

Ombuigingslijst 2025

11 juli 2025

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
2	Basispad: de ontwikkeling van de uitgaven tot en met 2030	4
3	Ombuigingen uitgaven per Begrotingshoofdstuk	5
3.1	De Koning	6
3.2	Staten-Generaal en Hoge Colleges van Staat en overige Kabinetten	7
	Koninkrijksrelaties	9
3.3	Buitenlandse Zaken	10
3.4	Justitie en Veiligheid	13
3.5	Binnenlandse Zaken	20
3.6	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap	25
3.7	Financiën	47
3.8	Defensie	52
3.9	Infrastructuur en Waterstaat	56
3.10	Economische Zaken	69
3.11	Landbouw, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur	72
3.12	Sociale Zaken en Werkgelegenheid	79
3.13	Volksgesondheid, Welzijn en Sport	100
3.14	Buitenlandse Handel en Ontwikkelingshulp	122
3.15	Asiel en Migratie	125
3.16	Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening	128
3.17	Klimaat en Groene Groei	135
3.18	Klimaatfonds	140
3.19	Nationaal Groeifonds	145
3.20	Gemeente- en Provinciefonds	146
3.21	Arbeidsvoorwaarden	147
4	Fiscale Maatregelen	148

1 INLEIDING

De ombuigingslijst 2025 bevat een geactualiseerd overzicht van mogelijke bezuinigingsmaatregelen binnen de gehele Rijksbegroting. De ombuigingslijst is bedoeld ter ondersteuning van goed geïnformeerde politieke besluitvorming en bevat geen oordeel over de politieke (on)wenselijkheid.

De maatregelen zijn technisch uitgewerkt: onderzocht is of de besparingen technisch haalbaar zijn. Bij de geïnventariseerde maatregelen wordt waar mogelijk aangegeven wat bekend is over de belangrijkste effecten. De verantwoordelijkheid voor de ombuigingslijst ligt bij ambtelijk Financiën.

Uitgangspunten

Bij het opstellen van de lijst zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De cijfermatige onderbouwing van de maatregelen is op basis van de begrotingsstand van de Voorjaarsnota 2025, inclusief Nota's van Wijzigingen.
- De bedragen in de ombuigingslijst zijn indicatief. Het verdient aanbeveling de budgettaire consequenties te actualiseren bij wijzigingen van de grondslagen en het macro-economische beeld. Daarnaast kunnen eventuele incidentele uitvoeringskosten volgen uit uitvoeringstoetsen.
- In de maatregelen zijn wel uitvoeringskosten maar geen departementale apparaatskosten verwerkt. Het uitgangspunt is dus dat beleidswijzigingen binnen de bestaande apparaatskosten van departementen en andere organisaties worden opgevangen.
- Alle bedragen luiden in miljoenen euro's, waarbij een minteken duidt op een verbetering van het EMU-saldo.
- Bedragen boven de 25 miljoen euro zijn naar beneden afgerond op vijf- en tientallen. Een bedrag van 39 miljoen euro wordt bijvoorbeeld afgerond naar 35 miljoen euro. Bedragen waarvoor de potentiële besparing precies bekend is, zijn niet afgerond.
- Maatregelen kunnen in sommige gevallen overlappen, andere sluiten elkaar uit. De individuele maatregelen in deze lijst kunnen daarom niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.
- Bij de maatregelen is zoals gebruikelijk uitgegaan van een besluit in het nieuwe jaar, gevolgd door een implementatieproces (bijvoorbeeld een wetgevingsproces). Dat is dus dit jaar 1 januari 2026. Wanneer besloten wordt tot invoering op een later moment verdient het aanbeveling de reeks te actualiseren op basis van de nieuwe ingangsdatum.
- Uitgaande van een besluit op 1 januari 2026 kunnen sommige maatregelen pas vanaf 2027 besparingen opleveren. Voor deze maatregelen staan in de lijst dan ook geen besparingen geraamd in 2026. Indien eerder wordt besloten tot een maatregel kan mogelijk ook al in 2026 een besparing worden gerealiseerd.
- Noodzakelijke kosten voor het doorvoeren van een ombuiging zijn verwerkt in de reeksen. Bij afzonderlijke maatregelen is geen rekening gehouden met de macro-economische doorwerking van de maatregel op het EMU-saldo. Meer algemeen: tweede- en derde-orde effecten zijn niet gekwantificeerd, net als in- en uitverdieneffecten.
- De maatregelen hebben nog geen (gedetailleerde) uitvoeringstoets doorlopen, zoals gebruikelijk is bij de keuze voor een (nieuwe)beleidsmaatregel. Het verdient aanbeveling dat maatregelen die implicaties hebben voor de uitvoering een uitvoeringstoets doorlopen voordat deze worden geïmplementeerd.
- Voor het Herstel- en Veerkrachtplan (HVP) ontvangt Nederland in totaal 5,4 miljard euro van de Europese Commissie op voorwaarde dat juridisch bindende mijlpalen en doelstellingen worden bereikt. De resterende betaalverzoeken bedragen nog 2,9 miljard euro. Een aantal maatregelen in de ombuigingslijst raakt aan onderdelen van het HVP. Wanneer niet meer kan worden voldaan aan de Europese vereisten van het HVP dan leidt dit tot een (forse) korting op de te ontvangen middelen. Dit kan oplopen tot 600 miljoen euro per mijlpaal of doelstelling. De omvang van de korting is afhankelijk van de aard van de maatregel en het effect op de vereisten van het HVP.

Fiscaliteit

De ombuigingslijst bevat primair maatregelen aan de uitgavenkant van de rijksbegroting. In deze editie is ook aandacht voor fiscale maatregelen. Zo is een tussenversie van de fiscale sleutel tabel opgenomen in hoofdstuk 4.

2 BASISPAD: DE ONTWIKKELING VAN DE UITGAVEN TOT EN MET 2030

Het basispad bestaat uit de voorziene uitgavenontwikkeling bij ongewijzigd beleid. Dit maakt inzichtelijk hoe de uitgaven van de verschillende beleidsterreinen zich in vergelijking tot elkaar ontwikkelen. De uitgaven zijn voor een aantal incidentele posten gecorrigeerd.

De uitgaven zijn inclusief de niet-belastingontvangsten. De reserveringen op de Aanvullende Post zijn toegerekend aan het beleidsverantwoordelijke departement. Voor een aantal incidentele posten is gecorrigeerd: bij Defensie voor de reservering ter overgang naar een nieuw pensioenstelsel en bij Financiën voor de lening aan TenneT. De begrotingen zijn exclusief de uitgaven aan Oekraïne. De begrotingen van VWS en SZW zijn exclusief de rijksbijdragen en de nominale ontwikkeling. De meeste begrotingen zijn geïndexeerd naar prijspeil 2025. De SZW-begroting wordt bij Miljoenennota geïndexeerd naar prijspeil 2025. De uitgaven voor het Gemeentefonds, het Provinciefonds, Homogene Groep Internationale Samenwerking en huurtoeslag zijn in lopende prijzen. De stand is op basis van de Voorjaarsnota.¹

De netto-uitgaven stijgen ten opzichte van 437 miljard euro in 2025 met 31 miljard euro tot 467 miljard euro in 2030.

Tabel 1 Basispad uitgaven (Bedragen in miljarden euro)							
Begroting	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Vershil 2030-2025
Zorg	114	116	122	124	126	129	14
Sociale Zekerheid	108	110	112	113	116	117	10
Gemeentefonds en Provinciefonds (incl. Accres)	50	50	52	52	54	57	7
Onderwijs, Cultuur en Wetenschap	57	54	56	54	54	54	-3
Defensie (inclusief Defensiematerieelbegrotingsfonds)	21	24	25	26	26	26	5
Buitenlandse Zaken (inclusief BHO)	13	15	18	20	21	22	8
Justitie en Veiligheid	17	17	17	17	17	17	-1
Infrastructuur en Waterstaat (inclusief Mobiliteitsfonds en Deltafonds)	14	14	17	15	15	15	1
Klimaat en Groene Groei (incl. Klimaatfonds)	3	4	3	5	5	6	4
Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening	9	9	9	9	9	9	0
Financiën (exclusief Nationale Schuld)	13	8	10	9	6	6	-7
Economische Zaken (inclusief Nationaal Groeifonds)	3	3	3	4	2	3	0
Landbouw, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur	5	4	4	3	4	4	-1
Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (incl. BES-fonds en Hoge Colleges van Staat)	4	4	4	3	3	3	-2
Asiel en Migratie	6	6	2	2	2	2	-4
Algemene Zaken en De Koning	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	437	440	454	456	459	467	31

¹ Het budgettaire effect van het niet doorgaan van het wetsvoorstel voor de huurbevrozing (inclusief het effect op sociale huur en de boodschappenbonus) is in de stand Voorjaarsnota verwerkt.

3 OMBUIGINGEN UITGAVEN PER BEGROTINGSHOOFDSTUK

3.13 Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inleiding

Om de toegang tot zorg en beschikbaarheid voor iedereen te waarborgen en tegelijkertijd de zorguitgaven te beheersen zijn keuzes nodig. Het wordt steeds lastiger voor medewerkers in de zorg om de groeiende zorgvraag op te vangen en dit zet de toegankelijkheid onder druk. Daarnaast beperkt de groei van de zorguitgaven de ruimte voor andere private en collectieve uitgaven. De politiek kan door het maken van keuzes en het nemen van maatregelen eraan bijdragen dat essentiële zorg toegankelijk blijft en maatschappelijke prioriteiten in balans blijven.

Bij ongewijzigd beleid stijgen de netto zorguitgaven in de periode 2026-2030 met ongeveer 27,3 miljard euro. De netto uitgaven aan de Wet langdurige zorg (Wlz) stijgen met ongeveer 11 miljard euro. De netto uitgaven aan de Zorgverzekeringswet (Zvw) stijgen met ongeveer 16,3 miljard euro. In dit basispad zijn alle maatregelen van het kabinet-Schoof verwerkt, inclusief de verlaging van het eigen risico in de Zvw.

Tabel 23 Basispad netto-uitgaven Zvw en Wlz

bedragen in miljoenen euro's	2026	2027	2028	2029	2030
Basispad Wlz	38.795	41.299	44.015	46.794	49.754
Basispad Zvw	66.606	73.374	76.911	79.531	82.921
Wv. Structurele uitgaven	66.363	72.654	76.103	79.531	82.921
Wv. Incidentele transformatiemiddelen	243	719	808		

Ter illustratie zijn twee alternatieve paden in beeld gebracht. Ten opzichte van het basispad vergt het aanvullende maatregelen om op deze paden te komen. Deze paden zijn berekend op basis van de stand van de Voorjaarsnota 2025 en de CPB-zorgramingen uit de concept-MEV 2026. Beleidswijzigingen en nieuwe CPB-zorgramingen leiden tot andere ramingen.

1. *Demografiepad:* Met dit pad wordt de groei van de zorguitgaven in lijn gebracht met de groei die voortkomt uit demografie, inflatie en de stijging van de reële lonen en prijzen in de zorg. Het demografiepad wordt berekend door de uitgaven in het basisjaar (2026) van de berekening te vermenigvuldigen met de groei die voortkomt uit demografie, inflatie en stijging van reële lonen en prijzen in de zorg, zoals geraamd door het CPB bij de concept-MEV 2026. Door de vergrijzende bevolking zullen de uitgaven in dit pad een steeds groter beslag leggen op ons (nationaal) inkomen. Dit verdringt andere collectieve uitgaven tenzij de belastingen en/of de staatsschuld worden verhoogd.
2. *bbp-pad:* Met dit pad wordt de groei van de zorguitgaven in lijn gebracht met de groei van het bruto binnenlands product (bbp). Het bbp-pad wordt berekend door de uitgaven in het basisjaar (2026) te vermenigvuldigen met de verwachte groei van het bbp. De zorguitgaven leggen met deze maatstaf geen groeiend beslag op het (nationaal) inkomen. Dit betekent dat het aandeel van de netto zorguitgaven in de overheidsuitgaven gelijk blijft en andere uitgaven niet verdrongen worden. Doordat geen rekening wordt gehouden met de toenemende vergrijzing, zal geen sprake meer zijn van gelijkblijvende voorzieningen.

Wlz

Om uitgaven in de Wlz niet sterker te laten stijgen dan de demografie of het bbp zijn maatregelen nodig. Voor het demografiepad loopt dit op tot ongeveer 2,3 miljard euro in 2030. Om op het bbp-pad te komen zijn meer maatregelen nodig. Dit loopt op tot ongeveer 4,6 miljard euro in 2030.

Tabel 24 Benodigde besparingen in de Wlz om op alternatieve paden te komen

bedragen in miljoenen euro's	2027	2028	2029	2030
Pad 1: Demografie	474	1.082	1.694	2.345
Pad 2: bbp	978	2.144	3.361	4.621

Zvw

In de Zvw zijn maatregelen nodig van 5 miljard euro om op het demografiepad te komen. Om op het bbp-pad te komen zijn meer maatregelen nodig. Dit loopt op tot ongeveer 5,7 miljard euro in 2030. Deze reeksen zijn gecorrigeerd voor de transformatiemiddelen die incidenteel beschikbaar zijn als onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Met deze correctie worden de paden berekend over de structurele zorguitgaven. De sterke oploop in 2027 hangt samen met de verlaging van het eigen risico.

Tabel 25 Benodigde besparingen in de Zvw om op alternatieve paden te komen

bedragen in miljoenen euro's	2027	2028	2029	2030
Pad 1: Demografie	3.416	4.005	4.590	5.039
Pad 2: bbp	3.682	4.479	5.235	5.716

Er zijn drie typen maatregelen mogelijk om de groei van de zorguitgaven af te remmen. Allereerst is het mogelijk om de curatieve en langdurige zorg doelmatiger te organiseren. Dit kan worden bereikt door overheidsmaatregelen en/of door akkoorden te sluiten met partijen uit de sector waarin concrete afspraken worden gemaakt om deze groeipaden te realiseren. Ten tweede kan het pakket van verzekerde zorg nauwer worden afgebakend. Ten derde is het mogelijk om de (publieke) zorguitgaven te remmen door eigen betalingen in te voeren of te verhogen. Daarnaast zijn er besparingen mogelijk door om te buigen op de begrotingsgefinancierde uitgaven. Deze verschillende typen maatregelen zijn in het vervolg van deze ombuigingslijst nader uitgewerkt. Hierin zijn ook maatregelen opgenomen uit de [Technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven](#) (2023, TWMZ), het [Interdepartementaal beleidsonderzoek ouderenzorg](#) (2023), de [Brede maatschappelijke heroverweging 2. Naar en toekomstbestendig zorgstelsel](#) (2020, BMH) en [Zorgkeuzes in Kaart](#) (2020, ZiK). Voor de ombuigingen geldt dat de budgettaire consequenties zijn berekend op basis van de Voorjaarsnota 2025, behalve waar dit expliciet anders staat aangegeven.

