



Middellangetermijn- verkenning zorg 2022-2025

In 2022-2025 nemen de reële zorgkosten toe met gemiddeld 2,7% per jaar. De hoogste reële jaarlijkse groei (3,6%) vindt plaats bij de Wlz. Dit komt vooral door de vergrijzing. Ook toegenomen welvaart en stijgende lonen spelen een rol.

Deze raming is gebaseerd op realistische veronderstellingen bij ongewijzigd beleid.

De jaarlijkse werkgelegenheidsgroei in de zorg in de periode 2022-2025 is 2,1%. Het is een uitdaging om voldoende gekwalificeerd personeel in de zorg aan te trekken en te behouden.

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Middellangetermijnraming	3
2.1	Uitgaven bij ongewijzigd beleid 2022-2025	5
2.2	Werkgelegenheid	7
	Literatuur	7
	Verklaring van afkortingen	8
	Bijlage 1: specifieke onderwerpen.....	9
	Bijlage 2: historische decompositie	10

1 Inleiding

Deze notitie bevat de middellangetermijnraming van de zorguitgaven (mlt-zorg) in de periode 2022-2025 en een toelichting op de hiervoor gebruikte methode. Deze raming is input voor de middellangetermijnraming 2022-2025 van de Nederlandse economie,¹ die op zijn beurt mede dient als bouwsteen voor de komende houdbaarheidsstudie van het CPB in december. Verder is deze raming input voor de zorgraming in de komende kabinetsperiode.

De huidige notitie is een update van de vorige middellangetermijnraming voor de zorguitgaven uit 2016 die de periode 2018-2021 besloeg.² De huidige methode sluit aan bij die van de mlt-zorg van 2016 en de data zijn uitgebreid en bevatten nu meer detail, doordat het CBS voor deze mlt-zorg maatwerk heeft geleverd.

Het doel is om met realistische veronderstellingen een raming van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid te maken. De raming geeft dus niet taakstellend aan wat er mag worden uitgegeven, maar geeft aan wat de verwachte zorguitgaven zijn als het beleid doorloopt zonder nieuwe aanpassingen. De verwachte zorguitgaven zijn daarbij afhankelijk van de extra behoefte aan en de vraag naar zorg, voor zover het zorgaanbod dit mogelijk maakt.

2 Middellangetermijnraming

Bij de middellangetermijnraming van de zorguitgaven wordt slechts een uitsplitsing gemaakt naar drie hoofdsectoren: Zvw, Wlz en Wmo/jeugd.³ Redenen waarom er geen aparte raming wordt gemaakt voor subsectoren zijn onder meer dat voldoende gedetailleerde en robuuste informatie hierover ontbreekt (zie ook bijlage 2) én dat aparte ramingen van de verschillende subsectoren niet zonder meer optellen tot een correcte raming van de hoofdsector.⁴

Voor elke hoofdsector worden de jaarlijkse zorguitgaven in de periode 2022-2025 bepaald door de zorguitgaven in het voorgaande jaar te vermenigvuldigen met groeivoeten en vervolgens te corrigeren voor reeds bekend beleid.^{5,6} De groei waarmee de zorguitgaven in het voorgaande jaar worden vermenigvuldigd, bestaat uit vijf componenten, te weten groei vanwege:

1. Algemene inflatie (meer precies, de prijsontwikkeling van het bbp);
2. De extra stijging van de inputprijzen van de zorg relatief ten opzichte van de algemene inflatie (meer precies de stijging van de reële lonen en prijzen);
3. Demografie;
4. Inkomensgroei (per hoofd);

¹ CPB, 2019, Middellangetermijnverkenning 2022-2025 ([link](#)).

² Mot, E., K. Stuu, P. Westra en R. Aalbers, 2016, Een raming van de zorguitgaven 2018-2021, CPB Achtergronddocument 30 maart 2016, Den Haag ([link](#)).

³ Dit betreft de uitgaven met betrekking tot de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdzorguitgaven.

⁴ Voor de verdere uitsplitsing van de raming van de hoofdsectoren naar subsectoren, zoals medicijnen, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en jeugd, is een apart verdeelmodel nodig (zie Technische werkgroep 'Zorgkeuzes in Kaart', 2015, Advies MLT-raming zorg, 17 april 2015, Den Haag ([link](#))).

