



Lou Spoor

Je huis of je leven?

Eigen bijdragen van ouderen voor
woon- en welzijnsvoorzieningen
en optimalisatie van de pensioen-
portfolio

Netspar NEA Papers





Lou Spoor

Je huis of je leven?

Eigen bijdragen van ouderen voor
woon- en welzijnsvoorzieningen en
optimalisatie van de pensioen-
portfolio

NEA PAPER 9

NETSPAR ECONOMISCHE ADVIEZEN



Netspar

Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Colofon

NEA Papers is een uitgave van Netspar
Juni 2008

Redactie

Henk Don (Voorzitter) (Erasmus Universiteit Rotterdam)
Jan Marc Berk (De Nederlandsche Bank)
Bernard ter Haar (Ministerie van Financiën)
Jan Koeman (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid)
Peter Kooreman (Universiteit van Tilburg)
Niels Kortleve (PGGM)
Albert Mentink (AEGON)
Joos Nijtmans (Interpolis)
Alwin Oerlemans (Cordares)
Rick van der Ploeg (Oxford University)
Hens Steehouwer (ORTEC)
Tom Steenkamp (APG)
Marno Verbeek (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Vormgeving

Bladvulling, Tilburg

Drukwerk

Drukkerij Universiteit van Tilburg

Redactieadres

Netspar
Universiteit van Tilburg
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
Telefoon +31 13 466 2109
info@netspar.nl
www.netspar.nl

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).

INHOUD

<i>Voorwoord</i>	7
1. <i>Inleiding</i>	9
2. <i>Trends: welvaart van ouderen en zorguitgaven</i>	15
3. <i>Een kader voor eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen</i>	21
4. <i>Eigenwoningvermogen: financieringsbron voor voorzieningen?</i>	29
5. <i>Financiering van eigen bijdragen: producten en concepten</i>	31
6. <i>Optimalisatie van de pensioenportfolio</i>	44
7. <i>Voorwaarden wet- en regelgeving en marktordening</i>	51
8. <i>Suggesties voor verder onderzoek</i>	53
<i>Literatuurlijst</i>	55

VOORWOORD

Netspar stimuleert debat over de gevolgen van vergrijzing voor het (spaar) gedrag van mensen, de houdbaarheid van hun pensioenen en het overheidsbeleid. Doordat veel van de babyboomers met pensioen gaan, zal het aantal 65-plussers in de komende decennia snel toenemen. Meer in het algemeen leven mensen gezonder en langer en krijgen gezinnen steeds minder kinderen. Vergrijzing staat vaak in een negatief daglicht, want ten opzichte van de bevolking tussen 20 en 65 jaar zou het aantal 65-plussers wel eens kunnen verdubbelen. Kan de werkende beroepsbevolking dan nog wel het geld opbrengen voor een groeiend aantal gepensioneerden? Moeten mensen meer uren maken tijdens hun werkzame periode en later met pensioen gaan? Of moeten de pensioenen worden gekort of de premies worden verhoogd om het collectieve pensioen betaalbaar te houden? Moeten mensen worden aangemoedigd zelf veel meer verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen pensioen? En wat is dan nog de rol van de sociale partners in het organiseren van een collectief pensioen? Kunnen en willen mensen eigenlijk wel zelf gaan beleggen voor hun pensioen of zijn ze graag bereid dat aan pensioenfondsen over te laten? Van wie zijn de pensioengelden eigenlijk? En hoe kan een helder en eerlijk speelveld voor pensioenfondsen en verzekeraars worden gedefinieerd? Hoe kunnen collectieve doelstellingen als solidariteit en meer individuele wensen worden verzoend? Maar vooral: hoe kunnen de voordelen van langer en gezonder leven worden benut voor een meer gelukkige en welvarende samenleving?

Om een aantal redenen is er behoefte aan debat over de gevolgen van vergrijzing. We weten niet altijd precies wat de gevolgen van vergrijzing zijn. En de gevolgen die wel goed kunnen inschatten, verdienen het om bekend te worden bij een groter publiek. Belangrijker is natuurlijk dat veel van de keuzen die moeten worden gemaakt een politieke dimensie hebben en daarover is debat hard nodig. Het gaat immers om maatschappelijk zeer relevante en actuele vraagstukken waar, in de meest letterlijke zin oud en jong mee worden geconfronteerd. Om die

redenen heeft Netspar de NEA Papers ingesteld. In een NEA Paper neemt de auteur gemotiveerd stelling over een beleidsrelevant onderwerp. De naam NEA Papers heeft twee betekenissen. Ten eerste, NEA staat voor Netspar Economische Adviezen. Wetenschappers adviseren op persoonlijke titel en op verzoek van Netspar over actuele economische kwesties op het gebied van vergrijzing en pensioenen. Ten tweede, NEA klinkt als Nee-Ja en geeft daarmee een wezenskenmerk van elk debat aan.

Henk Don

Voorzitter van de Netspar Redactieraad.

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding en vraagstelling

In het Netspar Panel van 18 oktober 2007 presenteerde Jan Rouwendal een paper onder de titel *Housing Wealth and Household Portfolios in an Ageing Society*. Aan het slot stelde de auteur de vraag, of eigenwoningvermogen in de toekomst wellicht een grotere rol kan gaan spelen bij de bekostiging van zorgvoorzieningen voor ouderen. Echter, zo luidde de slotzin: "The detailed elaboration of such possibilities (let alone an assessment of their marketability) is, however, outside the scope of this paper."¹ Het nu voorliggende paper pakt deze draad op, in een poging een stapje verder te komen in beantwoording van de door Rouwendal gestelde vraag.

De aankomende generaties ouderen zijn gemiddeld welvarender dan ooit. Nooit eerder waren pensioenen voor zoveel mensen zo goed geregeld. Het eigenwoningvermogen van de toekomstige ouderen is groter dan onder voorgaande generaties.

De rijkere ouderen vragen steeds meer luxe voorzieningen, onder andere in zorg. Maar de zorgkosten stijgen. Daarmee komt de vraag op, of van ouderen niet een grotere eigen bijdrage moet worden gevraagd. Ook specifiek voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is deze suggestie gedaan.²

Dit paper tracht een aantal van de in voornoemde trends verscholen vragen en dilemma's van een antwoord te voorzien.

1. Gesteld dat ouderen een groter deel van zorgkosten zelf moeten betalen, kan het eigenwoningvermogen dan dienen als financieringsbron? Welke financiële producten kunnen behulpzaam zijn? Hoe kan de pensioenportfolio het best worden aangewend, als ouderen meer zelf moeten betalen voor voorzieningen?

1 Rouwendal (2007)

2 Bijvoorbeeld door Wim Groot en Henriëtte Maassen van den Brink in het *Financieele Dagblad* 30 januari 2006: "Alleen eigen bijdrage houdt AWBZ in leven".

2. Om deze vragen te kunnen beantwoorden moet eerst een beeld worden gevormd van de rol die eigen bijdragen kunnen spelen in de bekostiging van ouderenvoorzieningen. Op welke manier kan aan de eigen bijdragen in de AWBZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vorm worden gegeven?
3. Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om nieuwe dynamiek van vraag en aanbod te stimuleren? Welke regelgeving en marktordening zijn nodig?

1.2 Samenvatting

Noodzaak van eigen bijdragen in de AWBZ en de WMO

Na een korte toelichting van een aantal feiten en de toekomstverwachtingen over de inkomens- en vermogenspositie van ouderen en over de ontwikkeling van de zorgkosten, wordt eerst een denkrichting geschetst voor herziening van de AWBZ. In deze denkrichting wordt de kern van de AWBZ – intensieve verpleging en verzorging – gehandhaafd, maar worden woon- en welzijnsvoorzieningen ondergebracht in het domein van het woningmarktbeleid, respectievelijk het gemeentelijk welzijnsbeleid van de WMO.

Eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen zijn onder meer nodig als contraprikkel naast persoonsgebonden budgetten (PGB's), omdat PGB's consumenten uitnodigen tot het inruilen van informele mantelzorg voor collectief gefinancierde zorg.

Voorts lijkt er een sluipende tendens te zijn – vanwege de kosten van intensieve extramurale zorg – om te indiceren voor intramurale zorg. Dit terwijl bekend is dat mensen graag zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Ontevredenheid van cliënten ligt hier op de loer. Dit kan leiden tot een vlucht van cliënten uit de collectief aangeboden zorg of – nog erger – van een vlucht van personeel uit de collectief geregelde zorg. Een aanbod, dat beter op de vraag wordt gericht, kan een dergelijke vlucht voorkomen.

Een evenwichtig stelsel van eigen betalingen kan bijdragen aan het vinden van de juiste balans, doordat deze enerzijds een rem zet op de bovenmatige vraag, en anderzijds stimuleert tot vraaggerichte differentiatie in het aanbod.

Vormgeving en afbakening van de eigen bijdragen

Aanbevolen wordt om de eigen bijdragen voor woon- en welzijnsvoorzieningen vorm te geven door vaststelling van een referentienorm voor het serviceniveau bij een gegeven indicatie, met een bijbehorend normuitgavenniveau voor huishoudens. Een transparante, op bescheiden niveau vastgestelde referentienorm stimuleert huishoudens tot opbouw van buffers voor bekostiging van eigen bijdragen. Wie meer voorzieningen wenst dan in de referentienorm opgenomen, moet eigen middelen inzetten.

