, horeca en onderwijs. Er is aangenomen dat de gemiddelde bruto winstmarge tussen verschillende arbeidsvormen in de zorg niet verschilt. Dit kan worden onderbouwd door de constatering dat zorgorganisaties over het algemeen geen

uitgesproken voorkeur hebben voor zzp'ers boven andere contractvormen. De bruto winst in het nulalternatief is eveneens rond de 0,2 miljard euro per jaar. Dit betekent dat de extra bruto winst die zorgorganisaties door de inzet van zzp'ers in de huidige situatie realiseren ten opzichte van het nulalternatief minimaal is.

4.3 Saldo productie en winst

Het zzp-schap in de zorg verhoogt vooral de zorgproductie, maar nauwelijks de totale maatschappelijke productie, omdat zzp'ers ook zonder het zzp-schap in de zorg productief aan het werk blijven. Zzp'ers in het beleidsalternatief zorgen voor 0,2 tot 0,9 miljard euro per jaar meer zorgproductie.[1] De extra maatschappelijke productie en bruto winst komen ten goede aan zorgorganisaties, maar gaan ten koste van productie bij organisaties in andere sectoren (zie Tabel 4.3). Overige organisaties zouden in het nulalternatief namelijk een deel van de huidige zzp'ers opnemen, waardoor zij in de situatie met zzp-schap in de zorg 0,1 tot 0,7 miljard euro per jaar mislopen aan productie en iets minder bruto winst maken.[2] Over de extra bruto winst dragen zorgorganisaties extra winstbelasting af aan de overheid.

Tabel 4.3 De extra productie komt ten goede aan zorgorganisaties maar gaat ten koste van andere organisaties

(× mld.)	Zorg-organisaties	Organisaties in andere sectoren	Zzp'ers in de zorg	Werknemers in de zorg	Overheid en de rest van de maatschappij	Totaal
Productie	€0,2 tot €0,9	-€0,1 tot -€0,7				€0,1 tot €0,2
Winst	<€0,1	<-€0,1			< €0,1	<€0,1
Totaal productie en winst	**€0,2 tot €0,9**	**-€0,1 tot -€0,7**			**< €0,1**	**€0,1 tot €0,2**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5).

1 Dit is de productie in het beleidsalternatief min de productie van alle andere arbeidsvormen in de zorg in het nulalternatief. Dit komt neer op 7,5 mld. -6,6 mld. en 7,5 mld. –7,3 mld. voor respectievelijke de boven- en ondergrens.

2 Dit is de rij werken buiten de zorg in Tabel 4.1.

5 Arbeidskosten en inkomens

Zorgorganisaties profiteren van extra zorgproductie en maken daarbij ook extra kosten voor beloningen, premies, ziekteverzuim en scholing. Organisaties buiten de zorg zien juist lagere productie, maar ook lagere arbeidskosten. Zzp'ers in de zorg profiteren van een hoger netto inkomen, dat per saldo opweegt tegen de extra kosten voor verzekeringen, ziekteverzuim en scholing.

5.1 Bruto beloningen

De groep zzp'ers in de zorg ontvangt een hogere bruto beloning van ongeveer 1,9 miljard euro voor de productie die zij leveren ten opzichte van de situatie zonder zzp-schap in de zorg (zie Tabel 5.1). Dit komt neer op een bruto beloning die circa 33 procent hoger ligt dan in een situatie zonder de mogelijkheid om als zelfstandige in de zorg te werken. De belangrijkste oorzaak hiervan is het hogere bruto uurtarief van zelfstandigen in vergelijking met andere arbeidsvormen in de zorg. Hoewel de totale arbeidskosten per uur vrijwel gelijk zijn (zie Tabel 4.1), ontvangen zelfstandigen hun volledige bruto beloning zelf. Bij arbeidsvormen in loondiensten houdt de zorgorganisatie daarentegen nog sociale premies en pensioenbijdragen in en wordt een deel van de bruto arbeidskosten per uur besteed aan overige arbeidskosten. Hierdoor kunnen opdrachtgevers een groter deel van de productiewaarde (zie paragraaf 4.1) als bruto beloning uitkeren aan zelfstandigen dan aan arbeidsvormen in loondienst.

De totale bruto beloning van zzp'ers in de zorg bedraagt ongeveer 7,5 miljard euro per jaar. Dit bedrag is berekend op basis van het aantal zzp'ers in de zorg en hun individuele bruto beloning per jaar. Hun individuele bruto beloning per jaar is het product van de bruto beloning per uur en het aantal gewerkte uren. In het nulalternatief ligt de bruto beloning lager, namelijk circa 5,6 miljard euro per jaar. Dit verschil ontstaat voornamelijk doordat personeel in andere arbeidsvormen in de zorg een lagere bruto beloning per uur ontvangt dan zelfstandigen. Selectie-effecten zijn hierbij uitgesloten, omdat de gewogen gemiddelde arbeidskosten per uur gelijk zijn gehouden; het verschil komt vooral doordat werkgeverslasten bij zzp'ers opgaan in een hogere bruto beloning. Daarnaast verlaat in het nulalternatief een klein deel van de zelfstandigen de arbeidsmarkt, waardoor zij geen bruto beloning meer ontvangen. Het verschil in bruto beloning tussen het beleidsalternatief en het nulalternatief bedraagt 1,9 miljard euro per jaar.

Tabel 5.1 Zzp'ers ontvangen een hogere bruto beloning in het beleidsalternatief dan in het nulalternatief

	Aantal in dzd.[a](A)	Bruto beloning per uur[b] (B)	Gewerkte uren per jaar [c](C)	Bruto beloning per persoon (D=B x C)	Totale bruto beloning in mld. (E=A x D)
Situatie met zzp-schap					
Zelfstandigen zonder personeel	131	€ 47	1.220	€ 57.000	€ 7,5
Totale bruto beloning beleidsalternatief (A)					**€ 7,5**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief)					
Vast contract	85 tot 78	€ 40	1.280	€ 49.000	€ 4,1 tot € 3,8
Tijdelijk contract	23 tot 13	€ 30	1.120	€ 32.000	€ 0,7 tot € 0,4
Flexibel contract	11 tot 14	€ 29	700	€ 19.000	€ 0,2 tot € 0,3
Dga zonder personeel	9 tot 11	€ 47	1.220	€ 57.000	€ 0,5 tot € 0,6
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	€ 34	1.180	€ 41.000	<€ 0,1 tot € 0,5
Inactief	1 tot 3	€ 0	0	€ 0	€ 0
Totale bruto beloning nulalternatief (B)					**€ 5,6**
Verschil in bruto beloning (C = A – B)					**€ 1,9**

Bron: Eigen enquête (2024) en CBS StatLine (2023b), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.

[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief zijn gebaseerd op paragraaf 3.5.

[b] De bruto beloning per uur is voor zzp'ers in de zorg en dga's gelijk aan de arbeidskosten per uur (zie Tabel 4.1). Voor alternatieve arbeidsvormen geldt dat de bruto beloning per uur de som is van gemiddelde uurloon en opslagen voor bijzondere beloningen en overig loon. Dit komt samen neer op 78 procent voor werknemers in de zorg en 79 procent voor werknemers buiten de zorg van de arbeidskosten per uur uit Tabel 4.1.

[c] Het aantal gewerkte uren per jaar voor zzp'ers in de zorg is gebaseerd op gegevens van AZW (2023) over het gemiddelde aantal declarabele uren per week van zelfstandigen in zorg en welzijn (smal). Dit weekgemiddelde is vermenigvuldigd met 52 weken om het jaartotaal te berekenen. De uren voor de alternatieve arbeidsvormen zijn gebaseerd op CBS-data over de gemiddelde arbeidsduur per sector en per type dienstverband. Voor flexibele contracten in de zorg is het gemiddelde genomen van de arbeidsduur bij uitzend- en oproepcontracten in de zorgsector. Voor dga's zonder personeel is uitgegaan van 85 procent van het aantal uren van huidige dga's in de zorgsector. Voor werk buiten de zorg is gerekend met 46 procent van de gemiddelde arbeidsduur in de sector handel, 18 procent in de sector horeca en 36 procent in de sector onderwijs. Er is aangenomen dat de huidige populatie zzp'ers in de zorg die in het nulalternatief actief blijft, in totaal evenveel uren blijft werken binnen de alternatieve arbeidsvormen. Daarom zijn de uit de data volgende uren gewogen naar het aandeel zzp'ers dat overstapt naar deze alternatieve vormen.

5.2 (Sociale) premies

In het nulalternatief dragen opdrachtgevers sociale premies af over de bruto beloning van zzp'ers in de zorg die in het nulalternatief in loondienst werken (zowel binnen als buiten de zorg). In het beleidsalternatief ontvangen zzp'ers daarentegen een hogere bruto beloning dan wanneer zij in loondienst zouden zijn (zie Paragraaf 5.1). Tegelijkertijd dragen zij zelf de risico's van vraaguitval, ziekte, arbeidsongeschiktheid en pensioen. Deze risico's kunnen zij vrijwillig afdekken via private arbeidsongeschiktheids- en/of pensioenverzekeringen.

Opdrachtgevers

In het nulalternatief betalen zorgorganisaties en overige organisaties jaarlijks ongeveer 1,1 miljard euro per jaar aan sociale premies, waaronder bijdragen aan de WW, ZW en WIA en pensioenpremies, voor de additionele werknemers (zie Tabel 5.2). Met andere woorden, zorgorganisaties en overige organisaties dragen in de situatie met zzp'ers in de zorg 1,1 miljard euro per jaar minder af aan sociale premies dan in een situatie waarin het zzp-schap in de zorg niet meer mogelijk zou zijn. Dit komt doordat zorgorganisaties en overige organisaties geen sociale premies af hoeven te dragen over de bruto beloning van zzp'ers, terwijl dit bij arbeidsvormen in loondienst wel het geval is.

Tabel 5.2 In het nulalternatief wordt er 1,5 miljard meer aan sociale premie afgedragen

	Aantal in dzd.[a] (A)	Totale arbeidskosten[b] (B)	Gemiddelde (sociale) premies[c] (C)	Totaal (sociale) premies in mld. (D=B x C)
Situatie met zzp-schap				
Zelfstandigen zonder personeel	131	€ 7,5	0%	€ 0
Totale (sociale) premies beleidsalternatief (A)				**€ 0**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief)				
Vast contract	85 tot 78	€ 5,5 tot € 5,1	17%	€ 0,9 tot € 0,8
Tijdelijk contract	23 tot 13	€ 1,0 tot € 0,6	17%	€ 0,2 tot € 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	€ 0,3 tot € 0,4	17%	<€ 0,1 tot € 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	€ 0,5 tot € 0,6	0%	€ 0
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	€ 0,1 tot € 0,6	19%	<€ 0,1 tot € 0,1
Inactief	1 tot 3	€ 0	0%	€ 0
Totaal (sociale) premies nulalternatief (B)				**€ 1,1**
Verschil in (sociale) premies (C = A - B)				**€ 1,1**

Bron: Eigen enquête (2024) en CBS StatLine (2023b), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.

[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.

[b] De totale arbeidskosten zijn gelijk aan de totale productie en volgen uit Tabel 4.1

[c] De gemiddelde afdracht van (sociale) premies volgt uit CBS-data over de structuur van arbeidskosten per sector en is de som van alle premies als aandeel in de totale arbeidskosten. Voor het beleidsalternatief is het gewogen gemiddelde van de premie als aandeel van de totale arbeidskosten over handel (17 procent premie en wegingsfactor 0.46), horeca (20 procent premie en wegingsfactor 0.18) en onderwijs (20 procent premie en wegingsfactor 0.36) genomen.

De totale afdracht aan (sociale) premies in het nulalternatief is het product van de totale arbeidskosten binnen de alternatieve arbeidsvorm en het percentage (van de totale arbeidskosten) dat wordt ingehouden voor (sociale) premies. Volgens het Arbeidskostenonderzoek van CBS (2023b) bedraagt de gemiddelde sociale premiedruk voor werknemers in loondienst in de zorgsector ongeveer 17 procent van de totale arbeidskosten. Voor sectoren waar zorg-zzp'ers naartoe zouden uitstromen, ligt dit percentage gemiddeld op 19 procent. Op basis hiervan komt de totale extra afdracht aan sociale premies in het nulalternatief uit op 1,1 miljard euro per jaar. Dit bedrag vormt tevens het verschil met het beleidsalternatief, omdat in het beleidsalternatief zorgorganisaties geen sociale premies hoeven af te dragen over de bruto beloning van zzp'ers. Het grootste deel van de 1,1 aan premies wordt afgedragen door zorgorganisaties, aangezien zij de som van alle loondienstvormen binnen de zorg in het nulalternatief afdragen. Een kleiner deel komt voor rekening van overige organisaties, zij dragen premies af voor het deel dat in het nulalternatief buiten de zorg werkzaam is.

Zelfstandigen

Zzp'ers in de zorg dragen in totaal 0,1 miljard euro per jaar van hun bruto inkomen af aan private premies (zie Tabel 5.3). In tegenstelling tot werknemers in loondienst betalen zorgorganisaties geen sociale premies voor zzp'ers. Een deel van de zzp'ers kiest er echter voor om zich privaat te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid en individueel een aanvullend pensioen op te bouwen. Deze groep draagt jaarlijks premie af aan private verzekeraars en pensioenfondsen.

Tabel 5.3 Zzp'ers in de zorg verzekeren zich voor circa 0,1 miljard aan arbeidsongeschiktheid en pensioen

	Aantal in dzd.[a] (A)	Percentage verzekerd AOV[b] (B)	Bruto beloning[c] (C)	Percentage ingelegd aan AOV-premie[d] (D)	Afgedragen aan AOV in mld. (E=A × B × C × D)
Situatie met zzp-schap					
Zelfstandigen zonder personeel	131	13,7%	€ 7,5	6,9%	€ 0,1
Totale AOV premies beleidsalternatief (A1)					**€ 0,1**
Situatie zonder zzp-schap					
Dga zonder personeel	9 tot 11	13,7%	€ 0,5 tot € 0,6	6,9%	<€ 0,1
Totaal AOV premies nulalternatief (B1)					**<€ 0,1**
Verschil in AOV premies (C 1= A 1- B1)					**€ 0,1**
	Aantal in dzd.[a] (A)	Percentage verzekerd privaat pensioen[b] (B)	Bruto beloning[c] (C)	Percentage ingelegd aan pensioen-premie[d] (D)	Afgedragen aan pensioenpremie mld. (E=A × B × C × D)
Situatie met zzp-schap					
Zelfstandigen zonder personeel	131	9,0%	€ 7,5	4,1%	<€ 0,1
Totale pensioenpremies beleidsalternatief (A2)					**<€ 0,1**
Situatie zonder zzp-schap					
Dga zonder personeel	9 tot 11	9,0%	€ 0,5 tot € 0,6	4,1%	<€ 0,1
Totaal pensioenpremies nulalternatief (B2)					**<€ 0,1**
Verschil in (sociale) premies (C2 = A2 - B2)					**<€ 0,1**
Totaal premies beleidsalternatief (A1+A2)					€ 0,1
Totaal premies nulalternatief (B1+B2)					<€ 0,1
Verschil premies totaal (C1 + C2)					**€ 0,1**

Bron: Eigen enquête (2024), CBS (2017) en CBS (2023a), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.

[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.

[b] Het aandeel zzp'ers dat verzekerd is voor AOV en privaat pensioen is gebaseerd op openbare CBS-data. Voor de periode 2011–2017 is per sector bekend welk percentage van de zzp'ers verzekerd is. Op basis hiervan is de gemiddelde afwijking berekend van zzp'ers in de zorg ten opzichte van het totaal aan zzp'ers. Deze afwijking is toegepast op de verzekeringsgraad van alle zzp'ers in 2023, zodat wordt aangesloten bij de meest recente cijfers.

[c] De bruto beloning volgt uit Tabel 4.1 over de totale productie in miljarden.

[d] Het percentage afgedragen premie voor AOV en privaat pensioen is gebaseerd op openbare CBS-data en betreft het gemiddelde premiepercentage van alle verzekerde zelfstandigen in de periode 2011–2016.