⁵ Beleidsmaatregelen zijn meegenomen in de raming voor zover deze bekend waren op 11 oktober 2019.

⁶ Ten tijde van het uitkomen van deze notitie loopt de kortetermijnraming van het CPB tot en met 2020, voor 2021 wordt daarom ook de huidige middellangetermijnsystematiek gevolgd.⁷ In de historische decompositie wordt niet gecorrigeerd voor beleid, zodat het langjarig gemiddelde beleid in de overige groei tot uiting komt.

5. Overige groei.

De 'overige groei' wordt bepaald op basis van een historische decompositie van zorguitgaven in de referentieperiode 1990-2018, zie bijlage 2. Een toelichting op de componenten staat in box 1.

Box 1: Groeicomponenten

De zorguitgaven stijgen niet alleen vanwege de algemene inflatie, maar ook door de daar bovenop komende relatieve prijsstijging van de lonen en andere prijzen van inputs in de zorg. Voor de *algemene inflatie* wordt de prijsontwikkeling van het bbp gebruikt. De mate waarin de prijzen van de inputs van zorg meer stijgen dan deze algemene inflatie, wordt de stijging van de *reële lonen en prijzen* genoemd. (a) Vooral door de loonstijging nemen de inputprijzen in de zorg sneller toe dan de prijsontwikkeling van het bbp. Hoewel de arbeidsproductiviteit in de zorg kan achterblijven bij de rest van de economie, kunnen de lonen in de zorg op de lange termijn niet achterblijven, omdat de sector anders niet voldoende personeel kan aantrekken en behouden. Hierdoor kan de zorg relatief duurder worden. (b)

De zorgbehoefte is afhankelijk van de omvang en samenstelling van de bevolking (*demografie*). Door groei van de bevolking neemt de vraag naar zorg toe. Het effect van vergrijzing verschilt per sector. Zo heeft de vergrijzing een opwaarts effect op de vraag naar langdurige zorg en juist een dempend effect op de vraag naar jeugdzorg. Bij het bepalen van de invloed van demografie is er rekening mee gehouden dat mensen steeds gezonder ouder worden. Aangenomen wordt dat een toename van de resterende levensverwachting voor de helft uit gezonde jaren bestaat. (c)

Ook als het inkomen per hoofd toeneemt, nemen de zorguitgaven toe. Hierbij spelen naar verwachting zowel aanbod- als vraagfactoren een rol. Als het inkomen per hoofd stijgt, kan dit aan de vraagzijde leiden tot hogere eisen aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en de bereidheid meer aan zorg uit te geven. Aan de aanbodzijde kan een hoger inkomen per hoofd samengaan met sterkere prikkels voor innovatie en meer aanbod van nieuwe technologie. Voor het bepalen van de invloed van de *inkomensgroei (per hoofd)* wordt de structurele groei van het bbp per hoofd gebruikt. Hierdoor wordt het structurele effect van veranderingen in het inkomen per hoofd wel meegenomen, maar werken sterke veranderingen in de economische situatie van het ene jaar op het andere niet een-op-een door in de raming van de zorguitgaven. (d)

De mutatie van de zorguitgaven die overblijft na aftrek van de bovenstaande groeicomponenten, is de 'overige groei.' Deze niet-verklaarde groei kan verschillende oorzaken hebben. Voorbeelden zijn nieuwe technologie, waardoor bijvoorbeeld nieuwe behandelingen of medicijnen beschikbaar komen, en sociaal-culturele ontwikkelingen.

(a) Deze stijging is gebaseerd op de loonstijging in de marktsector en de stijging van de prijs particuliere consumptie, beide gedeeld met de prijsontwikkeling van het bbp.

(b) Dit wordt aangeduid met het Baumol-effect.

(c) (d) Zie bijlage 1 voor een uitgebreidere beschrijving.

2.1 Uitgaven bij ongewijzigd beleid 2022-2025

De reële groei van de zorguitgaven bedraagt gemiddeld 2,7% per jaar, met de hoogste groei (3,6%) bij de Wlz. De reële groei bij de Wmo/jeugd en de Zvw blijft hier met respectievelijk 2,5% en 2,3% duidelijk bij achter. De relatief hoge groei bij de Wlz komt onder meer door de relatief sterke opwaartse invloed van demografie. De vergrijzing verhoogt de vraag naar zorg het meest bij de langdurige zorg. Zie tabel 1 waarin de onderbouwing staat van de raming van de gemiddelde jaarlijkse groei van de netto collectieve zorguitgaven in de jaren 2022-2025.