Voor langdurige verpleging en verzorging dient een publieke kern-AWBZ zonder eigen bijdragen te worden gehandhaafd. Dit garandeert de toegankelijkheid van deze zorg voor eenieder. In de woon- en welzijnsfunctie is differentiatie daarentegen wenselijk, omdat huishoudens nu eenmaal verschillend zijn in consumptiepatroon en leefstijl. In de huidige AWBZ wordt het gebrek aan vraaggericht aanbod van woon- en welzijnsvoorzieningen dan ook als belangrijke tekortkoming ervaren. Eigen bijdragen, gekoppeld aan een systeem van referentienormen, stimuleren welzijnsinstellingen, financiële dienstverleners, gemeenten en woningcorporaties tot meer vraaggericht aanbod. Bovendien gaan door eigen bijdragen rijkere huishoudens meer zelf betalen voor luxe voorzieningen, waardoor de druk op de financiering van basisvoorzieningen afneemt.

In een publieke kern-AWBZ, die is afgebakend tot noodzakelijke zorg, is geen plaats voor het "opeten van het eigen huis". De vraag die met de titel van dit paper wordt gesuggereerd – "Je huis of je leven?" – is dus niet aan de orde. Dit neemt niet weg dat eigenwoningvermogen een belangrijke rol kan spelen. Dit geldt vooral voor bekostiging van duurzame consumptie van woonzorgvoorzieningen, en – in iets mindere mate – voor bekostiging van dagelijkse uitgaven voor welzijnsvoorzieningen.

Eigenwoningvermogen ter bekostiging van eigen bijdragen: financiële oplossingen

Levensloophypotheek (reverse mortgages) en flexibele kredietlijnen op het onderpand van de eigen woning zijn geschikt om middelen vrij te maken voor consumptie van ouderenvoorzieningen. Daarbij moeten de (aanzienlijke) risico's van deze producten in het oog worden gehouden. Vanwege deze risico's, waaronder vooral rente- en woningmarktrisico,

is het over het algemeen verstandig deze producten pas te benutten op het moment dat de zorgbehoefte zich daadwerkelijk voordoet. Dit omdat juist dan toekomstige annuïteiten te kort schieten om ouderenvoorzieningen te betalen, als deze voorzieningen niet langer volledig verzekerd zijn.

Een alternatief voor reverse mortgages is het (gedeeltelijk) vrijmaken van woningvermogen door downward staircasing in gemengde huurkoopcontracten. Zeker wanneer dit in de woonzorgomgeving wordt verbonden aan terugkoopregelingen van woningcorporaties op basis van geïndexeerde huizenprijzen, worden financiële risico's van oudere huishoudens aanzienlijk verminderd.

Voorwaarde voor succes van gemengde huurkoopcontracten is dat de overheid zorgt voor een eigendomsneutraal woontoeslagbeleid, zoals bepleit door de VROM-raad. Dit is een reden temeer voor hervorming van het woningmarktbeleid.

Long-term care verzekeringen

Voor optimalisatie van de pensioenportefeuille is meer nodig dan alleen benutting van eigenwoningvermogen. Als substantiële eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen worden gevraagd, dragen private long-term care (LTC) verzekeringen bij aan vermindering van risico in de pensioenportefeuille. Door LTC-verzekeringen te financieren uit downward staircasing worden risico's voor huishoudens in dubbel opzicht verminderd: het huizenprijzrisico wordt kleiner, terwijl de zekerheid van betaalbaarheid van zorguitgaven toeneemt.

Introductie van LTC-verzekeringen moet niet worden onderschat: het ontwikkelen van dit product is complex en de marketing is lastig. Bovendien moet er voor ontwikkeling van LTC-verzekeringen aan twee voorwaarden worden voldaan: eerst moet er een duurzaam stelsel voor de AWBZ tot stand komen en dergelijke verzekeringen moeten fiscaal worden ondersteund.

Wenselijkheid van maximale flexibiliteit in de pensioenportfolio

Het opvangen van schokken in de gezondheidssituatie vraagt om een flexibele pensioenportfolio. "Retirement security, and indeed financial security more generally, can be summed up simply as 'having the resour-

ces you need, when you need them'." ³ Dit raakt aan fundamentele vragen met betrekking tot het tweedepijlerstelsel van pensioenen, dat overwegend uit verplichtgestelde illiquide annuïteiten bestaat, weinig flexibiliteit kent en niet voldoet als men plotseling voor hoge kosten komt te staan. In een stelsel van substantiële eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen zijn illiquide pensioenannuïteiten niet optimaal voor huishoudens met een slechte gezondheid. Om gezondheidsschokken te kunnen opvangen moeten annuïteiten worden geflankeerd door andere vermogensbestanddelen en door mogelijkheden om toekomstige annuïteiten te vervroegen, dan wel om te zetten in LTC-aanspraken. De overheid doet er goed aan met fiscaal beleid maximaal de flexibiliteit in opbouw en benutting van de pensioenportfolio te bevorderen.

Ook het invoeren van een variabele AOW-leeftijd draagt bij aan de flexibiliteit van de pensioenportfolio. Het vergoot de mogelijkheden van huishoudens om de pensioenportfolio beter te balanceren en vermogenslacunes te dichten door langer door te werken. Naast de participatiedoelstelling van de regering levert dit een extra argument op voor flexibilisering van de AOW-leeftijd.

Invoering van een systeem van aparte medische spaarrekeningen wordt afgeraden. Toevoeging van medische spaarrekeningen aan de bestaande spaarloon- en levensloopregelingen maakt consumentenkeuzes nog complexer dan ze al zijn. Invoering is ook niet nodig, gezien de overige beschikbare financiële producten. Wel wordt aanbevolen ook de bekostiging van ouderenvoorzieningen en aanschaf van LTC-polissen te bestempelen als fiscaal erkende bestedingsdoeleinden van de levensloopregeling.

Uitdagingen en suggesties voor verder onderzoek

In de markt worden al nieuwe woonzorgconcepten ontwikkeld. Het is aan financiële dienstverleners, woningcorporaties, pensioenfondsen en zorgaanbieders om innovatie verder te stimuleren vanuit een nieuwe kijk op de financiële dynamiek in de laatste fasen van het leven. Om de consument goed te kunnen bedienen worden deze dienstverleners opgeroepen vraagstukken rond pensioen, zorg en wonen nog beter op elkaar af te stemmen dan zij nu al doen.

3 Ameriks e.a. (2007), p. 22

Een belangrijke rol is er voor de wetgever. Producten in relatie tot de pensioenportfolio en het eigenwoningvermogen zijn complex en hebben een lange termijn horizon. Ontwikkeling en marketing van dergelijke producten vereisen een betrouwbaar wetgevingskader. Naast fiscale kaders gaat het om een stabiel vooruitzicht ten aanzien van de inrichting van het zorgstelsel inclusief de AWBZ/WMO, en van het woningmarktbeleid.

1.3 Opbouw van het paper

Het paper is opgebouwd als drieluik. Het eerste deel (hoofdstukken 2 en 3) schetst de achtergrond en de feiten. In hoofdstuk 2 wordt aandacht geschonken aan de toekomstige inkomens- en vermogenspositie van ouderen en aan de verwachte stijging van zorguitgaven. In hoofdstuk 3 worden uitgangspunten geformuleerd voor eigen bijdragen in de AWBZ en de WMO.

De hoofdstukken 4, 5 en 6 vormen het tweede deel van het drieluik. Hier wordt gezien welke financiële middelen en producten oudere huishoudens kunnen gebruiken voor de bekostiging van hun vraag naar voorzieningen. Hoofdstuk 4 gaat in op de vraag voor welke bestedingsdoeleinden vrijmaking van eigenwoningvermogen het meest voor de hand ligt.

Hoofdstuk 5 bespreekt de mogelijkheden en beperkingen van de levensloophypotheek (reverse mortgage), flexibel eigenwoningvermogen in gemengde huur-koopcontracten, long-term care verzekeringen en combinaties hiervan. Ook de marktkansen van deze producten worden toegelicht. In hoofdstuk 6 worden enkele gedachten ontvouwd over optimalisatie in het gebruik van de pensioenportfolio als geheel.

In het laatste deel van het drieluik beschrijft hoofdstuk 7 de voorwaarden van regelgeving en marktordening. Hoofdstuk 8 bevat enkele suggesties voor verder onderzoek.

2. TRENDS: WELVAART VAN OUDEREN EN ZORGITGAVEN

2.1 Ontwikkeling van het pensioeninkomen

De aankomende ouderen zijn gemiddeld welvarender dan voorgaande generaties.

In 2006 had ongeveer 84% van de huishoudens een aanvullend pensioen. Gemiddeld bestond de helft van het pensioeninkomen uit AOW. Van de 220.000 huishoudens zonder aanvullend pensioen had driekwart een inkomen uit vermogen.

De hoogte van het aanvullend pensioen stijgt. Heeft in 2006 nog maar 13% van de ouderen een pensioeninkomen boven 20.000 euro per jaar, in 2030 bedraagt dit percentage naar verwachting 37 (gecorrigeerd voor inflatie).