Naar schatting is 13,7 procent van de zzp'ers in de zorg verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid en bouwt 9,0 procent een privaat pensioen op. Dit volgt uit gegevens van het CBS (2023a) over het aandeel zelfstandigen dat verzekerd is in 2023, waarbij de cijfers zijn gecorrigeerd voor de gemiddelde afwijking van de verzekeringsgraad voor zelfstandigen in de zorg (CBS, 2017). Gemiddeld dragen verzekerde zzp'ers 6,9 procent van hun bruto inkomen af aan arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en 4,1 procent aan privaat pensioen (CBS, 2017). Hierdoor dragen zzp'ers in de zorg jaarlijks in totaal 0,09 miljard euro af aan arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en 0,04 miljard euro aan privaat pensioen, wat samen neerkomt op een totale premieafdracht van ruim 0,1 miljard euro per jaar.

In het nulalternatief is aangenomen dat dga's zonder personeel zich in dezelfde mate verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid en een privaat pensioen opbouwen als de huidige zzp'ers in de zorg. Het deel van de zzp'ers dat in het nulalternatief als dga zonder personeel werkt, draagt in totaal 0,005 tot 0,006 miljard euro af aan arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en circa 0,002 miljard euro aan privaat pensioen. Hierdoor komt de totale premieafdracht in het nulalternatief uit op ongeveer 0,01 miljard euro. Hiermee bedraagt het verschil in private premieafdracht tussen het beleidsalternatief en het nulalternatief afgerond 0,1 miljard euro per jaar.

5.3 Belastingen

De extra belastingafdrachten van zzp'ers in de zorg aan de overheid bedragen ongeveer 0,3 miljard euro per jaar (zie Tabel 5.4). Dit betekent dat zzp'ers in de zorg iets meer belasting betalen dan in een situatie waarin werken als zzp'er in de zorg niet mogelijk zou zijn. Dit lichte positieve verschil ontstaat vooral doordat sommige zzp'ers zonder deze mogelijkheid niet langer actief zouden zijn op de arbeidsmarkt en daardoor geen belasting meer zouden afdragen.

De verschillen in belastingdruk tussen verschillende arbeidsvormen spelen nauwelijks een rol bij het verschil in belastingopbrengsten. Hoewel tijdelijke en flexibele werknemers in de zorg een lagere belastingdruk hebben dan zzp'ers, wordt dit gecompenseerd door de hogere belastingdruk voor vaste werknemers in de zorg. De verschillen in belastingdruk ontstaan doordat zzp'ers, naast de algemene heffingskorting en arbeidskorting, gebruikmaken van verschillende aftrekposten zoals de zelfstandigenaftrek en mkb-winstvrijstelling. Hierdoor ligt hun gemiddelde belastingdruk bij een bruto inkomen van 57.000 euro per jaar (zie Paragraaf 5.1) op ongeveer 18 procent. Werknemers in loondienst kunnen alleen profiteren van de algemene heffingskorting en arbeidskorting, waardoor hun belastingdruk bij een vergelijkbaar bruto inkomen hoger is. Echter, alleen werknemers met een vast contract in de zorg verdienen op jaarbasis bruto nagenoeg evenveel als zzp'ers. Voor hen bedraagt de gemiddelde belastingdruk 23 procent. Werknemers met een tijdelijk of flexibel contract in de zorg, evenals werknemers in loondienst buiten de zorg, hebben een lager bruto jaarinkomen, waardoor hun belastingdruk lager uitvalt dan die van zzp'ers.[3]

De totale belastinginkomsten worden berekend door het aantal personen in een arbeidsvorm te vermenigvuldigen met de gemiddelde belastingdruk over hun bruto beloning. De gemiddelde belastingdruk is berekend op basis van de gemiddelde belasting per jaarloon voor verschillende arbeidsvormen, waarbij rekening is gehouden met de zelfstandigenaftrek, mkb-winstvrijstelling, algemene heffingskorting, arbeidskorting en de belastingschijven. Op basis hiervan bedraagt de belastingopbrengst in het beleidsalternatief 1,4 miljard euro per

[3] Bij een lager jaarinkomen is het deel dat wordt vrijgesteld door de algemene heffingskorting en arbeidskorting relatief hoger, waardoor de gemiddelde belastingdruk lager is.

jaar, terwijl deze in het nulalternatief 1,1 miljard euro per jaar is. Dit betekent dat de belastingopbrengst in het beleidsalternatief 0,3 miljard euro hoger ligt dan in het nulalternatief.

Tabel 5.4 Zzp'ers in de zorg dragen 0,2 miljard euro per jaar meer belasting af in het beleidsalternatief

	Aantal in dzd[a]. (A)	Bruto beloning per persoon[b] (B)	Gemiddelde belasting[c] (C)	Totale belastingen in mld. (D= A × B × C)
Situatie met zzp-schap				
Zelfstandigen zonder personeel	131	€ 57.000	18%	€ 1,4
Totale belastingen beleidsalternatief (A)				**€ 1,4**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief)				
Vast contract	85 tot 78	€ 49.000	23%	€ 0,9 tot € 0,8
Tijdelijk contract	23 tot 13	€ 32.000	11%	€ 0,1 tot <€ 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	€ 19.000	4%	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	€ 57.000	25%	€ 0,1 tot € 0,2
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	€ 41.000	16%	<€ 0,1 tot € 0,1
Inactief	1 tot 3	€ 0	0%	€ 0
Totaal belastingen nulalternatief (B)				**€ 1,1**
Verschil in belastingen (C = A - B)				**€ 0,3**

Bron: Eigen enquête (2024) en CBS StatLine (2023b), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend scenario o.b.v. de enquête en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de statische samenhang (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.
[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.
[b] De bruto beloning per persoon volgt uit Tabel 5.1.
[c] De gemiddelde belasting is gebaseerd op een eigen berekening, waarbij is uitgegaan van de bruto beloning per persoon per arbeidsvorm en rekening is gehouden met de zelfstandigenaftrek, mkb-winstvrijstelling, algemene heffingskorting, arbeidskorting, Zvw-bijdrage en de belastingschijven.

5.4 Overige arbeidskosten

De overige arbeidskosten bevatten de kosten voor ziekteverzuim, scholing en ontslag. In de huidige situatie komen de kosten voor ziekteverzuim en scholing grotendeels voor rekening van zzp'ers zelf, terwijl in het nulalternatief de kosten voor ziekteverzuim, scholing en ontslag voornamelijk door werkgevers gedragen worden. De onderstaande paragrafen gaan in op deze drie posten.

Ziekteverzuim

Het productieverlies als gevolg van ziekteverzuim is in het beleidsalternatief 0,1 miljard euro per jaar lager dan in het nulalternatief (zie Tabel 5.5). Dit betekent dat de misgelopen productiewaarde vanwege ziekte in een

situatie met zzp'ers in de zorg lager is dan in een situatie zonder zzp'ers in de zorg. Het verschil ontstaat doordat zzp'ers in de zorg minder uren per jaar verzuimen vanwege ziekte (3,9 procent) dan werknemers met een vast contract in de zorg (5,2 procent) (gebaseerd op Arbobalans, 2020). Voor andere arbeidsvormen, met uitzondering van vaste werknemers, zijn de verschillen in ziekteverzuim ten opzichte van zzp'ers minimaal. Hoewel de hogere arbeidsdeelname van zzp'ers in het beleidsalternatief het verschil in productieverlies gedeeltelijk compenseert[4], blijft het productieverlies in het nulalternatief nog steeds hoger.

Tabel 5.5 Zzp'ers in het beleidsalternatief hebben vanwege lager verzuim 0,1 miljard minder verzuimkosten

	Aantal in dzd. [a](A)	Ziekteverzuim[b] (B)	Totale arbeidskosten[c] (C)	Totale ziekte-verzuimkosten in mld. (D= B × C)
Situatie met zzp-schap				
Zelfstandigen zonder personeel	131	3,9%	€ 7,5	€ 0,3
Totaal ziekteverzuimkosten beleidsalternatief (A)				**€ 0,3**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief)				
Vast contract	85 tot 78	5,2%	€ 5,5 tot € 5,1	€ 0,3 tot € 0,3
Tijdelijk contract	23 tot 13	3,7%	€ 1,0 tot € 0,6	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	3,7%	€ 0,3 tot € 0,4	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	3,9%	€ 0,5 tot € 0,6	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	3,9%	€ 0,1 tot € 0,6	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Inactief	1 tot 3	5,2%	€ 0	€ 0
Totaal ziekteverzuimkosten nulalternatief (B)				**€ 0,4 tot € 0,3**
Verschil in ziekteverzuimkosten (C = A - B)				**-€ 0,1**

Bron: Eigen enquête (2024), Arbobalans (2020) en CBS StatLine (2023b), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.
[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.
[b] Het ziekteverzuim is gebaseerd op gegevens uit de Arbobalans (2020). Voor het nulalternatief is het gemiddelde genomen van het ziekteverzuim volgens de Arbobalans, uitgesplitst naar sector en type dienstverband, en het ziekteverzuim van de huidige zzp'ers in de zorg.
[c] De totale arbeidskosten zijn gelijk aan de totale productie en volgen uit Tabel 4.1

De misgelopen productiewaarde door ziekteverzuim wordt berekend door het percentage gemiste uren te vermenigvuldigen met de totale arbeidskosten. Het percentage gemiste uren voor zelfstandigen in de zorg en andere arbeidsvormen in het nulalternatief, waarbij rekening is gehouden met de sector en de contractvorm, is

4 Een hogere arbeidsdeelname leidt bij een constant verzuimpercentage per definitie tot meer productieverlies, omdat er van meer personen arbeid wordt gemist vanwege ziekte in een jaar.

gebaseerd op gegevens uit de Arbobalans (2020). Voor arbeidsvormen in het nulalternatief is het percentage gemiste uren berekend als het gemiddelde van de cijfers uit de Arbobalans (2020) voor de betreffende arbeidsvorm en de cijfers voor zzp'ers in de zorg. Dit komt doordat ziekteverzuim in het nulalternatief niet alleen afhangt van de arbeidsvorm, maar ook van de gezondheid van de groep zzp'ers in de zorg. Dit geeft inzicht in de hoeveelheid productie die misgelopen wordt door ziekte. In het beleidsalternatief bedragen de kosten van ziekteverzuim ongeveer 0,3 miljard euro per jaar. Deze kosten komen volledig voor rekening van de zzp'ers zelf, aangezien zij voor eigen risico werken en zich niet kunnen verzekeren tegen kortdurend ziekteverzuim. In het nulalternatief liggen de ziekteverzuimkosten hoger, namelijk tussen de 0,3 en 0,4 miljard euro per jaar. Deze kosten worden volledig gedragen door werkgevers vanwege de loondoorbetalingsplicht bij ziekte, terwijl zij wel productie mislopen. Hierdoor bedraagt het verschil in productieverlies tussen het beleids- en nulalternatief 0,1 miljard euro per jaar.

Scholing

De totale scholingskosten verschillen nauwelijks tussen het beleidsalternatief en het nulalternatief (zie Tabel 5.6). Dit komt doordat zzp'ers in de zorg vrijwel evenveel scholing volgen als andere arbeidsvormen in de zorg. Zij moeten immers ook hun kennis en vaardigheden op peil houden en beschikken over de juiste diploma's en certificaten om ingehuurd te worden. Uit AZW-data (2023a en 2023b) blijkt zelfs dat het aandeel zzp'ers in de zorg dat een training of cursus volgt iets hoger is dan onder werknemers. Wel nemen zzp'ers gemiddeld per jaar aan minder cursussen deel dan werknemers. Buiten de zorg is de deelname aan cursussen en trainingen aanzienlijk lager.

Tabel 5.6 In het beleids- en nulalternatief wordt er nagenoeg evenveel scholing gevolgd

	Aantal in dzd.[a] (A)	Scholings-deelname[b] (B)	Scholings-kosten[c] (C)	Aantal cursussen[d] (D)	Totale scholings-kosten in mld.(E = A × B × C × D)
Situatie met zzp-schap					
Zelfstandigen zonder personeel	131	80%	€ 3.100	1,2	€ 0,4
Totale scholingskosten beleidsalternatief (A)					**€ 0,4**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief)					
Vast contract	85 tot 78	74%	€ 3.100	1,5	€ 0,3 tot € 0,3
Tijdelijk contract	23 tot 13	63%	€ 3.100	1,1	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	72%	€ 3.100	1,4	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	80%	€ 3.100	1,2	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	57%	€ 3.100	1,5	<€ 0,1 tot <€ 0,1
Inactief	1 tot 3	0%	€ 3.100		€ 0
Totaal scholingskosten nulalternatief (B)					**€0,4**
Verschil scholingskosten (C = A – B)					**<-€ 0,1**

Bron: Eigen enquête (2024), AZW(2023a, 2023b), (ROA, 2022) en CBS StatLine (2022a), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.

[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.

[b] De scholingsdeelname is gebaseerd op AZW-data over het aandeel werknemers en zzp'ers in de zorg dat een training of cursus volgt. Om het verschil in scholingsdeelname tussen contractvormen in de zorg in het nulalternatief te bepalen, is op het gemiddelde van werknemers een correctiefactor toegepast op basis van de verhouding tussen vaste en tijdelijke dienstverbanden die scholing volgen o.b.v. ROA. Voor flexibele contracten is aangenomen dat 80 procent overeenkomt met vaste en 20 procent met tijdelijke contracten. Voor werkzaam buiten de zorg is het gewogen gemiddelde genomen van de sectoren handel (34 procent volgt een cursus en wegingsfactor 0.46), horeca (47 procent volgt een cursus en wegingsfactor 0.18) en onderwijs (67 procent volgt een cursus en wegingsfactor 0.36) o.b.v. ROA.

[c] De scholingskosten per opleiding zijn gebaseerd op CBS-data over cursusuitgaven, inclusief de kosten van gemiste arbeidsuren, uit 2020. Deze zijn aangepast naar prijsniveau 2023 met behulp van de inflatiefactor voor consumentengoederen en -diensten.

[d] Het aantal gevolgde cursussen per arbeidsvorm is gebaseerd op ROA.

Hoewel de totale scholingskosten in het beleids- en nulalternatief nagenoeg gelijk zijn, is er een groot verschil in wie deze kosten draagt. Zzp'ers betalen gemiddeld 73 procent van hun scholingskosten zelf, terwijl werknemers slechts 18 procent van de kosten voor eigen rekening nemen. Voor werknemers wordt het grootste deel (82 procent) van de scholing vergoed door de werkgever, terwijl voor zzp'ers slechts een klein deel door de opdrachtgever (27 procent) wordt vergoed. In paragraaf 5.5 wordt nader toegelicht hoe deze kosten verdeeld worden over de verschillende partijen.

De omvang van de scholingskosten wordt bepaald door vier factoren: het aantal personen per arbeidsvorm, het percentage dat een cursus volgt (AZW, 2023a en 2023b), de gemiddelde kosten per cursus gecorrigeerd voor inflatie (CBS, 2022a) en het aantal cursussen dat per persoon wordt gevolgd (ROA, 2022). In het beleidsalternatief bedragen de totale scholingskosten ongeveer 0,4 miljard euro per jaar. Hiervan betalen zzp'ers zelf circa 0,3 miljard euro, terwijl hun opdrachtgevers slechts 0,1 miljard euro bijdragen. In het nulalternatief blijven de totale scholingskosten eveneens rond de 0,4 miljard euro per jaar. Echter, in dit scenario dragen werknemers zelf slechts 0,1 miljard euro bij, terwijl hun werkgevers ruim 0,3 miljard euro van de scholingskosten voor hun rekening nemen.

Ontslag

Het productieverlies als gevolg van ontslag ligt in het nulalternatief 2,8 tot 3,5 miljoen euro per jaar hoger dan in het beleidsalternatief (zie Tabel 5.7). Dit komt doordat het voor opdrachtgevers, op basis van wet- en regelgeving, eenvoudiger is om afscheid te nemen van zzp'ers dan van reguliere werknemers en gedetacheerden. Bij zzp'ers eindigt de opdracht direct, terwijl werknemers nog een bepaalde periode in dienst blijven vanwege hun opzegtermijn. Hierdoor ontstaan er bij het beëindigen van een opdracht voor zzp'ers geen improductiviteitskosten, terwijl deze kosten bij werknemers wél optreden. Improductiviteitskosten zijn het verlies aan productiviteit dat ontstaat doordat een werknemer na het ontvangen van een ontslagmelding minder productief is (bijvoorbeeld door minder motivatie of focus) in de periode tot de daadwerkelijke beëindiging van het dienstverband.