Tabel 1 Geraamde jaarlijkse groei van de netto zorguitgaven naar groeicomponenten 2022-2025 (in %)(a)

	Demografie	Inkomen per hoofd	Reële lonen en prijzen	Overige groei	Beleid	Reëel	Nominaal
Zvw	1,1	0,7	0,5	0,1	-0,1	2,3	3,8
Wlz	1,7	0,6	0,5	0,6	0,2	3,6	5,1
Wmo/ jeugd	0,8	0,7	0,6	0,4	0,0	2,5	4,1
Totaal (Zvw, Wlz, Wmo/ jeugd)	1,2	0,7	0,5	0,3	0,0	2,7	4,2

a) Het betreft de groei van de netto Zvw- en de Wlz-uitkeringen conform de Nationale rekeningen (dus bijvoorbeeld exclusief het opleidingsfonds bij de Zvw) en de groei van de uitgaven aan Wmo/jeugd. De netto uitkeringen zijn bepaald door van de bruto uitkeringen de eigen betalingen af te trekken, zie bijlage 1 voor details.

De reële groei van de totale uitgaven ligt lager dan in de referentieperiode 1990-2018, ondanks de toenemende vergrijzing. Weliswaar weegt de demografische component, met name bij de Wlz, zwaarder dan in het verleden, maar het inkomenseffect is geringer van omvang, terwijl de overige factoren vergelijkbaar scoren (zie ook bijlage 2). Het inkomenseffect is geringer van omvang, omdat de gemiddelde (structurele) stijging van het bbp per hoofd lager is dan in de referentieperiode.

Het reeds bekende beleid heeft, na afronding, geen effect op de totale zorguitgaven.⁷ De 0,2% groei door beleid bij de Wlz komt door boekhoudkundige verschuivingen en lichte oploop bij een aantal maatregelen.⁸ Deze opwaartse invloed wordt grotendeels gecompenseerd door het neerwaartse effect van maatregelen op het gebied van genees- en hulpmiddelen bij de Zvw.⁹ Door aanpassing van de ramingsystematiek voor de Zvw ligt de huidige raming van de Zvw-uitgaven onder het plafond van de bestuurlijke akkoorden voor de curatieve zorg. Hierdoor komen deze bestuurlijke akkoorden niet meer tot uiting in de tabel onder de kolom 'Beleid', maar zijn zij reeds verwerkt in de raming zelf. Dit laat onverlet dat de bestuurlijke akkoorden effect kunnen hebben gehad.

⁷ In de historische decompositie wordt niet gecorrigeerd voor beleid, zodat het langjarig gemiddelde beleid in de overige groei tot uiting komt.

⁸ Het gaat bijvoorbeeld om oplopende uitgaven aan mensen met een GGZ-indicatie die toegang krijgen tot de Wlz.

⁹ Bij de raming van Wmo/jeugd is een strikte scheiding gemaakt tussen inkomsten en uitgaven van gemeenten. De inkomsten van gemeenten volgen grotendeels de indexatie van het Gemeente- en Provinciefonds. De uitgaven volgen de groeiraming volgens de mlt-zorg. De ontwikkeling van de inkomsten heeft hierdoor geen invloed op de ontwikkeling van de geraamde zorguitgaven. Wel is de uitgavenraming in 2021, het basisjaar van de mlt-zorg, mede bepaald op basis van de Rijksbijdrage in het laatste NR-jaar.

De overige groei van de hoofdsectoren Zvw en Wmo/jeugd is in de ramingsperiode gelijkgesteld aan de overige groei in de referentieperiode. De referentieperiode is een lange periode (28 jaar) met zowel restrictief als expansief beleid. De beste schatting van de overige groei bij ongewijzigd beleid is daarom het langjarig gemiddelde van de overige groei in deze referentieperiode.¹⁰