In de ombuigingslijst hanteren we bij alle maatregelen in de Zvw als uitgangspunt dat de hieruit resulterende lastenverlichting door lagere premies gepaard gaat met een compenserende lastenverzwaring. De collectieve zorguitgaven in de Zvw worden grotendeels betaald door burgers en bedrijven via de nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage (IAB). Lagere zorguitgaven leiden daarmee automatisch tot een lastenverlichting via de lagere nominale premie en IAB. De lagere zorguitgaven hebben alleen een positief effect op het begrotingsaldo als deze lastenverlichting wordt gecompenseerd met een lastenverzwaring.

Overzicht maatregelen

Tabel 26 Ombuigingen Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bedragen in miljoenen euro's (- = saldoverbeterend)							
Nr.	Maatregel	2026	2027	2028	2029	2030	Struc. Struc. In
Verbeteren doelmatigheid van het stelsel							
<i>Curatieve zorg</i>							
1	Afschaffen verplichte vergoeding niet-gecontracteerde zorg (TWMZ 17)	0	0	- 190	- 190	- 190	2028
2	Allocatieve normstelling via tarieven (BMH 17)	0	0	- 25	- 50	- 75	2031
3	Normatieve elementen in tariefstelling (BMH 18)	0	0	0	- 60	- 125	2031
4	Medisch specialisten in loondienst (ZiK 37)	10	10	2.000	- 180	- 190	2030
5a	Afsluiten zorgakkoorden A. Groei akkoordsectoren naar demografische ontwikkeling plus loon- en prijsbijstelling	0	0	0	- 255	- 455	2030
5b	Afsluiten zorgakkoorden B. Volumegroei gelijk aan het laatste jaar van het Integraal Zorgakkoord	0	0	0	- 370	- 555	2030
5c	Afsluiten zorgakkoorden C. Groei akkoordsectoren naar nominale bbp-ontwikkeling	0	0	0	- 370	- 585	2030
6	Verlagen tarief informele zorg Zvw-pgb tot 19,50 euro	0	- 50	- 50	- 50	- 50	2027
7	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen (ZiK 92)	0	0	- 105	- 105	- 105	2028
8	Concentratie en sluiting SEH's acute zorg (ZiK 39)	20	20	55	30	10	2034
9	Sluiting SEH in de nacht (ZiK 40)	0	0	0	- 55	- 55	2029
10	Verlagen betalingsbereidheid bij toelating dure geneesmiddelen	0	- 5	- 10	- 15	- 20	2036
11	Meer groepszittingen in fysiotherapie bij lange behandeltrajecten	0	0	- 14	- 25	- 40	2031
12	Versterken informatiepositie zorgverzekeraars (TWMZ 14)	0	0	0	0	0	2039

Bedragen in miljoenen euro's (- = saldoverbeterend)								
13	Herzien beheersingsmodel tertiaire medisch-specialistische zorg (TWMZ 20b)	0	0	0	0	-90	-180	2031
<i>Langdurige zorg en ondersteuning</i>								
14	Schrappen toegang tot de Wlz voor lichte zorgzwaartes - VG3 (TWMZ 5)	20	20	20	15	10	-95	2034
15	Zorgkantoren benchmarken op ingekochte leveringsvorm in de gehandicaptenzorg i.c.m. beperken keuzevrijheid leveringsvorm	40	40	40	19	-2	-145	2035
16	Verlagen tarief informele zorg Wlz-pgb naar 19,50 euro	0	0	-270	-270	-270	-270	2028
17	Afschaffen financiële blijk van waardering voor mantelzorgers	0	0	-150	-150	-150	-150	2028
18	Afschaffen bovenbudgettaire vergoeding mondzorg en hulpmiddelen	0	0	-15	-30	-30	-30	2029
19	Benchmarken Verpleeg- en verzorgingstehuizen	0	0	0	-105	-215	-755	2035
20	Schrappen toegang tot de Wlz voor lichte zorgzwaartes - GGZW1 (TWMZ 5)	5	5	5	5	0	-35	2032
21	Terugdraaien toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten	40	40	40	10	-15	-380	2032
22	Korten tarieven voor de ggz-w	0	0	-130	-130	-130	-130	2028
Pakketmaatregelen		2026	2027	2028	2029	2030	Struc.	Struc. In
<i>Curatieve zorg</i>								
23a	Gedeeltelijke of volledige sluiting van het basispakket A. Gedeeltelijke sluiting (TWMZ 16a)	0	7	14	6	-5	-485	2041
23b	Gedeeltelijke of volledige sluiting van het basispakket B. Volledige sluiting (TWMZ 16b)	0	7	14	6	-5	-645	2041
24	Verzoek aan het Zorginstituut om pakketcriteria anders in te vullen (TWMZ 13a)	0	0	0	-13	-25	-55	2031
25	Kosteneffectiviteitsnorm verlagen naar 70.000 euro (TWMZ 13b, voorbeeld 2)	0	0	0	0	-20	-290	2043
26	Hulpmiddelen uit basispakket (BMH 37)	0	0	-600	-600	-600	-600	2028
27	Schrappen huishoudelijke taken kraamzorg uit basispakket	0	0	-70	-70	-70	-70	2028
28	Pakketmaatregel geneesmiddelen	0	-35	-70	-110	-145	-180	2031
29	Kraamzorg volledig uit basispakket (ZiK 116b)	0	0	-434	-434	-434	-434	2028
30	Verkleining basispakket op basis van ziekteelast	120	120	120	60	0	-650	2041
31	Limiteren vergoede behandelingen ambulante specialistische ggz	0	0	-105	-105	-105	-105	2028
32	Korting beschikbaarheidbijdrage academische ziekenhuizen (TWMZ 20b)	0	0	-35	-70	-105	-105	2030
<i>Langdurige zorg en ondersteuning</i>								
33	Schrappen aanspraak Wlz mondzorg (TWMZ 6)	0	0	-35	-35	-35	-35	2028
34	Schrappen aanspraak dagbesteding in de Wlz (TWMZ 4)	0	0	0	-485	-480	-480	2030
35	Schrappen huishoudelijke hulp in de Wmo 2015 (ZiK 75)	0	0	0	-460	-460	-460	2029
36	Hulpmiddelen niet meer vanuit het verzekerde Wlz-pakket en overhevelen naar de Wmo 2015	0	0	-30	-30	-30	-30	2028
37	Beperken toegang tot Wmo-voorzieningen op basis van inkomen	0	0	0	-75	-90	-200	2038
Eigen betalingen		2026	2027	2028	2029	2030	Struc.	Struc. In
<i>Curatieve zorg</i>								
38	Eigen betalingen hulpmiddelen (ZiK 66)	0	0	-290	-290	-290	-290	2028
39	Eigen betalingen extramurale geneesmiddelen (ZiK 65, variant 3)	0	-580	-580	-580	-580	-580	2027
40	Verhogen maximale eigen bijdrage Geneesmiddelenvergoedingssysteem	0	-16	-16	-16	-16	-16	2027
41	Invoeren eigen bijdrage ambulancevervoer	0	-60	-60	-60	-60	-60	2027
42	Eigen risico per 2028 indexeren	0	0	-85	-170	-170	-170	2029
43	Eenmalig verhogen eigen risico met 100 euro per 2028 (incl. tranchering met 100 euro)	0	0	-1.700	-1.700	-1.790	-1.790	2030
44	Eenmalig verhogen eigen risico met 100 euro per 2028 en daarna indexeren	0	0	-1.700	-1.875	-1.965	-1.965	2030
45b	Terugdraaien verlagen eigen risico (variant 2: tranchering 155 euro per 2028)	0	-3.663	-4.092	-4.413	-4.682	-4.682	2030
46	Huisartsenzorg onder eigen risico (ZiK 63)	0	-645	-655	-665	-685	-685	2030

Bedragen in miljoenen euro's (- = saldoverbeterend)							
47	Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost (ZiK 64)	0	- 160	- 160	- 160	- 160	2027
48	Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis (ZiK 67)	0	- 40	- 40	- 40	- 40	2027
49	Invoeren vaste eigen bijdrage van 5 euro per uur voor de wijkverpleging, onafhankelijk van het inkomen (ZiK 68)	0	0	- 450	- 450	- 450	2028
50	Invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage van gemiddeld 5 euro per uur voor de wijkverpleging (KiK)	0	0	0	- 600	- 600	2029
<i>Langdurige zorg en ondersteuning</i>							
51	Verhogen vermogensinkomensbijstelling (VIB) naar 8% (TWMZ 2, variant 1a)	0	- 75	- 75	- 75	- 75	2027
52	Marginaal tarief niet meetellen over grondslag VIB (TWMZ 2, variant 1b)	0	0	- 65	- 65	- 65	2028
53	Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, alleen bij hoge eigen bijdrage (TWMZ 2, variant 2a)	0	0	0	- 275	- 275	2030
54	Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, bij alle leveringsvormen (TWMZ 2, variant 2b)	0	0	0	0	- 350	2030
55	Box 2- en box 3-vermogen gelijk behandelen (TWMZ 2, variant 2c)	0	0	0	0	- 90	2030
56	Afschaffen aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb (TWMZ 2, variant 3a)	0	0	- 15	- 15	- 15	2028
57	Verhogen inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wmo 2015	0	0	- 95	- 95	- 95	2028
Besparen begrotingsgefinancierde uitgaven		2026	2027	2028	2029	2030	Struc. Struc. In
<i>Langdurige zorg en ondersteuning</i>							
58	Beëindigen inkomensondersteuning aan chronisch zieken en gehandicapten	0	0	- 395	- 395	- 395	2028
59	Korten envelop ouderenzorg	0	- 228	- 479	- 477	- 628	2030
60	Korten budget aanpak dakloosheid	0	- 72	- 72	- 72	- 72	2027
<i>Jeugd</i>							
61	Beëindigen subsidieregeling Opvang kinderen van ouders met trekkend/varend bestaan	0	- 1	- 3	- 8	- 12	2031
62	Minder standaard consulten 0-jarigen bij het consultatiebureau	0	0	- 22	- 22	- 22	2028
63	Afschaffen bovenregionale expertisecentra jeugdzorg	0	0	- 23	- 23	- 23	2028
<i>Arbeidsmarkt, arbeidsvoorwaarden en opleidingen</i>							
64	Opheffen subsidieregeling vaccinatie stageplaatsen	0	- 6	- 6	- 6	- 6	2027
65a	Subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorg (SO-MSZ) niet verlengen	0	- 238	- 238	- 238	- 238	2027
65b	Subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorg (SO-MSZ) niet verlengen, met 75% afslag voor uitzonderingen	0	- 60	- 60	- 60	- 60	2027
66	Verlagen subsidie publieke gezondheidszorgopleidingen met 50%	0	- 9	- 19	- 19	- 19	2028
67	Verlagen subsidie opleiding tot advanced nurse practitioner en physicial assistant met 50%	- 6	- 12	- 19	- 19	- 19	2028
68	Afbouwen subsidie Samenwerken en Innoveren in de Regio (regionaal arbeidsmarktbeleid)	0	0	0	0	- 18	2030
69	Introduceren eigen betaling 20% specialistische vervolgoopleidingen	0	0	- 50	- 100	- 150	2033
70	Verlagen opleidingsbudgetten medisch specialisten	0	0	- 110	- 110	- 110	2028
71	Opheffen subsidie voor werkgeverskosten opleiden in de wijkverpleging	0	- 60	- 60	- 60	- 60	2027
<i>Sport</i>							
72	Geen Rijksbijdrage aan grote topsportevenementen	0	- 5	- 8	- 11	- 11	2029
73	Verlagen bijdragen duurzame en toegankelijke sportaccommodaties met 25%	0	0	- 45	- 45	- 45	2028
74	Verlagen subsidie topsport met 20%	0	- 10	- 10	- 10	- 10	2027
75	Korten budget sportstimulering	0	- 9	- 9	- 9	- 9	2027
<i>Volksgezondheid</i>							
76	Invoeren volledige eigen betaling grieprik risicogroepen en 65-plussers	0	- 75	- 75	- 75	- 75	2027

Bedragen in miljoenen euro's (- = saldoverbeterend)							
77	Afzien van VWS-bijdrage aan lokale aanpak gezondheidsachterstanden	0	- 18	- 18	- 18	- 18	2027
<i>Overig</i>							
78	Korting van 50% op kwaliteitsgelden	0	- 8	- 3	- 3	- 14	2030
79	Terugdraaien intensivering patiëntenorganisaties	0	0	- 25	- 25	- 25	2028
80a	Aanpassen VWS-bijdrage aan het strategisch programma van RIVM: variant 1 afschaffen	0	0	- 16	- 16	- 16	2028
80b	Aanpassen VWS-bijdrage aan het strategisch programma van RIVM: variant 2 halveren	0	- 8	- 8	- 8	- 8	2027
81	Taakstellende korting van 20% op programma's ZonMw	0	- 20	- 20	- 20	- 20	2027

I. Verbeteren doelmatigheid van het stelsel

Curatieve zorg

1. Afschaffen verplichte vergoeding niet-gecontracteerde zorg (TWMZ 17)

De maatregel beoogt het afschaffen van de verplichting tot de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, ggz, huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en medisch-specialistische zorg. In de huidige situatie zijn zorgverzekeraars op basis van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet verplicht om zorg die houders van een naturapolis krijgen van aanbieders waar zij geen contract mee hebben (gedeeltelijk) te vergoeden. Dit kan leiden tot ondoelmatige zorg, omdat verzekeraars zonder contract niet kunnen sturen op passende zorg. Het invoeren van deze maatregel vergt een wijziging van de Zorgverzekeringswet. Deze maatregel levert structureel een besparing op van 190 miljoen euro vanaf 2028. De raming van de maatregel is gebaseerd op de Technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven (TWMZ). In de raming wordt rekening gehouden met het voornemen in het basispad om onafhankelijke indicatiestelling te verplichten voor ongecontracteerde wijkverpleging.

2. Allocatieve normstelling via tarieven (BMH 17)

Een deel van de zorg die nu tegen relatief hoge tarieven in de tweede lijn wordt geleverd, kan doelmatiger in de eerste lijn worden geleverd. De maatregel beoogt daarom dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) normerende elementen in de beleidsregels opneemt met de strekking dat alleen aanbieders van eerstelijnszorg deze zorg kunnen aanbieden. Deze zorgproducten mogen daardoor enkel gedeclareerd worden als ze door een aanbieder van eerstelijnszorg zijn uitgevoerd. Het invoeren van deze maatregel vergt een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg. Deze maatregel levert structureel een besparing op van 100 miljoen euro vanaf 2031. De raming is afkomstig uit de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (2020) en is niet geactualiseerd. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft ook tot doel zorg naar de eerste lijn te verplaatsen. Als deze doelstelling wordt bereikt kan dit invloed hebben op de opbrengst.