De totale improductiviteitskosten worden berekend door de kans op ontslag te vermenigvuldigen met het aantal werknemers per arbeidsvorm, het brutoloon per arbeidsvorm, het productiviteitsverlies en de duur van de opzegperiode. Voor zzp'ers en dga's is de kans op ontslag 0 procent. Dit betekent niet dat er nooit afscheid van hen wordt genomen, maar wel dat er geen formele ontslagprocedure nodig is. De kans op ontslag voor de arbeidsvormen in het nulalternatief is berekend door het aantal ontslagen in de desbetreffende arbeidsvorm (CBS,

2023c en 2024) te delen door het aantal werkzame personen in die arbeidsvorm (CBS, 2023d). De kans op ontslag in de zorg is over het algemeen klein (0,5 procent voor werknemers met een vast contract), waarschijnlijk door de aanhoudende personeelskrapte in de sector. Buiten de zorg ligt dit gemiddeld op 5,1 procent. Het productiviteitsverlies wordt geschat op 50 procent. Dit houdt in dat een werknemer na het ontvangen van een ontslagmelding nog slechts de helft van zijn of haar oorspronkelijke werkzaamheden uitvoert. De periode tot beëindiging van het dienstverband is aangenomen op 31 dagen voor vaste werknemers en 15,5 dagen voor tijdelijke en flexibele werknemers. Op basis van deze gegevens komt het totale productieverlies in het nulalternatief uit op 2,8 tot 3,5 miljoen euro per jaar.

Tabel 5.7 Door de lage ontslagkans zijn er nauwelijks ontslagkosten in het nulalternatief

	Aantal in dzd.[a] (A)	Totale arbeids-kosten[b] (B)	Kans op ontslag[c] (C)	Product-iviteits-verlies[d] (D)	Totale periode tot beëindiging[d] (E)	Totale improductiviteits kosten ontslag in mln. (F =B × C × D × E)
Situatie met zzp-schap						
Zelfstandigen zonder personeel	131	€ 7,5	0%	0%	0	€ 0
Totale ontslagkosten beleidsalternatief (A)						**€ 0**
Situatie zonder zzp-schap (nulalternatief)						
Vast contract	85 tot 78	€5,5 tot €5,1	0,5%	50%	31	€ 1,3 tot € 1,2
Tijdelijk contract	23 tot 13	€1,0 tot €0,6	4,6%	50%	15,5	€ 0,9 tot € 0,5
Flexibel contract	11 tot 14	€0,3 tot €0,4	7,8%	50%	15,5	€ 0,5 tot € 0,6
Dga zonder personeel	9 tot 11	€0,5 tot €0,6	0%	0%	0	€ 0
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	€0,1 tot €0,6	5,1%	50%	27,9	€ 0,1 tot € 1,3
Inactief	1 tot 3	€0	0%	0%	0	€ 0
Totaal ontslagkosten nulalternatief (B)						**€ 2,8 tot € 3,6**
Verschil in ontslagkosten (C = A – B)						**-€ 2,8 tot -€ 3,6**

Bron: CBS StatLine (2023c, 2023d en 2024), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.

[a] Het aantal zzp'ers in de zorg is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het huidige aantal zzp'ers in de zorg over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5.

[b] De totale bruto beloning is gebaseerd op Tabel 4.1

[c] De kans op ontslag voor de arbeidsvormen in het nulalternatief is berekend door het totaal aantal ontslagen in 2023 toe te wijzen aan de desbetreffende arbeidsvormen en vervolgens te delen door het aantal werkzame personen in die arbeidsvorm en sector o.b.v. openbare CBS-data. Voor werkzaam buiten de zorg is het gewogen gemiddelde genomen van handel (wegingsfactor 0,46), horeca (wegingsfactor 0,18) en onderwijs (wegingsfactor 0,36).

[d] Het productiviteitsverlies en de periode tot beëindiging zijn een schatting van SEO.

Naast productiviteitsverlies maken werkgevers bij ontslag vaak extra kosten, zoals ontslagvergoedingen en juridische of administratieve kosten voor het afhandelen van de procedure (Heyma et al., 2020). Wanneer deze kosten worden meegerekend, bedraagt de totale besparing op ontslagkosten voor opdrachtgevers in het nulalternatief circa 9,5 tot 11,9 miljard euro per jaar (aangezien al deze kosten ook niet gelden voor zzp'ers, zie Tabel 5.8).

Tabel 5.8 Vergoedingen en improductiviteitskosten zijn de grootste kostenposten bij ontslag

Soorten kosten bij ontslag	Aandeel van deze kosten	Kosten bij ontslag in mln.
Tijdbestedingskosten	8%	€ 1,0 tot € 0,8
Juridische kosten	6%	€ 0,8 tot € 0,6
Vergoedingen	55%	€ 6,5 tot € 5,2
Improductiviteitskosten	30%	€ 3,5 tot € 2,8
Overig	1%	€ 0,1 tot € 0,1
Totaal	**100%**	**€ 11,9 tot € 9,5**

Bron: Heyma et al (2020), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

5.5 Saldo arbeidskosten en inkomens

De totale jaarlijkse maatschappelijke post voor arbeidskosten en inkomens van zzp'ers in de zorg in het beleidsalternatief, vergeleken met een situatie zonder zzp'ers in de zorg (het nulalternatief), bedraagt een baat van 0,1 miljard euro per jaar. In de onderstaande toelichting wordt uitgelegd hoe de verschillende posten en de bijdragen per betrokken partij samen het totale bedrag vormen.

Bruto beloning

Het verschil in bruto beloning (zie Tabel 5.1) is een baat voor de zzp'ers in de zorg. In het beleidsalternatief ontvangen zij een hogere bruto beloning voor hun arbeid dan in een situatie zonder de mogelijkheid om als zelfstandige in de zorg te werken (het nulalternatief). Zonder zzp'ers in de zorg zouden zorgorganisaties jaarlijks 1,9 tot 2,4 miljard[5] euro besparen op bruto beloningen. Dit komt doordat zij minder kwijt zijn aan compensatie voor de productie die zzp'ers in het nulalternatief in de zorg leveren. Zorgorganisaties betalen nu alleen nog een bruto beloning aan de personen die binnen de zorg werkzaam blijven. Tegelijkertijd geven andere organisaties juist 0,1 tot 0,5 miljard euro extra uit aan bruto beloningen. Dit komt doordat een deel van de zzp'ers uit de zorg overstapt naar andere sectoren en daar als werknemer wordt gecompenseerd voor hun productie. Het verschil in bruto beloning is daarmee een herverdelingseffect tussen zorgorganisaties, andere organisaties en zzp'ers in de zorg, aangezien bruto beloning een compensatie voor productie is.

[5] Dit is het verschil tussen wat zij nu aan zzp'ers uitkeren als bruto beloning en de som van bruto beloningen aan de andere arbeidsvormen in de zorg in het nulalternatief. Dit komt neer op 7,5 mld. –5,3 mld. en 7,5 mld. –5,8 mld. voor respectievelijke de boven- en ondergrens, zie Tabel 5.1

Sociale premies

Zorgorganisaties en overige organisaties besparen in het beleidsalternatief respectievelijk 1,0 tot 1,1 miljard [6] en minder dan 0,1 tot 0,1 miljard euro per jaar aan sociale premies ten opzichte van het nulalternatief. Dit leidt tot een baat voor zorgorganisaties en overige organisaties. Tegelijkertijd besteden zzp'ers in de zorg in het beleidsalternatief jaarlijks 0,1 miljard euro meer aan private premies dan in het nulalternatief. Het bedrag dat zorgorganisaties en overige organisaties besparen, vormt echter een kostenpost voor de overheid, omdat deze sociale premies in het beleidsalternatief niet aan de overheid worden afgedragen. Daarentegen is het extra bedrag dat zzp'ers uitgeven aan private premies een baat voor private verzekeraars, die onder de bredere maatschappij vallen. De totale kostenpost voor de overheid en de maatschappij is daarmee de som van de veranderingen in sociale premies bij zorgorganisaties, overige organisaties en zzp'ers in de zorg. Sociale premies zijn dus in essentie een herverdeling van kosten en baten tussen de verschillende partijen.

Belastingen

In het beleidsalternatief dragen zzp'ers in de zorg jaarlijks 0,3 miljard euro meer af aan belastingen. Voor hen betekent dit een kostenpost, omdat het hun netto inkomen verlaagt. Tegelijkertijd vormt dit bedrag een baat voor de overheid, die deze extra belastinginkomsten ontvangt. Belastingen zijn dus ook een herverdeling tussen de verschillende partijen.

Ziekteverzuim

Wanneer een werknemer ziek wordt, heeft hij of zij recht op maximaal twee jaar loondoorbetaling door de werkgever. Zzp'ers en dga's werken daarentegen volledig voor eigen risico en ontvangen bij ziekte geen vergoeding van hun opdrachtgever, waardoor zij mogelijk inkomsten mislopen. In het beleidsalternatief worden de kosten voor ziekteverzuim (productieverlies) volledig gedragen door zzp'ers, terwijl deze kosten in het nulalternatief grotendeels voor rekening van werkgevers komen (met uitzondering van dga's, die deze kosten ook zelf dragen). Voor zorgorganisaties betekent dit een baat van 0,3 tot 0,4 miljard [7] euro per jaar, omdat zij geen loondoorbetalingskosten (terwijl zij wel productie missen) hebben voor personen die in het nulalternatief bij hen in dienst zouden zijn. Ook overige organisaties hebben een kleine baat, omdat ook zij geen loondoorbetalingskosten hebben voor de personen die zij in het nulalternatief in dienst hadden gehad. Zzp'ers in de zorg hebben daarentegen een kostenpost van 0,3 miljard euro[8], omdat zij de gemiste productiewaarde voor eigen rekening nemen. In totaal leidt dit tot een baat van 0,1 miljard euro per jaar, omdat de misgelopen productiewaarde in het beleidsalternatief lager is dan in het nulalternatief.

Scholing

Zzp'ers zijn grotendeels zelf verantwoordelijk voor hun scholing, terwijl werknemers vaak op initiatief en/of op kosten van hun werkgever scholing volgen. In het beleidsalternatief dragen zzp'ers dus zelf de meeste scholingskosten, terwijl deze in het nulalternatief grotendeels door werkgevers worden betaald. Dit leidt tot een

6 Dit is de som van wat wordt uitgegeven aan sociale premies in arbeidsvormen in de zorg in het nulalternatief, zie Tabel 5.2.

7 Dit is de som van wat wordt misgelopen aan productie vanwege ziekte in arbeidsvormen in de zorg in het nulalternatief, zie Tabel 5.5.

8 Dit is het verschil tussen misgelopen productie van zzp'ers in het beleidsalternatief en dga's in het nulalternatief, zie Tabel 5.5.

baat van 0,2 tot 0,3 miljard euro per jaar[9] voor zorgorganisaties en een kleine baat voor overige organisaties, omdat zij beide in het beleidsalternatief minder uitgeven aan scholing dan in het nulalternatief. Voor zzp'ers in de zorg vormt scholing daarentegen een kostenpost, omdat zij in het beleidsalternatief zelf meer bijdragen aan hun scholing. Per saldo resulteert dit in een baat van minder dan 0,1 miljard euro per jaar, omdat in het beleidsalternatief de totale deelname aan scholing iets lager ligt dan in het nulalternatief.

Ontslagkosten

In het beleidsalternatief zijn zorgorganisaties en overige organisaties minder dan 0,1 miljard euro per jaar minder kwijt aan ontslagkosten: som van improductiviteit en overige kosten. Dit leidt dus tot een baat voor deze organisaties. Maar tegelijkertijd lopen zzp'ers in de zorg in het beleidsalternatief geld mis aan ontslagvergoedingen omdat ze niet kunnen worden ontslagen als werknemer. De kosten voor de rest van de maatschappij zijn de juridische kosten en de overige kosten, omdat juridische instellingen dit niet langer ontvangen als vergoeding bij de ontslagprocedure. De totale baat komt hierdoor op minder dan 0,1 miljard euro per jaar uit.

Baten voor de partijen

Voor zorgorganisaties leidt het afschaffen van het zzp-schap in de zorg per saldo tot hogere arbeidskosten als gevolg van extra productie. Hoewel zij besparen op premies, ziekteverzuim, scholing en ontslag, wegen deze besparingen niet op tegen de hogere arbeidskosten als gevolg van de extra zorgproductie. Overige organisaties hebben daarentegen een besparing op arbeidskosten, omdat zij minder productie van zzp'ers in de zorg naar hun sector kunnen halen. Zzp'ers in de zorg hebben ook een baat, omdat hun netto inkomen per saldo hoger ligt dan in het nulalternatief. Zij ontvangen een hogere bruto beloning, waar tegenover staat dat zij zelf vrijwillig premies voor een private arbeidsongeschiktheids- en/of pensioenverzekering aan verzekeraars afdragen. Daarnaast betalen zzp'ers meer belasting aan de overheid over de hogere bruto beloning. Verder zijn voor zzp'ers de kosten voor ziekteverzuim voor eigen rekening, betalen zij vaker hun eigen scholing en lopen zij een vergoeding mis bij het voortijdig beëindigen van een opdracht. Deze extra kosten wegen echter niet op tegen de hogere bruto beloning voor zzp'ers in de zorg. Voor de overheid leidt het beleidsalternatief tot een kostenpost, omdat de extra belastinginkomsten niet opwegen tegen de misgelopen sociale premies. Uiteindelijk resulteert de som van arbeidskosten en inkomens in een relatief kleine maatschappelijke baat van 0,1 miljard euro per jaar.

[9] Dit is het verschil in scholingskosten dat de zorgorganisatie maakt voor zzp'ers in beleidsalternatief ten opzichte van wat de zorgorganisatie aan scholingskosten maakt in het nulalternatief. Voor het beleidsalternatief geldt dat dit 0,27*0,4 mld. is en het in het nulalternatief 0,82*0,4 mld. (som van scholingskosten contractvormen in de zorg) + 0,27*<0,1 mld. (dga's in de zorg).

Tabel 5.9 Vooral zzp'ers in de zorg hebben een inkomensbaat bij de mogelijkheid tot zzp-schap in de zorg

(× mld.)	Zorg-organisaties	Organisaties in andere sectoren	Zzp'ers in de zorg	Werknemers in de zorg	Overheid en de rest van de maatschappij	Totaal
Bruto beloning	-€ 1,9 tot -€ 2,4	<€ 0,1 tot € 0,5	€ 1,9			€ 0
(Sociale) premies	€ 1,1 tot € 1,0	<€ 0,1 tot € 0,1	-€ 0,1		-€ 1,0	€ 0
Belastingen			-€ 0,3		€0,3	€ 0
Ziekteverzuimkosten	€ 0,4 tot € 0,3	<€ 0,1	-€ 0,3			€ 0,1
Scholingskosten	€ 0,3 tot € 0,2	<€ 0,1	-€ 0,2			<€ 0,1
Ontslagkosten	<€ 0,1	<€ 0,1	<-€ 0,1		<-€ 0,1	<€ 0,1
Totaal arbeidskosten en inkomens	**-€ 0,2 tot -€ 0,9**	**€ 0,1 tot € 0,7**	**€ 1,0**		**-€ 0,8 tot -€ 0,7**	**€ 0,1**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Een flexibel contract bevat detacheringscontracten, oproepcontracten en uitzendcontracten.

6 Gezondheidseffecten

De inzet van zzp'ers in de zorg draagt bij aan kortere wachtlijsten en een hogere zorgproductie. Kortere wachtlijsten zorgen voor minder verzuim en een hogere productie in alle sectoren (tot 0,1 miljard euro). De hogere zorgproductie verbetert de volksgezondheid (0,3 tot 1,3 miljard euro).

Dit hoofdstuk behandelt de effecten van de inzet van zzp'ers in de zorg op wachtlijsten (paragraaf 6.1) en de ervaren gezondheid van patiënten (paragraaf 6.2). De laatste paragraaf toont het saldo van deze gezondheidseffecten (paragraaf 6.3).

6.1 Wachtlijsten

De inzet van zzp'ers in de zorg verkort de wachttijden in de zorg, waardoor patiënten sneller geholpen worden. Het aantal beschikbare zorgverleners heeft een directe invloed op de wachttijden voor behandelingen. Uit onze cijfers blijkt dat bij het wegvallen van zzp'ers het aantal werkenden in de zorg met 0,3 tot 1,3 procent zou dalen. Dit leidt tot een toename van de wachttijden voor substantiële behandelingen met gemiddeld 0,2 tot 0,7 dagen. [10] Vooral in sectoren waar zzp'ers veel worden ingezet, zoals de wijkverpleging en geestelijke gezondheidszorg (GGZ), kunnen de gevolgen nog groter zijn.