Voor de Wlz is de groei vanwege inkomen en overig neerwaarts aangepast vanwege de voorgenomen invoering van een noodremprocedure en de invoering van benchmarking in de verpleeghuissector. Dit resulteert in een halvering van deze groeicomponenten voor het verpleeghuisdeel. Voor de invoering van de noodremprocedure belanden nieuwe kwaliteitsstandaarden automatisch in de uitgaven. De noodremprocedure¹¹ geeft het ministerie van VWS echter de mogelijkheid om vooraf te toetsen of de meerwaarde van de nieuwe kwaliteitsstandaard opweegt tegen de financiële gevolgen daarvan. De noodremprocedure voorkomt hiermee dat een nieuwe kwaliteitsstandaard automatisch tot een forse uitgavenstijging leidt. Verder worden de tarieven die verpleegtehuizen ontvangen voor het verlenen van zorg vanaf 2022 via benchmarking vastgesteld. De NZa bepaalt dan individuele tarieven (die dus per aanbieder in hoogte variëren) op basis van een integrale vergelijking van aanbieders. Bij deze vergelijking wordt rekening gehouden met kostenverschillen door niet-beïnvloedbare factoren. Door de noodremprocedure en de invoering van benchmarking landen kwaliteitsverbeteringen vanaf 2023 niet meer automatisch in het tarief voor verpleeghuizen. Om die reden worden de overige groei en de inkomenscomponent vanaf 2023, het eerste jaar nadat de kwaliteitsnorm is gehaald, voor de verpleeghuiszorg gehalveerd.¹²

De halvering van de overige groei en van de inkomenscomponent bij de verpleeghuiszorg betekent dat deze groeicomponenten in de Wlz vanaf 2023 met ongeveer een kwart worden verlaagd. Door deze neerwaartse aanpassingen is de inkomenscomponent van de Wlz bijvoorbeeld lager dan die van de overige hoofdsectoren. Om dezelfde reden is ook de overige groei van de Wlz in de raming lager dan die in de referentieperiode.

Uitgaven in lopende prijzen

De uitgaven in lopende prijzen staan in tabel 2. In totaal nemen de uitgaven in de drie hoofdsectoren toe met ongeveer 15 mld euro, met de grootste toename in de Zvw. De tabel geeft ook een indruk van de omvang van de diverse sectoren, gemeten in de grootte van hun uitgaven. De grootste sector is de Zvw, zodat de toename van de uitgaven in absolute termen daar het grootst is, ondanks dat de procentuele stijging van de Zvw-uitgaven het laagst is van de drie sectoren.

¹⁰ Voor een gedetailleerde decompositie van de historische groei in de periode 1990-2018 en de daarbij gebruikte methode zie bijlage 2. De historische decompositie is op basis van consistent teruggelegde reeksen. Het terugleggen van reeksen was nodig vanwege diverse schuiven tussen de wettelijke regelingen, bijvoorbeeld vanwege de herziening langdurige zorg.

¹¹ Deze procedure is opgenomen in het wetsvoorstel 'Wet aanscherping toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden.'

¹² De reden dat de groei wordt gehalveerd en niet volledig op nul wordt gezet, is dat het plausibel is dat binnen de Wlz in het verleden een meer dan evenredig deel van de overige groei van de Wlz naar de gehandicaptenzorg is gegaan, terwijl een minder dan evenredig deel naar de verpleeghuiszorg is gegaan. Het Wlz-deel van de gehandicaptenzorg groeit namelijk grofweg even hard als de verpleeghuiszorg. Omdat de demografische component van verpleeghuiszorg naar verwachting hoger is dan die van de gehandicaptenzorg in het plausibel dat een meer dan evenredig deel van de overige groei in de Wlz naar gehandicaptenzorg gegaan.

Tabel 2 Collectieve zorguitgaven 2021-2025 (mld euro, lopende prijzen) (a)

	2021	2025
Zvw	48	56
Wlz	25	30
Wmo en jeugdzorg	10	12
Totaal	83	98

a) Het betreft de netto Zvw- en de Wlz-uitkeringen conform de Nationale rekeningen (dus bijvoorbeeld exclusief het opleidingsfonds bij de Zvw) en de uitgaven aan Wmo/jeugd (gebaseerd op de Rijksbijdrage in het laatste NR-jaar en de uitgavengroei volgens de zorg-mlt).