3. Normatieve elementen in tariefstelling (BMH 18)

De maatregel beoogt meer normatieve elementen toe te voegen aan de tariefstelling in Zvw-sectoren met vaste of maximumtarieven. Zo kan de overheid via de tarieven sterker sturen op doelmatige zorg. De NZa heeft in januari 2024 advies uitgebracht over de inzet van normerende tariefelementen. Volgens het advies is dit op basis van de huidige wetgeving juridisch kwetsbaar, omdat de overheid een hoge bewijslast heeft om aan te tonen dat sprake is van redelijkerwijs kostendekkende tarieven. Deze maatregel gaat daarom uit van een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, waarbij de wetgever nader invult wat hij beschouwt als redelijkerwijs kostendekkende tarieven. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat tarieven mogen worden gebaseerd op de gemiddelde kosten van de best presterende zorgaanbieders. De raming van de maatregel is gebaseerd op de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (2020). Deze maatregel levert structureel een besparing op van 185 miljoen euro in 2031. Er wordt uitgegaan van één procent doelmatigheidswinst voor sectoren waar maximum of vaste tarieven gelden. Het financiële effect is afhankelijk van de verdere invulling van mogelijke normerende elementen en kan worden bijgesteld op basis van nader onderzoek door de NZa.

4. Medisch specialisten in loondienst (ZiK 37)

Door deze maatregel wordt medisch-specialistische zorg alleen vergoed als deze geleverd wordt door medisch specialisten in loondienst. Een aanzienlijk deel van de medisch specialisten is momenteel vrijgevestigd, waardoor hun honorarium afhankelijk kan zijn van de hoeveelheid behandelingen. Deze productieprikkel kan leiden tot het

verlenen van onnodige zorg. Daarnaast kan de productieprikkel gewenste verplaatsingen van zorg (bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn) tegengaan. Deze maatregel vergt een wetswijziging. De opbrengst is 180 miljoen euro in 2029 en structureel 190 miljoen vanaf 2030. Daarnaast moet rekening worden gehouden met een eenmalige afkoopsom voor het verlies aan goodwill van incidenteel twee miljard euro. De precieze hoogte van deze compensatie is juridisch onzeker en kan afwijken. De opbrengst is berekend in Zorgkeuzes in Kaart 2020 en sindsdien niet meer geactualiseerd. De opbrengst is gecorrigeerd voor het amendement-Bontenbal c.s. op basis waarvan vanaf 2027 reeds 150 miljoen euro structureel is ingeboekt om door middel van bestuurlijke afspraken uitwassen aan te pakken in beloningen van medisch specialisten in maatschappen.⁴¹ De maatregel moet worden getoetst aan het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en het Verdrag Werking Europese Unie in verband met het recht op eigendom. De maatregel moet noodzakelijk, geschikt en proportioneel zijn om het doel te behalen. Dit vergt een betere onderbouwing dan op basis van bestaande rapporten beschikbaar is. De Landsadvocaat ziet aanzienlijke risico's bij de uitvoerbaarheid van deze maatregel.⁴² Daarom wordt op dit moment onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van medisch specialisten in verplichte loondienst en naar eventuele minder ingrijpende alternatieven en mogelijke neveneffecten. Eind 2025 verschijnt een monitor van de NZa over het verbeterpotentieel van medisch specialistische bedrijven.

5a, 5b en 5c. Afsluiten zorgakkoorden

Met deze maatregel worden akkoorden voor 2029 en 2030 afgesloten met de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorgverlening, de geestelijke gezondheidszorg en de wijkverpleging. Het is mogelijk andere sectoren en partijen te betrekken bij de akkoorden. In de akkoorden maken overheid en veldpartijen afspraken over de beoogde demping van de groei van de Zvw ten opzichte van het basispad van het CPB en de acties die zij zullen ondernemen om deze demping te realiseren. Het macrobeheersinstrument dient als stok achter de deur om de demping te realiseren. Voorwaarden zijn dat afspraken voldoende concreet zijn om de demping mogelijk te maken en dat veldpartijen bereid zijn deel te nemen aan de akkoorden. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) loopt tot en met 2026. Voor de jaren 2027 en 2028 is 3 juli 2025 een onderhandelaarsakkoord bereikt over een Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).⁴³ De besparingen van deze akkoorden zijn reeds onderdeel van het basispad. De raming is gebaseerd op het beleid in het basispad ten tijde van de Voorjaarsnota 2025 en de CPB-ramingen van de concept-MEV 2026. Beleidswijzigingen, dan wel nieuwe CPB-ramingen over zorg, demografie en BBP-ramingen zullen leiden tot wijzigingen in de geraamde opbrengsten.

Het vergt concrete afspraken om de demping mogelijk te maken en inspanningen van alle betrokken partijen om de inhoudelijke beweging die wordt afgesproken in een zorgakkoord daadwerkelijk te realiseren. Hogere besparingsreeksen vergen meer inhoudelijke afspraken dan lagere reeksen. De afweging welke reeks wenselijk is en welke verandering reëel wordt geacht is aan de politiek. De drie opgenomen reeksen zijn verschillende opties om naar een houdbare uitgavenontwikkeling voor de akkoordsectoren te kijken. In reeks A. wordt de totale groei voor de akkoordsectoren beperkt tot demografische ontwikkelingen plus de loon- en prijsbijstelling. In reeks B. wordt de volumegroei uit het laatste jaar van het IZA (2026) toegepast op de jaren 2029 en 2030. In het AZWA is deze volumegroei ook afgesproken voor de jaren 2027 en 2028. Hierdoor zijn de groeipercentages vijf jaar lang hetzelfde: 0% voor de medisch-specialistische zorg, 0,4% voor de geestelijke gezondheidszorg, 3,5% voor de wijkverpleging en huisartsenzorg en 5% voor de multidisciplinaire zorg. In reeks C. wordt de totale groei voor de akkoordsectoren beperkt tot de nominale bbp-ontwikkeling. Alle drie opties leiden tot besparingen, omdat de gekozen groei lager ligt dan de groei die het CPB raamt.

6. Verlagen tarief informele zorg Zvw-pgb tot 19,50 euro

Met deze maatregel wordt het maximumtarief voor informele zorg in het Zvw-pgb teruggebracht van 29,52 euro naar 19,50 euro (-34 procent). Het gevolg is dat het persoonsgebonden budget (pgb) (uitsluitend) een zorginstrument en minder een instrument voor inkomensondersteuning wordt. Van informele zorg is sprake wanneer voor een naaste wordt gezorgd. Mogelijk is er substitutie van informele zorg naar (duurdere) formele zorg, waardoor de besparing lager uitvalt. In de reeks is daarom rekening gehouden met een substitutieeffect van 25 procent. Om deze maatregel in te voeren is een wijziging van de regeling zorgverzekering nodig. De structurele opbrengst van 50 miljoen euro wordt behaald in 2027 na een invoertermijn van 1 jaar. Een deel van informele zorg wordt geregeld via arbeidscontracten. In deze reeds bestaande contracten kan het tarief niet eenzijdig verlaagd worden. Hiermee is geen rekening gehouden in het ingroeipad.

⁴¹ Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2024). *Kamerstukken 2024–2025, 36 600-VIII, nr. 141*.

⁴² Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023). *Kamerstukken 2022–2023, 31 765, nr. 700*.

⁴³ Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023). *Kamerstukken 2022–2023, 31 765, nr. 937*.

7. Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen (ZiK 92)

Met deze maatregel wordt de maximumprijs van merkgeneesmiddelen in Nederland gebaseerd op het gemiddelde van de drie laagste prijzen in tien landen (Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Finland, Ierland, Noorwegen, Oostenrijk, Zweden, België, Duitsland). Dit vergt een aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen. Momenteel wordt de maximumprijs gebaseerd op het gemiddelde van de prijzen in België, Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Frankrijk. Met deze aanpassing dalen de Nederlandse maximumprijzen naar verwachting onder het Europees gemiddelde, wat een besparing oplevert van 105 miljoen euro vanaf 2028. Voor de wijziging is inclusief implementatie twee à drie jaar nodig. Dit is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van openbare en betrouwbare prijsinformatie in de zes aanvullende referentielanden. In de raming wordt uitgegaan van twee jaar. De geraamde opbrengst slaat deels neer bij de apotheekzorg en deels bij de medisch-specialistische zorg.

8. Concentratie en sluiting SEH's acute zorg (ZiK 39)

Met deze maatregel wordt een nationale aanpak acute zorg gestart, waarbij de overheid moet aanwijzen welke ziekenhuizen een acute zorgfunctie krijgen. De afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) worden geconcentreerd: de overheid bepaalt de locaties op basis van aanrijtijd. Een ambulance moet binnen 15 minuten na melding bij de patiënt kunnen zijn en 45 minuten na melding bij een SEH. De aangewezen locaties worden op basis van beschikbaarheid bekostigd. De overige SEH's worden gesloten. Deze maatregel levert een beoogde besparing op van structureel 135 miljoen euro. Hierbij is rekening gehouden met de sluiting van een deel van de SEH's en extra ambulanceritten om aan de 45-minutennorm te blijven voldoen. Daarnaast zijn er in de eerste jaren transitiekosten nodig, bijvoorbeeld voor afbouwregelingen voor ziekenhuizen. De besparing kan mogelijk lager uitvallen doordat in het IZA reeds afspraken zijn gemaakt over de mogelijkheid van differentiatie, concentratie en spreiding van acute zorgvoorzieningen. Deze maatregel vraagt aanpassing van de wet en vaststelling van normen en kaders voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

9. Sluiting deel SEH's in de nacht (ZiK 40)

Met deze maatregel wordt de capaciteit van SEH's beperkt door een deel ervan in de avonduren te sluiten. Voor het landelijk aanwijzen (en sluiten) van SEH-locaties is een wetswijziging nodig. De verwachte implementatietijd is circa drie jaar. In deze tijd moet o.a. een continuïteitsplan worden opgesteld, zodat duidelijk is waar patiënten in de avonduren acute zorg kunnen ontvangen. Daarnaast moet de nachtelijke sluiting van bepaalde SEH's in wetgeving worden vastgelegd. Deze maatregel levert naar verwachting structureel 55 miljoen euro op. In het IZA zijn reeds afspraken gemaakt over de mogelijkheid van differentiatie, concentratie en spreiding van acute zorgvoorzieningen. De besparing kan daarom lager uitvallen.

10. Verlagen betalingsbereidheid bij toelating dure geneesmiddelen

Met deze maatregel wordt de onderhandeling over beprijzing en pakkettoelating van dure geneesmiddelen geïntensiveerd door uit te gaan van een lagere betalingsbereidheid. De Nederlandse overheid kiest ervoor om in te zetten op hogere kortingen in de onderhandeling met producenten van dure geneesmiddelen. De aangepaste inzet kan worden ondersteund door het Zorginstituut te verzoeken de grens voor kosteneffectiviteit aan te passen bij adviezen over dure geneesmiddelen. De maatregel kan gevolgen hebben voor de beschikbaarheid van dure geneesmiddelen. De maatregel heeft een structurele opbrengst van 50 miljoen euro. Dit is een stelpost: een hogere taakstelling betekent dat de overheid scherper moet onderhandelen en dat de gevolgen voor beschikbaarheid groter zijn. De maatregel kent een ingroeipad van tien jaar.

11. Meer groepszittingen in fysiotherapie bij lange behandeltrajecten binnen de basisverzekering

Deze maatregel verplicht de inzet van groepszittingen in fysiotherapie binnen de basisverzekering bij sommige lange behandeltrajecten. Bij trajecten van meer dan 18 zittingen wordt voortaan 30 procent van de behandelingen in groepsverband uitgevoerd. Een groepszitting is circa 40 procent goedkoper dan een individuele zitting.⁴⁴ De maatregel levert structureel 55 miljoen euro op. Er is geen zorginhoudelijke basis voor inzetten groepsbehandelingen vanaf de 18^e zitting. Als fysiotherapeuten meer individuele zittingen willen blijven doen en in individuele gevallen nodig achten, dan kan dat. Dit wordt alleen niet meer uit basispakket vergoed dus patiënten moeten het dan zelf betalen. Het is gebruikelijk om advies aan het Zorginstituut te vragen voor het nemen van een dergelijke pakketmaatregel. Op basis van het advies van het Zorginstituut wordt de groepsgrootte bepaald en kan de besparing anders uitvallen. In de reeks wordt uitgegaan van een jaar doorlooptijd voor het advies en een jaar voor de pakketwijziging.

⁴⁴ Gupta Strategists. (2020, 12 maart). *Kostenonderzoek paramedische zorg*[Rapport].

12. Versterken informatiepositie zorgverzekeraars (TWMZ 14)

Deze maatregel verplicht zorgaanbieders om bij declaraties extra informatie aan te leveren over de diagnose, indicatie en geleverde zorgvorm. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars beter sturen op rechtmatigheid en doelmatigheid. De informatie is alleen beschikbaar voor de betreffende verzekeraar en mag uitsluitend gebruikt worden voor controle op doelmatigheid en rechtmatigheid en het verstrekken van spiegelinformatie voor contractafspraken over passende zorg. Er is een wijziging van de Zorgverzekeringswet nodig. De gegevensstromen in de declaratiesystematiek moeten ook worden aangepast. Er is rekening gehouden met een implementatietermijn van vijf jaar. De besparing loopt vervolgens op tot structureel 190 miljoen euro vanaf 2039.

13. Herzien beheersingsmodel tertiaire medisch-specialistische zorg (TWMZ 20b)

De maatregel beoogt herziening van het beheersingsmodel van de tertiaire medisch-specialistische zorg (MSZ). Dit is complexe ziekenhuiszorg die vaak in academische ziekenhuizen wordt aangeboden. De aannames van aanbieder van tertiaire MSZ relatief veel marktmacht hebben, door hogere concentratie en weinig transparantie in de prijsopbouw. Dit heeft minder doelmatigheid tot gevolg. Met deze maatregel stuurt de overheid op aanpassing van de instrumenten van zowel de overheid als zorgverzekeraars, met als doel een sterker tegenwicht te bieden aan de onderhandelingspositie van aanbieder van tertiaire zorg. Bij de herziening worden in ieder geval betrokken: vergroting van de mogelijkheden voor gezamenlijke inkoop door zorgverzekeraars, inzet van het aanmerkelijke marktmacht-instrumentarium bij de contractering van ziekenhuizen met grote marktmacht, sturing op doelmatigheid binnen de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg of aanpassing van de afbakening daarvan, capaciteitsregulering door specifieke zorgfuncties aan te wijzen die alleen mogen worden verricht door aangewezen zorgaanbieder en prijsregulering. De opbrengst van structureel 180 miljoen euro vanaf 2031. De raming veronderstelt een voorbereidingsperiode van vier jaar, omdat de potentiële gevolgen voor de werking van het stelsel nadere analyse vragen en aanpassing van wet- en regelgeving nodig zal zijn. De raming is gebaseerd op aannames over de omvang van de tertiaire zorg, de mate waarbij daarbij sprake is van prijsverschillen als gevolg van marktmacht en de mate waarin het met de maatregelen mogelijk is deze prijsverschillen te beperken. Deze raming kent een hoge mate van onzekerheid. Het is daarom raadzaam een meer precieze raming te maken van het verwachte financiële effect als onderdeel van het voorbereidingstraject, om te voorkomen dat de maatregel leidt tot continuïteitsproblemen of kwaliteitsverlies bij zorgaanbieder.

