



Middellangetermijnraming zorg 2027 – 2033

In de periode 2027 – 2033 nemen de reële collectieve zorguitgaven toe met gemiddeld 3,1% per jaar. De hoogste jaarlijkse groei (4,1%) vindt plaats in de Wlz, gevolgd door de Zvw (2,7%), Jeugdwet (2,4%) en Wmo (2,1%).

De belangrijkste oorzaak van de stijgende zorguitgaven is de demografische ontwikkeling. Ook de stijging van de reële lonen en prijzen in de zorg en de inkomensgroei spelen een rol.

De jaarlijkse werkgelegenheidsgroei in de zorg bedraagt 2,1% in de periode 2027 – 2033. In een krappe arbeidsmarkt kan het een uitdaging zijn voor de zorgsector om voldoende personeel aan te trekken en te behouden.

CPB - februari 2025

Roel van Elk, Adri den Ouden,
Carlo de Vos, Annette Zeilstra

1 Inleiding

Deze publicatie presenteert de middellangetermijnraming van de zorguitgaven (MLT-zorg). Het betreft een raming van de collectieve zorguitgaven voor de periode 2027 – 2033. Het CPB maakt periodiek een MLT-zorg als input voor de middellangetermijnraming van de Nederlandse economie op macroniveau en als basis voor de verdere zorgramingen in de komende kabinetsperiode.

We ramen de ontwikkeling van de zorguitgaven per hoofdsector bij ongewijzigd beleid. We onderscheiden vier hoofdsectoren: de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet. Een raming bij ongewijzigd beleid geeft zo goed mogelijk weer hoe de zorguitgaven zich ontwikkelen als het beleid doorloopt zonder nieuwe aanpassingen.

De huidige raming is een update van vorige MLT-zorg uit 2019.¹ Dit betrof een raming voor de periode 2022 – 2025. De update van de MLT-zorg was oorspronkelijk eerder voorzien, maar is een jaar uitgesteld vanwege de val van het kabinet en de daaropvolgende verkiezingen. De methodiek van de huidige raming is vergelijkbaar met die van de MLT-zorg uit 2019. Nieuw ten opzichte van de MLT-zorg uit 2019 is dat we nu in de raming onderscheid maken tussen de sectoren Wmo en Jeugdwet.

De opzet van deze publicatie is als volgt. Paragraaf 2 presenteert de uitkomsten van de raming. Hierbij wordt de geraamde jaarlijkse groei van de zorguitgaven uitgesplitst in verschillende groeicomponenten zoals loon- en prijsontwikkelingen, demografie, inkomensgroei en een overige groei-component. De overige groei-component in de raming is gebaseerd op het verleden en afgeleid uit een historische decompositie van de zorguitgaven. Paragraaf 3 geeft een toelichting op de uitkomsten van deze historische decompositie, waarmee we de overige groei hebben bepaald.

¹Zeilstra et.al., 2019.

2 Raming

In de middellangetermijnraming onderscheiden we de ontwikkeling van de zorguitgaven naar vier hoofdsectoren: Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet. Het onderscheid tussen de sectoren Wmo en Jeugdwet maken we in deze MLT-raming voor het eerst. In de MLT-zorg uit 2019 konden we door een gebrek aan gedetailleerde gegevens geen goed onderscheid maken tussen beide sectoren. Daarom hebben we ze destijds samengevoegd tot één hoofdsector. Om deze splitsing nu wel mogelijk te maken, hebben we de beschikking gekregen over data van gemeenten over de uitgaven aan Wmo en Jeugdwet naar leeftijd (zie bijlage 1).

De groei van de reële zorguitgaven baseren we in de MLT-raming op de volgende groeicomponenten: (i) demografische ontwikkeling, (ii) inkomensgroei per hoofd, (iii) de relatieve inputprijs van zorg en (iv) overige groei. Door rekening te houden met de algemene inflatie kan vervolgens de nominale groei worden berekend. Hieronder worden de verschillende factoren toegelicht.

Demografische ontwikkeling

In de raming houden we rekening met veranderingen in de omvang en de leeftijdsopbouw van de bevolking. Deze demografische ontwikkelingen beïnvloeden de zorguitgaven via de vraag naar zorg. Door groei van de bevolking neemt de vraag naar zorg toe. Daarnaast is er een effect van de leeftijdsamenstelling op de zorgvraag, die verschilt per sector. Zo leidt vergrijzing tot een toenemende vraag naar langdurige zorg, maar niet tot vraag naar jeugdzorg. Bij het bepalen van de invloed van demografie houden we er ook rekening mee dat mensen steeds gezonder oud worden. We nemen aan dat een toename van de resterende levensverwachting voor de helft uit gezonde jaren bestaat. De zorguitgaven naar leeftijd baseren we voor de Zvw en de Wlz op de Kosten van Ziekte-studie van het RIVM en voor de Wmo en Jeugdwet op gemeentelijke declaratiegegevens. Hieruit leiden we per sector een leeftijdsprofiel af, dat de gemiddelde zorguitgaven per inwoner naar leeftijd weergeeft. Zie bijlage 1 voor een toelichting op deze leeftijdsprofielen. Gegevens over de omvang en leeftijdsamenstelling van de bevolking baseren we op de meest recente bevolkingsprognose van het CBS.