Vergeleken met vorige generaties groeit de koopkracht van ouderen tot 2030 met bijna een kwart. Het mediane inkomen van ouderen wijkt niet veel af van dat van jongeren. Tot 2030 stijgt het mediane inkomen van ouderen meer dan dat van jongeren. En al in 2010 wordt het mediane inkomen van ouderen hoger dan dat van jongeren.⁴

2.2 Eigenwoningvermogen van ouderen

Het eigenwoningbezit onder ouderen van 60 jaar en ouder stijgt in de toekomst tot boven de 60%.⁵ De eigen woning wordt over het algemeen tot op hoge leeftijd aangehouden. In 2004 woonde van de 80-85 jarigen 90% nog thuis. Zelfs voor de 95-plussers bedroeg dit percentage bijna 50%.⁶

Mede door de forse stijgingen van de huizenprijzen in de afgelopen jaren is de hypotheekschuld van ouderen, afgezet tegen de verkoopwaarde van de woning, gemiddeld laag. Het netto eigenwoningvermogen van eigenaren-bewoners bedroeg in 2002 voor de groep 55-plussers gemiddeld 215.000 euro.⁷

4 SZW (2006)

5 Rouwendal (2007); Neuteboom en Brounen (2006)

6 SCP (2006)

7 SCP (2005)

Wie een eigen woning bezit heeft meestal ook ander vermogen. Er is een positieve samenhang tussen vermogensopbouw in de eigen woning, inkomen en financieel vermogen.

In de toekomst wordt de vermogensverdeling minder ongelijk. Daardoor worden ook de bestedingsmogelijkheden van ouderen – op grond van zowel inkomen als vermogen – minder ongelijk, zoals de volgende tabel laat zien.

Tabel 1: groeiende bestedingsmogelijkheden ouderen

Verdeling maximale bestedingsmogelijkheden ouderen (%)				
	2006	2010	2020	2030
1e (laagste) 20% groep	6,6	6,4	6,6	6,8
2e 20% groep	8,7	8,8	11,1	12,4
3e 20% groep	13,6	14,5	16,7	17,4
4e 20% groep	22,6	22,9	23,1	23,2
5e (hoogste) 20% groep	48,6	47,4	42,5	40,4
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: SZW (2006)

De conclusie is dat ouderen gemiddeld welvarender worden en dat deze welvaartstoename ook aan lagere inkomensgroepen ten deel valt.

2.3 Ontwikkeling van de zorguitgaven

De Rijksbegroting 2008 omvat een bedrag van ruim 54 mld euro voor zorguitgaven. Ruim 30 mld hiervan (56%) is bestemd voor gezondheidszorg (huisartsenzorg, ziekenhuizen, specialisten, farmacie, geneeskundige GGZ e.d.). Iets meer dan 20 mld (38%) gaat op aan langdurige zorg, voornamelijk aan langdurige verpleging en verzorging (11,5 mld). Van dit laatste bedrag is 9 mld bestemd voor langdurige verzorging van chronisch zieken en ouderen.⁸ De huishoudelijke verzorging in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) omvat 1 à 1,5 mld.

Het CPB raamt de jaarlijkse stijging van de nominale zorguitgaven over de kabinetsperiode 2008–2011 op gemiddeld 5,5% per jaar.⁹ Over dezelfde periode gaat het CPB uit van een gemiddelde volumegroei van het BBP met 2% per jaar en een inflatie van 1,75% per jaar. Weliswaar

⁸ VWS (2007)

⁹ CPB (2006). Het betreft zorgkosten incl. AWBZ en WMO en incl. particuliere zorguitgaven (waaronder eigen bijdragen).

kunnen hoge zorguitgaven worden beschouwd als een uiting van welvaart, maar of een dergelijk groeiverschil op lange termijn houdbaar is, is nog maar de vraag.¹⁰

Voor de langere termijn voorziet het in 2006 gepubliceerde CPB-rapport "Ageing and the sustainability of public finance" een stijging van de zorguitgaven naar 9,3% BBP in 2011 en 13,1% BBP in 2040.¹¹ Een meer recente langetermijnprojectie van het CPB laat een groei van de zorgkosten zien tot meer dan 16 of 18% BBP in 2040, afhankelijk van het gekozen scenario.¹²

De uitgaven voor ouderenzorg lieten in de afgelopen jaren hoge groei-cijfers zien. Tussen 2000 en 2006 zijn de kosten met gemiddeld 7,4% per jaar gestegen, waarvan 4,0% volumestijging. De grootste stijging deed zich in deze periode voor in de extramurale zorg, met een gemiddelde volumestijging van 9,2% per jaar.¹³ Voor een deel is dit toe te schrijven aan het vrijer laten van budgetten en het wegwerken van wachtlijsten.

De ramingen voor de kostenontwikkeling van de AWBZ op langere termijn zijn iets minder verontrustend. Ten behoeve van het SER-advies over de toekomst van de AWBZ zijn verschillende ramingen gemaakt.¹⁴ Het SCP verwacht tot 2030 een jaarlijkse groei van de reële uitgaven voor de AWBZ van 3,3% à 3,7% per jaar, afhankelijk van verschillende scenario's voor de prijsontwikkeling. Dit is slechts licht hoger dan het groeipercentage van gemiddeld 3,3% per jaar dat werd gemeten over de periode 1985-2005.¹⁵ Onder meer omvat de raming een verwachte stijging van de vraag naar verpleging en verzorging van 34% tussen 2006 en 2030.¹⁶

10 Op den duur kunnen negatieve gevolgen optreden als de groeivoet van zorgconsumptie die van niet-zorgconsumptie continu teveel overtreft. Onderzoekers van de Federal Reserve Board berekenen voor de VS dat, bij een groeivoetverschil van 2%-punt, rond 2016 de niet-zorgconsumptie wordt aangetast (Federal Reserve Board, 2005).

11 Westerhout e.a. (2006)

12 CPB (2008). Het betreft zorgkosten conform de definitie in noot 11, echter exclusief eigen bijdragen; dit definitieverschil is niet relevant voor de vergelijkbaarheid van beide groeivoeten.

13 CBS (2007b)

14 SER (2008)

15 SCP (2008)

16 SCP (2007)

Het ministerie van VWS raamt de groei van de AWBZ-uitgaven 2008-2020 op 3,7% per jaar.

Het CPB tenslotte schetst uiteenlopende scenario's voor de periode tot 2020, met in een lage raming een daling van de AWBZ-uitgaven van 3,8% BBP in 2005 naar 3,5% in 2020, en in een hoge raming een groei naar 6,4% BBP in 2020. De prijsontwikkeling en de ontwikkeling van de zorgintensiteit en kwaliteit zijn in deze scenario's de belangrijkste onzekerheidsfactoren.

Stelt ons dit gerust waar het gaat om de beheersbaarheid van de toekomstige AWBZ-uitgaven? Niet helemaal. Om een drietal redenen is het zinvol om na te gaan hoe een stelsel van eigen betalingen bij kan dragen aan kostenbeheersing en aan kwaliteitsverbetering.

1. Onzekerheid prijsstijgingen

In de eerste plaats wijzen zowel het SCP als het CPB op de grote onzekerheidsmarges die besloten liggen in de veronderstelde prijsstijgingen. De afgelopen 10 jaar laten een versnelling zien van de reële prijsstijgingen van verpleging en verzorging met een stijging van gemiddeld 2,4% per jaar, tegenover 2% per jaar over de afgelopen 20 jaar. De beheersbaarheid van de uitgaven kan daardoor wel degelijk onder druk komen.

2. Onzekerheid over effecten PGB's

In de ten behoeve van het SER-advies opgestelde ramingen wijst het SCP, zoals eerder al in 2004, op nog een ander risico. Er is een groot verschil tussen de potentiële vraag naar collectief gefinancierde zorg en de feitelijke vraag (zie het "gebruik niet-collectief" in figuur 1).

De potentiële vraag (die verwacht mag worden op grond van beperkingen of aandoeningen) is veel groter dan de feitelijke vraag. Dit verschil tussen potentiële en feitelijke vraag duidt erop, dat consumenten in aanzienlijke mate hun zorg informeel of in het particuliere circuit regelen. Het SCP verwacht tot 2030 een stijging van vooral de door huishoudens zelf geregelde particuliere zorg, waardoor het verschil tussen potentiële en feitelijke vraag groeit.

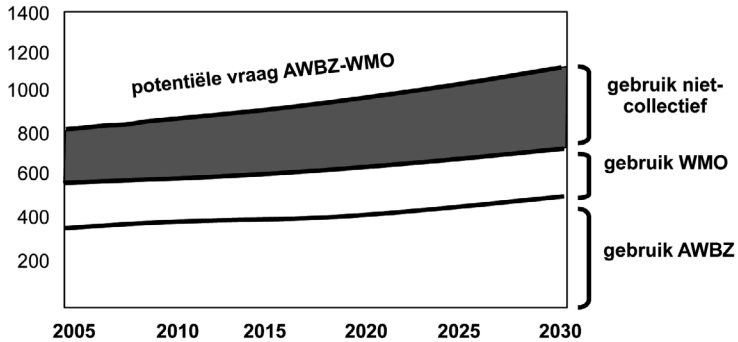
Het gebruik van persoonsgebonden budgetten (PGB's) vraagt hier om aandacht. Dit gebruik is in korte tijd sterk gestegen. In 2007 moest het budget worden verhoogd van 1 naar 1,75 mrd euro, en dit lijkt nog onvoldoende. De indruk is dat dit mede komt doordat mantelzorg

onder invloed van PGB's wordt ingeruild voor collectief gefinancierde zorguitgaven.