2.2 Werkgelegenheid

Vanwege de stijging van de vraag naar zorg neemt de werkgelegenheid in de zorg toe. De vraag naar personeel is mede afhankelijk van de arbeidsproductiviteit. Hoe hoger de arbeidsproductiviteit, hoe lager het aantal mensen dat nodig is om aan dezelfde vraag naar zorg te voldoen. Aangenomen wordt dat de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg met 0,8% per jaar net onder die van de markt ligt.¹³

Het is een uitdaging om in de zorg voldoende gekwalificeerd personeel te vinden en te behouden om aan de extra zorgvraag te kunnen voldoen. De jaarlijkse werkgelegenheidsgroei in de zorg in de periode 2022-2025 is 2,1%, in lijn met de gemiddelde jaarlijkse groei in de jaren 1996-2018 (2,1%). Het aantrekken en behouden van voldoende personeel is echter een uitdaging in de huidige mlt-periode, zie ook hoofdstuk 2 van CPB (2019).¹⁴ Op basis van de huidige inzichten wordt verwacht dat de lonen in de zorg gelijke tred houden met die in de markt. Het is echter mogelijk dat voor het aantrekken en behouden van personeel een relatieve stijging van de beloning in de zorg nodig is. In dat geval zou de nominale en reële stijging van de zorguitgaven hoger uitkomen dan in de huidige raming. Het is anderzijds ook mogelijk dat de geraamde groei van de werkgelegenheid in de zorg niet kan worden gerealiseerd, met mogelijk wachtlijsten tot gevolg. Dit dempt wel de groei van zorguitgaven.¹⁵

Literatuur

CPB, 2019, Middellangetermijnverkenning 2022-2025 ([link](#)).

Mot, E., K. Stuu, P. Westra en R. Aalbers, 2016, Een raming van de zorguitgaven 2018-2021, CPB Achtergronddocument 30 maart 2016, Den Haag ([link](#)).

Technische werkgroep 'Zorgkeuzes in Kaart', 2015, Advies MLT-raming zorg, 17 april 2015, Den Haag ([link](#)).

¹³ Bijlage B.2 van Mot e.a. (2016) laat zien dat berekeningen voor de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit voor de zorg in het verleden uiteenlopende uitkomsten hebben, afhankelijk van de manier waarop de productie wordt gemeten.

¹⁴ CPB, 2019, Middellangetermijnverkenning 2022-2025 ([link](#)).

¹⁵ Zie ook de discussie in hoofdstuk 2 van CPB, 2019, Middellangetermijnverkenning 2022-2025 ([link](#)).

Verklaring van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (voorganger van de Wlz)
bbp	Bruto binnenlands product
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
mld	Miljard
mln	Miljoen
mlt	Middellange termijn
mlt-zorg	Middellangetermijnverkenning zorg
NR	Nationale Rekeningen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Zvw	Zorgverzekeringswet
Wlz	Wet langdurige zorg (opvolger van de AWBZ)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
zzp	Zorgzwaartepakket
zzp 1 t/m 3	Lichtere zorgzwaartepakketten, zorginstellingen mogen sinds 1 januari 2013 geen mensen meer opnemen die in deze categorie vallen. In het verleden werd deze zorg wel in verzorgingstehuizen aangeboden.
ZR	Zorgrekeningen

Bijlage 1: specifieke onderwerpen

Bepaling demografische component

De invloed van demografie is per sector bepaald door voor ieder jaar de bevolkingscijfers naar leeftijd te vermenigvuldigen met de uitgaven per inwoner naar leeftijd (oftewel het leeftijdsprofiel) en vervolgens daar de jaar-op-jaar-mutatie van te nemen. Voor 45-jarigen en ouder verschillen de uitgaven per leeftijd per jaar, omdat rekening wordt gehouden met het steeds gezonder ouder worden. Ter illustratie, het basisjaar van de leeftijdsprofielen is 2015: de uitgaven van een 45-jarige in het jaar 2016 zijn gelijk aan een gewogen gemiddelde van de uitgaven van een 45-jarige in 2015 en de uitgaven van een 44-jarige in 2015. De gewichten zijn daarbij afhankelijk van de verandering in de resterende levensverwachting: hoe groter de verandering in de resterende levensverwachting in 2016, des te groter het gewicht van de uitgaven van een 44-jarige uit 2015 en des te kleiner het gewicht van de uitgaven van een 45-jarige uit 2015. De leeftijdsprofielen in 2015 van de Wlz en de Zvw zijn op basis van de 'Kosten van ziekten 2015' van het RIVM ([link](#)), de leeftijdsprofielen van Wmo/jeugd zijn op basis van gebruiksdata van het CBS ([link](#)), ([link](#)). De bevolkingscijfers naar leeftijd zijn op basis van realisatiecijfers van het CBS ([link](#)) en de bevolkingsprognose van het CBS ([link](#)).