Inkomensgroei per hoofd

De groei van het inkomen per hoofd kan op verschillende manieren bijdragen aan hogere zorguitgaven. Enerzijds zorgt een hoger inkomen voor meer vraag naar zorg en/of hogere eisen aan de kwaliteit van zorg. Anderzijds kan een hogere inkomensgroei samengaan met meer innovatie en een groter aanbod van nieuwe behandelmethoden of technologie.² We hanteren hierbij een inkomenselasticiteit van 0,7.³ Dit wil zeggen dat een stijging van het bbp per hoofd met 1% leidt tot een toename van de zorguitgaven met 0,7%. In de raming gebruiken we de structurele groei van het bbp per hoofd om de inkomensgroei per hoofd te bepalen.⁴ Hierdoor wordt het structurele effect van veranderingen in het inkomen per hoofd wel meegenomen, maar werken conjuncturele schommelingen niet door in de raming van de zorguitgaven.

Relatieve inputprijs van zorg

In de raming houden we ook rekening met de reële loon- en prijsontwikkeling: de relatieve inputprijs van zorg. Dit is de mate waarin de inputprijzen in de zorg meer stijgen dan de algemene inflatie. De prijs van

² Zowel een grotere allocatie van middelen aan zorg als een toenemende vraag naar zorg kan de ontwikkeling of adoptie van nieuwe technologieën stimuleren.

³ Deze inkomenselasticiteit is gelijk aan de gebruikte inkomenselasticiteit in de MLT-zorg uit 2019 en is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur (zie Smith et. al., 2009; 2022).

⁴ We gebruiken hiervoor de potentiële groei. Hierbij rekenen we met een 3-jaars gemiddelde van de bbp-groei per hoofd, omdat het effect van de bbp-groei op de zorguitgaven niet direct plaatsvindt.

de inputs van zorg kan sterker stijgen, vooral door de loonstijgingen.⁵ In de arbeidsintensieve zorgsector kan de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit achterblijven bij de rest van de economie, terwijl de loonontwikkeling (op termijn) wel in dezelfde mate moet stijgen om voldoende personeel te kunnen aantrekken en behouden.⁶ Hierdoor wordt de zorg relatief duurder.

Overige groei

De overige groei is een restpost die alle overige groeifactoren bevat die de zorguitgaven beïnvloeden, zoals technologische of sociaal-culturele ontwikkelingen. De overige groei in de raming wordt per sector afgeleid uit een historische decompositie van de zorguitgaven op basis van de referentieperiode 1990 - 2022. Paragraaf 3 geeft een toelichting op deze decompositie en de overige groei.

Voor elke hoofdsector stellen we de jaarlijkse zorguitgaven in de periode 2027 – 2033 vast door de zorguitgaven in het voorgaande jaar te vermenigvuldigen met de groeivoeten van deze groeicomponenten en vervolgens te corrigeren voor reeds ingezet beleid. In de raming wordt dus rekening gehouden met bestaand beleid dat van invloed is op de groei van de zorguitgaven in de MLT-periode.

Op basis hiervan ramen we de groei van de netto collectieve zorguitgaven per sector in de periode 2027 – 2033. Deze zorguitgaven betreffen de netto Zvw-, Wlz, Wmo en Jeugdwet-uitkeringen conform de Nationale rekeningen.⁷ De netto-uitkeringen zijn bij de Zvw en de Wlz bepaald door van de bruto-uitkeringen de eigen betalingen af te trekken.⁸

2.1 Zorguitgaven

De reële groei van de netto collectieve zorguitgaven bedraagt in de periode 2027 – 2033 gemiddeld 3,1 % per jaar, met de hoogste groei (4,1 %) in de Wlz. De nominale groei (inclusief inflatie) bedraagt gemiddeld 5,5% per jaar. Tabel 2.1 toont de gemiddelde jaarlijkse groei per sector, uitgesplitst naar de verschillende groeifactoren. De reële stijging van de zorguitgaven is met gemiddeld 4,1% per jaar in de Wlz hoger dan in de Zvw (2,7% per jaar), Wmo (2,1% per jaar) en Jeugdwet (2,4% per jaar). Een belangrijke verklaring voor dit verschil ligt in de demografische ontwikkeling. Vergrijzing leidt vooral tot een toename van de vraag naar langdurige zorg en in mindere mate naar andere vormen van zorg. Bij de Jeugdwet heeft de demografische ontwikkeling door een dalend aandeel jongeren zelfs een dempend effect op de uitgaven.

Belangrijke oorzaken van de stijgende zorguitgaven zijn de demografische ontwikkeling en (in mindere mate) de inkomensgroei en de stijging van de relatieve inputprijs van zorg. Van de jaarlijkse reële groei van de totale zorguitgaven (3,1%) is ongeveer 40% toe te schrijven aan demografische ontwikkeling. Deze demografische groei volgt uit zowel veranderingen in de leeftijdsamenstelling als de omvang van de

⁵ De relatieve inputprijs van zorg is gebaseerd op lonen in de marktsector en de prijs particuliere consumptie, minus de prijs bbp.

⁶ Dit wordt ook wel het Baumol-effect genoemd.

⁷ Bij de Wmo en Jeugdwet omvat dit niet alle gemeentelijke uitgaven. Zo vallen de salariskosten van gemeenteambtenaren bijvoorbeeld niet onder de sociale uitkeringen. Zie [link](#) voor een toelichting op de definitie van de sociale uitkeringen conform de Nationale rekeningen.