Hoewel deze substitutie van informele door collectief gefinancierde zorg vooral lijkt op te treden in de gehandicaptenzorg, moet er rekening mee worden gehouden dat deze "monetarisering van mantelzorg", zoals de SER het noemt, zich ook zal voordoen in de ouderenzorg.

Figuur 1: potentiële en feitelijke vraag collectieve zorg verpleging/verzorging 2005-2030

Raming aantal gebruikers en potentiële vragers naar collectieve zorg verpleging en verzorging uitgesplitst naar type, 2005-2030 (x 1000)



Schets op basis van SCP 2008

Als PGB's inderdaad als neveneffect hebben dat informele zorg wordt ingeruild voor collectief gefinancierde zorg, is er alle reden om een grotere rol van eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen te overwegen. Waar consumenten kunnen kiezen voor informele zorg, worden zij blijkbaar door PGB's geprikkeld tot een groter beroep op collectieve voorzieningen. Eigen bijdragen kunnen deze prikkel neutraliseren. Het van meet af aan in balans brengen van deze prikkels is – ook politiek gezien – een verstandiger weg, dan dat op enig moment abrupt moet worden ingegrepen in het voor PGB's beschikbare budget.

3. Risico kwaliteitsverlies door tendens naar indiceren voor intramurale zorg

Actiz, brancheorganisatie voor zorgondernemers, signaleert in de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een omslag van thuiszorg naar intramurale zorg.¹⁷ De verklaring hiervoor is, dat intensieve zorg in instellingen efficiënter kan worden geleverd dan via de thuiszorg. Puur vanuit kostenooqpunt lijkt intramuralisering dus een verstandige weg.

Hier staat echter tegenover, dat gebrek aan kwaliteit het collectief gefinancierde zorgaanbod kan gaan opbreken. Uit alle studies over woongedrag van ouderen komt naar voren dat zij zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Het indiceren "voor verblijf" neigt daarmee te conflicteren met de voorkeur van consumenten. Dit kan er toe leiden dat consumenten stelselmatig de collectief gefinancierde zorg proberen te ontvluchten. Vanuit de optiek van uitgavenbeheersing is dit geen probleem, of wellicht zelfs wenselijk. Echter, wanneer het verzorgend personeel deze vlucht volgt, eindigt het collectieve programma als een tweederangsaanbod, met negatieve gevolgen voor degenen die niet de middelen hebben om zelf alternatieven te bekostigen. Tweedeling is dan het gevolg, met als oorzaak een kwalitatief ondermaats aanbod van collectief gefinancierde zorg.

De uitdaging is ervoor te zorgen dat ook het collectief gefinancierde zorgaanbod voldoende vraaggericht is, dat wil zeggen, rekening houdt met de wensen van consumenten. Als dit leidt tot opwaartse kostendruk, zijn eigen bijdragen een middel om de collectieve uitgaven toch beheersbaar te houden.

De conclusie is, dat er voldoende aanleiding is voor een evenwichtig stelsel van eigen betalingen voor ouderenvoorzieningen. In het volgende hoofdstuk wordt daartoe een denkrichting geschetst.

17 Krista Kroon in Het Financieele Dagblad 12 april 2008: "Volksgezondheid jaagt ouderen naar verpleeghuis"

3. EEN KADER VOOR EIGEN BIJDAGEN VOOR OUDEREN-VOORZIENINGEN

3.1 Eigen bijdragen: afbakening

Inkomenspolitieke doeleinden daargelaten dienen eigen bijdragen in collectieve (zorg)voorzieningen een aantal samenhangende doelen:

- vermindering van druk op collectieve lasten door versobering van collectieve standaardvoorzieningen;
- het scheppen van ruimte voor meer keuzemogelijkheden van consumenten;
- vergroting van het kostenbewustzijn van consumenten, teneinde niet strikt noodzakelijke zorgvraag af te remmen en preventie door gezonde leefstijl te bevorderen.

Met deze doelstellingen voor ogen is de volgende afbakening van eigen bijdragen denkbaar.

Criterion 1: niet voor catastrofale risico's

Het selectief remmen van zorgvraag via eigen bijdragen is mede gericht op terugdringing van moral hazard in de verzekering. Echter, als de gezondheid ernstig wordt bedreigd, en om die reden een beroep op niet-routinematige zorg wordt gedaan, vertonen consumenten – althans op dat moment – geen calculerend gedrag.¹⁸ De prijselasticiteit van de vraag is dan nul. Eigen bijdragen hebben dan geen nut. Zij zijn ook niet wenselijk: bij catastrofaal risico behoren geen drempels te worden opgeworpen voor toegang tot zorg.

Criterion 2: alleen mits ook in redelijkheid betaalbaar

Eigen bijdragen moeten in redelijke verhouding staan tot het huishoudbudget. Dit vereist normering, waarop in de volgende paragraaf wordt ingegaan. Uitgaven van wat grotere omvang hoeven overigens niet op

¹⁸ Voorafgaand aan de zorgvraag kan er wel sprake zijn van moral hazard doordat men risicovol gedrag vertoont, waardoor de kans op een beroep op zorg onnodig groot is. Dit kan echter beter met premiestelling worden aangepakt, dan met een eigen bijdrage op het moment van uitoefening van de zorgvraag.

voorhand te worden uitgesloten van eigen bijdragen, wanneer deze uitgaven incidenteel zijn en het karakter hebben van een duurzaam consumptiegoed. De aanschaf van een aangepast vervoermiddel heeft bijvoorbeeld een dergelijk karakter.

Criterion 3: eigen bijdragen alleen voor gevarieerd en transparant aanbod

Als we willen dat eigen bijdragen meer zijn dan alleen een indirecte belasting op zorgconsumptie, moeten consumenten ook iets te kiezen hebben. Zij moeten aanbod kunnen vergelijken in prijs-kwaliteitverhouding. Aan de aanbodkant moeten dienstverleners, investeerders en verzekeraars de ruimte hebben om variatie in het aanbod te kunnen aanbrenghen.

Niet strikt medische dienstverlening (faciliteiten van verblijf in een ziekenhuis of woonvoorziening, ondersteuning in de WMO en verzorging in de AWBZ e.d.) leent zich beter voor consumentenkeuzes dan medische zorg in enge zin. Het blijft voor consumenten immers altijd moeilijk om een afweging te maken, wanneer een arts een keuze uit verschillende behandelprotocollen biedt, die verschillende kans op resultaat hebben.

Eigen bijdragen vereisen *fine-tuning* in zowel ontwerp als uitvoering. Eigen bijdragen moeten er niet toe leiden dat de consument afziet van noodzakelijke behandeling of consult. Het scheiden van wel en niet strikt noodzakelijke zorg is geen sinecure. Goede indicatiestelling is daarom van groot belang.

3.2 Toepassing van de criteria voor eigen betalingen op zorg voor ouderen

Voor wat betreft eigen bijdragen beperken wij ons hier tot de AWBZ en de WMO, en meer specifiek tot de voorzieningen voor ouderen.

Om voorgaande uitgangspunten te kunnen toepassen op voorzieningen voor ouderen is het zinvol onderscheid te maken tussen drie verschillende componenten:

1. intensieve verpleging en verzorging in enge zin,
2. woonvoorzieningen,
3. welzijnsvoorzieningen: diensten ter ondersteuning in het dagelijks functioneren (huishoudelijke verzorging en vervoersvoorzieningen in de WMO, en ondersteunende en activerende begeleiding in de AWBZ).

Op grond van de in de vorige paragraaf geformuleerde criteria dient de eerste component, de intensieve verpleegzorg (care), te worden uitgesloten van eigen bijdragen. Dit kan als volgt worden toegelicht:

- bij ernstige gebreken door ouderdom is intensieve zorg op enig moment niet meer te vermijden, waardoor in feite sprake is van catastrofueel risico (criterium 1);
- bij opname in een verpleeginrichting is voor de meeste huishoudens de zorg in enge zin – d.w.z. exclusief de kosten van verblijf – onbetaalbaar (criterium 2);
- in de intensieve intramurale verpleegzorg wordt niet voldaan aan het criterium van diversiteit en transparantie. Er valt weinig te kiezen (criterium 3).

Anders dan in de zorg in enge zin zijn eigen bijdragen in de woon- en welzijnsfunctie van de AWBZ en de WMO goed toepasbaar.

De kwaliteit van de woonfunctie kan transparant van een prijs worden voorzien aan de hand van benchmarks die in de markt te vinden zijn (grootte van de woning, comfort en voorzieningen in de woning, marktwaarde e.d.). Daar komt bij dat woonlasten weliswaar grote uitgaven zijn, maar anders dan zorgkosten behoren zij gedurende de gehele levensloop tot de normale grote uitgavenposten van ieder huishouden.