Bepaling inkomen per hoofd component

Een stijging/daling van het bbp per hoofd van 1% leidt tot 0,7% groei/daling van de zorguitgaven (m.a.w. de inkomenselasticiteit is 0,7%). Voor het bepalen van het effect van het inkomen per hoofd in ramingsjaren wordt de potentiële bbp-groei per hoofd gebruikt (gemiddeld over de jaren t , $t-1$, $t-2$). Voor het bepalen van het effect van het inkomen per hoofd in de referentieperiode wordt de feitelijke bbp-groei per hoofd gebruikt (gemiddeld over de jaren $t-1$, $t-2$ en $t-3$). Omdat het effect van veranderingen in het inkomen per hoofd niet onmiddellijk invloed heeft op de uitgaven, wordt het gemiddelde over drie jaar genomen. Bij het potentiële bbp wordt een kortere vertraging gebruikt, omdat bij het bepalen van het potentiële bbp zelf al gebruik wordt gemaakt van vertragingen. Voor de referentieperiode wordt het feitelijke bbp per hoofd gebruikt, omdat dit over een lange periode overeenkomt met het potentiële bbp.

Eigen betalingen

De historische decompositie van de uitgaven en de raming die met behulp van de diverse groeicomponenten wordt gemaakt, betreffen de bruto uitgaven. Voor een raming van de netto uitgaven is daarom ook een raming van de eigen betalingen nodig.¹⁶

Bij de Zvw worden de macro eigen betalingen bepaald door vermenigvuldiging van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder¹⁷ met de gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico. Waarbij het eigen risico per verzekerde (en daarmee de gemiddelde eigen betaling) evenredig meestijgt met de groei van de macro bruto Zvw-uitgaven.¹⁸ Bij de Wlz worden de macro eigen bijdragen geraamd door deze evenredig met de groei van de macro bruto Wlz-uitgaven te laten groeien.¹⁹

¹⁶ De netto uitgaven worden vervolgens bepaald door van de bruto uitgaven de eigen betalingen af te trekken.

¹⁷ De groei van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder is bepaald met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS voor de bevolking van 18 jaar en ouder.

¹⁸ Het verplicht eigen risico is in de jaren 2018-2021 bevroren. Vanaf 2022 neemt het eigen risico conform de indexatiesystematiek volgens de vigerende wetgeving weer evenredig toe met de Zvw-uitgaven.

¹⁹ Het bepalen van de hoogte van de eigen bijdragen in de Wlz is complex, mede omdat deze afhangt van veel verschillende factoren. Er is een hoge eigen bijdrage en een lage eigen bijdrage. De hoge eigen bijdrage is voor mensen die meer dan vier maanden zijn opgenomen in een instelling voor langdurige zorg, met uitzondering van mensen met een thuiswonende partner en/of minderjarige kinderen die moeten worden onderhouden en waarvoor kinderbijslag of studiefinanciering wordt ontvangen. Verder hangt de eigen bijdrage af van het inkomen en vermogen van mensen (en hun partner) en is er een maximum voor de hoge eigen bijdrage. In de raming is van deze factoren geabstraheerd en is als vuistregel aangenomen dat de eigen bijdragen in de Wlz meebewegen met de bruto Wlz-uitgaven.

Bijlage 2: historische decompositie

Uitkomsten historische decompositie

De historische decompositie is gedaan op teruggelegde reeksen voor de periode 1990-2018. Voor details over de teruglegging waarbij consistente tijdreeksen zijn gemaakt voor de sectoren Zvw, Wlz, Wmo en jeugd - volgens de huidige definitie van deze sectoren - zie de bespreking onder de kop 'Methode historische decompositie' hieronder.

De uitkomsten van de historische decompositie staan in tabel 3, de decompositie begint bij de nominale groei van de verschillende sectoren. Door de nominale groei te defleren met de algemene inflatie (de prijsontwikkeling van het bbp) blijft de reële groei over. De reële groei wordt vervolgens toegeedeeld naar groei als gevolg van demografische ontwikkelingen, inkomen per hoofd en reële lonen en prijzen. De dan nog overblijvende groei is de 'overige groei.'