Langere wachttijden leiden tot maatschappelijke kosten, onder meer door een lagere arbeidsparticipatie van patiënten die wachten op een behandeling. Uit onderzoek in de GGZ blijkt dat wachttijden in de zorg kunnen leiden tot een lagere arbeidsparticipatie (Prudon, 2024). Het onderzoek schat in dat iedere maand extra wachttijd in de specialistische GGZ leidt tot 300 miljoen euro aan maatschappelijke kosten per jaar. De specialistische GGZ behandelt ongeveer de helft van alle GGZ-patiënten. Het gaat om de patiënten met de zwaarste geestelijke problematiek. Aangezien de gemiddelde wachttijd voor een specialistische GGZ-behandeling rond de 21 weken ligt, zijn de kosten van wachtlijsten in de GGZ substantieel (RIVM, 2023). Voor de bredere zorgsector schatten we de impact van langere wachttijden op de maatschappij op 10 tot 74 miljoen euro per jaar.

De Nederlandse zorgsector hanteert treeknormen, richtlijnen voor maximale acceptabele wachttijden voor behandelingen. Deze normen zijn vastgesteld door zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dienen als maatstaf voor tijdige zorgverlening. Voor medisch-specialistische zorg geldt bijvoorbeeld dat een patiënt binnen vier weken een eerste consult moet kunnen krijgen en binnen zeven weken na dit consult behandeld moet worden. Voor de geestelijke gezondheidszorg gelden treeknormen van maximaal vier weken voor de intake en tien weken voor de start van de behandeling.

In de praktijk worden deze treeknormen vaak overschreden, met name in de GGZ en bepaalde ziekenhuisafdelingen. In de GGZ wacht een aanzienlijk deel van de patiënten langer dan de maximaal acceptabele

[10] We komen op deze toename door aan te nemen dat de wachttijden proportioneel zijn aan het aantal werkenden in de zorg. Eén procent minder werkenden in de zorg leidt dan tot één procent langere wachttijden. Dit kan een onderschatting opleveren omdat het echte effect waarschijnlijk niet lineair is. We kunnen hier een vergelijking maken met files. Kleine toenames in verkeer kunnen leiden tot een grote toename in filelengte en -duur. Dit fenomeen staat bekend als niet-lineaire congestievorming. We houden hier geen rekening mee omdat we geen redelijke inschatting kunnen maken van dit non-lineaire verband bij wachttijden in de zorg (zie Verhoef en Small, 2004).

termijn. Zo ligt de gemiddelde wachttijd voor specialistische GGZ zeven weken boven de treeknorm. In de ziekenhuiszorg geldt hetzelfde probleem.[11] Deze structurele overschrijdingen van de treeknormen vormen een belangrijk argument voor het behoud van voldoende personeel, waaronder zzp'ers, om de zorgcapaciteit te waarborgen en verdere maatschappelijke kosten te voorkomen.

Onderbouwde veronderstellingen over gemiddelde wachttijden, kosten en effecten zijn nodig om berekeningen van maatschappelijke kosten van een verschil in zorgproductie uit te voeren. Aangenomen wordt dat de gemiddelde wachttijd in de zorg voor een substantiële behandeling rond de 7,5 weken ligt.[12] Bovendien worden de effecten van de GGZ opgeschaald naar de omvang van de gehele zorg. De GGZ beslaat ongeveer 7 procent van de gehele zorgsector. Daarom wordt aangenomen dat de maatschappelijke kosten van een extra maand wachttijd in de gehele zorg 14,2 keer zo hoog liggen. Zo kost een extra dag wachttijd in de zorg 141 miljoen euro per jaar. Verder wordt verondersteld dat de gemiddelde wachttijd proportioneel is aan het aantal werkenden in de zorg. Dit betekent dat een daling van het aantal werkenden in de zorg met 1 procent leidt tot een stijging van de gemiddelde wachttijd met 1 procent. Hierbij wordt echter opgemerkt dat het effect van capaciteit op wachttijden in werkelijkheid waarschijnlijk niet volledig lineair is. In de praktijk kunnen wachttijden sterker toenemen bij grotere tekorten, waardoor de maatschappelijke kosten van extra wachttijd mogelijk iets hoger uitvallen dan in de berekeningen is aangenomen.

Tabel 6.1 Door de inzet van zzp'ers zijn de wachtlijsten voor behandelingen in de zorg korter

	Aantal werkenden in de zorg (duizend)	Daling aantal werkenden in de zorg (A/B)	Extra wachttijd in de zorg per behandeling (dagen)	Effect van extra wachttijd op arbeidsproductiviteit van patiënten (miljard)
Situatie met zzp'ers (beleidsalternatief) (A)	1.520	0%	0	€ 0
Situatie zonder zzp'ers (nulalternatief) (B)	1.518 tot 1.505	-0,1% tot -1,0%	0,1 tot 1,0	<-€ 0,1 tot -€ 0,1
Verschil in wachtlijsten (A – B)				**<€ 0,1 tot € 0,1**

Bron: CBS StatLine (2023), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Het aantal werkenden in de zorg in het beleidsalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.1. Het aantal werkenden in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5. Er wordt aangenomen dat de gemiddelde wachttijd voor een substantiële behandeling in de zorg 7,5 weken bedraagt. De maatschappelijke kosten van een extra dag wachttijd in de zorg zijn 141 miljoen euro per jaar.

6.2 Gezondheid

Een grotere zorgproductie als gevolg van de inzet van zzp'ers in de zorg draagt bij aan de (ervaren) gezondheid van patiënten. Als het aantal werkenden in de zorg afneemt omdat het niet meer mogelijk is om als zzp'er te werken, leidt dit tot een verminderde zorgproductie van 0,2 tot 0,9 miljard euro per jaar. Volgens de

11 Wachttijd langer dan Treeknorm: polikliniek | Volksgezondheid en Zorg
12 Wachttijd langer dan Treeknorm: behandeling | Volksgezondheid en Zorg

werkwijzer kosten-batenanalyse (MKBA) in het sociale domein worden de maatschappelijke kosten en baten van gezondheid uitgedrukt in Quality Adjusted Life Years (QALY's) (Koopmans et al., 2016). Het verlies aan zorgproductie vertaalt zich in een lagere ervaren gezondheid onder de bevolking, gemeten in QALY's, van 0,3 tot 1,3 miljard euro per jaar.

Om de effecten op gezondheid te meten moeten we aannames maken over de marginale kosten om één QALY te winnen in de zorg. Dit getal is niet direct beschikbaar voor de gehele zorgsector. We kunnen echter wel een inschatting maken gebaseerd op een rapport van Zorginstituut Nederland over kosteneffectiviteit van zorg (Enzing et al., 2024). Dit rapport bevat de referentiewaarden voor maximale meerkosten voor een QALY per ziektelastcategorie. Er zijn drie ziektelastcategorieën: laag, gemiddeld en hoog.

We gaan ervan uit dat de verlaagde zorgproductie doorgaans bij patiënten terechtkomt met een gemiddelde ziektelast. Voor deze patiënten geldt een referentiewaarde voor de maximale meerkosten van een QALY van 50 duizend euro. We gaan er daarom vanuit dat de marginale kosten van een QALY gelijk zijn aan 50 duizend euro. We maken deze aanname omdat het optimaal is om de minst kosteneffectieve behandelingen af te schalen wanneer er minder personeel beschikbaar is.

De werkwijzer MKBA in het sociale domein stelt dat één QALY tussen de 50 en 100 duizend euro waard is (Koopmans et al., 2016). We gaan uit van het middelpunt van deze bandbreedte. Dit komt neer op een QALY-waarde van 75 duizend euro. De maatschappelijke baten van één extra euro zorgproductie zijn daarom 1,5 euro.[13] Hiernaast raden Koopmans et al. (2016) aan om bij gevoeligheidsanalyses de waarde van een QALY te laten variëren. In de gevoeligheidsanalyse variëren we de QALY-waarde van 50 tot 100 duizend euro (Paragraaf 9.2). Daarom varieert de maatschappelijke meerwaarde van één extra euro zorgproductie tussen de 1 en 2 euro in de gevoeligheidsanalyses van Hoofdstuk 9.

Tabel 6.2 De maatschappelijke waarde van gezondheid is 0,5 tot 2,6 miljard euro per jaar hoger door de mogelijkheid om als zzp'er te werken in de zorg

	Verminderde zorgproductie (miljard)	QALY-waarde van 1 euro zorgproductie	Effect van verminderde zorgproductie op gezondheid van de bevolking (miljard)
Situatie met zzp'ers (beleidsalternatief) (A)	€ 0	€ 1,5	€ 0
Situatie zonder zzp'ers (nulalternatief) (B)	€ 0,2 tot € 0,9	€ 1,5	-€ 0,3 tot -€ 1,3
Verschil in gezondheid (A – B)			**€ 0,3 tot € 1,3**

Bron: Eigen berekening SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). De daling in zorgproductie is gebaseerd op paragraaf 4.1. We gaan uit van een Quality Adjusted Life Year (QALY)-waarde van 75 duizend euro. De marginale kosten om een QALY te winnen in de zorg zijn 50 duizend euro. Zo zijn de maatschappelijke baten van 1 euro aan extra zorgproductie 1,5 euro waard.

13 Het kost in onze berekeningen 50 duizend euro om 1 QALY te winnen in de zorg. De maatschappelijke waarde van een QALY is 75 duizend euro. 75 / 50 = 1,5.

6.3 Saldo van gezondheidseffecten

Per saldo levert de mogelijkheid van de inzet van zzp'ers in de zorg een jaarlijkse gezondheidswinst op van 0,3 tot 1,4 miljard euro. Dit komt voort uit kortere wachtlijsten en een hogere ervaren gezondheid. Zonder de mogelijkheid om als zzp'er te werken in de zorg zou de zorgproductie afnemen, met negatieve maatschappelijke gevolgen. De exacte gevolgen voor de jaarlijkse zorgproductie zijn onzeker. Hieruit volgt een grote bandbreedte van de gezondheidseffecten.

Tabel 6.3 De extra zorgproductie door zzp'ers ten opzichte van het nulalternatief levert jaarlijks 0,3 tot 1,4 miljard euro op aan gezondheidseffecten

	Zorg-organisaties	Organisaties in andere sectoren	Zzp'ers in de zorg	Werknemers in de zorg	Overheid en de rest van de maatschappij	Totaal
Wachtlijsten					€ 0,0 tot € 0,1	€ 0,0 tot € 0,1
Gezondheid					€ 0,3 tot € 1,3	€ 0,3 tot € 1,3
Totaal gezondheidseffecten					**€ 0,3 tot € 1,4**	**€ 0,3 tot € 1,4**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

7 Overige effecten

Overige effecten van de inzet van zzp'ers in de zorg zijn jaarlijkse besparingen op uitkeringen in geval van werkloosheid (<0,1 miljard euro), arbeidsongeschiktheid (0,1 miljard euro) en pensioen (0,3 miljard euro). Daarnaast zijn er niet-kwantificeerbare effecten op de waarde van werk voor zzp'ers en werknemers in de zorg.

Dit hoofdstuk schat de effecten van de inzet van zzp'ers in de zorg op werkloosheid (paragraaf 7.1), arbeidsongeschiktheid (paragraaf 7.2) en pensioenopbouw (paragraaf 7.3). Daarnaast komt de ervaren waarde van het werken als zzp'er en het werken mét zzp'ers als collega aan bod (paragraaf 7.4).

7.1 Werkloosheid

De inzet van zzp'ers leidt tot lagere uitgaven aan werkloosheidsuitkeringen. In het beleidsalternatief, waarin zzp'ers actief zijn in de zorg, worden er geen werkloosheidsuitkeringen verstrekt aan deze groep. Zzp'ers dragen geen werknemerspremies af voor de Werkloosheidswet (WW) en kunnen hier in principe geen aanspraak op maken.

In het nulalternatief, waarin een deel van de zzp'ers in loondienst werkt, is er wel sprake van instroom in de WW. Uit CBS-data blijkt dat werknemers in loondienst in de zorg een kleinere kans hebben om in de WW te stromen dan in andere sectoren. Hier wordt gerekend met een jaarlijkse instroomkans van 1 procent in de WW voor werknemers in de zorg. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende contractvormen, omdat de data hier niet voor beschikbaar zijn. Voor de zzp'ers die in het nulalternatief aan de slag gaan in een andere sector wordt de landelijke gemiddelde jaarlijkse instroom in de WW gehanteerd van 1,7 procent.

Per saldo leidt de inzet van zzp'ers in de zorg tot een marginale besparing op WW-uitkeringen. Werkgevers in de zorgsector hoeven minder WW-premies af te dragen dan in het nulalternatief, en de overheid heeft lagere uitgaven aan werkloosheidsuitkeringen. De gemiddelde WW-premies die werknemers in de zorg afstaan (paragraaf 5.2) zijn echter hoger dan de verwachte uitkeringen die zij ontvangen. De inzet van zzp'ers in de zorg leidt er dus toe dat de risicosolidariteit vanuit werkenden in de zorg afneemt. Het beleidsalternatief zorgt ten opzichte van het nulalternatief zo voor een overdracht vanuit de overheid en maatschappij aan zzp'ers in de zorg.

Tabel 7.1 In het beleidsalternatief wordt er minder dan een miljard euro per jaar aan werkloosheidsuitkeringen bespaard ten opzichte van het nulalternatief

	Aantal (duizend)	Gemiddelde instroomkans	Gemiddelde WW-uitkering	Totaal (miljard)
Situatie met zzp'ers (beleidsalternatief)				
Zzp'ers in de zorg	131	0%	€ 20.500	€ 0
Totaal WW-uitkeringen beleidsalternatief (A)				**€ 0**
Situatie zonder zzp'ers (nulalternatief)				
Vast contract	85 tot 78	1,0%	€ 20.500	<€ 0,1
Tijdelijk contract	23 tot 13	1,0%	€ 20.500	<€ 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	1,0%	€ 20.500	<€ 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	0,0%	-	-
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	1,7%	€ 20.500	<€ 0,1
Inactief	1 tot 3	0,0%	-	-
Totale WW-uitkeringen nulalternatief (B)				**<€ 0,1**
Verschil in WW-uitkeringen (A – B)				**<-€ 0,1**

Bron: CBS StatLine (2023) en jaarverslag UWV (2023), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Het aantal zzp'ers in het beleidsalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het aantal zzp'ers over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5. De gemiddelde instroom in de WW is het aandeel werknemers in de zorg met een WW-uitkering ten opzichte van de totale hoeveelheid werknemers in de zorg op basis van CBS-data. De gemiddelde WW-uitkering is het totale bedrag uitgekeerd aan WW-uitkeringen gedeeld door het aantal WW-gerechtigden op basis van het jaarverslag van het UWV (2023).

7.2 Arbeidsongeschiktheid

Zzp'ers lopen meer risico bij arbeidsongeschiktheid, maar veroorzaken minder collectieve kosten. In het beleidsalternatief zijn zzp'ers grotendeels zelf verantwoordelijk voor hun arbeidsongeschiktheidsrisico. Slechts 14 procent van de zzp'ers in de zorg is verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. Dit betekent dat het grootste deel van de zzp'ers geen beroep kan doen op een uitkering als zij vanwege ziekte (deels) niet meer kunnen werken.

In het nulalternatief liggen de uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen hoger. Omdat zzp'ers bij een overstap naar loondienst automatisch onder de werknemersverzekeringen vallen, ligt het aantal arbeidsongeschikten dat recht heeft op een uitkering in het nulalternatief hoger. De extra uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden in dat geval ingeschat op 0,1 miljard euro per jaar. Het zzp-schap verlaagt dus de publieke lasten voor arbeidsongeschiktheid, maar brengt voor zelfstandigen zelf een financieel risico met zich mee. Hiernaast dekken de premies die werknemers in de zorg afstaan voor arbeidsongeschiktheid de risico's die zij zelf lopen om arbeidsongeschikt te worden af (paragraaf 5.2). De risicosolidariteit daalt daarom in het beleidsalternatief.