⁸ Bij de Zvw worden de macro-eigenbetalingen bepaald door vermenigvuldiging van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder met de gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico. Het maximale verplicht eigen risico is in de raming bevroren op 385 euro per persoon tot en met 2026 en gaat vervolgens naar 165 euro per persoon in 2027 en 2028. Vanaf 2029 stijgt het eigen risico per persoon evenredig mee met de groei van de macro-bruto Zvw-uitgaven. Bij de Wlz worden de macro eigen bijdragen geraamd door deze evenredig met de groei van de macro-bruto Wlz-uitgaven te laten meegroeien. Bij de Wmo en Jeugdwet worden alleen de netto-uitkeringen geraamd, er wordt geen aparte raming van de bruto-uitkeringen en de eigen betalingen gemaakt.

bevolking.⁹ Daarnaast is ruim 20% toe te wijzen aan de stijging van de relatieve inputprijzen in de zorg en ruim 15% aan inkomensgroei. De rest volgt uit beleid en overige groei. Het reeds bekende beleid draagt alleen in de Zvw bij aan de groei van de zorguitgaven (0,7%, zie tabel 2.1). Daarbij gaat het met name om de verlaging van het verplicht eigen risico in 2027.¹⁰ In de overige sectoren heeft beleid een beperkt effect op de uitgavenraming.

Tabel 2.1 Geraamde jaarlijkse groei van netto collectieve zorguitgaven naar groeicomponenten in 2027 – 2033 (in %) (a)

	demografie	inkomen per hoofd	relatieve inputprijs	overige groei	beleid	reëel	algemene inflatie	nominaal
Zvw	1,0	0,5	0,6	-0,1	0,7	2,7	2,4	5,1
Wlz	2,0	0,5	0,8	0,8	0,0	4,1	2,4	6,5
Wmo	1,0	0,5	0,9	-0,3	0,0	2,1	2,4	4,5
Jeugdwet	-0,4	0,5	0,9	1,5	-0,1	2,4	2,4	4,8
Totaal (Zvw+Wlz+Wmo+Jeugdwet)	1,2	0,5	0,7	0,3	0,4	3,1	2,4	5,5

(a) Het betreft de groei van de netto Zvw-, Wlz, Wmo en Jeugdwet-uitkeringen conform de Nationale rekeningen.

De tabellen 2.2 en 2.3 presenteren de geraamde groei in twee deelperioden, respectievelijk in de jaren 2027 – 2029 en 2030 – 2033. De reële groei van de zorguitgaven ligt in de jaren 2027 – 2029 met een jaarlijks gemiddelde van 3,8% hoger dan in de jaren 2030 – 2033 (2,7%). Dit verschil is voornamelijk toe te schrijven aan de effecten van beleid. In de eerste periode zorgt voornamelijk de verlaging van het eigen risico voor een stijging van de uitgaven bij de Zvw met gemiddeld 1,6% per jaar. In de overige sectoren heeft beleid een veel beperktere invloed op de groei van de uitgaven. Daarnaast draagt in de eerste periode de inkomensgroei per hoofd meer bij dan in de tweede periode, omdat de geraamde stijging van het bbp per hoofd hoger ligt. Hier staat echter tegenover dat de demografische ontwikkeling juist in de tweede periode tot een sterkere toename van de zorguitgaven leidt.

⁹ Uit een aanvullende analyse blijkt dat de ontwikkeling van de leeftijdsamenstelling een groter effect heeft op de groei van de zorguitgaven dan de ontwikkeling van de bevolkingsomvang. Met name bij de Wlz is de verandering van de leeftijdsopbouw de meest bepalende factor: vergrijzing zorgt voor een toename van de vraag naar langdurige zorg.

¹⁰ De verlaging van het eigen risico leidt tot minder eigen betalingen en dus hogere netto-uitgaven. Daarnaast nemen de uitgaven toe vanwege het gedragseffect: door het verlagen van het eigen risico, neemt de drempel om (meer) zorg te vragen af en zullen sommige verzekerden meer zorg gaan gebruiken. We nemen aan dat het gedragseffect van het verlagen van het eigen risico al in het ingangsjaar (2027) volledig optreedt (zie Centraal Planbureau, 2024, Analyse hoofdlijnenakkoord 2025 – 2028 ([link](#))).

Tabel 2.2 Geraamde jaarlijkse groei van netto collectieve zorguitgaven naar groeicomponenten in 2027 – 2029 (in %) (a)

	demografie	inkomen per hoofd	relatieve inputprijs	overige groei	beleid	reëel	algemene inflatie	nominaal
Zvw	0,9	0,7	0,6	-0,1	1,6	3,8	2,5	6,3
Wlz	1,7	0,7	0,9	0,8	0,1	4,2	2,5	6,8
Wmo	1,0	0,7	0,9	-0,3	0,0	2,4	2,5	4,9
Jeugdwet	-0,6	0,7	0,9	1,5	-0,3	2,2	2,5	4,7
Totaal (Zvw+Wlz+Wmo+Jeugdwet)	1,1	0,7	0,7	0,2	0,9	3,8	2,5	6,3

(a) Het betreft de groei van de netto Zvw-, Wlz, Wmo en Jeugdwet-uitkeringen conform de Nationale rekeningen.