Demografische ontwikkelingen (vergrijzing, bevolkingsgroei) hebben bij alle sectoren met uitzondering van de jeugdzorg een duidelijk opwaarts effect op de groei. Bij de jeugdzorg leiden de vergrijzing en ontgroening tot een relatief lage demografische component. In de raming zijn de Wmo en jeugdzorg samen één hoofdsector. Bij de historische decompositie laten we echter beide apart zien, mede vanwege de vergelijkbaarheid met de vorige mlt-zorg (Mot e.a., 2016).

De groei van het inkomen per hoofd levert een relatief grote bijdrage aan de reële groei van de zorguitgaven, van ruim 30% bij de Wlz tot ruim 40% bij de Zvw en de Wmo. De bijdrage van de reële lonen en prijzen aan de reële groei is ongeveer half zo groot als die van het inkomen per hoofd, waarbij de reële lonen en prijzen zijn gebaseerd op de loonstijging in de marktsector en op de stijging van de prijs particuliere consumptie, beide gedefleerd met de prijsontwikkeling van het bbp.

Tabel 3 Decompositie van de gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven 1990-2018 (in %) (a)

	Nominaal	Prijsontwikkeling bbp	Reëel	Demografie	Inkomen per hoofd	Reële lonen en prijzen	Overige groei
Zvw	4,6	1,8	2,7	1,0	1,2	0,5	0,1
Wlz	5,6	1,8	3,7	1,2	1,2	0,5	0,7
Wmo	4,6	1,8	2,8	1,2	1,2	0,6	-0,2
Jeugd	5,1	1,8	3,3	0,1	1,2	0,6	1,4
Totaal (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugd)	4,9	1,8	3,0	1,0	1,2	0,5	0,3

a) Gebaseerd op de teruggelegde reeksen op basis van Zorgrekeningencijfers zoals hieronder beschreven onder het kopje 'Methode historische decompositie' op de volgende bladzijde. Het betreft de bruto Zvw- en de Wlz-uitkeringen conform de Nationale rekeningen (dus bijvoorbeeld exclusief het opleidingsfonds bij de Zvw) en de uitgaven aan Wmo en jeugd.

De overige niet verklaarde procentuele jaarlijkse mutatie van de zorguitgaven varieert van -0,2% bij de Wmo tot 1,4% bij de jeugdzorg. Deze overige groei per sector verschilt van de overige groei in de vorige mlt-zorg (zie tabel 4.2 van Mot e.a., 2016). De overige groei bij de Wlz is in de huidige decompositie hoger en die bij de andere sectoren is lager. Dit komt door verschillende factoren. Allereerst is er nu een inkomenselasticiteit gebruikt van 0,7 in plaats van 0,6. Hierdoor is het effect van de groei van het inkomen per hoofd circa 0,2% groter, waardoor de overige groei 0,2% lager uitkomt.²⁰ Gecorrigeerd voor deze verschuiving is de overige groei bij de Wlz in de huidige decompositie nog steeds hoger en die bij de andere sectoren nog steeds lager. De voor de bovenstaande verschuiving gecorrigeerde verschillen in de overige groei worden bij de Zvw en de Wmo voor ongeveer de helft veroorzaakt door nieuwe cijfers over de oude referentieperiode (1990-2010). Voor de andere helft worden deze verschillen verklaard door het toevoegen van nieuwe jaren (2011-2018) aan de referentieperiode. Bij de jeugdzorg komt de lagere overige groei voor ongeveer 80% door nieuwe cijfers over de oude referentieperiode (1990-2010) en voor ongeveer 20% door het toevoegen van nieuwe jaren (2011-2018).²¹ Bij de Wlz komt de hogere overige groei voor meer dan 100% door de nieuwe cijfers over de oude referentieperiode. Met andere woorden, door het toevoegen van nieuwe jaren wordt de toename van de overige groei van de Wlz ten opzichte van die ten tijde van de vorige zorg-mlt gedempt.