Ook diensten ter ondersteuning van het dagelijks functioneren kunnen van een transparante prijs-kwaliteitverhouding worden voorzien. Het aantal uren hulp in de huishouding, boodschappendienst, maaltijdservice, vervoerfaciliteiten, ondersteunende begeleiding hebben alle traceerbare marktprijzen waartegenover helder specificeerbare diensten staan.

De conclusie is dat eigen bijdragen door ouderen in beginsel toepasbaar zijn binnen de woon- en welzijnsfunctie. In de welzijnsfunctie van de WMO kunnen ook lichtere vormen van verzorging, nu onderdeel van de AWBZ, worden begrepen. Voor wat betreft verpleegzorg in enge zin wordt hierna verondersteld dat er een publieke AWBZ blijft, die het risico van intensieve langdurige verpleging dekt en die voor iedereen gelijk toegankelijk is. De woonfunctie echter wordt onderdeel van het woningmarktbeleid, zoals ook eerder al door anderen is voorgesteld. De welzijnsfunctie gaat behoren tot het gemeentelijke domein van de WMO. In zijn advies "Langdurige zorg verzekerd" kwam de SER in het voorjaar 2008 tot dezelfde aanbevelingen.

Handhaving van een publieke kern-AWBZ voor intensieve zorg sluit een parallel circuit van privé gefinancierde zorg niet uit. Zo komt het bijvoorbeeld in de laatste levensfase voor dat huishoudens bereid zijn te betalen voor intensieve zorg die in het private circuit wordt aangeboden. De opkomst van kleinschalige particuliere hospices is daarvan een illustratie.

3.3 Denkrichting voor normering van eigen bijdragen

In oktober 2007 bracht de VROMraad advies uit over de woningmarkt: "Tijd voor keuzes".¹⁹ Het advies bevat onder meer de aanbeveling om te komen tot woonvormneutrale financiële ondersteuning van huishoudens bij de bekostiging van wonen. Hoewel de vraagstelling van de VROM-raad gaat over een ander domein dan het vraagstuk van zorgbekostiging, vertonen beide vraagstukken parallellen.

De VROM-raad stelt voor een normuitgavenpatroon te bepalen aan de hand van kenmerken van huishoudens (waaronder gezinsinkomen). Tegenover de normuitgave staat een normvoorziening (de "referentiewoning"). De ondersteunende financiële voorziening wordt eigendomsneutraal – zowel bij huur als koop – verbonden aan deze normen. Deze denkrichting is ook toepasbaar op eigen betalingen voor de woon- en welzijnsfunctie in de AWBZ en de WMO.

Een referentienorm heeft twee kanten: een aan de indicatiestelling gekoppeld serviceniveau, en een normuitgavenniveau gekoppeld aan het huishoudenprofiel (inkomen, samenstelling huishouden). Wie meer luxe wil dan het normserviceniveau moet uit eigen middelen bijbetalen. Wie de eigen bijdrage op de referentienorm niet kan betalen, wordt financieel ondersteund vanuit collectief gefinancierde voorzieningen.

Het bepalen van het service- en normuitgavenniveau in de referentienorm is een politieke keuze. Kerngegevens bij het maken van die keus zijn enerzijds dat kosten van ouderenzorg toenemen, en anderzijds dat de welvaart van ouderen is gegroeid en de komende decennia verder zal toenemen. Bij een hoog serviceniveau en lage eigen bijdrage kunnen huishoudens hun vermogen consumeren of nalaten aan erfgenamen, terwijl zij wel een beroep doen op dure collectieve voorzieningen. Vaststelling van een sobere norm is daarom de beste keus. Daarbij is mede relevant, dat de intensieve zorg in een publieke kern-AWBZ verzekerd

19 VROM-raad (2007)

en voor allen gelijk toegankelijk blijft, en dat er voor lagere inkomens financiële vangnetten zijn via woontoeslagen, zorgtoeslagen en lokaal welzijnsbeleid van gemeenten.

In de praktijk nemen huishoudens nu al meer zelf verantwoordelijkheid voor bekostiging van voorzieningen. Het SCP concludeert dit uit het eerder vermelde verschil tussen de potentiële en feitelijke vraag naar zorgvoorzieningen. De vraag naar huishoudelijke hulp stijgt tussen 2006 en 2030 met 34%, echter het beroep op de WMO met slechts 18%, terwijl het gebruik van particuliere hulp stijgt met 58%.²⁰ Huishoudens kunnen blijkbaar hun vraag naar zorg en ondersteuning steeds meer zelf regelen, en ook bekostigen. Dit geeft steun aan de gedachte dat de referentienorm sober kan worden vastgesteld.

Voor het bepalen van de uitgavennorm wordt gekeken naar uitgaven van huishoudens op jongere leeftijd. Koopkracht voor en na pensionering verschillen gemiddeld niet veel. Dan is er veel voor te zeggen dat, als huishoudens gedurende de actieve levensfase een bepaald deel van het inkomen uitgeven aan bijvoorbeeld vervoermiddelen, zij deze uitgaven ook na pensionering uit hun eigen huishoudbudget betalen. Tabel 2 geeft ter illustratie een indicatie van wat gezinnen uitgeven aan vervoer en hoe het uitgavenpatroon verandert met leeftijd.

Tabel 2: Bezit van vervoermiddelen naar leeftijd

Mobiliteit; voertuigenbezit naar achtergrondkenmerken				
Geslacht: Mannen en vrouwen				
Onderwerpen	Persoonskenmerken	1995	2000	2005
Fietsbezitters	Totaal persoonskenmerken	83,3	83	83,4
	60 tot 65 jarigen	87,9	88,5	89,3
	65 tot 75 jarigen	79,1	80,8	82,7
	75 jarigen of ouder	50,4	49,9	53,2
Autobezitters	Totaal persoonskenmerken	37	41,3	43,6
	60 tot 65 jarigen	52	55,9	62,2
	65 tot 75 jarigen	40,1	46,2	51
	75 jarigen of ouder	25	28,1	32,7

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2007-10-28

²⁰ SCP (2007)

Vervoersvoorzieningen vormen nu in de WMO onderdeel van de welzijnsvoorzieningen voor ouderen. In de latere levensfase – zie de tabel – nemen uitgaven aan vervoermiddelen af, doordat ouderen niet meer zelfstandig in staat zijn zich te verplaatsen. De bestaande uitgaven aan vervoermiddelen nemen daardoor af. Het moment waarop dit gebeurt, zal over het algemeen samenvallen met het ontstaan van behoefte aan hulpmiddelen en vervangende vervoersvoorzieningen (rollator, scootmobiel, taxivervoer).

Nu is een fiets gemiddeld twee- tot driemaal duurder dan een rollator, en een auto is duurder dan een scootmobiel. De vraag kan worden gesteld waarom de WMO dan zonder noemenswaardige eigen betalingen vervangende vervoermiddelen verstrekt in de latere levensfase, als daarvoor vervoer een veel grotere vaste kostenpost in het huishoudbudget was. Kortom het huishoudbudget tijdens de actieve levensfase biedt aanknopingspunten voor vaststelling van een uitgavennorm voor huishoudens na pensionering.

Op vergelijkbare wijze kan een uitgavennorm worden bepaald voor andere welzijnsvoorzieningen. De uitkomst is dat een aantal uitgaven – zoals gebruikelijke uitgaven voor vervoer – wordt geherdefinieerd. Waar deze nu behoren tot de collectieve voorzieningen, behoren ze na herdefiniëring tot de privé-uitgaven van huishoudens. Waar dit leidt tot inkomstekorten worden gezinnen financieel ondersteund vanuit collectieve voorzieningen (Wet Werk en Bijstand, toeslagen, fiscaal). Hoe en in welke mate wordt ondersteund, is een politieke keuze.

Een systeem met een referentienorm voor service en uitgaven bevordert het sparen: wie extra service wil, moet eigen pensioeninkomen of spaargeld inzetten. Het tevoren uitputten van de spaarpot wordt ontmoedigd, want gebrek aan middelen maakt de meer luxe diensten onbereikbaar.

Het model is ook toepasbaar op de woonlasten van intramuraal verblijf in een erkende AWBZ instelling, door de woonfunctie financieel te scheiden van de zorgfunctie. Wel moet een fictieve beprijzing van de intramurale bewoning worden geconstrueerd, omdat er geen vergelijkbare prijzen zijn te vinden in de woningmarkt. Dit probleem is oplosbaar, en staat bovendien het vaststellen van een normuitgavenniveau voor de intramurale woonfunctie niet principieel in de weg.

3.4 Opeten van het eigen huis voor zorgkosten intramuraal verblijf?

Een meer ingrijpende variant van het heffen van eigen bijdragen is, dat ter bekostiging van de zorgfunctie in de AWBZ wordt teruggegrepen op de regeling van het "opeten van het eigen huis". Hierop valt het volgende aan te merken.