Tabel 2.3 Geraamde jaarlijkse groei van netto collectieve zorguitgaven naar groeicomponenten in 2030 – 2033 (in %) (a)

	demografie	inkomen per hoofd	relatieve inputprijs	overige groei	beleid	reëel	algemene inflatie	nominaal
Zvw	1,0	0,4	0,6	-0,1	0,0	1,9	2,3	4,2
Wlz	2,1	0,4	0,8	0,8	0,0	4,1	2,3	6,4
Wmo	1,0	0,4	0,9	-0,3	0,0	2,0	2,3	4,3
Jeugdwet	-0,3	0,4	0,9	1,5	0,0	2,5	2,3	4,8
Totaal (Zvw+Wlz+Wmo+Jeugdwet)	1,3	0,4	0,7	0,3	0,0	2,7	2,3	5,0

(a) Het betreft de groei van de netto Zvw-, Wlz, Wmo en Jeugdwet-uitkeringen conform de Nationale rekeningen.

Uitgaven in lopende prijzen

In totaal nemen de uitgaven in de vier hoofdsectoren tussen 2026 en 2033 toe van ongeveer 117 mld euro (9,4% van het bbp) tot 170 mld euro (10,7% van het bbp). Tabel 2.4 presenteert de uitgaven in lopende prijzen per sector. De totale collectieve zorguitgaven bedragen met 117 mld ongeveer 9,4% van het bbp in 2026 en met 170 mld ongeveer 10,7% van het bbp in 2033. De Zvw is wat betreft het niveau van de uitgaven (64 mld in 2026) de grootste sector, gevolgd door de Wlz (38 mld in 2026). Vergeleken met deze sectoren liggen de uitgaven voor Wmo- en jeugdzorg beduidend lager. Procentueel is de stijging van de zorguitgaven het grootst bij de Wlz (zie tabel 2.1), maar vanwege het hogere uitgangsniveau van de uitgaven bij de Zvw is de absolute toename in deze sector het grootst.

Tabel 2.4 Collectieve zorguitgaven 2026 – 2033 (mld euro, lopende prijzen) (a)

	2026	2029	2033
Zvw	64	77	91
Wlz	38	46	59
Wmo	9	10	12
Jeugdwet	6	7	8
Totaal (Zvw+Wlz+Wmo+Jeugdwet)	117	140	170

(a) Het betreft de groei van de netto Zvw-, Wlz, Wmo en Jeugdwet-uitkeringen conform de Nationale rekeningen.

2.2 Werkgelegenheid

De geraamde jaarlijkse werkgelegenheidsgroei in de zorg bedraagt 2,1% in de periode 2027 - 2033.¹¹ Dit ligt onder de langjarige gemiddelde jaarlijkse groei van de werkgelegenheid in de zorg in de jaren 1996 – 2022 (2,3%). Mede vanwege demografische ontwikkeling zal de vraag naar zorg in de MLT-periode stijgen, waardoor de zorgsector een steeds groter aandeel in de economie zal hebben. Naar verwachting zal dit leiden tot een verschuiving van de werkgelegenheid uit andere sectoren naar de zorgsector.¹²

In een krappe arbeidsmarkt kan het een uitdaging zijn voor de zorgsector om in de MLT-periode voldoende personeel aan zich te binden en te behouden.¹³ Als de zorgsector er niet in slaagt voldoende personeel aan te trekken om aan de stijgende vraag te voldoen, heeft dit mogelijk (meer en langere) wachtlijsten tot gevolg. Dit zou een dempend effect kunnen hebben op de groei van de zorguitgaven. In het recente verleden is de zorgsector er echter steeds in geslaagd om meer personeel aan te trekken. Zo is de werkgelegenheid in de zorg tussen 2016 en 2023 met gemiddeld 2,5% per jaar toegenomen en is de instroom van zorgpersoneel sinds 2016 elk jaar groter dan de uitstroom.¹⁴ Nieuwe zorgmedewerkers blijken in te stromen vanuit banen uit een breed spectrum aan sectoren.¹⁵ De mate waarin het de zorgsector lukt om voldoende personeel te vinden, is ook afhankelijk van de aantrekkelijkheid van zorgbanen en de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg.¹⁶ Als extra middelen nodig blijken om voldoende personeel te behouden en aan te trekken, zal dit een opwaarts effect hebben op de uitgavenraming. In de raming nemen we aan dat de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg met 0,8% per jaar net onder die van de markt ligt.¹⁷ Een hogere productiviteitsgroei in de MLT-periode zou ervoor kunnen zorgen dat minder personeel nodig is om aan dezelfde vraag naar zorg te voldoen.

¹¹ Dit betreft de jaarlijkse groei van de werkgelegenheid in gewerkte uren.

¹² Zie Centraal Planbureau (2025a), Centraal Economisch Plan 2025 ([link](#)). Hoewel de werkgelegenheidsgroei in de zorg onder het langjarig gemiddelde ligt, neemt het aandeel van de zorg in de totale werkgelegenheid toe doordat het arbeidsaanbod in de MLT-periode minder hard gaat stijgen.

¹³ Deze uitdaging geldt niet specifiek voor de zorgsector. De zorgsector blijkt wat betreft niveau en ontwikkeling van de vacaturegraad (het aantal vacatures per duizend werknemers) vergelijkbaar met andere sectoren. In 2022 lag de vacaturegraad in de hele economie zelf iets hoger dan in de zorg (Scheer et al., 2025).

¹⁴ Dit laatste geldt niet alleen voor de totale in- en uitstroom, maar ook als we specifiek kijken naar baanwisselingen tussen de zorgsector en andere sectoren. De instroom vanuit een baan in een andere sector is dus ook sinds 2016 elk jaar groter dan de uitstroom naar een baan in een andere sector (zie Scheer et al., 2025).

¹⁵ Zie Scheer et al. (2025). Het grootste deel van nieuwe medewerkers stroomt overigens in vanuit de opleiding (zie [link](#)), maar de zijinstromers en herintreders blijken afkomstig uit veel verschillende sectoren.