Met het huidige maatwerk van het CBS zijn betere en meer gedetailleerde cijfers beschikbaar gekomen.²² Door deze nieuwe cijfers verandert de overige groei over de oude referentieperiode (1990-2010). Daarnaast zijn er nu voor het eerst realisatiecijfers over de toedeling van de zorguitgaven per type zorgaanbieder naar de verschillende wettelijke regelingen van de periode na de herziening langdurige zorg.²³ Voor de leeftijdsprofielen die worden gebruikt voor de bepaling van het effect van demografie, geldt hetzelfde, ook hiervoor zijn nu cijfers beschikbaar van na de herziening langdurige zorg. Voor de jeugdzorg geldt verder dat de grondslag breder is en daarmee een meer integraal beeld geeft.²⁴

Methodie historische decompositie

De overige groei in de ramingsperiode is gebaseerd op de overige groei in de referentieperiode 1990-2018 en wordt per sector/wettelijke regeling bepaald. Vanwege definitiewijzigingen in de loop van de tijd zijn de historische cijfers per wettelijke regeling echter niet geschikt om de overige groei te bepalen. Door de herziening langdurige zorg, bijvoorbeeld, verschoven uitgaven tussen wettelijke regelingen. Een deel van de AWBZ werd destijds ondergebracht bij de Zvw en de Wmo. Dit leidt tot een reeksbreuk in de cijfers van de verschillende wettelijke regelingen.

Voor de historische decompositie van de groei zijn consistente tijdreeksen van de uitgaven volgens de huidige definitie van de Zvw, Wlz en Wmo/jeugd nodig. Deze zijn gemaakt op basis van:

1. Tijdreeksen van Zorgrekeningencijfers (ZR) voor de periode 1990-2018 met daarin de zorguitgaven naar dertig verschillende typen zorgaanbieders (algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, huisartspraktijken, verpleegtehuizen, etc.);
2. De toedeling van de zorguitgaven per type zorgaanbieder naar de verschillende wettelijke regelingen (Zvw, Wlz en Wmo/jeugd) in het jaar 2018.²⁵

²⁰ In de ramingsperiode wordt eveneens een inkomenselasticiteit van 0,7 gebruikt, zodat ook in de ramingsperiode het effect van de groei van het inkomen per hoofd groter is.

²¹ In de mlt-zorg 2018-2021 werd de overige groei voor de jeugdzorg op 0% gezet (Mot e.a., 2016).

²² Er zijn nu bijna twee keer zoveel typen aanbieders en er is onder meer bekend welk deel van de intramurale verpleging en verzorging de lichtere zorg betreft. Mede hierdoor was er minder interpolatie nodig.

²³ Ten tijde van de vorige zorg-mlt waren hier nog geen realisatiecijfers over en moest worden ingeschat wat het effect van de herziening langdurige zorg op deze toedeling zou zijn (zie paragraaf 4.2 van Mot .e.a., 2016).

²⁴ In de vorige mlt-zorg werd alleen een decompositie gemaakt van het BKZ (Budgettair Kader Zorg) deel van de jeugdzorg, terwijl in de huidige definitie onder meer de voormalige provinciale jeugdzorg ook wordt meegenomen in de analyse.

²⁵ Het CBS heeft voor dit doel maatwerk geleverd voor de periode 1998-2018 en het jaar 1990 met meer detail dan de ZR-cijfers op Statline ([link](#)).

Met behulp van de toedeling in 2018 kan per zorgaanbieder worden bepaald welk aandeel van de uitgaven onder welke wettelijke regeling valt. De uitgaven van algemene ziekenhuizen vallen bijvoorbeeld voornamelijk onder de Zvw en die van verpleegtehuizen vallen voornamelijk onder de Wlz.²⁶ Door de tijdreeksen per zorgaanbieder met behulp van de vaste aandelen uit 2018 om te slaan naar de wettelijke regelingen, worden tijdreeksen van de bruto uitkeringen van de Zvw en Wlz en uitgaven aan Wmo/jeugd verkregen.

Op basis van de bovenstaande tijdreeksen wordt vervolgens een decompositie gemaakt van de groei per sector. Eerst wordt bepaald welk deel van de groei kan worden verklaard door de componenten algemene inflatie, reële lonen en prijzen, demografie en inkomensgroei per hoofd. De dan resterende groei per sector, die niet kan worden verklaard, is de ‘overige groei,’ zie ook box 1.

²⁶ 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.