- Beroep op verzorgingshuizen is in de afgelopen decennia afgenomen. Deze zijn daardoor steeds meer geconcentreerd op mensen met ernstige aandoeningen, die intensieve verpleegzorg nodig hebben en daarin geen keuzes meer kunnen maken. Intramuraal verblijf wordt dus steeds meer synoniem voor intensieve verpleegzorg. Het gedwongen "opeten van het eigen huis" in verband met de zorgfunctie is dan niet op zijn plaats. Deze kern van de AWBZ blijft als collectieve voorziening immers beschikbaar voor iedereen. Het bedrijven van inkomens- of vermogenspolitiek via bekostiging van deze absoluut noodzakelijke zorg is onwenselijk.
- Venti en Wise constateren dat sparen een keuze is, die weinig relatie vertoont met het inkomensniveau. Het op voorhand wegemen van het perspectief van behoud van het gespaarde vermogen ontmoedigt sparen.²¹ Dit is wat juist niet moet gebeuren, als we van huishoudens eigen bijdragen gaan vragen voor woonzorg- en welzijnsvoorzieningen.

De conclusie is dat er in een nieuw gedefinieerde kern-AWBZ geen plaats is voor het "opeten van het eigen huis" ter bekostiging van de zorg als zodanig. Beleid ten aanzien van inzet van eigenwoningvermogen dient beperkt te blijven tot de woon(service)-, vervoers- en welzijnsfuncties in de AWBZ en de WMO.

3.5 Besparingspotentieel eigen bijdragen

Het besparingspotentieel van eigen bijdragen in de woonfunctie moet niet worden overschat. In de AWBZ worden immers nu al eigen bijdragen gevraagd voor intramuraal verblijf. Het CPB verwacht, afgezien van een kleine stijging van de huurtoeslag met 0,15 mld euro per jaar, dat de scheiding van wonen en zorg in de AWBZ ongeveer kostenneutraal is.²² De AWBZ-uitgaven dalen met ca. 1 mld euro per jaar. Daar staat tegenover

²¹ Venti en Wise (2000)

²² CPB notitie 2008/14 d.d. 13 april 2008, bijlage 6b bij het SER-advies AWBZ, SER (2008)

dat een even groot bedrag aan eigen bijdragen wegvalt. Winst moet dan ook vooral worden gezocht in positieve welvaartseffecten die ontstaan als het aanbod kwalitatief beter op de vraag gaat aansluiten.

In de welzijnsfunctie kunnen eigen betalingen mogelijk bijdragen aan beperking van de groei van de collectieve lasten. Het gaat hier om een grote groep: van de 80–85 jarigen woont 90% nog thuis, en dat geldt zelfs voor bijna 50% van de 95-plussers.²³ Het volume dat hier in omgaat is weliswaar lager dan het kostenvolume van verpleging en verzorging, maar het volume is sterk groeiend en waarschijnlijk moeilijk te remmen, indien daarvoor geen eigen bijdragen worden gevraagd.

Kwantificering van potentiële besparingen moet plaatsvinden op basis van een gedetailleerd uitgewerkt stelsel van eigen bijdragen; dit valt buiten de reikwijdte van dit paper.

²³ SCP (2006)

4. EIGENWONINGVERMOGEN: FINANCIERINGSBRON VOOR VOORZIENINGEN?

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat de komende generaties ouderen niet alleen over een goed pensioeninkomen, maar in toenemende mate ook over eigenwoningvermogen beschikken. Is het aannemelijk, dat huishoudens op schaal van betekenis eigenwoningvermogen zullen vrijmaken voor het betalen van eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen?

De praktijk is, dat bewoners-eigenaren zo lang mogelijk in de eigen woning willen blijven wonen.²⁴ Bij het stijgen van de leeftijd worden huishoudens minder mobiel. Het vermogen blijft daardoor "vast zitten" in de woning. Consumptie van het woningvermogen kan dan alleen tot stand komen door middel van een financiële transactie op het onderpand van de woning. Maar ouderen blijken terughoudend in het consumeren van hun eigenwoningvermogen. Zij blijven tot op hoge leeftijd sparen. Het zijn voornamelijk ingrijpende persoonlijke gebeurtenissen die er toe leiden dat vermogen wordt vrijgemaakt, bijvoorbeeld bij het overlijden van de partner of sterke terugval in de gezondheid.²⁵

Zullen ouderen wel op grotere schaal hun woningvermogen inzetten als hogere eigen betalingen worden gevraagd voor ouderenzorg? In het algemeen valt deze vraag niet te beantwoorden zonder de context van een concreet systeem van eigen bijdragen. Wel kan op grond van het voorgaande worden bepaald in welke gevallen financiering uit eigenwoningvermogen meer of minder waarschijnlijk is.

Bekostiging van de welzijnsfunctie uit eigenwoningvermogen is een optie. Maar, zoals gezegd, huishoudens zijn terughoudend met het te gelde maken van hun woningkapitaal. In de welzijnsfunctie gaat het om dagelijks of wekelijks terugkerende kosten van beperkte omvang. Dergelijke kosten kunnen in de loop van de tijd weliswaar optellen tot substantiële bedragen, maar gezien het behoedzame financiële gedrag van ouderen is het waarschijnlijker dat zij hun uitgavenpatroon aanpassen aan het beschikbare pensioeninkomen.

24 Zie onder andere Rouwendal (2007), CBS (2007a)

25 O.a. Venti en Wise (2001) en Haffner (2005)

Daar komt bij dat eigenwoningbezitters niet zo gauw een noodzaak hebben tot het aanspreken van hun woningvermogen. Zij hebben gemiddeld een hoger inkomen dan huurders. Bovendien correleert eigenwoningvermogen positief met financieel vermogen (zie tabel 3). Dit financieel vermogen zal eerder worden aangesproken dan het eigenwoningkapitaal.

Tabel 3: Eigenwoningvermogen en ander vermogen ouderen

Cumulatie eigenwoningvermogen en ander vermogen 55+ (2002)		
	totaal 55+ restwaarde eigen woning	totaal 55+ woning- bezitters, vermogen buiten eigen woning
t/m sociaal minimum	181.000	13.000
aandachtsgroep, boven soc. min.	200.000	23.000
geen aandachtsgroep, < modaal	204.000	42.000
tot 2x modaal	202.000	58.000
> 2x modaal	264.000	126.000
totaal	215.000	62.000

Bron: WBO 2002, SCP-bewerking (SCP 2005)

Al met al zal de mate waarin huishoudens woningkapitaal vrijmaken voor bekostiging van welzijnsvoorzieningen sterk afhangen van de verhouding tussen de gevraagde eigen bijdragen en het inkomen.

In de woonfunctie en de daaraan verbonden woonservices ligt financiering uit eigenwoningvermogen het meest voor de hand. Te denken valt aan:

- overgang naar een huurwoning in een woonzorgomgeving met meer luxe verzorging;
- overgang van een koopwoning naar een goedkopere koopwoning in de woonzorgomgeving;
- financiering van ingrijpende aanpassing van de eigen woning om deze geschikt te maken voor verblijf tot op hoge leeftijd.

De beschikbaarheid van voldoende woonzorgvoorzieningen in de huursector of met gemengde huur-koopcontracten speelt hierbij een rol: als er meer keuze is, zal dit positief effect hebben op de doorstroming en op de mate waarin woningkapitaal liquide wordt gemaakt.

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de financiële producten die geschikt zijn voor private financiering van ouderenvoorzieningen.

5. FINANCIERING VAN EIGEN BIJDRAGEN: PRODUCTEN EN CONCEPTEN

5.1 Levensloophypothek (reverse mortgage): marktbeeld

Met een levensloophypothek (reverse mortgage, in Engeland ook wel life-cycle mortgage genoemd; hierna wordt de term "levensloophypothek" aangehouden) kan netto vermogen in de eigen woning bij pensioenering worden omgezet in liquide middelen voor consumptie. Henriëtte Prast spreekt over de "omkeerhypothek" en noemt het "het product van de toekomst in een tijd van vergrijzing en verschuiving van pensioenrisico naar de werknemer".²⁶

Het product laat zich als volgt omschrijven: de eigenaar van een woning met een netto-vermogenoverschot ontvangt krediet van een financiële instelling op het onderpand van de woning. De bewoner blijft juridisch eigenaar. De lening wordt afbetaald uit de verkoopsom van het huis op het moment van overlijden van de eigenaar of bij verkoop van de woning.

Rentelasten worden niet tussentijds voldaan, maar bij de hoofdsom van de schuld gevoegd. Het krediet wordt als *lumpsum* of als periodieke betaling verstrekt, of als combinatie van beide. Veel voorkomende beperkingen van het product zijn een minimum leeftijd (bijvoorbeeld 62 jaar in de VS) en beperking van het aantal levensloophypotheken op het onderpand van één woning.

Reverse mortgages zijn tot nu toe nog maar beperkt van de grond gekomen. Mitchell en Piggott tellen in 2003 ongeveer 80.000 reverse mortgages in de VS.²⁷ Dit lijkt een overschatting. Visco constateert voor de VS weliswaar een snelle groei, maar bij gering volume.