¹⁶ De aantrekkelijkheid van zorgbanen hangt niet alleen af van de hoogte van de lonen, maar ook van andere factoren zoals contractsoort, doorgroeimogelijkheden en werkdruk (zie Scheer et al., 2025).

¹⁷ De arbeidsproductiviteitsgroei in de markt bedraagt 0,9% (zie Centraal Planbureau (2025b), Verantwoordingsdocument CEP 2025 ([link](#))).

3 Historische decompositie

In de historische decompositie splitsen we de groei van de zorguitgaven in de referentieperiode 1990 – 2022 uit in verschillende groeifactoren met als doel om de ‘overige groei’ voor de raming vast te stellen. We splitsen de groei van de zorguitgaven per sector (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet) uit in groei vanwege (1) algemene inflatie, (2) de relatieve inputprijs van zorg, (3) demografie en (4) de inkomensgroei per hoofd. We definiëren de overige groei vervolgens als de groei van de zorguitgaven die niet kan worden toegewezen aan deze vier factoren. De overige groei is dus een restpost die onder meer de effecten van technologische ontwikkeling, sociaal-culturele ontwikkelingen zoals veranderende sociale normen of voorkeuren, beleid en mogelijke aanbodbeperkingen (personeelstekorten en wachtlijsten) omvat. Voor de analyses hebben we gebruikgemaakt van een geactualiseerd maatwerkbestand van het CBS, waarmee we consistente tijdreeksen hebben geconstrueerd van de zorguitgaven per sector volgens de wettelijke regelingen in 2022. Bijlage 2 geeft een nadere toelichting op de gebruikte methode.

3.1 Resultaten

Van de reële groei van de *totale zorguitgaven* in de periode 1990 - 2022 kan ongeveer 40% worden toegewezen aan inkomensgroei, 35% aan demografische ontwikkeling en 15% aan de reële inputprijzen in de zorg. Ongeveer 7% is niet-toegewezen groei: de overige groei. Dit blijkt uit een decompositie van de zorguitgaven in de periode 1990 – 2022 (zie tabel 3.1). In de decompositie wordt eerst bepaald welk deel van de nominale groei kan worden verklaard door de algemene inflatie (prijzontwikkeling bbp). Dit geeft de reële groei. Vervolgens wordt bepaald welk deel van de reële groei kan worden verklaard door de verschillende groeifactoren: de relatieve inputprijs van zorg (de mate waarin de prijzen van de inputs van zorg meer stijgen dan de algemene inflatie), demografische ontwikkeling en de inkomensgroei per hoofd. De dan resterende groei per sector - die niet kan worden toegewezen aan deze groeifactoren - is de ‘overige groei’.¹⁸

Tabel 3.1 Decompositie van de gemiddelde jaarlijkse groei van de bruto collectieve zorguitgaven 1990 – 2022 (in %)

	nominaal	prijzontwikkeling bbp	reëel	relatieve inputprijs	demografie	inkomen per hoofd	overige groei
Zvw	4,6	2,1	2,5	0,4	1,0	1,1	-0,1
Wlz	5,8	2,1	3,7	0,5	1,3	1,1	0,8
Wmo	4,2	2,1	2,1	0,5	0,8	1,1	-0,3
Jeugdwet	5,2	2,1	3,1	0,5	0,0	1,1	1,5
Totaal (Zvw+Wlz+Wmo+Jeugdwet)	4,9	2,1	2,8	0,4	1,0	1,1	0,2

De bruto collectieve zorguitgaven zijn gebaseerd op Zorgrekeningcijfers van het CBS (zie bijlage 2 voor een toelichting).

¹⁸ De overige groei bij het totaal is bepaald door een weging met de relatieve omvang van de sectoren. Dit verklaart waarom er een (beperkt) verschil is tussen deze overige groei in de ramingsperiode (zie tabel 2.1) en de referentieperiode (tabel 3.1).

Demografische ontwikkeling heeft in de referentieperiode in alle sectoren – met uitzondering van de jeugdzorg – een opwaarts effect gehad op de groei van de zorguitgaven. Vergrijzing en een grotere bevolkingsomvang zorgden voor een toenemende vraag naar zorg. Deze toename in zorggebruik zien we het sterkst terug bij de Wlz, en in mindere mate bij de Zvw en Wmo. De groei van de Wmo-uitgaven door demografische ontwikkeling (0,8% per jaar) is in deze decompositie lager dan in de decompositie uit de MLT-zorg van 2019 (1,2% per jaar, zie tabel 3 in Zeilstra et al., 2019). Dit komt door de nieuwe (verbeterde) leeftijdsprofielen, waaruit blijkt dat het zwaartepunt van de uitgaven bij de Wmo minder sterk bij ouderen ligt dan in het oude profiel. Hierdoor werkt vergrijzing minder sterk door op de ontwikkeling van de Wmo-uitgaven.

De overige groei verschilt sterk tussen sectoren en varieert van -0,3% bij de Wmo tot 1,5% bij de Jeugdwet. De overige groei is relatief groot bij de Wlz en de Jeugdwet. De overige groei per sector verschilt nauwelijks van de overige groei in de vorige MLT-zorg (zie tabel 3 in Zeilstra et al., 2019).