Langdurige zorg en ondersteuning

14. Schrappen toegang tot Wlz voor lichtere zorgzwaartes - VG3 (TWMZ 5)

De toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige Zorg (Wlz) vervalt voor nieuwe cliënten met een lichtere zorgzwaarte met een verstandelijke handicap (VG3). Alle cliënten met deze zorgbehoefte zijn dan voor hun verpleging, verzorging en behandeling voortaan aangewezen op de Zvw. Voor hun begeleiding/dagbesteding, huishoudelijke hulp en cliëntondersteuning kunnen zij een beroep doen op de Wmo 2015. Daar wordt deze zorg goedkoper geleverd dan in de Wlz. Door het nemen van deze maatregel zullen cliënten hun woonlasten zelf moeten betalen. Dit brengt voor de VG3-cliënten hogere maandlasten met zich mee. De maatregel vergt wijziging van in ieder geval de Wlz en onderliggende regelgeving en mogelijk moeten de Zvw en Wmo ook worden aangepast. Het ingroeipad van de maatregel betreft minimaal 8 jaar, inclusief een wetgevingstraject van 3 jaar. Deze maatregel geldt voor de bestaande populatie. Dit betekent dat hun Wlz-indicatie vervalt. Het ingroeipad is 14 jaar langer als de maatregel alleen geldt voor nieuwe cliënten. Deze maatregel levert structureel 95 miljoen euro op.

15. Zorgkantoren benchmarken op ingekochte leveringsvorm in de gehandicaptenzorg i.c.m. beperken keuzevrijheid leveringsvorm

Momenteel wordt de regionale contracteer ruimte van de zorgkantoren in de gehandicaptenzorg door de NZa verdeeld zonder normerende elementen omtrent de ingekochte leveringsvormen (zorg thuis, zorg met verblijf en pgb). Deze maatregel zorgt ervoor dat de contracteer ruimte van de zorgkantoren voor de gehandicaptenzorg (ghz) binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) voortaan zo wordt bepaald dat de ingekochte leveringsmix van de groep meest efficiënte zorgkantoren de norm wordt. Gedeclareerde zorg en afgegeven indicaties spelen hierbij een belangrijke rol. Dit geeft een prikkel voor andere zorgkantoren om ook een meer doelmatige leveringsmix in te kopen. De beoogde opbrengst van deze maatregel is structureel 145 miljoen euro. In de Wlz hebben cliënten keuzevrijheid met betrekking tot de leveringsvorm. Een belangrijke randvoorwaarde om zorgkantoren in staat te stellen om te kunnen sturen op leveringsvorm, is het beperken van deze keuzevrijheid. Het ingroeipad hangt af van of deze maatregel voor enkel nieuwe cliënten of ook voor de bestaande populatie wordt toegepast. Het bedrag is gebaseerd

op de ZiK M_096 berekening uit 2020, waarna de grondslag is geüpdatet met de groei van het Wlz-kader. De onderliggende aannames zijn echter niet geüpdatet vanwege ontbrekend bronmateriaal. Nader onderzoek is nodig om het besparingspotentieel, ingroepad en uitvoerbaarheid van deze maatregel volledig vast te kunnen stellen.

16. Verlagen tarief informele zorg Wlz-pgb tot 19,50 euro

Met deze maatregel wordt de vergoeding voor informele zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) - Persoonsgebonden budget (PGB) teruggebracht van 25,65 euro naar 19,50 euro (-24 procent). Van informele zorg is sprake als er voor een naaste wordt gezorgd. Het gevolg is dat het pgb (uitsluitend) een zorginstrument en minder een instrument voor inkomensondersteuning wordt. De omvang van informele zorg is geschat op 42% (cijfers uit 2019). Mogelijk is er substitutie van informele zorg naar (duurdere) formele zorg, waardoor de besparing lager uitvalt. In de reeks is daarom rekening gehouden met een substitutieeffect van 10 procent. De structurele opbrengst van 270 miljoen euro wordt behaald in 2028 na een invoertermijn van 2 jaar. Om deze maatregel in te voeren moet de regeling Langdurige Zorg worden aangepast. Een deel van informele zorg wordt geregeld via arbeidscontracten. In deze reeds bestaande contracten kan het tarief niet eenzijdig verlaagd worden. Hiermee is geen rekening gehouden in het ingroepad.

17. Afschaffen financiële blij van waardering voor mantelzorgers

In de Wmo 2015 is opgenomen dat gemeenten bij verordeningen bepalen op welke wijze het college zorg draagt voor een jaarlijkse blij van waardering voor de mantelzorgers in de gemeente. Hiervoor is in 2015 een bedrag van 100 miljoen euro gestort in het Gemeentefonds (150 miljoen euro in prijspeil 2025). Het afschaffen van deze wettelijke taak vereist aanpassing van de Wmo 2015. De maatregel kan per 1 januari 2028 ingaan en levert structureel 150 miljoen euro op. Vanwege hun autonomie kunnen gemeenten ervoor kiezen om deze ombuiging op een andere manier in te vullen.

18. Afschaffen bovenbudgettaire vergoeding mondzorg en hulpmiddelen

Deze maatregel budgetteert de kosten voor mondzorg en hulpmiddelen in de Wlz door deze onder te brengen in de contracteerruimte. Mondzorg en hulpmiddelen worden momenteel niet gebudgetteerd, maar worden door mondzorgaanbieders en hulpmiddelenleveranciers direct in rekening gebracht bij het zorgkantoor. Voor mondzorg gelden wel reeds prestaties en tarieven die zijn vastgesteld door de NZa. De kosten voor mondzorg worden ondergebracht in de integrale zzp-tarieven inclusief behandeling. De NZa stelt momenteel geen tarieven vast voor hulpmiddelen. Dit vergt een aanpassing van de Regeling langdurige zorg. Vervolgens kunnen de kosten voor hulpmiddelen worden ondergebracht in de betreffende tarieven. Deze zorg wordt daarmee onderdeel van het totaalpakket aan zorg waarvoor de zorgaanbieder een afspraak maakt met het zorgkantoor. Dit geeft de zorgaanbieder een prikkel om deze zorg doelmatiger te leveren en in te kopen. Met deze maatregel wordt een besparing van 10 procent aan mondzorg en 5 procent aan hulpmiddelen gerealiseerd. Dit resulteert in een structurele besparing van 30 miljoen euro. Het vergt een aanpassing van de Regeling langdurige zorg om de kosten onder te brengen in de integrale zzp-tarieven. Deze wijziging vergt twee jaar. De extra prikkels voor doelmatige inkoop zullen geleidelijk effect sorteren. Het volledige effect van de maatregel wordt bereikt in drie jaar.

19. Benchmarks verpleeg- en verzorgingstehuizen

Met deze maatregelen wordt ondoelmatigheid in de verpleeg- en verzorgingstehuizen teruggedrongen door middel van een benchmark in combinatie met individuele tarieven. Deze maatregel maakt onderlinge verschillen tussen zorgaanbieders (verpleeghuizen) in dezelfde omstandigheden inzichtelijk, zodat de zorgaanbieders hun eigen kosten met die van andere, vergelijkbare zorgaanbieders kunnen vergelijken. De zorgkantoren kunnen dan vervolgens met zorgaanbieders binnen een door de NZa gereguleerde tariefruimte over de individuele tariefafspraken onderhandelen en afspraken maken met minder efficiënte zorgaanbieders om de zorg doelmatiger te gaan leveren.

Deze vorm van benchmarking is in principe uitvoerbaar mits voldaan wordt aan de noodzakelijke randvoorwaarden. Zo zal naast de deugdelijkheid van het vastgestelde tarief ook moeten worden onderbouwd waarom zorgaanbieders als 'peers' zijn te beschouwen en op basis van welke kenmerken dit is bepaald. Dit brengt extra bewijslast voor de NZa met zich mee. Bovendien zal de datakwaliteit verbeterd moeten worden en moet voorkomen worden dat er een race to the bottom ontstaat op kwaliteit. Een dergelijke vorm van benchmarking is nog niet eerder daadwerkelijk ingevoerd dus er resteren belangrijke risico's wat betreft de (juridische) uitvoerbaarheid. Verder is er een nadere mededingingsrechtelijke analyse nodig, alsmede wetswijzigingen van de Wlz en Wmg.

De eerdere inschatting van de potentiële opbrengst van het invoeren van deze vorm van benchmarking is structureel 755 miljoen euro. Dit is in prijs- en volumepeil 2021. Om deze maatregel te indexeren dient rekening gehouden te worden met de demografie-, inkomens en overige groei effecten en de loon- en prijsontwikkeling sinds 2021, waardoor de opbrengst zou stijgen. Daarnaast is deze maatregel eerder ingeboekt onder de noemer integrale vergelijking. In het coalitieakkoord Rutte IV is besloten af te zien van de invoering van deze maatregel, maar de bijbehorende besparing is wel ingeboekt en verwerkt in de maximumtarieven, echter niet via de route van benchmarking. Waarschijnlijk is een deel van deze besparing geland in doelmatigheidsverbeteringen, waardoor de opbrengst zou dalen. Vanwege deze onderliggende factoren, moet het exacte besparingspotentieel van deze maatregel nader onderzocht worden, alsmede de uitvoerbaarheid van de maatregel. Uitvoeringskosten zijn niet meegenomen.

20. Schrappen toegang tot Wlz voor lichtere zorgzwaartes - GGZW1 (TWMZ 5)

Met deze maatregel vervalt de toegang tot zorg vanuit de Wlz voor cliënten met de lichtere zorgzwaartes voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ-W1). Een groot deel zal zorg voortaan via de Wmo 2015 ontvangen, waarin zorg voor lagere tarieven wordt aangeboden. De verwachting is dat 75 procent van de huidige populatie overgaat naar de Wmo 2015. De maatregel vergt wijziging van in ieder geval de Wlz en onderliggende regelgeving, mogelijk moeten de Zvw en Wmo 2015 ook worden aangepast. Het ingroeipad van de maatregel betreft minimaal zes jaar. Dit is inclusief een wetgevingstraject van drie jaar en een overgangsregeling van minimaal drie jaar voor de bestaande populatie. Het ingroeipad is afhankelijk van of de maatregel alleen geldt voor nieuwe cliënten, of tevens voor de bestaande populatie. Indien de maatregel geldt voor de gehele populatie, wordt structurele opbrengst van 35 miljoen euro in 2032 bereikt. Indien de maatregel alleen geldt voor de nieuwe populatie, is dat in 2043.

21. Terugdraaien toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten

Deze maatregel beoogt de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis terug te draaien. Deze openstelling is ingevoerd in 2021. Dit betekent dat deze cliënten weer aangewezen zijn op hoofdzakelijk de Wmo 2015 (beschermd wonen) en mindere mate de Zvw. Het voortgezet verblijf (GGZ-B) blijft een toegangscriterium. Er treedt een besparing op omdat tarieven in de Wmo 2015 lager zijn dan in de Wlz. Tevens is er rekening gehouden met transitiekosten. De maatregel vergt een wijziging van de wet langdurige zorg. De structurele opbrengst van de maatregel is 380 miljoen euro en het ingroeipad van de maatregel betreft minimaal 6 jaar. Het ingroeipad is afhankelijk van of de maatregel alleen geldt voor nieuwe cliënten of voor de gehele populatie. Indien de maatregel geldt voor de gehele populatie wordt de structurele opbrengst bereikt in 2032, indien de maatregel alleen geldt voor nieuwe cliënten is dat in 2043.

22. Korten tarieven voor ggz-wonen

In deze maatregel worden de modulaire tarieven binnen de Wlz ggz-wonen voor de leveringsvormen zorg met verblijf (exclusief behandeling) en Volledig Pakket Thuis (zowel exclusief en inclusief dagbesteding) met 10 procent gekort. De huidige tarieven zijn gebaseerd op de verouderde tarieven uit 2014 uit de toenmalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, waardoor de gerealiseerde doelmatigheidsslag van gemeenten tussen 2015 en 2021 niet is meegenomen. Er is in de raming rekening gehouden met een wegleffect van 20 procent. Naar verwachting stap 20 procent van de aanbieders over van het modulaire tarief naar het integrale tarief. Dit leidt tot een structurele opbrengst van 130 miljoen euro in 2028. De maatregel vergt een aanwijzing van de minister van VWS aan de NZa om de tarieven te verlagen (inclusief voorhangprocedure aan beide Kamers). De maatregel heeft hierdoor na twee jaar effect. De NZa moet redelijkerwijs kostendekkende tarieven vaststellen voor zorg van voldoende kwaliteit en heeft dit jaar een kostenonderzoek uitgevoerd en zal dit verwerken in de tarieven voor 2026. De tariefkorting moet daarom voldoende zijn onderbouwd wil deze standhouden.

II. Pakketmaatregelen

Curatieve zorg

23a en 23b. Gedeeltelijke of volledige sluiting van het basispakket (TWMZ 16)

Deze maatregelen sluiten het basispakket gedeeltelijk (variant a) of volledig (variant b) voor de automatische instroom van nieuwe behandelmogelijkheden. Het huidige pakket bestaat grotendeels uit open aanspraken, zoals 'zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden', waardoor nieuwe behandelmogelijkheden meestal instromen zonder expliciete toetsing aan de pakketcriteria en expliciete politieke besluitvorming. Door de maatregel vindt deze toetsing voortaan wel plaats. De instroom van nieuwe behandelmogelijkheden vraagt dan om een expliciet politiek besluit en het beschikbaar stellen van budget. De maatregel wordt toegepast op delen van de

zorg waar risico's worden gesignaleerd voor de uitgaven of doelmatigheid (gedeeltelijke sluiting) of een zo groot mogelijk deel van de curatieve zorg (volledige sluiting). Gedeeltelijke sluiting levert structureel 485 miljoen euro op en volledige sluiting 645 miljoen euro. Deze structurele opbrengsten zijn gebaseerd op het jaar 2041, wanneer het ingroepad van 10 jaar voor de variant volledige sluiting van het basispakket is voltooid. Beide maatregelen blijven ook na 2041 leiden tot lagere groei van de collectieve uitgaven. De besparingen zijn gebaseerd op de groeiramingen van de cMEV 2026. De uitvoering is afhankelijk van voldoende capaciteit bij het Zorginstituut. Het risico bestaat dat de uitvoering hierdoor vertraging oploopt. Een soortgelijk effect kan ook behaald worden via de wettelijke eis dat periodiek alle kwaliteitseisen voor zorg bij lagere regelgeving wordt vastgesteld (TWMZ 15C). Deze variant kan mogelijk sneller worden ingevoerd, maar de uitvoeringskosten, het ingroepad en de budgettaire opbrengst zijn niet berekend.