Tabel 7.2 In het beleidsalternatief wordt er 0,1 miljard euro per jaar aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bespaard

	Aantal (duizend)	Aandeel verzekerd	Gemiddelde instroomkans	Gemiddelde uitkering	Gemiddelde duur (jaren)	Totaal (miljard)
Situatie met zzp'ers (beleidsalternatief)						
Zzp'ers in de zorg	131	14%	0,5%	€ 46.000	5,9	<€ 0,1
Totaal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen beleidsalternatief (A)						**<€ 0,1**
Situatie zonder zzp'ers (nulalternatief)						
Vast contract	85 tot 78	100%	0,5%	€ 34.000	5,9	€ 0,1 tot <€ 0,1
Tijdelijk contract	23 tot 13	100%	0,5%	€ 22.000	5,9	<€ 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	100%	0,5%	€ 14.000	5,9	<€ 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	14%	0,5%	€ 46.000	5,9	<€ 0,1
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	100%	0,5%	€ 29.000	5,9	<€ 0,1
Inactief	1 tot 3	0%	-	-	-	-
Totale arbeidsongeschiktheidsuitkeringen nulalternatief (B)						**€ 0,1**
Verschil in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (A – B)						**-€ 0,1**

Bron: CBS StatLine (2023) en jaarverslag UWV (2023), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Het aantal zzp'ers in het beleidsalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het aantal zzp'ers over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5. Het percentage verzekerde zzp'ers volgt uit een publicatie van het CBS (2023). Deze publicatie heeft betrekking op alle zzp'ers. Dit percentage is dus niet specifiek voor zzp'ers in de zorg. De instroom en de gemiddelde duur volgen uit in- en uitstroombestanden van het CBS (2021). Dit is ook niet specifiek voor zzp'ers in de zorg. Er wordt aangenomen dat hetzelfde aandeel van de dga's zonder personeel verzekerd zijn tegen arbeidsongeschiktheid. De uitkering van een private verzekering voor zzp'ers en dga's is 80 procent van het laatstverdiende loon. De uitkering van de WIA voor vaste contracten, gedetacheerden en tijdelijke contracten is 70 procent van het laatstverdiende loon.

7.3 Pensioen

Zzp'ers in de zorg bouwen minder pensioen op via collectieve pensioenfondsen dan als werknemer. In het beleidsalternatief bouwt slechts 9 procent van de zzp'ers in de zorg pensioen op via een lijfrenteverzekering. Het is wel mogelijk dat zzp'ers hun pensioen regelen door zelf geld te sparen.

In het nulalternatief ligt de collectieve pensioenopbouw hoger. Zodra zzp'ers overstappen naar loondienst, worden zij automatisch aangesloten bij een pensioenfonds. Dit leidt tot een stijging in de totale pensioenopbouw. De extra pensioenopbouw in het nulalternatief wordt geschat op 0,3 miljard euro per jaar. De lagere pensioenopbouw in het beleidsalternatief betekent dat zzp'ers zelf verantwoordelijk zijn voor hun oudedagsvoorziening, maar tegelijkertijd zorgt dit voor lagere pensioenpremies bij werkgevers. Bovendien

ontvangen zzp'ers gemiddeld een hoger bruto salaris. Dit hogere salaris zou de zzp'er in staat moeten stellen meer te sparen voor het pensioen.

Tabel 7.3 Zzp'ers bouwen in het beleidsalternatief 0,3 miljard euro minder pensioen op via een pensioenfonds

	Aantal (duizend)	Aandeel verzekerd	Pensioen-premie	Bruto loon (incl. werkgeverslasten	Totaal (miljard)
Situatie met zzp'ers (beleidsalternatief)					
Zzp'ers in de zorg	131	9%	4,1%	€ 57.000	<€ 0,1
Totale pensioenopbouw beleidsalternatief (A)					**<€ 0,1**
Situatie zonder zzp'ers (nulalternatief)					
Vast contract	85 tot 78	100%	5,5%	€ 65.000	€ 0,3
Tijdelijk contract	23 tot 13	100%	5,5%	€ 43.000	€ 0,1 tot <€ 0,1
Flexibel contract	11 tot 14	100%	5,5%	€ 26.000	<€ 0,1
Dga zonder personeel	9 tot 11	9%	4,1%	€ 57.000	<€ 0,1
Werkzaam buiten de zorg	1 tot 12	100%	6,6%	€ 51.000	<€ 0,1
Inactief	1 tot 3	0,0%	-	-	-
Totale pensioenopbouw nulalternatief (B)					**€ 0,4**
Verschil in pensioenopbouw (A - B)					**-€ 0,3**

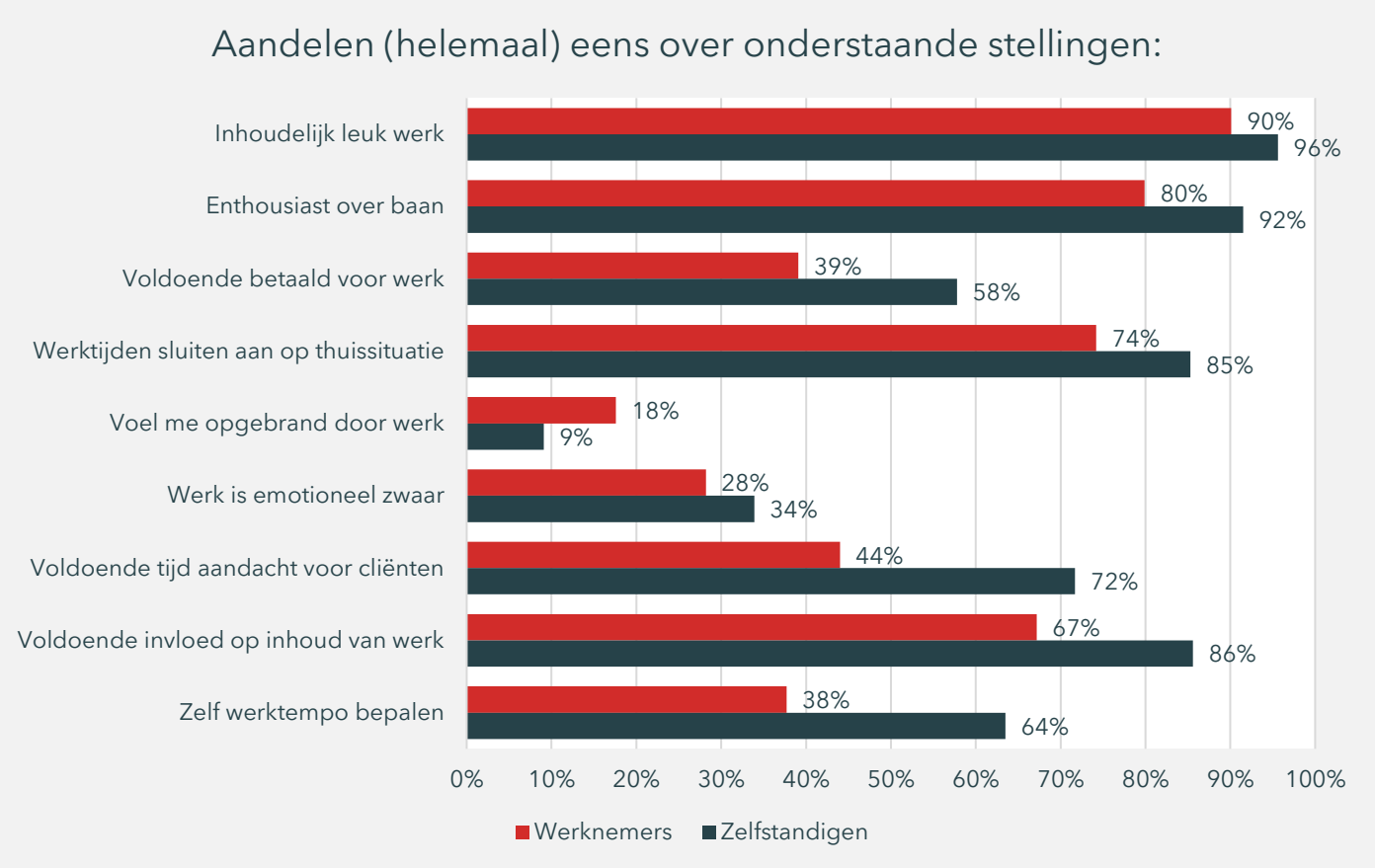
Bron: Eigen enquête (2024) en CBS StatLine (2023), bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). Het aantal zzp'ers in het beleidsalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.1. De verdeling van het aantal zzp'ers over de alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief is gebaseerd op paragraaf 3.5. Het aandeel van de zzp'ers in de zorg met een lijfrenteverzekering als pensioenvoorziening volgt uit een publicatie van het CBS (2023). Dit percentage is niet specifiek voor zzp'ers in de zorg, maar gaat over alle zzp'ers in Nederland. De premie van deze lijfrenteverzekeringen is ook niet specifiek voor zzp'ers in de zorg. Er wordt aangenomen dat hetzelfde percentage voor dga's zonder personeel geldt. Het percentage pensioenpremie van werknemers in de zorg volgt ook uit een publicatie van het CBS (2023). Het bruto jaarloon inclusief werkgeverslasten volgt uit de eigen enquête en CBS StatLine (2023)-gegevens.

7.4 Waarde van zelfstandig werk

De waarde van werken als zelfstandige in de zorg ligt vooral in de ervaren autonomie. Zelfstandigen zijn aanzienlijk meer tevreden over de tijd die ze aan cliënten kunnen besteden, de invloed op hun werkzaamheden en het bepalen van hun werktempo (zie Figuur 7.1). Daarnaast zijn ze over het algemeen positiever over de beloning die ze ontvangen. Dit kan te maken hebben met het gegeven dat zelfstandigen alleen kijken naar hun hogere bruto en netto inkomen in vergelijking met werknemers, maar onvoldoende rekening houden met de risico's voor ziekte, arbeidsongeschiktheid en pensioen die zij zelf dragen.

Figuur 7.1 Zelfstandigen zijn vooral meer tevreden over aspecten met betrekking tot autonomie

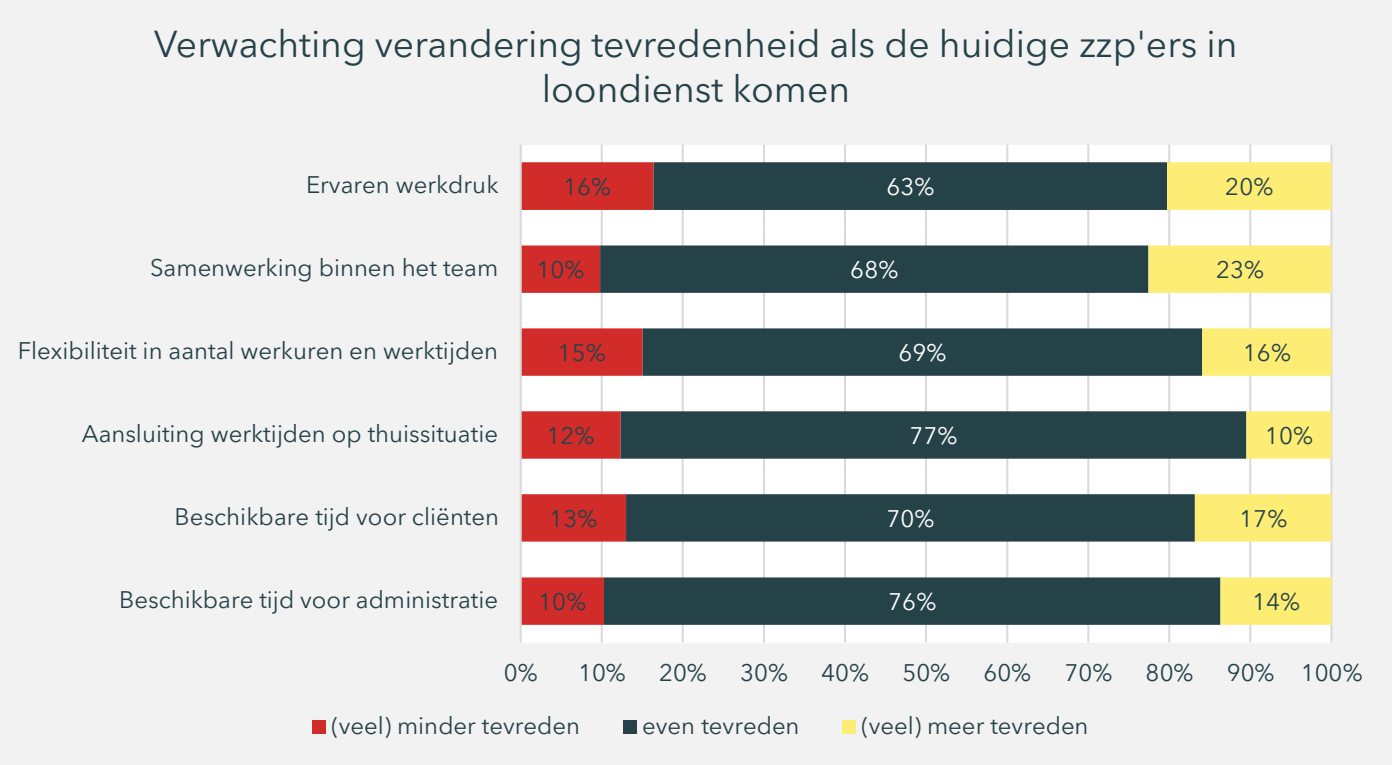


Bron: AZW (2023)

Zelfstandigen lijken geen additionele ontevredenheid te veroorzaken bij werknemers. In de enquête is gevraagd of de tevredenheid van werknemers zou veranderen als de huidige zzp'ers binnen hun organisatie in loondienst zouden komen. Voor alle gevraagde aspecten verwacht de meerderheid van de werknemers geen verschil (zie Figuur 7.2). Bovendien is bij de meeste aspecten het aandeel dat een daling in tevredenheid verwacht ongeveer even groot als het aandeel dat een stijging verwacht. Werknemers verwachten wel dat de samenwerking binnen het team verbetert als zelfstandigen in loondienst komen (zie Figuur 7.2). Daarnaast blijkt uit de expertmeeting dat werknemers vaker repeterende taken uitvoeren dan zelfstandigen. Dit kan verklaren waarom zij hun werk inhoudelijk minder leuk vinden en minder enthousiast zijn over hun baan (zie Figuur 7.1). Wanneer zelfstandigen in loondienst komen, kunnen deze repeterende taken mogelijk over een grotere groep worden verdeeld, wat de tevredenheid over de inhoud van het werk zou kunnen verhogen voor werknemers.

Voor zorgorganisaties kan de mogelijkheid van het inhuren van zelfstandigen van toegevoegde waarde zijn, met name bij piekbelasting, ziektevervanging en bijzondere zorgsituaties. Zorgorganisaties kunnen dan zelfstandigen inschakelen zonder langdurige verplichtingen aan te gaan. Daarnaast kan het voordeel van een zzp'er zijn dat deze nieuwe kennis en expertise brengt binnen de zorgorganisatie. Tegelijkertijd ervaren zorgorganisaties soms uitdagingen bij het werven van voldoende personeel voor vaste dienstverbanden. In dergelijke gevallen kan het voorkomen dat zzp'ers worden ingehuurd, terwijl zorgorganisaties een voorkeur hebben voor werknemers in loondienst. In deze context kan het wegvallen van de mogelijkheid om als zzp'er in de zorg te werken juist positieve gevolgen hebben voor deze zorgorganisaties.

Figuur 7.2 Werknemers verwachten weinig verandering in hun tevredenheid als zzp'ers in dienst komen



Bron: Eigen enquête SEO Economisch Onderzoek (2024)

7.5 Maatschappelijke waarde in het sociaal domein

Zzp'ers in de zorg die in het nulalternatief buiten de zorg gaan werken, kunnen bredere maatschappelijke effecten genereren dan alleen de productiewaarde in de nieuwe sector. Dit geldt vooral voor zzp'ers die in het nulalternatief werkzaam zijn binnen andere sectoren van het sociaal domein. Uit de vragenlijst blijkt dat 36 procent van de zzp'ers die overstappen naar een andere sector aangeeft in het onderwijs (inclusief kinderopvang) te gaan werken. Ook dit is een sector met personeelskrapte en belangrijke maatschappelijke belangen. Daarom wordt aan deze overstap een maatschappelijke waarde toegekend.

De maatschappelijke baat van zzp'ers die vanuit de zorg overstappen naar het onderwijs bedraagt tussen de 0,1 en 0,2 miljard euro. Dit is gebaseerd op het toerekenen van 36 procent van de productiewaarde buiten de zorg aan het onderwijs om vervolgens een maatschappelijke baat van 0,75 euro toe te kennen voor elke extra euro onderwijsproductie. Deze factor is de helft van de maatschappelijke waarde die wordt toegekend aan elke euro productie in de zorg. De reden hiervoor is dat deze zzp'ers in het onderwijs in eerste instantie minder productief zijn, omdat zij hun menselijk kapitaal voor deze sector nog moeten opbouwen.