Referenties

Centraal Planbureau. (2024). Analyse hoofdlijnenakkoord 2025 – 2028. ([link](#))

Centraal Planbureau. (2025a). Centraal Economisch Plan 2025. ([link](#))

Centraal Planbureau. (2025b). Verantwoordingsdocument CEP 2025. ([link](#))

Scheer, B., Frijlink, M., Hoendervangers, L., Kühnast, M., Mellens, M., Weilage, I. (2025). Zicht op zorgbanen. Centraal Planbureau. (te verschijnen)

Smith, S., Newhouse, J., Freeland, M. (2009). Income, insurance, and technology: Why does health spending outpace economic growth? *Health Affairs*, 28(5), 1276 – 1284.

Smith, S., Newhouse, J., Cuckler, G. (2022). Health care spending growth has slowed: Will the bend in the curve continue?. NBER Working Paper 30782.

Zeilstra, A., Den Ouden, A., Vermeulen, W. (2019). Middellangetermijnverkenning zorg 2022 – 2025. CPB Notitie. ([link](#))

Bijlage 1 Demografie

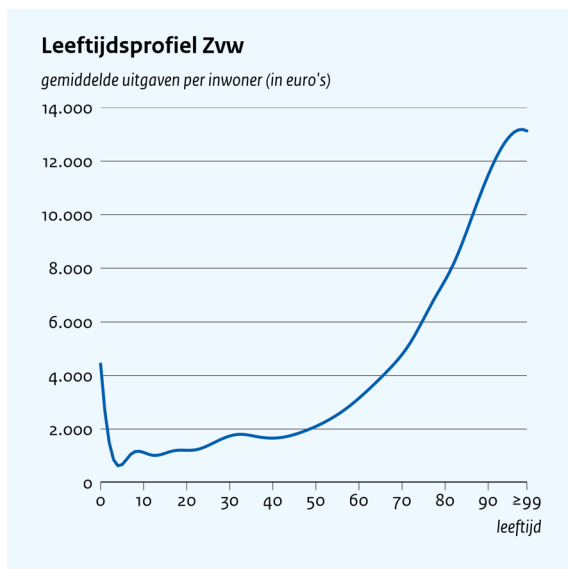
Leeftijdprofielen en demografische component

Leeftijdprofielen geven de uitgaven per inwoner naar leeftijd weer. De **demografische component** wordt bepaald door per jaar de leeftijdsprofielen te vermenigvuldigen met de bevolkingscijfers naar leeftijd, en hier vervolgens de jaar-op-jaarmutatie van te nemen. De bevolkingscijfers verschillen per jaar en komen uit de bevolkingsprognose van het CBS ([link](#)) en uit realisaties van het CBS ([link](#)). De leeftijdsprofielen verschillen per jaar voor 45-jarigen en ouder, omdat we er rekening mee houden dat mensen gezonder oud worden. De aanname hierbij is dat een toename van de resterende levensverwachting voor de helft uit gezonde jaren bestaat. Meer precies: we bepalen het gezondheidseffect door het profiel met de helft van de jaarlijkse verandering in resterende levensverwachting op te schuiven. Ter illustratie: de uitgaven van een 45-jarige in het jaar 2023 zijn gelijk aan een gewogen gemiddelde van de uitgaven van een 45-jarige in 2022 en de uitgaven van een 44-jarige in 2022. De gewichten zijn daarbij afhankelijk van de verandering in de resterende levensverwachting: hoe groter de verandering in de resterende levensverwachting in 2023, des te groter het gewicht van de uitgaven van een 44-jarige uit 2022 en des te kleiner het gewicht van de uitgaven van een 45-jarige uit 2022.

Leeftijdprofielen Zvw en Wlz

De data van de leeftijdsprofielen van de Zvw en Wlz komen uit de “Kosten van Ziekte 2019” van het RIVM ([link](#)). Deze data zijn gegroepeerd in 21 leeftijdsklassen. Door de data te interpoleren, worden de cijfers per leeftijd bepaald.¹⁹ Zie figuren 1 en 2 voor de leeftijdsprofielen voor 2019 voor de Zvw en de Wlz. Zowel bij de Zvw als de Wlz stijgen de uitgaven per inwoner met de leeftijd. Bij de Zvw hebben de uitgaven per inwoner daarnaast een piek bij nuljarigen.²⁰

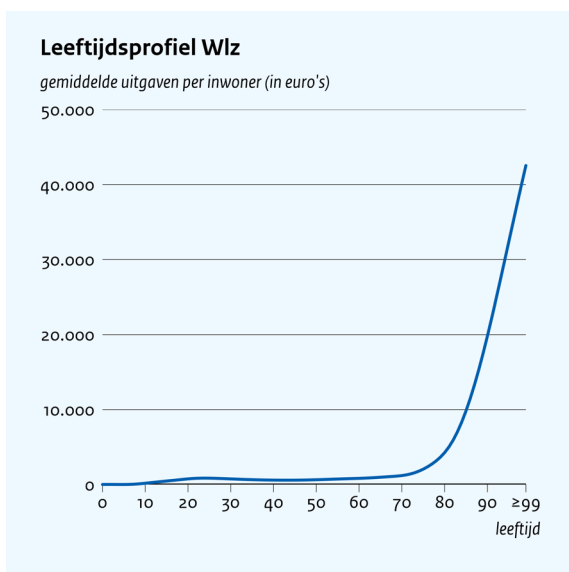
Figuur 1 Leeftijdprofiel Zvw (gemiddelde uitgaven per leeftijd per inwoner, in euro's, in 2019)



¹⁹ De interpolatie vindt plaats met behulp van een spline: dit is een interpolatie op basis van polynomen.