24. Verzoek aan het Zorginstituut om pakketcriteria anders in te vullen (TWMZ 13a)

Deze maatregel houdt in dat het kabinet het Zorginstituut verzoekt om één of meer pakketcriteria aan te passen conform bepaalde beleidsmatige uitgangspunten/normen, zoals het beperken van de uitgavengroei of verminderen van de druk op het zorgpersoneel. Vervolgens vraagt het kabinet het Zorginstituut om gefaseerd advies uit te brengen over zorg die mogelijk niet (meer) voldoet aan de aangepaste norm. Het verschil met de huidige situatie is dat het kabinet voortaan bepaalt hoe de norm van het pakketcriterium moet worden ingevuld, terwijl het Zorginstituut die norm op dit moment zelf invult. Het Zorginstituut behoudt de mogelijkheid om de pakketcriteria integraal te wegen, met de bestaande uitzondering van het criterium effectiviteit. Omdat het advies afgewacht moet worden, begint de besparing in 2029. De randvoorwaarden en de uiteindelijke pakketkeuzes zijn politieke afwegingen. Hieronder is ter illustratie een voorbeeld opgenomen:

Het pakketcriterium noodzakelijkheid bevat onder andere het criterium 'noodzakelijk te verzekeren zorg'. Dit deelcriterium gaat kort gezegd over de vraag of een inwoner bepaalde zorgkosten zelf kan dragen of dat deze collectief verzekerd dienen te worden. Hiervoor wordt onder andere gekeken naar de vraag of uitgaven voorzienbaar zijn, of het kosten zijn die gebruikelijk zijn om privaat te dragen en de omvang van de kosten. Het kabinet kan als voorbeeld het Zorginstituut verzoeken om in het kader van het noodzakelijkheids criterium een advies uit te brengen over een deel van de zorg, waarbij het kabinet politiek aangeeft hogere private zorgkosten (bijvoorbeeld €9 per patiënt per behandeling) te willen accepteren voordat zorg wordt gezien als noodzakelijk te verzekeren.

Dit voorbeeld en de budgettaire opbrengst van structureel 55 miljoen euro zijn ter illustratie en niet aan elkaar gekoppeld: de invulling van de specifieke adviesvraag aan het Zorginstituut (bijvoorbeeld welke sector, welk doel en welke budgettaire opgave) zijn politieke keuzes.

25. Kosteneffectiviteitsnorm verlagen naar 70.000 euro (TWMZ 13b, voorbeeld 2)

Deze maatregel verlaagt de kosteneffectiviteitsnorm voor het verzekerde basispakket naar 70.000 euro per QALY en maakt kosteneffectiviteit een knock-out criterium. Dat levert structureel 290 miljoen euro op. Het Zorginstituut heeft het pakketcriterium 'kosteneffectiviteit' nader ingevuld met een verhouding van uitgaven ten opzichte van de levensjaren in goede gezondheid die de betreffende zorg oplevert (Quality Adjusted Life Years; QALY). De overheid kan een QALY-norm in wet- of regelgeving vastleggen en aanpassen en daarmee vragen dat zorg in het basispakket een groter gezondheidseffect heeft ten opzichte van de kosten van de zorg. Vervolgens vraagt het kabinet het Zorginstituut om advies over zorgvormen die niet meer pakketwaardig zijn met de aangepaste norm. Het kabinet kan prioriteren welke zorg als eerste wordt beoordeeld. Kosteneffectiviteit als knock-out criterium betekent dat zorg die niet kosteneffectief is per definitie geen onderdeel meer is van het basispakket. Het benodigd ZIN-advies zorgt ervoor dat de besparing pas in 2029 begint. Op dit moment is er weinig bekend over de kosteneffectiviteit van bestaande behandelingen. Handhaving is noodzakelijk om het volledige besparingspotentieel te realiseren. Een minder vergaand alternatief voor de maatregel is om er geen knock-out criterium van te maken. In dat geval valt niet-kosteneffectieve zorg niet per definitie buiten het verzekerde pakket, maar wordt de lagere norm meegewogen bij de samenstelling van het verzekerde pakket. Dat zou een lagere opbrengst opleveren, maar deze is niet geraamd.

26. Hulpmiddelen uit basispakket (BMH 37)

Deze maatregel beoogt veelvoorkomende hulpmiddelen met lage kosten per gebruiker uit het basispakket te verwijderen. Deze zorg kwalificeert door de maatregel niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg. Voorbeelden zijn diabeteshulpmiddelen, orthesen en incontinentiemateriaal. Gebruikers gaan deze hulpmiddelen zelf betalen of aanvullend verzekeren. Het bedrag is een stelpost die nader wordt ingevuld met specifieke hulpmiddelen. Deze stelpost kan waarschijnlijk worden ingevuld met hulpmiddelen met kosten van maximaal 900 euro per hulpmiddel per jaar. Het gevolg is hogere eigen betalingen, ook omdat ouderen vaak gebruik maken van meerdere hulpmiddelen en de kosten daarom stapelen. Dit zal voor mensen die dit niet zelf kunnen bekostigen de toegankelijkheid van de zorg verminderen. Binnen het huidige stelsel, waarin een verschil bestaat binnen de Wlz tussen cliënten die

verblijf met en zonder behandelingen afnemen, leidt deze maatregel tot een toename van de rechtsongelijkheid. De maatregel vraagt aanpassing van de Regeling zorgverzekering. Het is gebruikelijk om advies te vragen aan het Zorginstituut voor het nemen van een pakketmaatregel. In de reeks wordt uitgegaan van een jaar doorlooptijd voor dit advies.

27. Schrappen huishoudelijke taken kraamzorg uit basispakket

De maatregel sluit huishoudelijke hulp uit van de basisverzekerde kraamzorg. De kraamzorg bestaat op dit moment deels uit huishoudelijke basistaken (ca. 8 van de 49 uur bij een reguliere indicatie). Ouders zullen meer huishoudelijke taken zelf uitvoeren of privaat organiseren. De maatregel veronderstelt dat verzekeraars opvulzorg voorkomen door te sturen op een naventende reductie in het aantal uren zorg. De maatregel vergt een wijziging van het Besluit zorgverzekering. De maatregel levert structureel 70 miljoen euro op vanaf 2028. Het is gebruikelijk om advies te vragen aan het Zorginstituut voor het nemen van een pakketmaatregel. In de reeks wordt uitgegaan van een jaar doorlooptijd voor dit advies. Door personeelstekorten wordt in de praktijk mogelijk al minder dan 8 uur huishoudelijke hulp geboden. Ook wordt een nieuw indicatieprotocol verwacht dat stuurt op passende zorg. De besparing kan daardoor lager uitvallen.

28. Pakketmaatregel geneesmiddelen

Deze maatregel haalt een deel van de apotheekgeneesmiddelen uit het basispakket. In het bijzonder gaat het om middelen waarbij beargumenteerbaar is dat collectieve verzekering niet noodzakelijk is, omdat het gaat om betaalbare middelen die beschikbaar zijn in de vrije verkoop. De maatregel kan ingevoerd worden door wijziging van de Regeling zorgverzekering. Rekening moet worden gehouden met 10 procent weglek via eigen betalingen / eigen risico en een nader te ramen besparingsderving als gevolg van substitutie met (duurdere) middelen in het pakket. Het is raadzaam het substitutierisico voor besluitvorming nader te kwantificeren. In de ombuigingslijst 2024 werd uitgegaan van een nader in te vullen stelpost van 250 miljoen euro. De maatregel is bij Voorjaarsnota 2025 geboekt voor 70 miljoen euro per 2027. Daarom is een stelpost opgenomen van 180 miljoen euro voor de mogelijkheid om deze taakstelling te verhogen. De reeds ingeboekte maatregel moet nog worden ingevuld met specifieke middelen. Zie onderstaande tabel voor de mogelijke middelen. De data in de tabel hebben betrekking op 2024.

Mogelijkheden ter invulling van deze maatregel:

Tabel 27 Zelfzorggeneesmiddelen in de Zorgverzekeringswet

Geneesmiddel	Totale uitgaven (in miljoenen euro's)	Aantal gebruikers	Totale uitgaven per gebruiker (in euro's)
Maagzuurremmers (chronisch gebruik)	187	2.244.000	65
Middelen bij obstipatie	76	1.600.000	45
NSAID's (ontstekingsremmers/pijnstillers; hoge doseringen)	50	1.921.000	17
Kunstranen	47	790.000	28
Allergiemiddelen (oogdruppels, neusspray, antihistaminica), o.a. tegen hooikoorts	57	1.621.000	23

29. Kraamzorg volledig uit basispakket (ZiK 116b)

De maatregel haalt kraamzorg volledig uit het basispakket. De maatregel vereist aanpassing van de Zvw. De maatregel levert structureel 434 miljoen euro op. Ouders zullen minder gebruik maken van kraamzorg, wat leidt tot een risico op langere ziekenhuisopnames na de bevalling. In de berekening van de besparing is geen rekening gehouden met dit effect. Het is gebruikelijk om advies aan het Zorginstituut te vragen voor het nemen van een pakketmaatregel. In de reeks wordt uitgegaan van een jaar doorlooptijd voor dit advies.

30. Verkleinen basispakket op basis van ziektelast

Zorg voor aandoeningen die een lagere ziektelast hebben dan een bepaald minimum worden uit het basispakket gehaald.⁴⁵ Dat levert oplopend tot en met 2041 structureel 650 miljoen euro op. In deze variant wordt de grens gesteld dat maximaal 5 procent van de gezondheid verloren gaat als de aandoening onbehandeld blijft. Het kan

⁴⁵ De besparing is gebaseerd op een rapport van het College voor Zorgverzekeringen en geïndexeerd op basis van de groei van de Zvw-uitgaven sindsdien. Zie [College voor Zorgverzekeringen. \(2013, 24 april\). Technische rapportage ziektelast \[Brief\]](#)

onder andere gaan om behandelingen voor oorspijn, longontsteking en onvruchtbaarheid. Het implementeren is technisch uitvoerbaar, maar complex omdat er meer informatie nodig is over de ziektelast van aandoeningen. Daarom is er flankerend beleid nodig om onderzoek te doen naar ziektelast en moet de maatregel geleidelijk ingaan.

31. Limiteren vergoede behandelingen ambulante specialistische ggz

Met deze maatregel wordt het aantal zorgprestaties per behandeling in de ambulante specialistische ggz (s-ggz) gelimiteerd. Van 2017 tot 2020 zijn de kosten en uren per gebruiker in de s-ggz sterk toegenomen. Voor sommige onderdelen van de s-ggz is het aantal geleverde uren per gebruiker bijna verdubbeld. De toegenomen behandeluur kan een logisch effect van het ingezette beleid ten aanzien van ambulantisering zijn, maar de toename lijkt sterker dan alleen op basis van ambulantisering te verklaren is. Indien de gemiddelde kosten per patiënt in de s-ggz met deze maatregel kunnen worden teruggebracht naar het niveau van 2017, betekent dit een besparing van 9,2 procent. De financiële reeks neemt hier een afslag van 50 procent op, onder meer omdat een deel van de mensen de verlengde zorg wel nodig heeft. De maatregel levert structureel 105 miljoen euro op. De maatregel vereist wijziging van het Besluit zorgverzekering. Het is gebruikelijk om advies aan het Zorginstituut te vragen voor het nemen van een pakketmaatregel. In de reeks wordt uitgegaan van een jaar doorlooptijd voor dit advies. Het niet langer vergoeden (beperken) van ggz-behandelingen kan leiden tot onderbehandeling en kan een negatief effect hebben op de toegankelijkheid van zorg. Daarnaast is het vanwege de aard van psychische klachten niet objectief in het pakket te bepalen voor wie verlengde zorg wel en niet noodzakelijk is, waardoor deze maatregel in de praktijk mogelijk slecht uitvoerbaar is. De berekening is gebaseerd op data van het Zorginstituut en zorgverzekeraars uit 2020. Sinds de invoering van het zorgprestatie-model per 2021 wordt er in de data geen onderscheid meer gemaakt tussen basis ggz en s-ggz.

32. Korting beschikbaarheidsbijdrage academische ziekenhuizen (TWMZ 20b)

Met deze maatregel wordt de onderzoeks- en innovatiecomponent van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg met een derde gekort. Dit levert structureel 105 miljoen euro op vanaf 2030. De UMC's, het Antoni van Leeuwenhoek en het Prinses Maxima Centrum ontvangen momenteel extra budget ten opzichte van reguliere ziekenhuizen. Het gaat om een vergoeding voor de toeprefereerde functie en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. Met deze maatregel wordt de laatstgenoemde component verlaagd. Hierbij is de gedachte dat de overheid de keuze kan maken meer of minder te investeren in onderzoek en innovatie. Om deze korting uit te voeren wordt deze onderzoeks- en innovatiecomponent gewijzigd in een normatief budget, waarbij de ontvangers worden geacht hun onderzoeksactiviteiten aan te passen aan het beschikbare budget. Hiervoor is aanpassing van wetgeving nodig.

Langdurige zorg en ondersteuning

33. Schrappen aanspraak Wlz mondzorg (TWMZ 6)

Deze maatregel schrapt de aanspraak op mondzorg vanuit de Wlz. Daarmee worden de pakketverschillen mondzorg binnen de Wlz opgeheven (tussen cliënten die een indicatie met behandeling hebben en een indicatie zonder behandeling). Cliënten die voldoen aan specifieke voorwaarden maken alsnog aanspraak op collectief gefinancierde mondzorg in de vorm van bijzondere tandheelkundige zorg vanuit de Zvw. Op basis van dit criterium komen verreweg de meeste Wlz-cliënten in aanmerking voor mondzorg. Enkel cliënten met zorgzwaarteprofiel VV4 en VV6 komen niet in aanmerking voor bijzondere tandheilkunde en zullen hiervoor een aanvullende verzekering moeten afsluiten of de kosten zelf moeten dragen. Het tweede besparende effect is een veronderstelde doelmatigheidswinst van 10 procent die voortkomt uit het overgaan van niet risicodragende Wlz-uitvoerders naar risicodragende zorgverzekeraars met meer inkoopmacht. De maatregel levert in totaal een structurele besparing op van 35 miljoen euro. Om de maatregel in te voeren is een wijziging van de Wet langdurige zorg vereist. Wetswijziging en implementatie vergen twee jaar.

34. Schrappen aanspraak dagbesteding in de Wlz (TWMZ 4)

Met deze maatregel vervalt de aanspraak op collectief gefinancierde dagbesteding binnen de Wlz, behalve voor de meest kwetsbare cliënten waarvoor de leveringsvorm verblijf in een instelling is. Dit betekent dat cliënten dagbesteding zelf moeten gaan bekostigen of een beroep moeten doen op mantelzorg. Voor de Wlz-cliënten waarvoor de aanspraak vervalt geldt dat zij mogelijk, indien de gemeente dat aanbiedt, een beroep kunnen doen op de algemene voorzieningen vanuit de Wmo 2015. Dit zal leiden tot aanvullende lasten voor de gemeenten. In de berekening is rekening gehouden met een besparing van 35%, omdat ervan uit wordt gegaan dat gemeente deze taken gedeeltelijk zullen overnemen. Vooralnog is niet te bepalen of de maatregel uitvoerbaar is voor

gemeenten en wat de impact van de maatregel is. De totale netto-collectieve zorguitgaven dalen naar verwachting met 480 miljoen euro. Voor deze maatregel is een wijziging van de Wlz vereist waarvan de doorlooptijd ten minste 3 jaar is.