7.6 Saldo van overige effecten

Het saldo van de overige effecten laat zien dat zzp'ers in de zorg minder bijdragen aan collectieve verzekeringen, maar hier tegelijkertijd minder aanspraak op maken. Dit betekent dat de baten en lasten van

werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en pensioen anders verdeeld zijn dan bij werknemers in loondienst. Daarnaast zijn er niet kwantificeerbare effecten via de waarde van zelfstandig werk.

De waarde van zelfstandig werk staat als 'pro memorie' (PM) in het saldo van maatschappelijke kosten en baten. Veel zzp'ers in de zorg hechten waarde aan hun autonomie, flexibiliteit en de mogelijkheid om zelf hun werktempo en opdrachten te bepalen. Dit is een moeilijk kwantificeerbare, maar belangrijke factor die bijdraagt aan hun werktevredenheid. In de tabel wordt dit effect aangeduid als PM, wat betekent dat we dit aspect kwalitatief erkennen, maar niet direct in geld uitdrukken. Ook de effecten op werknemers in de zorg in het beleidsalternatief worden weergeven als een PM-post.

Per saldo zijn de effecten op de collectieve baten en lasten grotendeels in balans. Dit betekent dat het zzp-schap geen eenduidige lasten of baten oplevert op deze terreinen. Dit onderdeel van het kosten-batensaldo betreft vooral een herverdeling van risico's en kosten tussen zzp'ers en de overheid.

Tabel 7.4 Zzp'ers in de zorg zijn minder goed verzekerd voor werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en pensioen

	Zorg-organisaties	Organisaties in andere sectoren	Zzp'ers in de zorg	Werk-nemers in de zorg	Overheid en de rest van de maatschappij	Totaal
Werkloosheid			<-€ 0,1		<€ 0,1	€ 0
Arbeidsongeschiktheid			-€ 0,1		€ 0,1	€ 0
Pensioen			-€ 0,3		€ 0,3	€ 0
Waarde van zelfstandig werk			+ PM	+/- PM		+/- PM
Waarde sociaal domein					<-€ 0,1 tot -€ 0,2	<-€ 0,1 tot -€ 0,2
Totaal overige effecten			**-€0,4 tot -€0,5 + PM**	**+/- PM**	**€0,4 tot €0,3**	**<-€ 0,1 tot € 0,2 +/- PM**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

8 Totaal maatschappelijke kosten en baten

De maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg bedroeg in 2023 circa 0,5 tot 1,5 miljard euro vergeleken met een situatie *zonder* zzp'ers. Dit vloeit voort uit de circa 7,5 miljard euro aan zorgproductie door zzp'ers, die anders deels niet had plaatsgevonden. De meerwaarde ontstaat voornamelijk doordat de mogelijkheid van het zzp-schap leidt tot een *hogere arbeidsdeelname* in de zorg, wat resulteert in *extra zorgproductie* en daarmee in *gezondheidswinsten*.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de maatschappelijke kosten en baten van zzp'ers in de zorg (het beleidsalternatief) vergeleken met een arbeidsmarkt zonder de mogelijkheid van het zzp-schap in de zorg (het nulalternatief). De rijen in Tabel 8.1 tonen de verschillende kosten-batenposten die in de voorgaande hoofdstukken zijn besproken, terwijl de kolommen aangeven bij welke maatschappelijke partijen deze kosten en baten neerslaan. De rij- en kolomtotalen weerspiegelen de netto kosten en baten per kosten-batenpost en per maatschappelijke partij. Alle bedragen zijn gebaseerd op de berekeningen uit de voorgaande hoofdstukken.

8.1 Totaal maatschappelijke kosten en baten

De maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg bedroeg in 2023 circa 0,5 tot 1,5 miljard euro per jaar, die voortvloeit uit de circa 7,5 miljard euro aan zorgproductie door zzp'ers, waarvan een deel anders niet had plaatsgevonden. Dit saldo bestaat uit ongeveer 0,1 tot 0,2 miljard euro extra productie en winst door een hogere arbeidsdeelname, circa 0,1 miljard euro aan lagere productiviteitskosten voor ziekteverzuim, scholing en ontslag en circa 0,3 tot 1,4 miljard euro aan gezondheids-winsten (zie Tabel 8.1).

Het grootste deel van deze maatschappelijke meerwaarde bestaat uit uit gezondheidswinsten die de gehele maatschappij ten goede komen. Zorgorganisaties en zzp'ers in de zorg profiteren respectievelijk voor minder dan 0,1 miljard en 0,5 tot 0,6 miljard euro van deze meerwaarde. Organisaties in andere sectoren en werknemers in de zorg ondervinden daarentegen nauwelijks of geen voordeel van het zzp-schap in de zorg. Of en in welke mate de overheid en de rest van de maatschappij profiteren, hangt af van in hoeverre de gezondheidswinsten en besparingen op uitkeringen opwegen tegen de gederfde premie-inkomsten.

De gezondheidswinsten vloeien voort uit kortere wachtlijsten en een hogere zorgproductie, wat de algehele gezondheid en kwaliteit van leven verbetert. Een snellere toegang tot zorg draagt bij aan betere behandeluitkomsten en kan op lange termijn de zorgkosten verlagen doordat vroegtijdige interventies complicaties en langdurige zorgtrajecten helpen voorkomen. Dit verhoogt niet alleen het welzijn van mensen, maar vermindert ook de economische last van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

De extra productie en winst ontstaan door een hogere arbeidsdeelname dankzij het zzp-schap in de zorg. Dit resulteert in meer gewerkte uren onder zzp'ers in de zorg en daarmee een hogere productie. Deze extra productie en winst worden verdeeld tussen (zorg)organisaties via hogere winsten, zzp'ers in de zorg via hogere beloningen en de overheid en de rest van de maatschappij via hogere belastinginkomsten.

Tabel 8.1 De maatschappelijke waarde van zzp'ers in de zorg bedroeg in 2023 circa 0,5 tot 1,5 miljard euro, die voortvloeit uit de circa 7,5 miljard euro aan zorgproductie door zzp'ers, waarvan een deel anders niet had plaatsgevonden

(x mld.)	Zorgorganisaties	Organisaties in andere sectoren	Zzp'ers in de zorg	Werknemers in de zorg	Overheid en rest van de maatschappij	Totaal
Productie en winst	**€ 0,2 tot € 0,9**	**-€ 0,1 tot -€ 0,7**			**< € 0,1**	**€0,1 tot €0,2**
Productie	€ 0,2 tot € 0,9	-€0,1 tot -€0,7				€0,1 tot €0,2
Winst	<€ 0,1	<-€ 0,1			<€ 0,1	<€ 0,1
Arbeidskosten en inkomens	**-€ 0,2 tot -€ 0,9**	**€ 0,1 tot € 0,7**	**€ 1,0**		**-€ 0,8 tot -€ 0,7**	**€ 0,1**
Bruto beloning	-€ 1,9 tot -€ 2,4	<€ 0,1 tot € 0,5	€ 1,9			€ 0
(Sociale) premies	€ 1,1 tot € 1,0	<€ 0,1 tot € 0,1	-€ 0,1		-€ 1,0	€ 0
Belastingen			-€ 0,3		€0,3	€ 0
Ziekteverzuimkosten	€ 0,4 tot € 0,3	<€ 0,1	-€ 0,3			€ 0,1
Scholingskosten	€ 0,3 tot € 0,2	<€ 0,1	-€ 0,2			<€ 0,1
Ontslagkosten	<€ 0,1	<€ 0,1	<-€ 0,1		<-€ 0,1	<€ 0,1
Gezondheidseffecten					**€ 0,3 tot € 1,4**	**€ 0,3 tot € 1,4**
Wachtlijsten					<€ 0,1 tot €0,1	<€ 0,1 tot €0,1
Gezondheid					€ 0,3 tot € 1,3	€ 0,3 tot € 1,3
Overige effecten			**-€ 0,4 tot -€ 0,5**		**€ 0,4 tot € 0,3**	**<-€ 0,1 tot -€0,2**
Werkloosheid			<-€ 0,1		<€ 0,1	€ 0
Arbeidsongeschiktheid			-€ 0,1		€ 0,1	€ 0
Pensioen			-€ 0,3		€ 0,3	€ 0
Waarde van zelfstandig werk			+PM	+/- PM		+/- PM
Waarde sociaal domein					<-€ 0,1 tot -€ 0,2	<-€ 0,1 tot -€ 0,2
Totaal	**<€ 0,1**	**<-€ 0,1**	**€ 0,5 tot € 0,6 +PM**	**+/- PM**	**-€ 0,1 tot €0,9**	**€ 0,5 tot € 1,5 +/- PM**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5).

8.2 Zorgorganisaties en overige organisaties

Zorgorganisaties profiteren door de mogelijkheid om zzp'ers in te zetten vooral van extra zorgproductie, wat resulteert in een iets hogere bruto winst. Over deze winst dragen zij vervolgens extra winstbelasting af aan de overheid. De toegenomen zorgproductie vertaalt zich volledig in hogere arbeidskosten voor zorgorganisaties, doordat de hogere arbeidsdeelname van zzp'ers in de zorg niet alleen leidt tot meer zorgproductie, maar ook tot hogere bruto beloningen voor zzp'ers in de zorg.

Tegelijkertijd besparen zorgorganisaties door de inzet van zzp'ers op sociale premies, ziekteverzuim, scholing en ontslagkosten. Zij dragen minder sociale premies, zoals WW-, ZW-, WIA- en pensioenpremies, over de bruto beloning van zzp'ers af aan de overheid en pensioenfondsen of verzekeraars. Ook maken zij minder kosten voor ziekteverzuim, dat voor eigen risico van zzp'ers komt, voor scholing, dat primair de verantwoordelijkheid van zzp'ers is, en voor ontslag, door de flexibiliteit van het beëindigen van opdrachtovereenkomsten.

De extra zorgproductie gaat deels ten koste van de productie in andere sectoren. Doordat zzp'ers in de zorg een hogere arbeidsdeelname hebben dan in een scenario zonder zzp-schap, neemt de productie in de zorg toe. Tegelijkertijd betekent dit dat er minder arbeid beschikbaar is in andere sectoren, wat daar leidt tot een afname in de productie. Dit vertaalt zich echter ook in lagere arbeidskosten voor organisaties in die sectoren, waardoor het netto effect voor hen per saldo gelijk blijft aan misgelopen winsten.

Per saldo blijft de extra netto winst voor zorgorganisaties door de inzet van zzp'ers beperkt tot minder dan 0,1 miljard euro per jaar. Dit komt doordat de extra zorgproductie zich volledig vertaalt naar hogere arbeidskosten voor zorgorganisaties, waardoor de uiteindelijke winst na belasting minimaal blijft.

8.3 Zzp'ers en werknemers in de zorg

Zzp'ers in de zorg profiteren vooral van een hogere bruto beloning als compensatie voor hun extra productie door de hogere arbeidsdeelname. Tegelijkertijd dragen zij vrijwillig premies af voor een private arbeidsongeschiktheids- en/of pensioenverzekering aan (pensioen)verzekeraars die in Tabel 8.1 tot de rest van de maatschappij behoren. Bij arbeidsongeschiktheid of pensionering kunnen de verzekerde zzp'ers aanspraak maken op een uitkering uit deze private verzekeringen. Omdat de pensioenopbouw van zzp'ers via de derde pijler kleiner is dan die van reguliere werknemers of gedetacheerden via de tweede pijler, is hun totale pensioenuitkering lager dan in een situatie zonder het zzp-schap in de zorg.

Zzp'ers betalen meer inkomstenbelasting over hun hogere bruto beloning, maar verhoudingsgewijs minder dan reguliere werknemers en gedetacheerden. Daarnaast dragen zij zelf de kosten van productieverlies door ziekteverzuim, betalen vaker hun eigen scholing en lopen een vergoeding mis bij tussentijdse beëindiging van een opdracht, omdat zij als werknemer wel een ontslagvergoeding zouden ontvangen. Zzp'ers zijn niet verzekerd tegen werkloosheid en dragen het risico van tijdelijk geen of minder opdrachten volledig zelf, terwijl werknemers in zulke gevallen recht hebben op een WW-uitkering.

Naast financiële factoren ontlenen zzp'ers in de zorg waarde aan hun zelfstandigheid, maar deze baat is niet goed in euro's uit te drukken en is daarom als positieve PM-post opgenomen. Per saldo is het resultaat voor zzp'ers in de zorg positief: circa 0,5 tot 0,6 miljard euro per jaar.

De inzet van zzp'ers in de zorg beïnvloedt ook werknemers in loondienst, maar de netto impact is niet duidelijk. Het zzp-schap in de zorg kan gevolgen hebben voor het werk van werknemers in de zorg en de mate waarin zij hun werk waarderen. Of zij er meer last van dan baat bij hebben is echter onduidelijk, ook niet op basis van de enquête die onder werknemers in de zorg is uitgezet, en is daarom niet goed in euro's uit te drukken. Daarom is dit effect als onzekere PM-post opgenomen in het totaaloverzicht.

8.4 Overheid en rest van de maatschappij

De overheid en de rest van de maatschappij profiteren van de inzet van zzp'ers in de zorg, vooral door gezondheidswinsten. In vergelijking met een situatie zonder de mogelijkheid van het zzp-schap in de zorg wordt er meer gewerkt en meer zorg geleverd, wat leidt tot betere gezondheidsuitkomsten. Tegelijkertijd ontvangen de overheid en pensioenfondsen en verzekeraars die tot de rest van de maatschappij behoren minder sociale premies zoals WW-, ZW-, WIA- en pensioenpremies van zorgorganisaties, terwijl private verzekeraars juist profiteren van de vrijwillige arbeidsongeschiktheids- en pensioenverzekeringen van zzp'ers in de zorg. Hierdoor loopt de overheid premie-inkomsten mis, maar bespaart zij tegelijkertijd op WW- en WIA-uitkeringen, omdat zzp'ers hier geen aanspraak op kunnen maken.

De besparing op uitkeringen weegt echter niet volledig op tegen de gederfde premie-inkomsten. Omdat zzp'ers in de zorg gemiddeld een gunstiger risicoprofiel hebben, zouden zij in een loondienst netto meer bijdragen dan ontvangen. Dit verschil is relatief klein, maar het verslechtert de risicosolidariteit tussen werkenden enigszins. De extra belastinginkomsten uit de hogere arbeidsdeelname en bruto beloningen van zzp'ers in de zorg zijn beperkt en compenseren dit gemis niet volledig.

Per saldo is het resultaat voor de overheid en de rest van de maatschappij ambigu: circa -0,1 tot 0,9 miljard euro per jaar. Dit hangt voornamelijk af van in hoeverre de gezondheidswinsten en besparingen op uitkeringen opwegen tegen de gederfde premie-inkomsten. De gezondheidswinsten komen door kortere wachtlijsten, minder verzuim en een betere gezondheid voor de gehele bevolking. De maatschappij als geheel heeft daarmee potentieel het grootste voordeel van de mogelijkheid van de inzet van zzp'ers in de zorg.

9 Gevoeligheidsanalyses

De maatschappelijke meerwaarde van zzp'ers in de zorg varieert tussen de 0,4 en 3,2 miljard euro per jaar als rekening wordt gehouden met onzekerheden. Deze onzekerheden betreffen vooral het aandeel zzp'ers dat de zorg verlaat of stopt met werken, de waarde van een gewonnen gezond levensjaar en de maatschappelijke waarde van productie in andere sectoren binnen het sociaal domein (zoals het onderwijs).

9.1 Het nulalternatief

De maatschappelijke kosten en baten zijn afhankelijk van de verdeling over alternatieve arbeidsvormen in het nulalternatief. We hanteren hiervoor een bandbreedte, gebaseerd op zowel de resultaten uit de vragenlijst als de statistische samenhang tussen alternatieve arbeidsvormen en inactiviteit. Deze indeling is echter onzeker, omdat het onduidelijk is wat de huidige populatie zzp'ers in de zorg daadwerkelijk zou doen als werken als zzp'er in de zorg niet langer mogelijk is.

Om deze onzekerheid te adresseren, variëren we de indeling in het nulalternatief in de basisvariant (zie paragraaf 3.5). Dit gebeurt aan de hand van drie varianten (zie Tabel 9.1), waarbij de bandbreedte voor de overige alternatieven gelijk blijft en alleen geschaald wordt zodat de aandelen optellen tot 100 procent.