²⁰ Dit betreft onder meer zorg tussen de 24e week van de zwangerschap en de tweede week na de geboorte (de perinatale periode). Voor meer details over de uitgaven per diagnose per leeftijd, zie [link](#).

Figuur 2 Leeftijdsprofiel Wlz (gemiddelde uitgaven per leeftijd per inwoner, in euro's, in 2019)



Leeftijdsprofielen Wmo en Jeugdwet

Voor het eerst²¹ zijn data beschikbaar gekomen over de uitgaven per leeftijd aan Wmo en Jeugdwet.²² De data komen uit het BerichtenVerkeer waarin de declaraties van gemeenten worden afgehandeld. De data in het BerichtenVerkeer zijn per zorgvorm (zoals “hulpmiddelen en diensten” en “verblijf en opvang” bij de Wmo en “jeugdhulp” en “jeugdbescherming” bij de Jeugdwet) geëxtrapolerd. Randvoorwaarde bij deze extrapolatie is dat de uitgaven aansluiten bij de CBS-tabellen Wmo-maatwerkvoorzieningen [\[link\]](#) en gemeentelijke kosten jeugdzorg per regio [\[link\]](#).²³ Zie figuren 3 en 4 voor de leeftijdsprofielen voor 2022 voor Wmo en Jeugdwet. Bij de Wmo en Jeugdwet nemen de uitgaven ook toe met de leeftijd, waarbij de zorg die vanuit de Jeugdwet wordt gefinancierd afloopt op het moment dat de ontvanger de leeftijd van 18 jaar bereikt. Deze afloop van de financiering vanuit de Jeugdwet verklaart naar verwachting ook de lokale piek bij de Wmo bij de jongvolwassenen.²⁴

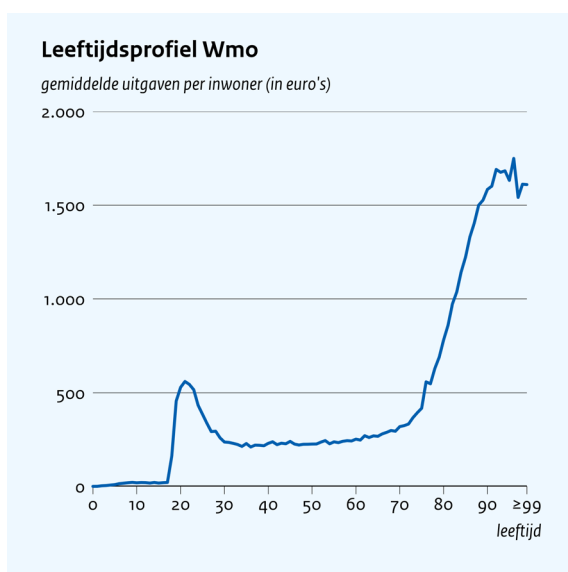
²¹ Tot nu toe waren er geen cijfers over de uitgaven per leeftijd voor Wmo en Jeugdwet. De demografische component van Wmo en Jeugdwet werd daarom in het verleden bepaald met behulp van gebruikscijfers (aantal gebruikers van zorg), zie bijlage 1 in Zeilstra et al., 2019 ([link](#)).

²² Met dank aan: gemeenten, VNG, Inlichtingenbureau, Ketenbureau, VWS, CBS en RIVM voor het beschikbaar stellen van de data en hulp en expertise bij het in gebruik nemen hiervan.

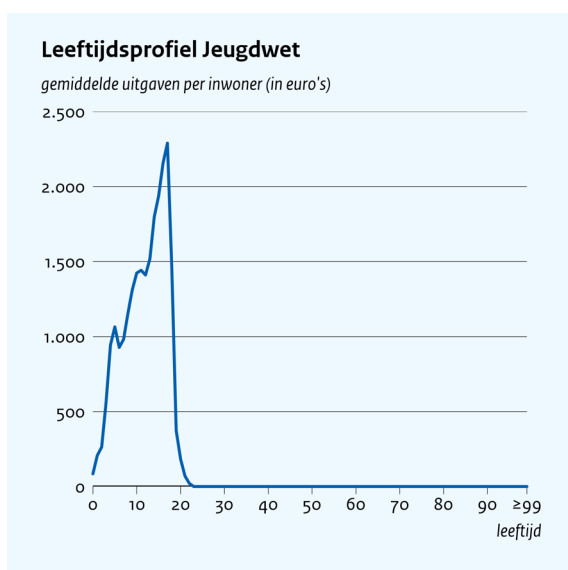
²³ Deze extrapolatie is mogelijk, omdat de data voldoende representatief is (de leeftijdsverdeling van het aantal mensen dat Wmo- en Jeugdwet-zorg krijgt, is voldoende vergelijkbaar bij het BerichtenVerkeer en het CBS).

²⁴ Ongeveer de helft van het aantal mensen dat Wmo-zorg op het gebied van “Verblijf en opvang” ontvangt is jonger dan 30 jaar, zie [\[link\]](#). De zorgvorm “Verblijf en opvang” bevat onder meer “Beschermd wonen”, “Opvang” en “Spoedopvang”.