35. Schrappen huishoudelijke hulp in de Wmo 2015 (ZiK 75)

Deze maatregel houdt in dat huishoudelijke hulp niet meer vergoed wordt vanuit de Wmo 2015, waardoor mensen de kosten van huishoudelijke hulp zelf gaan dragen. Er is uitgegaan van een gedragseffect waarbij een deel van de cliënten met huishoudelijke hulp een beroep gaat doen op zwaardere zorg. De werkelijke omvang van dit gedragseffect kan afwijken aangezien niet alle aannames zijn onderzocht. Verder is verondersteld dat de capaciteit van verpleeghuisplekken bevroren zal blijven en dat deze cliënten daarom alleen voor Wlz-zorg thuis in aanmerking komen. De maatregel vergt een wijziging van de Wmo 2015. De totale netto-collectieve zorguitgaven dalen naar verwachting met 460 miljoen euro. Dit is een per saldo effect: de maatregel gaat naar verwachting gepaard met budgettaire effecten in de verschillende domeinen (besparingen in de Zvw en Wmo 2015 en een intensivering in de Wlz). Indien Wlz-uitgaven een hoger groeitempo kennen dan Zvw- en Wmo-uitgaven dan kan de besparing lager uitvallen. Vanwege hun autonomie kunnen gemeenten ervoor kiezen om deze ombuiging op een andere manier in te vullen.

36. Overhevelen hulpmiddelen vanuit het verzekerde Wlz-pakket naar de Wmo 2015

Momenteel zijn hulpmiddelen onderdeel van het verzekerde Wlz-pakket. Deze maatregel schrapt de aanspraak op hulpmiddelen vanuit de Wlz, waardoor hulpmiddelen enkel nog vanuit de Wmo 2015 worden geleverd. Het volledige budget wordt overgeheveld naar het Gemeentefonds met een doelmatigheidskorting van 10 procent, wat een structurele besparing van 30 miljoen euro oplevert. Dit betreft een aanname die voortkomt uit het overgaan van niet risicodragende Wlz-uitvoerders naar risicodragende gemeenten. Het is niet onderzocht of deze doelmatigheidswinst behaald kan worden. Als gevolg van gedeelde eigen betalingen in de Wlz en toename van de inkomsten uit eigen betalingen in de Wmo wijkt het budgettaire effect mogelijk af. Deze inkomsteneffecten zijn niet onderzocht. Voor deze maatregel is een wijziging van de Wlz en de Wmo 2015 vereist.

37. Beperken toegang tot Wmo 2015-voorzieningen op basis van inkomen

Door deze maatregel vervalt de toegang tot Wmo 2015-voorzieningen in de categorieën «Hulpmiddelen & Diensten» en «Huishoudelijke Hulp» voor inkomens boven de 50.000 euro. Er kan een andere inkomens- vermogensgrens overwogen worden. Verder kan overwogen worden om gemeenten een bemiddelingstaak te geven, voor zover deze burgers te weinig doenvermogen hebben om de ondersteuning zelf te regelen (de uitvoeringskosten daarvan zijn niet in de reeks opgenomen). Er is uitgegaan van een gedragseffect waarbij een deel van de cliënten met huishoudelijke hulp een beroep gaat doen op zwaardere zorg vanuit de Wlz. De werkelijke omvang van dit gedragseffect kan afwijken aangezien niet alle aannames zijn onderzocht. Verder is verondersteld dat de capaciteit verpleeghuisplekken bevroren zal blijven en dat deze cliënten daarom alleen voor Wlz-zorg thuis in aanmerking komen. De maatregel gaat naar verwachting gepaard met budgettaire effecten in de verschillende domeinen (besparingen in de Zvw en Wmo en een intensivering in de Wlz). Structureel levert de maatregel 200 miljoen euro op. Indien Wlz-uitgaven een hoger groeitempo kennen dan Zvw- en Wmo 2015-uitgaven kan de besparing lager uitvallen. De invoeringstermijn is mede afhankelijk van een wijziging van de Wmo 2015 en een uitvoeringstoets bij het CAK en bedraagt minimaal 3 jaar. Bij hulpmiddelen en diensten is er rekening gehouden met een overgangsregeling van 10 jaar. Vanwege hun autonomie kunnen gemeenten ervoor kiezen om deze ombuiging op een andere manier in te vullen.

III. Eigen betalingen

Curatieve zorg

38. Eigen betalingen hulpmiddelen (ZiK 66)

Deze maatregel betreft het invoeren van een eigen betaling voor hulpmiddelen: alle extramurale hulpmiddelen in het basispakket worden door gebruikers betaald tot een jaarlijks maximum van 200 euro per persoon. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt naar type hulpmiddel. Het reguliere eigen risico geldt niet meer voor hulpmiddelen. Ook de huidige eigen betalingen voor specifieke hulpmiddelen komen te vervallen. Dit leidt tot een besparing van 290 miljoen euro structureel. De raming komt uit Zorgkeuzes in Kaart (2020) en is sindsdien niet geactualiseerd. De maatregel geldt niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Het doel van de maatregel is een extra remmende werking op het gebruik van hulpmiddelen en het stimuleren van het gebruik van goedkopere alternatieven. De maatregel vergt een aanpassing van het Besluit zorgverzekering.

39. Eigen betalingen extramurale geneesmiddelen (ZiK 65, variant 3)

Deze maatregel betreft het invoeren van een eigen bijdrage voor apotheekgeneesmiddelen van vijf euro per receptregel met een maximum van 200 euro per jaar. Als de patiënt geneesmiddelen gebruikt met een lagere prijs dan de eigen bijdrage, dan betaalt de patiënt slechts de (lagere) prijs van de geneesmiddelen. De eigen bijdrage staat in aanvulling op het eigen risico en eventuele GVS-bijbetalingen. Deze maatregel leidt tot een besparing van 580 miljoen euro. De raming komt uit Zorgkeuzes in Kaart (2020) en is sindsdien niet geactualiseerd. De maatregel vergt aanpassing van het Besluit zorgverzekering.

40. Verhogen maximale eigen bijdrage Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Deze maatregel verhoogt de maximale eigen bijdrage vanuit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van 250 naar 500 euro per jaar. De eigen bijdrage is sinds 2019 gemaximeerd. Deze maatregel was bedoeld als flankerend beleid bij de voorgenomen modernisering van het GVS en om stapeling van eigen bijdragen tegen te gaan. De overheid heeft in 2023 besloten om de voorgenomen modernisering niet uit te voeren. De raming veronderstelt dat hogere eigen betalingen ontstaan voor 71.000 geneesmiddelengebruikers. De maatregel leidt tot een besparing van 16 miljoen euro vanaf 2027. Het verhogen van de eigen bijdrage versterkt mogelijk de prikkel voor gebruikers om te kiezen voor een gelijkwaardig geneesmiddel zonder bijbetaling. Fabrikanten kunnen reageren op het risico van overstappen door prijzen te verlagen. Deze effecten zijn niet meegenomen in de raming.

41. Invoeren eigen bijdrage ambulancevervoer

Op dit moment valt de ambulancezorg onder het eigen risico. Deze maatregel stelt voor om voor iedere declarabele ambulancerit een vaste eigen bijdrage te vragen van 75 euro per rit en de ambulancezorg verder uit te zonderen van het eigen risico. In 2024 werden er ongeveer 1 miljoen acute en planbare ritten gemaakt. Rekening houdend met 10 procent weglek van eigen risico levert de maatregel 60 miljoen euro op. Verrekening vindt plaats via de verzekeraar.

42. Eigen risico per 2028 indexeren

Met deze maatregel wordt het eigen risico vanaf 2028 weer geïndexeerd. In het hoofdlijnenakkoord 2024-2028 wordt het eigen risico per 1 januari 2027 verlaagd naar 165 euro, en wordt dit bedrag in 2028 en 2029 niet geïndexeerd. Door wel te indexeren stijgt het maximale verplicht eigen risico vanaf 2028 met 5 euro per jaar. Dit komt neer op een besparing van 170 miljoen euro structureel vanaf 2029.

43. Eenmalig verhogen eigen risico met 100 euro per 2028 (incl. tranchering met 100 euro)

Deze maatregel verhoogt het verplicht eigen risico in 2028 eenmalig met 100 euro van 165 euro naar 265 euro. In het hoofdlijnenakkoord 2024-2028 wordt het eigen risico vanaf 2027 verlaagd van 385 euro naar 165 euro en geïndexeerd vanaf 2030. Met deze maatregel stijgt het eigen risico naar 265 euro vanaf 2028, wordt de hoogte in 2029 bevroren op 265 euro en wordt het eigen risico vanaf 2030 weer geïndexeerd. Als gevolg van deze eenmalige verhoging zullen de collectie zorguitgaven dalen en zullen de opbrengsten van de eigen bijdragen toenemen. Verhoging van het eigen risico leidt tot een groter remgeldeffect en verlaagt daarmee de toegankelijkheid van de zorg. In het Hoofdlijnenakkoord 2024-2028 wordt er ook van uitgegaan dat vanaf 2027 het eigen risico wordt getrancheerd op maximaal 50 euro per behandeling. Met deze maatregel wordt ervan uit gegaan dat de tranchering meestijgt naar 100 euro per behandeling vanaf 2028. Om het eigen risico te verhogen is een wetswijziging nodig, waarmee dit mogelijk is vanaf 2028. Deze maatregel levert een structurele besparing op van 1.790 miljoen euro in 2030. Indien de verlaging van het verplicht eigen risico naar 165 euro in 2027 en/of de invoering van de tranchering niet doorgaat, dan moet de opbrengst van deze maatregel opnieuw worden berekend.

44. Eenmalig verhogen eigen risico met 100 euro per 2028 en indexeren (incl. tranchering met 100 euro)

Deze maatregel verhoogt het verplicht eigen risico in 2028 van 165 euro naar 265, waarna deze jaarlijks wordt geïndexeerd. In het hoofdlijnenakkoord 2024-2028 wordt ervan uitgegaan dat het eigen risico vanaf 2027 wordt verlaagd van 385 euro naar 165 euro en geïndexeerd vanaf 2030. Met deze maatregel stijgt het eigen risico naar 265 euro in 2028 en wordt vanaf 2029 geïndexeerd, waardoor het maximale verplicht eigen risico met 5 euro per jaar stijgt. Als gevolg van de maatregel zullen de private zorguitgaven stijgen en zullen de opbrengsten van de eigen bijdragen toenemen. Verhoging van het eigen risico leidt tot een groter remgeldeffect en verlaagt de toegankelijkheid van de zorg. In het Hoofdlijnenakkoord 2024-2028 wordt er ook van uitgegaan dat vanaf 2027 het eigen risico wordt getrancheerd op maximaal 50 euro per behandeling. Met deze maatregel wordt ervan uit gegaan dat de tranchering meestijgt naar 100 euro per behandeling vanaf 2028. Deze wordt vanaf 2029 geïndexeerd naar rato met de stijging van de hoogte van het verplicht eigen risico. Om het eigen risico te verhogen is een wetswijziging nodig, waarmee een verhoging op zijn vroegst in 2028 mogelijk is. Deze maatregel levert een

structurele besparing op van 1965 miljoen euro in 2030. Indien de verlaging van het verplicht eigen risico naar 165 euro in 2027 en/of de invoering van de tranchering niet doorgaat, dan moet de opbrengst van deze maatregel opnieuw worden berekend.

45a en 45b. Terugdraaien verlagen eigen risico

In het hoofdlijnenakkoord 2024-2028 is het eigen risico in 2026 bevroren op 385 euro en per 1 januari 2027 verlaagd naar 165 euro. Verder wordt het eigen risico getrancheerd op maximaal 50 euro per behandeling. Dit betekent dat mensen per behandeling niet meer dan 50 euro kwijt zijn van hun eigen risico. Het terugdraaien van deze maatregelen betekent dat het eigen risico van 385 euro vanaf 2027 wordt geïndexeerd. Door de indexatie stijgt het maximale verplicht eigen risico vanaf 2027 met circa 15 euro per jaar. De daadwerkelijke indexatie wordt volgens de bestaande systematiek vastgelegd bij de begroting van het betreffende jaar. In variant 1 wordt bij het niet doorgaan van deze maatregelen uitgegaan van een maximale tranchering van 150 euro per behandeling met ingang per 2027, zoals oorspronkelijk in het basispad was opgenomen. Deze wordt vanaf 2028 naar rato geïndexeerd met de stijging van de hoogte van het verplicht eigen risico. In variant 2 wordt ervan uitgegaan dat de maatregel trancheren per 2028 ingaat. Naar rato met de indexatie van het verplicht eigen risico in 2028 wordt uitgegaan van een maximale tranchering van 155 euro in 2028, waarna deze vanaf 2029 wordt geïndexeerd. Voor het invoeren van de tranchering van 150 euro is een AMvB nodig.

46. Huisartsenzorg onder eigen risico (ZiK 63)

De aanspraak op huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt onder het eigen risico geplaatst. Dit geldt zowel voor algemene huisartsenzorg als huisartsenposten. Het inschrijftarief voor een huisarts wordt niet onder het eigen risico geplaatst. Hierdoor vindt er een verschuiving plaats van collectieve financiering van de huisartsenzorg naar financiering vanuit het eigen risico. De maatregel leidt ook tot een remgeldeffect. Naar verwachting zullen mensen minder vaak (of later) naar de huisarts gaan. Deze maatregel vergt een wijziging van het besluit Zorgverzekering en levert naar verwachting structureel 685 miljoen euro op.

47. Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost (ZiK 64)

Iedere volwassene moet voor elk bezoek aan de huisartsenpost (HAP) een eigen bijdrage van 25% van de zorgkosten gaan betalen. Naast de hogere ontvangsten aan eigen betalingen dalen de zorgkosten als gevolg van deze maatregel. Deze maatregel levert naar schatting structureel 160 miljoen euro op. Met de invoering van een eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost wordt oneigenlijk gebruik van deze voorziening ontmoedigd. Een bezoek aan de HAP is voor de zorgverzekeraar (en premiebetaler) duurder dan een bezoek aan de eigen huisarts. In deze maatregel is uitgegaan van een tarief van 195 euro voor een consult en 295 euro voor een visite. Daarnaast is rekening gehouden met een toename van het aantal bezoeken aan reguliere huisartsen en directe doorverwijzingen naar de spoedeisende hulp (SEH). Deze eigen bijdrage van 25% kan ingevoerd worden met een wijziging van het Besluit Zorgverzekering. Dit kost naar verwachting een jaar.

48. Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis (ZiK 67)

Deze maatregel introduceert een eigen bijdrage van 10 euro per ligdag in het ziekenhuis, met een maximum van 100 euro per patiënt per jaar. De eigen bijdrage geldt niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar. De besparing van structureel 40 miljoen euro is gebaseerd op declaratiedata van het Zorginstituut uit 2023. Deze maatregel vergt een wijziging van het besluit Zorgverzekering. Deze maatregel heeft mogelijk een remeffect: mensen zullen geneigd zijn minder langer in het ziekenhuis te blijven. Dit kan negatieve gezondheidseffecten met zich meebrengen. Er is in de berekening van de opbrengst geen rekening gehouden met het remeffect.