De door de Federal Housing Agency verzekerde levensloophypothekleningen, die ca. 90% van de markt vertegenwoordigen, hadden een volume van 38.000 in het fiscale jaar 2004, 43.000 in 2005, en 56.000 in de eerste drie kwartalen van 2006.²⁸

26 "Huis opeten", in *Het Financiële Dagblad* 14-09-2007

27 Mitchell en Piggott (2003)

28 Visco (2006)

Onderzoek in opdracht van Achmea laat zien dat levensloophypotheeken in 2007 slechts 0,5% uitmaken van de jaarlijkse hypotheektransacties in de VS en Groot-Brittannië. De conclusie stemt overeen met die van Visco: de groei is spectaculair, maar het volume is klein.²⁹ Bovendien is het zeer waarschijnlijk dat dit volume is aangetast door de *subprime crisis* van 2007/2008.

Het beperkte succes van de levensloophypotheek valt deels te verklaren uit het feit, dat het geen eenvoudig product is. Het product bevat een substantieel *moral hazard* en risico van antiselectie. In de VS blijkt dat veel gezinnen die een reverse mortgage vragen een laag inkomen hebben en wonen in een huis dat eigenlijk te duur is voor hun inkomen. Dit duidt op onvermogen om de woning goed te kunnen onderhouden, wat een risico is voor de executiewaarde.

De prijsbepaling bij verkoop bij het einde van het contract bevat gedragsrisico's: als door marktomstandigheden de schuld groter wordt dan de executiewaarde, en de lener/eigenaar overlijdt, hebben nabestaanden weinig stimulans zich in te spannen voor een goede verkoopprijs van de woning.³⁰ Bij een tekort zullen zij immers de erfenis niet aanvaarden.

Ook de marketing van de levensloophypotheek is moeilijk. De aanbieder moet zich verdiepen in de sociaaleconomische status van de consument. Hij zal eerlijk moeten zijn over de risico's van het product. De transactiekosten van het product zijn hoog.

5.2 Levensloophypotheek: beperking van risico's

Een verdere verklaring voor het geringe volume van reverse mortgages is, dat het product volop risico's bevat. Wie vanaf 62 jaar een dergelijk product gebruikt om duurzame consumptiegoederen aan te schaffen – dit is vaak de primaire marketingboodschap – en daartoe 50.000 euro leent, moet niet vreemd opkijken als hij na 20 jaar eindigt met een schuld van tussen 200.000 en 300.000 euro, waarvan de rentelasten het grootste deel uitmaken.

Daar komt bij dat over dergelijk lange termijn het risico van een prijsval in de woningmarkt niet valt in te schatten. Samen met het renterisico

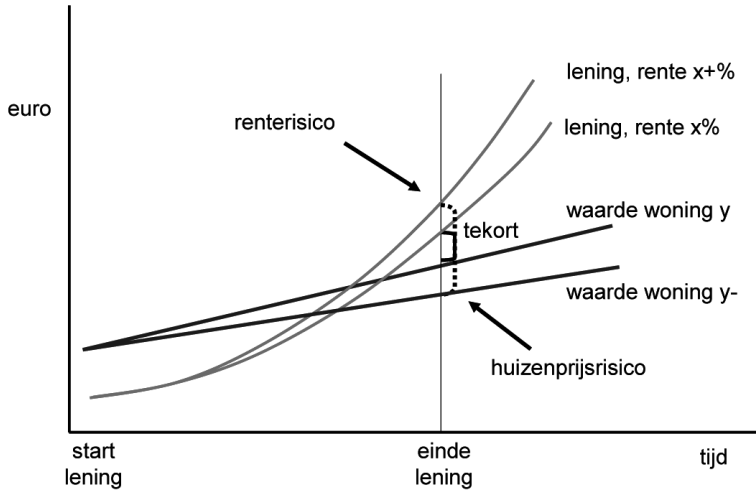
29 Afferto Research (2007)

30 Caplin (2002)

levert dit een aanzienlijk risico op van een financieringstekort bij het einde van het contract.

Figuur 2 laat het scenario zien van een financieringstekort dat kan ontstaan, wanneer het rente- en huizenprijrisico worden onderschat.

Figuur 2: Rente- en huizenprijrisico in de levensloophypothek³¹



Een vaak gehoorde suggestie is, dat de levensloophypothek buitengewoon geschikt is voor de financiering van zorguitgaven op hogere leeftijd. Gezien de inherente productrisico's valt hier op af te dingen: het hangt er maar van af hoe met het product wordt omgegaan. Wie bij het bereiken van de pensioenleeftijd gezond is, heeft rekening te houden met de mogelijkheid dat hij nog zo'n 10 à 20 jaar in relatief goede gezondheid doorbrengt en pas daarna – soms abrupt, soms geleidelijk, maar in elk geval onvoorspelbaar – ernstige gezondheidsklachten gaat ondervinden. Als men dan niet of beperkt is verzekerd tegen kosten van *long-term care*, ligt het veel meer voor de hand het gebruik van een levensloophypotheklening uit te stellen totdat zorgbehoefte zich voordoet. Rente- en huizenprijrisico's zijn dan beter te overzien, en de leencapaciteit is ruimer.

31 Ontleend aan Mitchell en Piggott (2003)

Als een zorgstelsel eigen bijdragen kent, of als huishoudens denken een beroep te willen doen op meer luxe zorg, moeten zij dus voorzichtig zijn met het in de vroege pensioenfase consumeren uit een levensloophypothek. Hierop zijn wel uitzonderingen te maken. Het verbouwen van de eigen woning, met het doel deze geschikt te maken voor verblijf tot op hoge leeftijd, is wél een rationele duurzame consumptiekeuze, die preventief inspeelt op het risico van ernstige gezondheidsbeperkingen op latere leeftijd.

Een alternatief voor een levensloophypothek is een flexibele kredietlijn op basis van netto-eigenwoningvermogen, al dan niet gekoppeld aan een bestaande hypotheeklening of aan een hypotheek met variabele rente.³² In essentie is de uitkomst van een flexibele lening, die nog openstaat bij verkoop van de woning, niet anders dan bij een levensloophypothek, namelijk dat uit de executiewaarde van de woning een schuld moet worden afbetaald. Behalve het feit dat de flexibiliteit groter is dan van een reverse mortgage is een verschil, dat een flexibele kredietlijn dichter bij de bestaande praktijk van overwaardeverzilvering staat dan de levensloophypothek. Of consumenten dit ook zo ervaren, moet uit de praktijk van de markt blijken.

5.3 Alternatief: levensloop-woningportfolio met staircasing

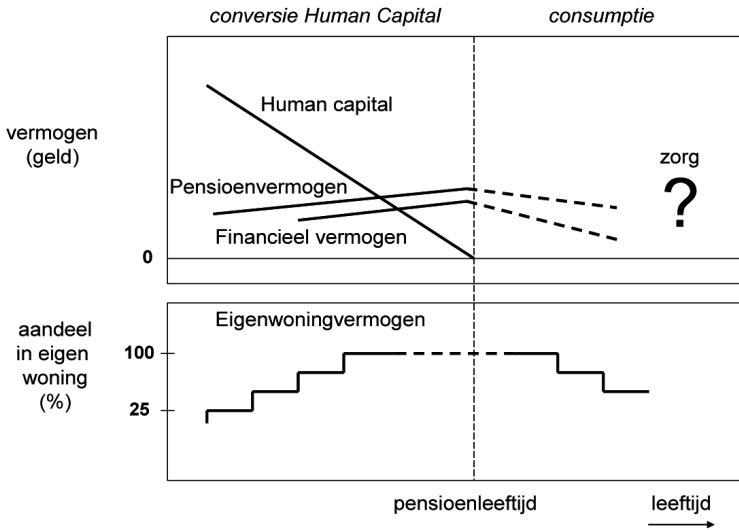
In de levensloophypothek blijft het juridisch eigendom van de woning bij de bewoner-eigenaar. Een andere mogelijkheid voor het liquide maken van eigenwoningvermogen is verandering van het juridisch eigendom met een – over de gehele levenscyclus bezien – flexibele verhouding van koop en huur in een gemengd huur-koopcontract.

Stapsgewijze opbouw van eigenwoningvermogen – (*upward staircasing*) – wordt toegepast om starters in de woningmarkt te helpen. De constructie is een gemengd huur-koopcontract, waarbij het huurdeel in stappen wordt verkleind onder gelijktijdige verhoging van het koopdeel. Einddoel is volledig eigendom van de woning door de bewoner. In Groot-Brittannië en ook in Nederland worden dergelijke oplossingen steeds meer geadopteerd door banken en woningcorporaties.

Er is veel voor te zeggen om *downward staircasing* mogelijk te maken na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Het woningvermogen gaat dan een levenslooppatroon volgen.

32 Rouwendal (2007)

Figuur 3: Upward staircasing, en downward voor opvang van zorgkosten



Het voordeel van downward staircasing ten opzichte van een levensloop-hypothec is dat prijs- en renterisico in het eigenwoningvermogen worden verkleind. Het prijsrisico wordt deels verschoven naar de balans van de partij die het koopdeel overneemt (bank, woningcorporatie).