Figuur 3 Leeftijdsprofiel Wmo (gemiddelde uitgaven per leeftijd per inwoner, in 2022)



Figuur 4 Leeftijdsprofiel Jeugdwet (gemiddelde uitgaven per leeftijd per inwoner, in 2022)



Bijlage 2 Methode historische decompositie

Voor de historische decompositie construeren we consistente tijdreeksen van de groei van de zorguitgaven in de periode 1990 – 2022 volgens de definities van de Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet in 2022. De historische tijdreeksen van de uitgaven per regeling zijn niet geschikt om de overige groei te bepalen, omdat de regelingen niet in hun huidige vorm bestonden in de hele periode 1990 – 2022 en definitiewijzigingen over de tijd tot vertekeningen leiden. Zo heeft de herziening van de langdurige zorg in 2015 bijvoorbeeld geleid tot schuiven tussen wettelijke regelingen (van de AWBZ naar de Zvw en Wmo). Dit zorgt voor reeksbreuken in de ontwikkeling van de zorguitgaven per regeling. Door het maken van consistente

reeksen op basis van het jaar 2022, hebben schuiven tussen de verschillende regelingen geen invloed op de ontwikkeling van de zorguitgaven per sector.

De consistente reeksen maken we op basis van het geactualiseerde maatwerkbestand van het CBS over de periode 1990 – 2022. Het maatwerkbestand bevat tijdreeksen van de zorguitgaven per type zorgaanbieder (zoals algemene ziekenhuizen, universitair medische centra, huisartspraktijken, verpleegtehuizen, aanbieders van gehandicaptenzorg of jeugdzorg, etc.) in de periode 1990 – 2022 (het meest recente beschikbare jaar) op basis van de Zorgrekeningen.²⁵ Het voordeel van dit onderscheid in zorguitgaven naar type zorgaanbieder is dat de reeksen niet worden vertekend door financieringsschuiven tussen regelingen. Het gaat hier immers om de uitgaven voor zorg die door een bepaalde zorgaanbieder wordt verleend. In het maatwerkbestand worden de zorguitgaven per type zorgaanbieder ook toegedeeld aan de verschillende wettelijke regelingen in het jaar 2022.²⁶ Op basis van deze toedeling kunnen we vaststellen welk aandeel van de uitgaven per zorgaanbieder onder welke wettelijke regeling (Zvw, Wlz, Wmo of Jeugdwet) valt. De uitgaven van algemene ziekenhuizen worden bijvoorbeeld voornamelijk gefinancierd uit de Zvw en de uitgaven van verpleegtehuizen voornamelijk uit de Wlz.²⁷ Door de tijdreeksen per zorgaanbieder met behulp van de vaste aandelen uit 2022 te verdelen over de wettelijke regelingen, construeren we consistente tijdreeksen van zorguitgaven per regeling voor de periode 1990 – 2022.

De geconstrueerde reeksen betreffen de bruto collectieve uitgaven aan de Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet. Deze uitgaven omvatten de netto-uitgaven, eigen betalingen onder het verplicht eigen risico in de Zvw en de eigen bijdragen in de Wlz en Wmo.²⁸

Op basis van de consistente tijdreeksen maken we vervolgens een historische decompositie om de overige groei per sector vast te stellen. In de decompositie bepalen we welk deel van de groei kan worden verklaard door de algemene inflatie, de relatieve inputprijs van zorg (reële lonen en prijzen), demografie en inkomensgroei per hoofd. De resterende groei per sector, die niet kan worden toegewezen aan deze componenten, is de 'overige groei'. Voor de algemene inflatie gebruiken we prijs bbp. De relatieve inputprijs van zorg is gebaseerd op de marktlonen en de prijs particuliere consumptie. De demografische component omvat de groei door veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking. Zie bijlage 1 voor een verdere toelichting op de berekening van de demografische component.

Voor het bepalen van het effect van de inkomensgroei per hoofd gaan we uit van een inkomenselasticiteit van 0,7. Deze inkomenselasticiteit is gelijk aan de gebruikte inkomenselasticiteit in de vorige MLT-zorg en gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur.²⁹ Een stijging/daling van het bbp per hoofd van 1% leidt dus tot 0,7% groei/daling van de zorguitgaven. We gebruiken het 3-jaarsgemiddelde van de gerealiseerde bbp-groei per hoofd, omdat veranderingen in het inkomen per hoofd niet onmiddellijk invloed hebben op de uitgaven.

²⁵ Meer precies bevat het maatwerkbestand de zorguitgaven per type zorgaanbieder in de periode 1998 – 2022 en in het jaar 1990. De uitgaven in de jaren 1991 – 1997 hebben we op basis hiervan geconstrueerd door middel van interpolatie.

²⁶ Het volledige maatwerkbestand kan worden opgevraagd via de CBS-website, zie [link](#).

²⁷ Er waren een paar correcties nodig bij het bepalen van de aandelen. De belangrijkste correctie is die van het aandeel van aanbieders van intramurale zorg van zorgzwaartepakketten (zvp) 1 t/m 3 van verpleging en verzorging. Dit betreft de relatief lichtere intramurale zorg die voorheen werd aangeboden door verzorgingstehuizen. Omdat er bijna geen verzorgingstehuizen meer zijn, is er geen representatieve verdeling van de aandelen van deze categorie naar wettelijke regelingen. Mensen die voorheen in een verzorgingstehuis relatief lichte verzorging zouden hebben gekregen, krijgen nu extramurale zorg. Om deze reden wordt de toedeling van de historische reeksen van aanbieders van intramurale zorg van zvp 1 t/m 3 naar wettelijke regelingen nu voornamelijk gebaseerd op die van de aanbieders van extramurale verpleging en verzorging.

²⁸ In de Jeugdwet zijn momenteel geen eigen bijdragen.

²⁹ Zie Smith et al. (2009, 2022).