49. Invoeren vaste eigen bijdrage van 5 euro per uur voor de wijkverpleging, onafhankelijk van het inkomen (ZiK 68)

Deze maatregel introduceert een vaste eigen bijdrage van 5 euro per uur voor wijkverpleegkundige zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De maatregel verkleint het verschil met de regels voor de Wlz, waar ook een eigen bijdrage geldt. Hiervoor is aanpassing van de Zvw nodig. De totale besparing van de maatregel is structureel 450 miljoen euro en bestaat uit verschillende effecten in de Zvw, de Wmo en de Wlz, waaronder verplaatsing van zorgkosten en remgeldeffecten. De raming komt uit Zorgkeuzes in Kaart (2020) en is gebaseerd op de middellange termijnraming 2019 van het CPB met prijspijl en volume 2021. De maatregel is sindsdien niet geactualiseerd. Naar verwachting is de opbrengst inmiddels hoger. Het instellen van een eigen bijdrage per uur past overigens niet bij de experimentele bekostiging in de wijkverpleging, waarin de wijkverpleging niet langer per uur wordt vergoed.

50. Invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage van gemiddeld 5 euro per uur voor de wijkverpleging (KiK)

Deze maatregel introduceert een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van gemiddeld 5 euro per uur voor wijkverpleegkundige zorg, zoals berekend door het CPB in Keuzes in Kaart 2023. De maatregel verkleint het verschil met de regels voor de Wlz, waar ook een eigen bijdrage geldt. Hij vereist aanpassing van de Zorgverzekeringswet. De totale besparing van de maatregel is 600 miljoen euro en bestaat uit verschillende effecten in de Zvw, de Wmo en de Wlz, waaronder verplaatsing van zorgkosten en remgeldeffecten. De raming komt uit Keuzes in Kaart (2023) en is gebaseerd op de cMEV 2024 met prijspeil 2024 en volume 2028. De maatregel is sindsdien niet geactualiseerd. Er is nader onderzoek nodig naar de opbrengst van deze maatregel. Het instellen van een eigen bijdrage per uur past overigens niet bij de experimentele bekostiging in de wijkverpleging, waarin de wijkverpleging niet langer per uur wordt vergoed.

Langdurige zorg en ondersteuning

51. Verhogen vermogensinkomensbijstelling (VIB) naar 8 procent (TWMZ 2, variant 1a)

In de huidige situatie wordt voor de berekening van de eigen bijdragen in de Wlz en Wmo beschermd wonen, naast het verzamelinkomen, rekening gehouden met de hoogte van het vermogen door de zogenaamde vermogensinkomensbijstelling (VIB). Op basis van de VIB wordt 4 procent van het vermogen boven een bepaalde vrijstelling opgeteld bij het verzamelinkomen. Deze maatregel verhoogt de VIB van 4 procent naar 8 procent. Hiermee wordt de verlaging van de VIB uit 2019 teruggedraaid. Hierdoor gaat het vermogen zwaarder meewegen in de berekening van de eigen bijdragen Wlz en Wmo beschermd wonen. De structurele opbrengst van 75 miljoen euro wordt bereikt in 2027. Invoering kan per 2027 als de VIB verhoging niet wordt doorgevoerd in de compensatie vervallen oudertoeslag (CVO), welke wordt afgebouwd. Uitvoeringskosten, gedragseffecten en interactie-effecten met de maatregelen afschaffen CVO en de extra vermogensvrijstelling voor niet-pensioengerechtigden (EVV) uit de Voorjaarsnota 2023 zijn niet gekwantificeerd.

52. Marginaal tarief niet meetellen over grondslag VIB (TWMZ 2, variant 1b)

In de huidige situatie wordt voor de berekening van de lage eigen bijdrage in de Wlz en Wmo beschermd wonen gerekend met 10 procent (het marginaal tarief) van de som van het verzamelinkomen en de VIB. Doordat het marginaal tarief ook doorwerkt op de VIB, betekent dit dat vermogen feitelijk voor 0,4 procent (10 procent * 4 procent) meetelt. Deze maatregel zorgt ervoor dat het marginaal tarief alleen nog wordt berekend over het verzamelinkomen en niet langer over de VIB. Hierdoor gaat het vermogen zwaarder meewegen in de berekening van de lage eigen bijdrage in de Wlz en Wmo beschermd wonen. Invoering kan per 2028. De structurele opbrengst van 65 miljoen euro wordt bereikt in 2028. Uitvoeringskosten, gedragseffecten en interactie-effecten met de maatregelen afschaffen compensatie vervallen oudertoeslag (CVO) en de extra vermogensvrijstelling voor niet-pensioengerechtigden (EVV) uit de Voorjaarsnota 2023 zijn niet gekwantificeerd.

53. Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, alleen bij hoge eigen bijdrage (TWMZ 2, variant 2a)

In de huidige eigen bijdrage systematiek voor de Wlz en Wmo beschermd wonen worden verschillende soorten vermogen ongelijk behandeld; voor de grondslag voor de VIB wordt enkel gekeken naar vermogen in box 3. Met deze maatregel wordt de overwaarde van de eigen woning onderdeel van de grondslag voor de hoge eigen bijdrage in de Wlz en Wmo beschermd wonen. Er is minimaal 4 jaar voorbereidingstijd nodig om de maatregel in te kunnen voeren. Zo dient het Centraal Administratie Kantoor (CAK) specifieke gegevens over de overwaarde van de eigen woning te ontvangen om de maatregel uit te kunnen voeren. Hiervoor zijn wetswijzigingen nodig. Ook dient er nader onderzoek gedaan te worden, bijvoorbeeld naar hoe de overwaarde als zodanig 'gelabeld' kan worden en naar de situatie waarin de overwaarde in de eigen woning daalt. De structurele opbrengst van 275 miljoen euro wordt bereikt in 2030. Uitvoeringskosten, gedragseffecten en interactie-effecten met de maatregelen afschaffen compensatie vervallen oudertoeslag (CVO) en de extra vermogensvrijstelling voor niet-pensioengerechtigden (EVV) uit de Voorjaarsnota 2023 zijn niet gekwantificeerd. Vanwege de forse potentiële inkomenseffecten (tot 2900 euro per maand extra) kan er voor gekozen worden om deze maatregel geleidelijk te laten ingroeien.

54. Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, bij alle leveringsvormen (TWMZ 2, variant 1b)

In de huidige eigen bijdrage systematiek voor de Wlz en Wmo beschermd wonen worden verschillende soorten vermogen ongelijk behandeld; voor de grondslag voor de VIB wordt enkel gekeken naar vermogen in box 3. Met deze maatregel wordt de overwaarde van de eigen woning onderdeel van de grondslag voor alle leveringsvormen in de Wlz en Wmo beschermd wonen. Er is minimaal 4 jaar voorbereidingstijd nodig om de maatregel in te kunnen voeren. Zo dient het Centraal Administratie Kantoor (CAK) specifieke gegevens over de overwaarde van

de eigen woning te ontvangen om de maatregel uit te kunnen voeren. Hiervoor zijn wetswijzigingen nodig. Ook dient er nader onderzoek gedaan te worden, o.a. naar hoe de overwaarde als zodanig 'gelabeld' kan worden en naar de situatie waarin de overwaarde in de eigen woning daalt. De structurele opbrengst van 350 miljoen euro wordt bereikt in 2030. Uitvoeringskosten, gedragseffecten en interactie-effecten met de maatregelen afschaffen compensatie vervallen oudertoeslag (CVO) en de extra vermogensvrijstelling voor niet-pensioengerechtigden (EVV) uit de Voorjaarsnota 2023 zijn niet gekwantificeerd. Vanwege de potentiële inkomenseffecten (oplopend tot 2900 euro per maand extra) kan er voor gekozen worden om deze maatregel geleidelijk te laten ingroeien.

55. Box 2- en box 3-vermogen gelijk behandelen (TWMZ 2, variant 2c)

In de huidige eigen bijdrage systematiek voor de Wlz en Wmo beschermd wonen worden verschillende soorten vermogen ongelijk behandeld; voor de grondslag voor de VIB wordt enkel gekeken naar vermogen in box 3. Deze maatregel voegt vermogen in box 2 toe aan de grondslag voor de VIB. Daarmee worden verschillende vormen van vermogen meer gelijk belast en wordt een mogelijkheid tot het ontwijken van eigen bijdrage beperkt. De uitvoerbaarheid van de maatregel hangt af van registratie van box 2-vermogen via een register van aandeelhouders of een andere manier van registratie van vermogen in box 2. Er is minimaal 4 jaar voorbereidingstijd nodig om de maatregel in te kunnen voeren. De structurele opbrengst van 90 miljoen euro wordt bereikt in 2030. Uitvoeringskosten, gedragseffecten en interactie-effecten met de maatregelen afschaffen compensatie vervallen oudertoeslag (CVO) en de extra vermogensvrijstelling voor niet-pensioengerechtigden (EVV) uit de Voorjaarsnota 2023 zijn niet gekwantificeerd. Vanwege de potentiële inkomenseffecten (tot 2900 euro per maand extra) kan er voor gekozen worden om deze maatregel geleidelijk te laten ingroeien.

56. Afschaffen aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb (TWMZ 2, variant 3a)

De huidige berekening van de eigen bijdragen voor een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb) houdt rekening met een aftrekpost op het bijdrageplichtig inkomen (7.457 euro in 2025), waardoor deze leveringsvormen nu relatief aantrekkelijk zijn ten opzichte van volledig pakket thuis (vpt), met name voor cliënten met een bovenmodaal inkomen. Deze maatregel schaft deze aftrekpost af. Invoering kan per 2028. De structurele opbrengst van 15 miljoen euro wordt bereikt in 2028. Uitvoeringskosten, gedragseffecten en interactie-effecten met de maatregelen afschaffen compensatie vervallen oudertoeslag (CVO) en de extra vermogensvrijstelling voor niet-pensioengerechtigden (EVV) uit de Voorjaarsnota 2023 zijn niet gekwantificeerd.

57. Verhogen inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wmo 2015

Deze maatregel verhoogt de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo 2015 naar het niveau van vóór invoering van het abonnementstarief in 2019. Dit levert een additionele besparing op van 95 miljoen voor de Rijksbegroting. Uitgangspunt is dat het wetsvoorstel voor de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage per 1 januari 2027 wordt ingevoerd, waardoor deze maatregel via een AMvB per 1 januari 2028 in werking kan treden. De AMvB maakt een additionele korting mogelijk uit het Gemeentefonds. Daarnaast dalen de uitvoeringskosten op het Uitgaven Plafond Zorg. Deze maatregel heeft inkomenseffecten voor cliënten die afhankelijk zijn van Wmo-ondersteuning. Vanwege hun autonomie kunnen gemeenten ervoor kiezen om deze ombuiging op een andere manier in te vullen.

IV. Besparen begrotingsgefinancierde uitgaven

Langdurige zorg en ondersteuning

58. Beëindigen inkomensondersteuning aan chronisch zieken en gehandicapten

De gemeenten ontvangen sinds 1 januari 2014 aanvullende financiële middelen om chronisch zieken en gehandicapten directe inkomenssteun te geven. Gemeenten ontvangen deze middelen omdat in 2014 een tweetal financiële regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten is afgeschaft: de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en de Compensatie Eigen Risico. Om het wegvallen van deze regelingen te compenseren ontvangen gemeenten vanaf 2017 structureel 268 miljoen euro, in het huidige prijspeil 395 miljoen euro. De maatregel houdt in dat deze mogelijkheid tot directe inkomenssteun niet meer gefinancierd wordt. Dit vergt een uitname uit het Gemeentefonds. Dit zal negatieve inkomenseffecten hebben op de doelgroep. Daarnaast zal de doelgroep bij het wegvallen van deze inkomensondersteuning mogelijk elders een beroep doen op inkomensondersteuning. Het is mogelijk deze maatregel te wegen in het licht van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. De maatregel vergt een wetswijziging van de Wmo 2015. Vanwege hun autonomie kunnen gemeenten ervoor kiezen om deze ombuiging op een andere manier in te vullen.

59. Korten envelop ouderenzorg

In het hoofdlijnenakkoord is vanaf 2027 een envelop beschikbaar gesteld voor investeringen in de ouderenzorg. Een gedeelte van deze envelop is onderdeel van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO). Daarnaast heeft er in het kader van het AZWA een kasschuif plaatsgevonden. Het resterende gedeelte staat nog op de Aanvullende Post van het ministerie van Financiën en is niet gebonden aan akkoorden. Het is goed de meest actuele reeks op te vragen indien deze maatregel gekozen wordt. Het structureel afkomen van deze envelop levert 628 miljoen euro op.

60. Korten budget aanpak dakloosheid

Deze maatregel betreft het terugdraaien van de intensivering op de aanpak van dakloosheid van Rutte-IV. Dit levert een besparing op van structureel 72 miljoen euro vanaf 2027. Deze middelen staan op de VWS-begroting en worden jaarlijks verstrekt via een decentralisatie-uitkering. Over de inzet van deze middelen zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met gemeenten, waarmee zij invulling geven aan het Nationaal Actieplan Dakloosheid en pilot EU-dakloze burgers. Het volledig terugdraaien van deze intensivering is technisch mogelijk, maar vergt aanpassing van deze bestuurlijke afspraken. Vanwege hun autonomie kunnen gemeenten ervoor kiezen om deze ombuiging op een andere manier in te vullen.

Jeugd

61. Beëindigen subsidieregeling Opvang kinderen van ouders met trekkend/varend bestaan

De subsidie aan internaten voor de opvang en verzorging van kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten wordt stopgezet, omdat dit niet als een collectieve verantwoordelijkheid hoeft te worden gezien. De keuze voor binnenvaart en de opvang van kinderen ligt, net als bij kinderen van in het buitenland werkende ouders, bij de ouders zelf. Het beëindigen van de subsidie kan tot gevolg hebben dat deze kinderen hybride onderwijs gaan volgen of dat schippers mogelijk stoppen met varen om hun kinderen op te vangen. De maatregel voorziet in een tijdige aankondiging (per 1 januari 2026) en een instroomstop per september 2027. Dit levert structureel 15 miljoen euro op. Aangezien het een langlopende subsidie betreft is rekening gehouden met een afbouwpad van vijf jaar. Er zijn mogelijk frictiekosten verbonden aan het beëindigen van deze subsidie. Deze zijn niet meegenomen in de berekening.