- In de eerste variant wordt aangenomen dat geen enkele zzp'er stopt met werken. Dit is de minimale variant, waarin geen sprake is van productieverlies.
- In de tweede variant wordt aangenomen dat 4 procent van de zzp'ers stopt met werken. Dit is de maximale variant, vanwege het bijbehorende productieverlies.
- In de derde variant wordt verondersteld dat de antwoorden in de vragenlijst een volledig representatief beeld geven van stoppen met werken in de zorg. In deze variant geeft 17 procent van de respondenten aan te zullen stoppen met werken in de zorg. Dit resulteert in het grootste effect op de zorgsector.

De uitkomsten van de gevoeligheidsanalyses met betrekking tot het nulalternatief laten zien dat het maatschappelijk kosten-batensaldo in alle varianten positief blijft (zie Tabel 9.1). Afhankelijk van de gekozen indeling van het nulalternatief varieert het totale saldo tussen 0,5 miljard euro en 2,3 miljard euro.

In de variant (1) waarin geen enkele zzp'er inactief wordt, is het kosten-batensaldo het laagst. Dit komt doordat er in deze variant nauwelijks verschil is in productiewaarde en winst tussen het beleidsalternatief en het nulalternatief. Zzp'ers die binnen de zorg in een andere arbeidsvorm doorgaan, blijven namelijk even productief als zij nu zijn. Daarnaast is er ten opzichte van de basisvariant geen verschil in productie buiten de zorgsector, waardoor er geen grotere maatschappelijke gezondheidseffecten of overige effecten zijn ten opzichte van de basisvariant.

In de variant (2) waarin 4 procent besluit te stoppen met werken ontstaan er grotere verschillen in productiewaarde en winst ten opzichte van de basisvariant. Dit verschil ontstaat door een groter verlies aan productiewaarde en winst, zowel binnen als buiten de zorg, wat leidt tot een hoger kosten-batensaldo in vergelijking met de basisvariant. Daarnaast worden de maatschappelijke gezondheidsbaten groter, doordat er ook meer verlies van zorgpersoneel is.

Het kosten-batensaldo ligt aanzienlijk hoger in de variant (3) waarin een groot deel van de huidige zzp'ers overstapt naar werk buiten de zorg dan in de basisvariant. Deze variant leidt tot een substantiële uitstroom van personeel uit de zorg, waardoor de zorgcapaciteit afneemt. De afschaling van zorg heeft relatief grote gezondheidseffecten voor de samenleving als geheel, wat resulteert in aanzienlijk hogere baten qua gezondheidseffecten. Tegelijkertijd is in dit scenario ook de instroom naar het onderwijs het grootst. Dit brengt maatschappelijke kosten met zich mee, doordat de potentiële baten die de onderwijssector oplevert, nu niet worden gerealiseerd. Toch wegen deze gemiste baten (dus momenteel maatschappelijke kosten) in het onderwijs niet op tegen de positieve gezondheidseffecten die zzp'ers in de zorg realiseren. Hierdoor blijft het totale maatschappelijk kosten-baten saldo ruimschoots positief.

Tabel 9.1 De indeling van het nulalternatief verschilt onder alternatieve aannames

	Basisvariant	Variant 1: 0% inactief	Variant 2: 4% inactief	Variant 3: 17% werkzaam buiten de zorg
Vast contract in de zorg	65-59%	65-61%	63-58%	54%
Tijdelijk contract in de zorg	17-10%	18-10%	17-10%	15-9%
Flexibel contract in de zorg	9-11%	9-11%	9-11%	8-10%
Werknemer eigen opgerichte bv	7-9%	7-9%	8-7%	6-8%
Werkzaam buiten de zorg	1-9%	1-9%	1-9%	**17%**
Niet werkend	1-2%	**0%**	**4%**	1-2%
Resultaten MKBA				
Productiewaarde en winst	€ 0,1 tot € 0,2	€ 0,1 tot <€ 0,1	€ 0,4	€ 0,2 tot € 0,3
Arbeidskosten en inkomens	€ 0,1	€ 0,1	€ 0,1	€ 0,1
Gezondheidseffecten	€ 0,3 tot € 1,4	€ 0,3 tot € 1,1	€ 0,7 tot € 1,6	€ 2,3
Overige effecten	<-€ 0,1 tot -€ 0,2 +/- PM	<-€ 0,1 tot -€ 0,2 +/- PM	<-€ 0,1 tot -€0,2 +/- PM	-€ 0,3 +/- PM
Kosten-batensaldo	**€ 0,5 tot € 1,5 +/- PM**	**€ 0,5 tot € 1,1 +/- PM**	**€ 1,1 tot € 1,8 +/- PM**	**€ 2,2 tot € 2,3 +/- PM**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5).

9.2 Gezondheidseffecten

De maatschappelijke baten van gezondheid hangen af van de waarde van één gewonnen gezond levensjaar (QALY) en de ernst van de ziektelast waarvoor zorg wordt afgeschaald. We baseren onze inschatting van de maatschappelijke waarde van zorgproductie mede op de opbrengsten in termen van gezondheidswinst. Hierbij gaan we ervan uit dat zorgproductie bijdraagt aan een langere en gezondere levensduur van de bevolking. De economische literatuur drukt deze gezondheidswinst vaak uit in *Quality Adjusted Life Years* (QALY's). Een QALY

staat voor een jaar in volledig goede gezondheid. De maatschappelijke waarde van één QALY varieert volgens de Werkwijzer MKBA in het sociale domein tussen de 50 duizend en 100 duizend euro (Koopmans et al., 2016). De ernst van de ziektelast waarvoor zorg wordt afgeschaald varieert daarbij van laag, gemiddeld tot hoog, met bijbehorende maximale meerkosten voor behandeling die liggen volgens Enzing et al. (2024) tussen de 20 duizend en 80 duizend euro per QALY.

De waarde van een QALY en de relatie tussen zorguitgaven en gezondheidswinst zijn met onzekerheid omgeven. De waarde van een gewonnen QALY is niet eenduidig vastgelegd en hangt af van normatieve keuzes en uiteenlopende ramingen in de literatuur. Ook is onzeker wat de marginale kosten zijn om één QALY te realiseren, mede afhankelijk van de ernst van de onderliggende ziektelast. Daardoor bestaat onzekerheid over de verhouding tussen zorguitgaven en de daaruit voortvloeiende gezondheidswinst. We adresseren deze onzekerheid door in de gevoeligheidsanalyse te variëren met zowel de waarde van een QALY als de maximale meerkosten per QALY.

De uitkomsten van de gevoeligheidsanalyse wijzen op jaarlijkse gezondheidsbaten tussen de 0,2 miljard en 3,3 miljard euro. Bij variatie in de maximale meerkosten per QALY tussen de 20.000 en 80.000 euro lopen de gezondheidsbaten van zzp'ers in de zorg uiteen van 0,2 tot 3,3 miljard euro per jaar. Wanneer in plaats daarvan de waarde van een QALY varieert tussen de 50.000 en 100.000 euro, liggen de gezondheidsbaten tussen de 0,2 en 1,7 miljard euro per jaar. De resultaten van deze gevoeligheidsanalyses zijn weergegeven in twee afzonderlijke tabellen: één waarin de maximale meerkosten per QALY worden gevarieerd (Tabel 9.2) en één waarin de maatschappelijke waarde van een QALY wordt gevarieerd (Tabel 9.3). Beide tabellen vergelijken de situatie waarin zzp'ers in de zorg werkzaam zijn met twee nulalternatieven (lage en hoge baten per euro zorgproductie) waarin die mogelijkheid ontbreekt. Na saldering met andere kosten en baten in de maatschappelijke kosten-batenanalyse resulteert een totale bandbreedte van de maatschappelijke meerwaarde tussen de 0,4 en 3,2 miljard euro per jaar.

Tabel 9.2 De maatschappelijke waarde van gezondheid varieert tussen de 0,2 en 3,3 miljard euro per jaar bij variatie in de maximale meerkosten per QALY

	Basisvariant: maximale meerkosten voor 1 QALY zijn 50.000 euro	Variant 1: maximale meerkosten voor 1 QALY zijn 80.000 euro	Variant 2: maximale meerkosten voor 1 QALY zijn 20.000 euro
Maatschappelijke waarde van 1 extra euro zorgproductie	€ 1,5	€ 0,94	€ 3,75
Verschil in gezondheid per variant	€ 0,3 tot € 1,3	€ 0,2 tot € 0,9	€ 0,7 tot € 3,3
Resultaten MKBA			
Productiewaarde en winst	€ 0,1 tot € 0,2	€ 0,1 tot € 0,2	€ 0,1 tot € 0,2
Arbeidskosten en inkomens	€ 0,1	€ 0,1	€ 0,1
Gezondheidseffecten	€ 0,3 tot € 1,4	€ 0,2 tot € 0,9	€ 0,7 tot € 3,3
Overige effecten	<-€ 0,1 tot -€ 0,2 +/-PM	<-€ 0,1 tot -€ 0,1 +/-PM	<-€ 0,1 tot -€ 0,4 +/-PM
Kosten-batensaldo	**€ 0,5 tot € 1,5 +/- PM**	**€0,4 tot €1,1 +/- PM**	**€ 0,9 tot € 3,2 +/- PM**

SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5).

Tabel 9.3 De maatschappelijke waarde van gezondheid varieert tussen de 0,2 en 1,7 miljard euro per jaar bij variatie in de QALY-waarde

	Basisvariant: QALY's zijn 75 duizend euro waard	Variant 1: QALY's zijn 50 duizend euro waard	Variant 2: QALY's zijn 100 duizend euro waard
Maatschappelijke waarde van 1 extra euro zorgproductie	€ 1,5	€ 1	€ 2
Verschil in gezondheid per variant	€ 0,3 tot € 1,3	€ 0,2 tot € 0,9	€ 0,4 tot € 1,7
Resultaten MKBA			
Productiewaarde en winst	€ 0,1 tot € 0,2	€ 0,1 tot € 0,2	€ 0,1 tot € 0,2
Arbeidskosten en inkomens	€ 0,1	€ 0,1	€ 0,1
Gezondheidseffecten	€ 0,3 tot € 1,4	€ 0,2 tot € 0,9	€ 0,4 tot € 1,8
Overige effecten	<-€ 0,1 tot -€ 0,2 +/-PM	<-€ 0,1 tot -€ 0,1 +/-PM	<-€ 0,1 tot -€ 0,2 +/-PM
Kosten-batensaldo	**€ 0,5 tot € 1,5 +/- PM**	**€0,4 tot €1,1 +/- PM**	**€ 0,6 tot € 1,9 +/- PM**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5). De daling in zorgproductie is gebaseerd op paragraaf 4.1. We gaan uit van een Quality Adjusted Life Year (QALY) waarde van 50 tot 100 duizend euro. De marginale kosten om een QALY te winnen in de zorg zijn 50 duizend euro. Zo zijn de maatschappelijke baten van 1 extra euro aan zorgproductie 1 tot 2 euro waard.

9.3 Maatschappelijke waarde in het sociaal domein

De maatschappelijke baat van zzp'ers die vanuit de zorg overstappen naar een andere sector binnen het sociaal domein, zoals het onderwijs of de kinderopvang, hangt af van de mate waarin zij daar maatschappelijke waarde genereren. In het basisscenario is aangenomen dat deze waarde gelijk is aan de helft van de maatschappelijke waarde die wordt toegekend aan zorgverlening.

In deze gevoeligheidsanalyse wordt onderzocht wat het effect is van de aanname over de waarde die wordt toegekend aan werken in het onderwijs. De toegekende factor aan werken in het onderwijs wordt gevarieerd van 0 tot 100 procent van de maatschappelijke waarde van zorg. Een factor van 0 procent vormt de ondergrens, waarbij wordt aangenomen dat werken in het onderwijs geen maatschappelijke meerwaarde heeft. De bovengrens, 100 procent, veronderstelt dat zzp'ers in het onderwijs evenveel maatschappelijke waarde creëren als in de zorg, ondanks het feit dat zij doorgaans geen relevante opleiding of ervaring in deze sector hebben. In de basisvariant was een factor van 50 procent aangenomen.

De resultaten van de analyse tonen dat de maatschappelijke baat van de overstap vanuit zzp-schap in de zorg naar het onderwijs varieert van 0 tot 0,4 miljard euro. Deze waarde wordt volledig toegekend aan de maatschappij als geheel en vertaalt zich in alle scenario's direct naar een effect op de post "overige effecten". De overige posten – productiewaarde en winst, arbeidskosten en inkomens, en de gezondheidseffecten – blijven onveranderd in deze gevoeligheidsanalyse.

De bovengrens van het totale maatschappelijk kosten-baten saldo ligt tussen de 1,3 en 1,7 miljard euro per jaar, afhankelijk van de waarde die wordt toegekend aan de overstap naar het onderwijs. De ondergrens blijft in alle gevallen gelijk op 0,5 miljard euro. Dit komt doordat in het scenario van de ondergrens slechts 1 procent van de zzp'ers in de zorg de zorgsector verlaat, waarvan slechts 0,36 procentpunt in het onderwijs terechtkomt. Wanneer aan de overstap naar het onderwijs geen maatschappelijke waarde wordt toegekend, zijn de baten van het zzp-schap het hoogst: tussen de 0,5 en 1,7 miljard euro per jaar. Wordt er daarentegen evenveel maatschappelijke waarde gehecht aan werken in het onderwijs als aan zzp-schap in de zorg, dan zijn de baten het laagst: tussen de 0,5 en 1,3 miljard euro per jaar.

Tabel 9.4 De maatschappelijke waarde van werken in het onderwijs varieert tussen de 0 en 0,3 miljard euro

	Basisvariant: helft van de waarde in de zorg	Variant 1: geen additionele waarde	Variant 2: evenveel waarde als in de zorg
Maatschappelijke waarde van 1 extra euro onderwijsproductie	<€ 0,1 tot € 0,2	€ 0	<€ 0,1 tot € 0,4
Resultaten MKBA			
Productiewaarde en winst	€ 0,1 tot € 0,2	€ 0,1 tot € 0,2	€ 0,1 tot € 0,2
Arbeidskosten en inkomens	€ 0,1	€ 0,1	€ 0,1
Gezondheidseffecten	€ 0,3 tot € 1,4	€ 0,3 tot € 1,4	€ 0,3 tot € 1,4
Overige effecten	<-€ 0,1 tot -€ 0,2 +/- PM	€ 0 +/- PM	<-€ 0,1 tot -€ 0,4 +/- PM
Kosten-batensaldo	**€ 0,5 tot € 1,5 +/- PM**	**€ 0,5 tot € 1,7 +/- PM**	**€ 0,5 tot € 1,3 +/- PM**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Indien er twee getallen in één vakje van de tabel staan is het linkergetal altijd het getal corresponderend met het scenario o.b.v. de statistische samenhang en het rechtergetal met het scenario o.b.v. de enquête (zie Paragraaf 3.5).

Referenties

Aiken, L. H., Shang, J., Xue, Y., & Sloane, D. M. (2013). Hospital use of agency-employed supplemental nurses and patient mortality and failure to rescue. Health Services Research, 48(3), 931-948.

Alchian, A. & Demsetz, H. (1972). Production, information costs, and economic organization. *The American Economic Review*, *62*(5), 777-795.

Arbobalans. (2020). Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland. Geraadpleegd via: https://www.arboportaal.nl/documenten/rapport/2021/02/4/arbobalans-2020

AZW. (2023a). Werknemers; scholing en vaardigheden. Geraadpleegd via: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24070NED/table?ts=173807473312

AZW. (2023b). Zelfstandig ondernemers; scholing en vaardigheden. Geraadpleegd via: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24157NED/table?ts=1738074646046

AZW. (2023c). Zelfstandig ondernemers; arbeidskenmerken. Geraadpleegd via: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24156NED/table?ts=1735900707695

AZW. (2024a). Zzp'ers in de zorg en welzijn aan het woord. Geraadpleegd via: https://www.azwinfo.nl/longread/zzpers-in-zorg-en-welzijn-aan-het-woord/

AZW. (2024b). Werkzame beroepsbevolking: Positie in de werkkring. Geraadpleegd via: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24163NED/table?ts=1735821374217

Bär, M., Bakx, P., Wouterse, B., & van Doorslaer, E. (2022). Estimating the health value added by nursing homes. Journal of Economic Behavior & Organization, 203, 1-23.