62. Minder standaard consulten 0-jarigen bij het consultatiebureau

Gemeenten zijn krachtens de Wet publieke gezondheid verantwoordelijk voor het laten uitvoeren van het basispakket Jeugdgezondheidszorg. Onderdeel daarvan is de functie van het consultatiebureau. Dit is de jeugdgezondheidszorg voor ouders met hun kinderen van 0 tot 4 jaar. In het eerste levensjaar gaat het om 10 en in het tweede tot en met vierde jaar om nog eens 5 contactmomenten. Een deel van de bezoeken wordt gecombineerd met toediening van een vaccinatie uit het rijksvaccinatieprogramma. Met deze maatregel wordt het aantal contactmomenten in het eerste levensjaar teruggebracht tot negen. Afwijken van het huidige aantal contactmomenten heeft mogelijk negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de geleverde zorg en de mogelijkheden voor vroegsignalering. In de Wet publieke gezondheid zijn het aantal contactmomenten niet vastgelegd. De uitvoerders van jeugdgezondheidszorg worden niet vanuit het Rijk aangestuurd, maar door gemeenten. Om één contactmoment minder af te dwingen is een wets- en stelselwijziging nodig om het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Dit duurt twee jaar en leidt tot een uitname uit het Gemeentefonds van structureel 22 miljoen euro. Vanwege hun autonomie kunnen gemeenten ervoor kiezen om deze ombuiging op een andere manier in te vullen.

63. Afschaffen bovenregionale expertisecentra jeugdzorg

Met deze maatregel worden de bovenregionale expertisecentra niet langer vergoed vanuit het Rijk. Dit levert 23 miljoen euro per jaar op vanaf 2028. Een consequentie van deze maatregel is dat jongeren met complexe hulpvragen voortaan binnen de reguliere jeugdzorg geholpen moeten worden. De besparing kan lager uitvallen indien de kosten voor reguliere jeugdzorg toenemen.

Arbeidsmarkt, arbeidsvoorwaarden en opleidingen

64. Opheffen subsidieregeling vaccinatie stageplaatsen

Deze maatregel beëindigt de subsidieregeling die voorziet in financiering van hepatitis B-vaccinatie voor zorgstagiars. De verantwoordelijkheid voor financiering verschuift naar stagiairs zelf. Dat levert structureel 6 miljoen euro op vanaf 2027. De subsidie kan uiterlijk een half jaar voor de start van een schooljaar worden opgeheven.

65a en 65b. Subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorg (SO-MSZ) niet verlengen

De maatregel beëindigt of verlaagt de beschikbare middelen die extra bij- en nascholing in de medisch specialistische zorg moeten stimuleren per 2027. De subsidie vergoedt opleidingen voor al het ziekenhuispersoneel (specialisten, verpleegkundigen en ander niet medisch-specialistisch personeel). Uit de regeling wordt zowel strategisch opleiden als standaard bij- en nascholing betaald. Volledige afschaffing levert structureel 238 miljoen euro op. Opleidingen die wel vallen onder kosten voor zorg kunnen via de tarieven worden bekostigd. Dit zal leiden tot hogere zorgkosten die in deze maatregel niet zijn gekwantificeerd. Desgewenst kunnen bepaalde doelgroepen en/of opleidingssoorten worden uitgezonderd van de maatregel. In variant b wordt daarvoor een afslag van 75% genomen op de besparing.

66. Verlagen subsidie publieke gezondheidszorgopleidingen met 50 procent

De maatregel halveert de subsidie voor opleidingen tot arts infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde of tuberculosebestrijding. Zorgwerkgevers worden deels zelf verantwoordelijk voor (de kosten van) het aanbieden van voldoende opleidingen. Dit levert structureel 19 miljoen euro op. Dit kan effect hebben op de instroom en daarmee het Capaciteitsplan 2024-2027.

67. Verlagen subsidie opleiding tot advanced nurse practitioner en physician assistant met 50 procent

De maatregel halveert de subsidie voor het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Zij nemen eenvoudige en routinematige taken over van een huisarts of specialist. De maatregel levert structureel 19 miljoen euro op. Zorgwerkgevers worden deels zelf verantwoordelijk voor (de kosten van) het aanbieden van voldoende opleidingen. De maatregel kan tot mei voorafgaand aan het betreffende schooljaar worden ingevoerd en kent dan een ingroepad van drie jaar. Dit kan effect hebben op de instroom en daarmee het Capaciteitsplan 2024-2027.

68. Afbouwen subsidie Samenwerken en Innoveren in de Regio (regionaal arbeidsmarktbeleid)

De maatregel stopt de subsidie voor een regionale arbeidsmarktinfrastructuur in de zorg. De subsidie stimuleert eenduidige informatievoorziening aan werkgevers en werknemers over ontwikkelingen op de regionale arbeidsmarkt, afstemming tussen onderwijs en arbeidsmarkt en instrumenten voor duurzame inzetbaarheid. Het afschaffen van de subsidie legt de verantwoordelijkheid voor regionale samenwerking bij partijen zelf. De projectsubsidie loopt tot en met 2029. De maatregel kan ingaan vanaf 2030 en levert 18 miljoen euro op.

69. Introduceren eigen betaling 20 procent specialistische vervolgoopleidingen

De maatregel introduceert een eigen bijdrage voor specialistische vervolgoopleidingen van 20% van de opleidingskosten. Gelet op het hoge private rendement van de opleiding tot medisch specialist, adviseerde een interdepartementale werkgroep een substantieel hogere eigen bijdrage in de opleidingskosten.⁴⁶ De maatregel geldt voor alle medisch specialistische opleidingen inclusief psychiaters en huisartsen, maar niet voor medisch ondersteunende beroepen vanwege het lagere verwachte inkomensniveau. De maatregel vereist een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De maatregel levert structureel 300 miljoen op, maar de eigen bijdrage kan ook hoger of lager worden vastgesteld. De besparing loopt geleidelijk op vanwege opleidingen die al gestart zijn. De maatregel kan worden vormgegeven als een generieke korting op de beschikbaarheidsbijdrage vanaf 2028, waarbij het aan opleidingsinstellingen wordt gelaten in welke mate zij dit doorberekenen in eigen betalingen. Ook kan overwogen worden een leenstelsel in te richten voor medische specialisten in opleiding. In dat geval moeten juridische en uitvoeringsvraagstukken nader worden onderzocht.

70. Verlagen opleidingsbudgetten medisch specialisten

De maatregel verlaagt het vergoedingsbedrag dat zorginstellingen ontvangen voor medisch-specialistische vervolgoopleidingen met 7,5 procent.⁴⁷ Dat levert vanaf 2028 structureel 110 miljoen euro op. Op basis van deze maatregel zal de NZa de beschikbaarheidsbijdrage lager vaststellen dan uit het kostenonderzoek naar voren komt. Zorgaanbieders kunnen de korting op de opleidingsvergoeding proberen te compenseren via hogere prijzen voor reguliere zorgproductie (wat kan leiden tot hogere premie-uitgaven) of door het verlagen van de opleidingskosten. De maatregel vereist aanpassing van de Wet marktordening gezondheidszorg.

⁴⁶ Ministerie van Financiën. (2012). *Interdepartementaal Beleidsonderzoek Universitair Medische Centra* [Rapport].

⁴⁷ De maatregel is geïnspireerd door maatregel ZiK M_53, variant a.

71. Opheffen subsidie opleiden in de wijkverpleging

Deze maatregel stopt de subsidie voor werkgeverskosten van het opleiden van zij-instromers in de wijkverpleging. Het opleiden van leerlingen-werknemers was in 2024 al rendabel voor werkgevers.⁴⁸ Voor meer uren begeleiding per leerling waren middelen toegevoegd, die met deze maatregel komen te vervallen. De maatregel levert structureel 60 miljoen euro op vanaf 2027.

Sport

72. Geen rijksbijdrage aan grote topsportevenementen

Met deze maatregel stopt het Rijk met het financieel bijdragen aan organisaties die topsportevenementen willen organiseren. Het Rijk gaat dan alleen een faciliterende rol vervullen als het gaat om regelgeving. Organisaties dienen zelf via sponsoring middelen binnen te halen. Het effect van deze maatregel is dat het aantal topsportevenementen in Nederland zal dalen. Deze maatregel levert een besparing van structureel 11 miljoen euro op.

73. Verlagen bijdragen duurzame en toegankelijke sportaccommodaties met 25 procent

De bijdragen voor duurzame en toegankelijke sportaccommodaties kunnen worden verlaagd. VWS geeft subsidies aan sportaanbieders (sportverenigingen, stichtingen en andere niet-winstbeogende investeerders in sportaccommodaties) voor de bouw of het onderhoud van sportaccommodaties of voor de aanschaf dan wel het onderhoud van sportmaterialen. Daarnaast stelt VWS middelen beschikbaar voor de Regeling specifieke uitkering stimulering sport. Met deze maatregel wordt structureel 45 miljoen euro bespaard. In de berekening is gekozen voor een percentage van 25 procent, maar dit percentage kan hoger of lager zijn. Mogelijk wordt de verduurzaming van de sportsector vertraagd door de invoering van deze maatregel.

74. Verlagen subsidie topsport met 20 procent

Deze maatregel verlaagt het budget voor landelijk topsportbeleid met 20 procent. Het landelijke topsportbeleid is gefocust op het vergroten van de maatschappelijke waarde van topsport. Om deze doelstelling waar te kunnen maken, voeren NOC*NSF en de sportbonden topsport- en talentenprogramma's uit. VWS stelt hiervoor structureel 53,8 miljoen euro beschikbaar. In de berekening is uitgegaan van een verlaging van het budget met 20 procent, maar dit percentage kan hoger of lager zijn. Dit levert structureel 10 miljoen euro op. Dit zal betekenen dat het ambitieniveau voor topsport verlaagd moet worden (bijvoorbeeld minder topsportprogramma's).

75. Korten budget sportstimulering

In het coalitieakkoord Rutte IV zijn middelen toegevoegd aan de VWS-begroting voor sportstimulering. Deze intensivering kan vanaf 2027 gedeeltelijk worden teruggedraaid, wat een besparing van structureel 9 miljoen euro oplevert. Dit zijn de middelen die nog niet juridisch verplicht zijn. Deze maatregel zal effect hebben op diverse terreinen van Sport en Bewegen zoals armoedebeleid, inzet buurtsportcoaches, professionalisering sportsector, kennis en innovatie en monitoring.

Volksgezondheid

76. Invoeren volledige eigen betaling grieprik risicogroepen en 65-plussers

Met deze maatregel wordt de grieprik niet meer vergoed voor risicogroepen en 65-plussers. Er wordt per 2027 een volledige eigen betaling ingevoerd van circa 25 euro per prik, wat een structurele besparing van 75 miljoen oplevert. De invoering van een eigen betaling leidt tot een lagere vaccinatiegraad. Dit kan leiden tot een hogere druk op de zorg, wat kosten bij de zorg met zich meebrengt.

77. Afzien van VWS-bijdrage aan lokale aanpak gezondheidsachterstanden

Op de VWS-begroting zijn structureel middelen beschikbaar voor de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Deze middelen zijn tot en met 2026 juridisch verplicht, daarna kan hierop omgebogen worden. Met deze maatregel worden de middelen vanaf 2027 niet meer beschikbaar gesteld aan gemeenten, waarmee een besparing van 18 miljoen euro wordt gerealiseerd. Deze middelen stellen gemeenten in staat om verbindingen te leggen tussen

⁴⁸ SEO Economisch Onderzoek. (2024). *Zorg voor de leerling; Kosten en Baten van opleiding in de wijkverpleging*[Rapport].

zorg en welzijn en andere beleidsdomeinen zoals armoede, werk en wonen. Bestaanszekerheid en leefomgeving zijn belangrijke veroorzakers van ongezondheid en het maken van zorgkosten.⁴⁹ Als gevolg van deze maatregel zullen de gemeenten minder op de multiproblematiek rondom gezondheidsachterstanden in kunnen inzetten.

Overig

78. Korting van 50% op kwaliteitsgelden

Met de kwaliteitsgelden worden kwaliteitsverbeterende activiteiten gefinancierd in onder andere huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en GGZ. De middelen staan deels incidenteel en deels structureel op de begroting. In het IZA is afgesproken dat de kwaliteitsgelden in ieder geval beschikbaar blijven tot en met 2026. Met deze maatregel wordt daarna een korting van 50 procent doorgevoerd op de structureel beschikbare middelen. Dit leidt tot een structurele besparing van 14 miljoen euro vanaf 2030.

79. Terugdraaien intensivering patiëntenorganisaties

In het IZA is afgesproken dat de bijdrage aan patiëntenorganisaties wordt verdubbeld. Met deze maatregel wordt de intensivering teruggedraaid met ingang van 2028. Dit leidt tot een structurele besparing van 25 miljoen euro. Als gevolg zullen patiëntenorganisaties hun activiteiten verminderen.

80a en 80b. Aanpassen VWS-bijdrage aan het strategisch programma van RIVM

Het strategisch programma RIVM (SPR) is het programma waarmee het RIVM invulling geeft aan de in artikel 4 van de wet op het RIVM vastgelegde taak. Met het SPR investeert het RIVM in nieuwe onderzoeksmethoden, in innovatie en expertiseontwikkeling om haar overige (wettelijke) kerntaken uit te voeren en voorbereid te zijn op toekomstige ontwikkelingen. Het strategische programma is een belangrijk onderdeel voor de toekomstbestendigheid en continuïteit van het instituut.

80a Afschaffen VWS-bijdrage aan het strategisch programma van RIVM

Met variant 1 van de maatregel wordt de VWS-bijdrage aan het strategisch programma afgeschaft, waarmee structureel 16 miljoen euro wordt bezuinigd vanaf 2028. Hiervoor moet de «Wet op het RIVM» aangepast worden. De invoeringstermijn van deze maatregel is daardoor twee jaar. De impact van variant 1 is dat het RIVM zonder dit programma niet in staat is om de vragen van de toekomst te beantwoorden op het gebied van volksgezondheid, duurzaamheid en milieu, wat de paraatheid van het instituut vermindert.

80b Halveren VWS-bijdrage aan het strategische programma van RIVM

Met variant 2 van de maatregel wordt de VWS-bijdrage aan het strategisch programma gehalveerd, waarmee structureel 8 miljoen euro wordt bezuinigd vanaf 2027. In tegenstelling tot variant 1 is geen wetswijziging nodig en kan de maatregel eerder ingaan. Het huidige strategische programma is tot en met 2026 juridisch verplicht, daarna kan een korting doorgevoerd worden. De impact van variant 2 is dat het RIVM minder capaciteit heeft om de vragen van de toekomst te beantwoorden op het gebied van volksgezondheid, duurzaamheid en milieu, wat de paraatheid van het instituut vermindert.

81. Taakstellende korting van 20% op programma's ZonMw

Met deze maatregel wordt het structurele budget voor ZonMw programma's met 20% gekort, waarmee per 2027 structureel 20 miljoen euro wordt bezuinigd. Dit betreft een taakstellende korting die op het moment van kiezen nader ingevuld moet worden. Het gevolg hiervan is dat er minder programma's van ZonMw kunnen worden gerealiseerd. Deze (actie)programma's hebben betrekking op innovatie en het stimuleren van samenwerking in de zorg, alsook het gebruik van ontwikkelde kennis met als doel bijdragen aan maatschappelijke opgaven en het verlagen van de zorgkosten. Deze maatregel kan op zowel korte als langere termijn negatieve gevolgen hebben op de kwaliteit en doelmatigheid (zorgkosten) van de gezondheidszorg.

⁴⁹ [Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu \(RIVM\). \(2024\). Volksgezondheid toekomst verkenning 2024: Kiezen voor een gezonde toekomst \[Rapport\].](#)