CBS. (2017). Premies inkomensverzekeringen zelfstandigen, naar persoonskenmerken. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/-/media/_excel/2019/20/premies-inkomensverzekeringen-zelfstandigen-2011-2017.xlsx

CBS. (2021). Bedrijfsleven; arbeids-en financiële gegevens per branche. Geraadpleegd via: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81156ned/table

CBS. (2022a). Bedrijfsopleidingen; kerncijfers. Geraadpleegd via: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81850NED/table

CBS. (2022b). Financiële kengetallen zorginstellingen 2022. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2022/financiele-kengetallen-zorginstellingen-2021?onepage=true

CBS. (2022c). Keuzes van werkgevers bij de inzet van zzp'ers. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2022/keuzes-van-werkgevers-bij-de-inzet-van-zzp-ers?onepage=true

CBS. (2023a). Hebben zzp'ers een voorziening voor arbeidsongeschiktheid of pensioen? Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/zzp/hebben-zzp-ers-een-voorziening-voor-arbeidsongeschiktheid-of-pensioen-

CBS. (2023b). Arbeidskosten; structuur arbeidskosten, -duur, bedrijfstak SBI2008, 2020. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85291NED/table?ts=1693579540147

CBS. (2023c). Ontslagen werknemers door faillissement; geslacht, leeftijd, bedrijfstak. Geraadpleegd via: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84826NED/table

CBS. (2023d). Banen van werknemers; bedrijfsgrootte en economische activiteit (SBI2008). Geraadpleegd via: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83583NED/table?ts=1738081069738

CBS. (2024). Ontslag naar reden, initiatief en arbeidsmarktpositie in 2023. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2024/ontslag-naar-reden-initiatief-en-arbeidsmarktpositie-in-2023?onepage=true#:~:text=In%202023%20waren%20er%20gemiddeld,het%20initiatief%20bij%20de%20werkgever.

Coase, R. H. (1937). The Nature of the Firm. *Economica, 4 (16)*, 386–405.

Dall'Ora, C., & Griffiths, P. (2018). Effects of flexible staffing on patient outcomes and healthcare costs. Nursing Times, 10.

Enzing, J., Knies, S. & Zwaap, J. (2024). Beoordelingskader kosteneffectiviteit van zorg. Den Haag: Zorginstituut Nederland.

Heyma, A., Bussink, H., Bennaars, H., Engelen, M., Schneider, M., Barentsen B., Meij, M. (2020). Effecten van maatregelen ontslag in de Wet werk en zekerheid. SEO.

Josten, E., Vrooman, C., & Vlasblom, J. D. (2014). Bevrijd of beklemd?.

Koopmans, C., Heyma, A., Hof, B., Imandt, M., Kok, L., & Pomp, M. (2016). Werkwijzer kosten-batenanalyse in het sociale domein. SEO Economisch Onderzoek.

Meerding, W., Polder, J., De Hollander, A. & Mackenbach, J. (2007). Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Nuijten, M. (2024). Ondervoeding in de zorg: behandeling loont. A2M Adviesbureau voor de gezondheidszorg.

Prudon, R. (2024). Is delayed mental health treatment detrimental to employment? Unpublished manuscript.

RegioPlus. (2021). Van werknemer naar zzp'er. Geraadpleegd via: https://regioplus.nl/wp-content/uploads/2024/04/Verdieping-uitstroomonderzoek-2021-Van-werknemer-naar-zzper.pdf

RIVM. (2023). Gemiddelde wachttijd specialistische GGZ. Geraadpleegd via: https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor/gevolgen-mentale-ongezondheid/wachttijden_specialistische_GGZ

ROA. (2022). Leven lang ontwikkelen in Nederland.

Romijn, G., & Renes, G. (2013). Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB) en Planbureau voor de Leefomgeving (PBL)

SCP. (2022). Arbeidsmarkt in kaart, werkgevers-editie 3. Geraadpleegd via: https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/07/11/arbeidsmarkt-in-kaart-werkgevers---editie-3

SoloPartners. (2024). Balanceren tussen zorg en ondernemerschap.

Verhoef, E. T., & Small, K. A. (2004). Product differentiation on roads. Journal of Transport Economics and Policy (JTEP), 38(1), 127-156.

Williamson, O. E. (1975). *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York: The Free Press.

Bijlage A Vragenlijst

Tabel A.1 Respons op de vragenlijst onder zzp'ers en werknemers in de zorg.

	SoloPartners		PanelClix		Totaal	
Begonnen aan de vragenlijst	2.134	100%	818	100%	2.952	100%
Speeders	1.013	47%	135	17%	1.148	39%
Geen doelgroep	1	0%	3	0,4%	4	0,1%
Meegenomen respons	**1.120**	**53%**	**680**	**83%**	**1.800**	**61%**
waarvan zzp'er	*1045*	*49%*	*142*	*17%*	*1.187*	*40%*
waarvan werknemer	*75*	*4%*	*538*	*66%*	*613*	*21%*
Meegenomen respons	**1.120**	**53%**	**680**	**83%**	**1.800**	**61%**
waarvan vragenlijst volledig ingevuld	*921*	*43%*	*593*	*72%*	*1.514*	*51%*

Bron: SoloPartners en PanelClix, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Onder speeders en straightliners vallen respondenten die de vragenlijst in minder dan 3 minuten volledig ingevuld hebben. Respondenten die niet in de zorg werken zijn geen onderdeel van de doelgroep van deze vragenlijst. Indien een respondent een deel van de vragenlijst heeft ingevuld zijn de antwoorden tot waar de vragenlijst is ingevuld wel meegenomen in de analyse.

Tabel A.2 Achtergrondkenmerken van de respondenten

	Zzp'ers	Werknemers
Sector		
Ziekenhuis, UMC of overige medische specialistische zorg	4%	23%
Geestelijke gezondheidszorg	8%	11%
Huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum	2%	4%
Verpleeghuis, verzorgingshuis of thuiszorg	60%	36%
Gehandicaptenzorg	13%	13%
Jeugdzorg	5%	3%
Sociaal werk	3%	3%
Overige zorg (o.a. mondzorg, fysiotherapie en verloskunde)	6%	7%
Geslacht		
Man	20%	17%
Vrouw	80%	83%
Leeftijd		
Onder de 25 jaar	1%	4%
25 tot 35 jaar	14%	21%
35 tot 45 jaar	22%	24%
45 tot 55 jaar	27%	21%
55 tot 65 jaar	32%	26%
Ouder dan 65 jaar	4%	3%
Opleidingsniveau		

Middelbaar onderwijs	2%	6%
Mbo niveau 1	1%	2%
Mbo niveau 2	3%	5%
Mbo niveau 3	23%	11%
Mbo niveau 4	37%	29%
Hbo bachelor	23%	28%
Hbo master	6%	7%
Wo bachelor	1%	2%
Wo master	4%	10%
Totaal	**1.187 (100%)**	**613 (100%)**

Bron: SoloPartners en PanelClix, bewerking SEO Economisch Onderzoek

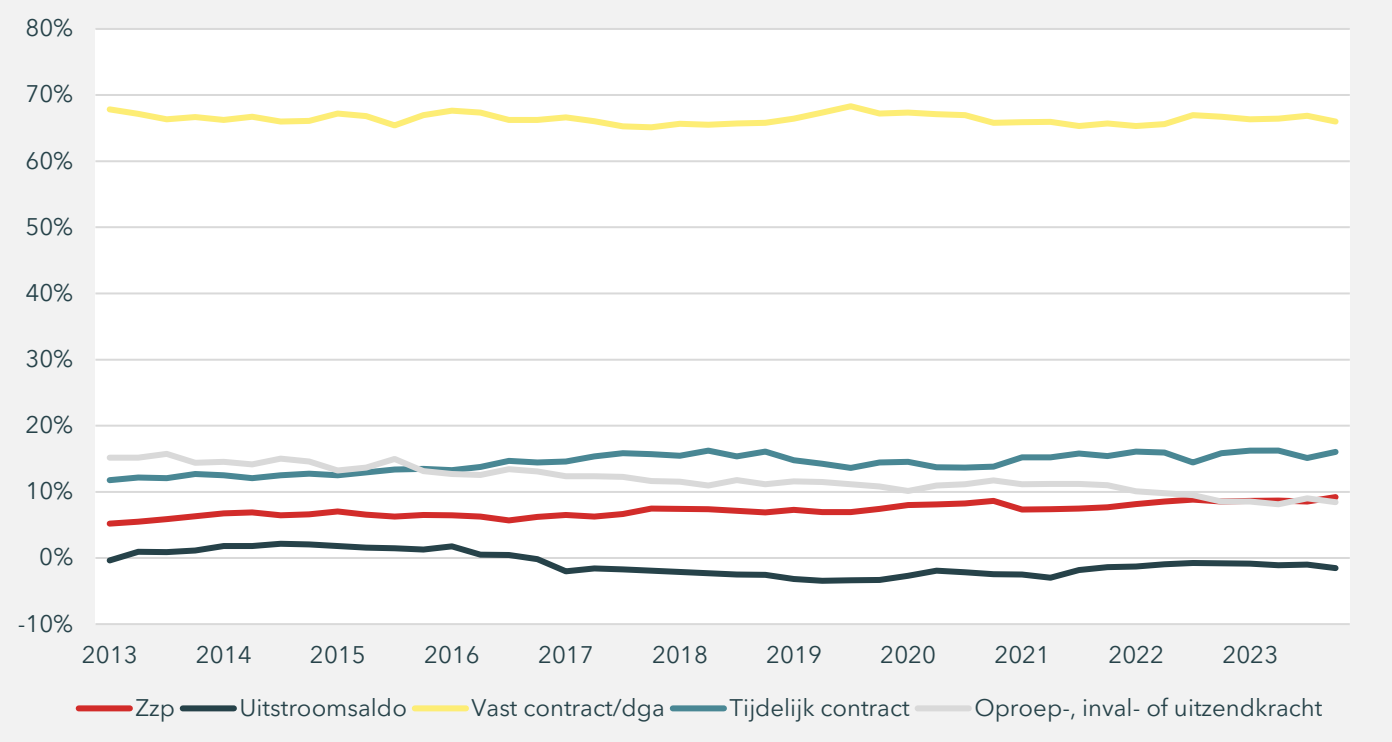
Bijlage B Statistische samenhang alternatieve arbeidsvormen

De statistische samenhang is gebaseerd op de jaarlijkse ontwikkeling van arbeidsvormen en uitstroom uit de zorg. Voor deze analyse maken we gebruik van openbare data van het CBS over de periode 2013–2023. Het betreft gegevens over het aandeel werkenden in verschillende arbeidsvormen – zzp'ers, directeur-grootaandeelhouders (dga's) zonder personeel, vaste en tijdelijke werknemers en uitzend- en oproepkrachten – en het uitstroomsaldo uit de zorg. Dit uitstroomsaldo is gedefinieerd als het verschil tussen het aantal instromers en uitstromers uit de sector, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal werkenden in de zorg.

Het nulalternatief is afgeleid van de samenhang tussen het aandeel zzp'ers en alternatieve arbeidsvormen. We passen een regressieanalyse toe om te bepalen welke arbeidsvormen zzp'ers waarschijnlijk zouden kiezen wanneer het zzp-schap geen optie is. Hierbij nemen we het dga-schap mee als potentieel alternatief. De uitkomsten sluiten grotendeels aan bij de verwachtingen van experts, die aangeven dat veel zzp'ers ook in een andere ondernemingsvorm als zelfstandige zouden kunnen blijven werken.

Het aandeel zzp'ers in de zorg is toegenomen, terwijl het uitstroomsaldo is gedaald. Figuur B.1 toont de ontwikkeling van het aandeel werkenden in de zorg naar arbeidsvorm en het uitstroomsaldo. Sinds 2013 neemt het aandeel zzp'ers toe. In dezelfde periode is het uitstroomsaldo gedaald van een positief naar een negatief saldo, wat duidt op een hogere instroom dan uitstroom van werkenden in de zorg.

Figuur B.1 Een toename in het aandeel zzp'ers in de zorg gaat gepaard met een lager uitstroomsaldo



Bron: AZW StatLine, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Deze figuur toont het aandeel werkenden in de zorg verdeeld over verschillende arbeidsvormen per kwartaal van 2013 tot en met 2023. Hiernaast toont de figuur het "uitstroomsaldo". Het uitstroomsaldo meet het aantal werkenden dat de zorg verlaat, waar we het aantal instromers van aftrekken, als percentage van het aantal werkenden in de zorg. Dit cijfer geeft aan hoeveel werkenden de zorg verlaten.

Een hoger aandeel zzp'ers hangt samen met een lager uitstroomsaldo. Uit onze regressieanalyse blijkt dat het aandeel zzp'ers in de zorg in tussen 2013 en 2023 een negatieve relatie heeft met het uitstroomsaldo. Dit resultaat levert indicatief bewijs dat de mogelijkheid tot zzp-schap bijdraagt aan het behoud van werkenden in de zorg. Tabel B.2 toont de geschatte coëfficiënten van de regressieanalyse.

Tabel B.1 Een hoger aandeel zzp'ers hangt samen met een lager uitstroomsaldo in de zorg

Alternatieve arbeidsvormen of uitstroom uit de zorg	Aandeel arbeidsvorm 2023	Coëfficiënt
Uitstroomsaldo	N.v.t.	-0,03*
Vast contract of directeur-grootaandeelhouder	66%	-0,93***
Tijdelijk contract	16%	-0,94***
Oproep-, inval- of uitzendkracht	9%	-0,90***

Bron: AZW StatLine, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Noot: Deze tabel toont de statistische samenhang tussen het aandeel zzp'ers in de zorg en alternatieve arbeidsvormen of uitstroom. De coëfficiënten geven aan hoe sterk de samenhang is. Met deze coëfficiënten kunnen we inschatten welke arbeidsvorm zzp'ers in de zorg zouden kiezen wanneer zij niet meer als zzp'er mogen werken. * $p < 10\%$, ** $p < 5\%$, *** $p < 1\%$.

Het aandeel zzp'ers beweegt tegengesteld aan het aandeel in andere arbeidsvormen. De negatieve samenhang met alternatieve arbeidsvormen is in lijn met de verwachting, aangezien het totale aantal werkenden in de zorg beperkt is. Een stijging in het aandeel zzp'ers impliceert automatisch een daling van andere vormen van arbeid.

De regressie-uitkomsten wegen we naar de arbeidsverdeling in 2023. De coëfficiënten uit de regressie schalen we naar de omvang van de arbeidsvormen in 2023. Dit maakt het mogelijk om een gewogen verdeling op te stellen van het nulalternatief, zoals weergegeven in paragraaf 3.5 van het rapport. De uitkomsten geven ook inzicht in het verwachte aandeel zzp'ers dat bij afschaffing van het zzp-schap overstapt naar een dga-constructie zonder personeel.

Bijlage C Expertmeeting

Agenda

Datum:	Vrijdag 22 november 2024
Locatie:	SEO Economisch Onderzoek Roetersstraat 29 1019 WB Amsterdam

10:00-10:10	Introductie SoloPartners en voorstelronde
10:10-10:20	Presentatie SEO over zzp'ers in de zorg
10:20-10:50	Discussie 1: Motieven van zzp'ers en opdrachtgevers in de zorg
10:50-11:20	Discussie 2: Impact van zzp'ers in de zorg
11:20-11:50	Discussie 3: Alternatieven voor zzp'ers en opdrachtgevers in de zorg
11:50-12:00	Presentatie SEO over het vervolg van het onderzoek
12:00-12:30	Afsluitende lunch

Deelnemers*

Experts:

- Frank Alfrink (voorzitter van Stichting ZZP-Nederland)
- Hugo Keuzenkamp (interim bestuurder bij Basalt)
- Yvette van der Linden (Account Director bij Staffing Management Services)
- Sem Overduin (Public Affairs Officer bij HeadFirst Group)
- Henk van der Schaft (bestuurder bij FNV Zelfstandigen)
- Jurgen Warmerdam (senior beleidsadviseur bij NBBU)

SoloPartners (opdrachtgever):

- Loe van Erp (algemeen directeur)

SEO Economisch Onderzoek (opdrachtnemer)

- Arjan Heyma (adjunct-directeur en clusterhoofd Arbeid)
- Henri Bussink (senior onderzoeker Arbeid)
- Jellien Knol (onderzoeker Sociale Zekerheid)
- Benjamin van Casteren (onderzoeker Zorg & Sociaal Domein)

* Jeroen Swanen (directeur Flex bij Vitalis WoonZorg Groep) is in een afzonderlijk gesprek geraadpleegd op vrijdag 15 november 2024 van 13:00 tot 14:00 uur.

“De wetenschap dat het goed is.”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport 2025-77
ISBN 978-90-5220-534-2

Informatie & Disclaimer
SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2025 SEO Amsterdam.
Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl.

seo • economisch onderzoek

Roetersstraat 29
1018 WB Amsterdam

+31 20 399 1255
secretariaat@seo.nl
www.seo.nl