Deze partijen kunnen het huizenprijrisico beter afdekken dan de consument. Bovendien komt hier de bijzondere rol en positie van woningcorporaties – ook in de woonzorgomgeving – in beeld. Zij hebben al impulsen gegeven aan gemengde huur-koopcontracten voor starters. Spiegelbeeldig kunnen zij eenzelfde rol vervullen bij het mogelijk maken van downward staircasing in de woonzorgomgeving. In de markt zijn al voorbeelden te vinden van woningcorporaties, die dergelijke constructies aanbieden. De indruk is evenwel, dat de stap naar een geïntegreerd aanbod met zorgdiensten nog gemaakt moet worden.

Het succes van staircasing wordt bevorderd als de overheid zorgt voor een eigendomsneutraal stelsel van woontoeslagen. Immers, als fiscale voordelen van een koopwoning deels verloren gaan bij overgang van eigendom naar een gemengd huur-koopcontract, is de constructie minder kansrijk. Dit levert een extra argument op voor hervorming van het woningmarktbeleid, zoals bepleit door de VROM-raad.

5.4 Bescherming tegen huizenprijrisico's met een prijsindex

Downward staircasing vermindert het huizenprijrisico in de vermogensportefeuille. Corporaties kunnen prijrisico's voor consumenten verder reduceren door toepassing van terugkoopregelingen met optie- en indexconstructies die woningmarktprijsschommelingen dempen. Denk aan een put-optie die ouderen bij het bereiken van de pensioenleeftijd nemen op terugverkoop van een deel van de woning aan de corporatie (een optie op downward staircasing), op basis van een prijsindex. Een dergelijke optie biedt de zekerheid van de mogelijkheid van terugverkoop – en dus zekerheid van verwerving van liquide middelen voor bijvoorbeeld zorguitgaven – in ruil waarvoor de bewoner een geïndexeerde prijs ontvangt. Deze prijs kan lager zijn dan de prijs die in de markt op dat moment voor een vergelijkbare woning gangbaar is, hij kan ook hoger zijn, maar het belangrijkste is dat de prijs beter voorspelbaar is.

Bij een prijsindexfaciliteit hoort een aanbodplicht, die inhoudt dat bij verkoop de woning moet worden aangeboden aan de woningcorporatie. Dit stelt corporaties in staat een beheersbare markt voor woonzorg te creëren, waarbinnen een deel van de marktrisico's van consumenten wordt geabsorbeerd in het lange termijn vermogensbeheer van de corporaties. Het is een rol die past bij hun maatschappelijke verantwoordelijkheid in het zorgen voor voldoende geschikt (ouderen)woningaanbod. Corporaties kunnen zo het speculatie-element in de markt verminderen. Dit is van belang gezien de verwachting dat geschikte ouderenwoningen schaars zijn en schaars blijven.

Verder onderzoek moet uitwijzen of corporaties met aan- en verkoop via geïndexeerde prijzen het risico van dalende prijzen zelf kunnen dragen, of dat zij daar andere partijen bij nodig hebben. Op zichzelf zijn de corporaties gewend woningprijrisico's te dragen, maar wellicht moet de financiële sector hierbij helpen.

5.5 Private long-term care verzekering

5.5.1 Ervaringen met private LTC-verzekering elders

Private long-term care (LTC) verzekeringen worden over het algemeen afgebakend tot ouderenzorg. Dit is een engere afbakening dan die van de AWBZ, die ook zorg voor jonge geestelijk en lichamelijk gehandicapten omvat. LTC-uitkeringen zijn doorgaans in geld en tijd gemaximeerd.

LTC-verzekering in de VS

Een LTC-polis in de VS biedt vergoeding bij langdurige zorg en verpleging. De vergoeding is meestal gemaximeerd in geld en tijd. Polissen worden vaak pas gesloten rond het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, met een wachttijd van 30 à 90 dagen. De verzekering kent een medische acceptatie. Uit te keren bedragen zijn doorgaans geïndexeerd.

Warshawsky e.a.³³ berekenden in 2000 een gemiddelde koopsom van ruim 35.000 US dollar, op leeftijd 65 jaar, voor een maandelijks uitkering van 2.000 dollar per maand bij uitval van tenminste twee "activities of daily living" (ADL), inclusief indexatie. Een extra uitkering van 1.000 dollar per maand bij uitval van tenminste 4 ADL's kost ruim 7.600 dollar meer.

Combinatie met een koopsom voor een annuïteitenverzekering levert een prijsvoordeel op van ongeveer 5%. Voordeel van de combinatiepolis is, dat antisectie en moral hazard in de LTC-verzekering en annuïteitenverzekering worden geneutraliseerd.³⁴

De verwachting voor de VS is dat ca. 40% van de bevolking van 65 jaar en ouder enige tijd in een verpleeginrichting doorbrengt en dat 60% in enige mate beroep zal doen op long-term care.³⁵ Het Medicare programma, dat is bedoeld voor opvang van kosten van acute medische zorg, dekt slechts ongeveer 12% van de kosten van verpleeghuisopname. Een tweepersoonshuishouden van 65 jaar heeft in de VS bij gemiddelde levensverwachting ongeveer 295.000 US dollar nodig voor zorgpremies en eigen bijdragen in zorgkosten gedurende de rest van het leven.³⁶ De verwachting is dat de reële kosten van verpleging sterk zullen stijgen.

Van Medicare is de verwachting dat dit programma afkoerst op faillissement tegen 2020. Het Medicaid programma biedt voor middeninkomens en hogere inkomens geen soelaas, omdat het is gericht op lagere inkomens. Veel Amerikanen hebben dus aanleiding zich zorgen te maken over de betaalbaarheid van intensieve zorg op oudere leeftijd.

33 Warshawsky e.a. (2002)

34 Mensen met grote risico-aversie sluiten vaker een LTC-verzekering, maar hebben ook een minder risicovolle (gezondere) leefstijl, waardoor zij minder beroep doen op de verzekering. Dezelfde mensen leven langer, waardoor zij een groter beroep doen op een annuïteitenverzekering. Combinatie van beide verzekeringen heeft de potentie dergelijke selectie-effecten (deels) te neutraliseren. Zie Cutler e.a. (2008)

35 Warshawsky e.a. (2000)

36 Fronstein (2006)

TIAA-CREF constateerde dat 6% van haar eigen deelnemers in 2000 een LTC-polis had, en dat dit gold voor 15% van de gepensioneerden. De hoge kosten van een polis werden genoemd als belangrijkste reden om er van af te zien.

In Groot-Brittannië werden in 2002 slechts 39.000 polissen geteld. Sommige aanbieders hebben de markt betreden en zich daarna weer teruggetrokken³⁷:

- het gebruik van intensieve zorg werd vaak onderschat;
- prijsstelling blijkt lastiger dan gedacht;
- problemen van antiselectie en moral hazard zijn aanzienlijk;
- ondanks grote marketinginspanning zijn volumina gering. LTC-verzekering blijkt in de praktijk een moeilijk verkoopbaar product, omdat lager betaalden het zich niet kunnen veroorloven en mensen met hoge inkomens het product niet nodig hebben.

5.5.2 Aanknopingspunten voor een Nederlandse LTC-markt

In hoofdstuk 3 is als uitgangspunt gekozen, dat de publieke AWBZ blijft bestaan voor langdurige verpleging en zorg (care). Gegeven dit uitgangspunt zou een private LTC-verzekering in de Nederlandse context het karakter hebben van een tweede pijler verzekering bovenop de eerste pijler van de AWBZ en WMO.³⁸ De dekking kan betrekking hebben op:

- aanvullende dienstverlening boven de referentienorm van de AWBZ en de WMO (huishoudelijke hulp, begeleidende ondersteuning, vervoer, alarmeringsservice etc.);
- tegemoetkoming in financiële kosten van noodzakelijke aanpassing van de woning;
- het voorzien in andere dan de gebruikelijke WMO-ondersteuning, zoals administratieve ondersteuning, financieel advies, het regelen van zorginkoop op basis van een PGB e.d.;

³⁷ Zie Perkins (2002) en Wittenberg e.a. (2002)

³⁸ Merk op dat, ook al is de dekking beperkter, het moral hazard niet kleiner is. Integendeel, in een dekking van kosten van diensten in en om het huis is het moral hazard eerder groter dan bij dekking van kosten van intensieve zorg. Moral hazard kan worden opgevangen door eigen bijdragen, door integratie van de LTC-verzekering in een pensioenverzekering, of door in de acceptatie de WMO/AWBZ-indicatiestelling te volgen. Vergelijk de acceptatie in private arbeidsongeschiktheidspolissen voor werknemers, die UWW-volgend is: de strenge WIA-beoordeling door UWW vormt een harde blokkade tegen moral hazard in de private arbeidsongeschiktheidsverzekering.

- bekostiging van eigen bijdragen;
- bekostiging van aanvullende intensieve zorg in het private circuit, bijvoorbeeld bij behoefte aan aanvullende thuisverpleging.

Deze dekkingen kunnen in een polis worden opgenomen als financiële aanspraak, of (deels) in natura.

Verschillende varianten en combinaties van producten zijn denkbaar.

- Een LTC-verzekering kan een bestemming zijn voor besteding van vrijgemaakt eigenwoningvermogen. LTC in natura is vooral geschikt voor huishoudens die zorg niet zelf willen inkopen maar die zich daarbij willen laten ondersteunen door de verzekeraar.
- Wanneer een reverse mortgage wordt gebruikt voor een verbouwing om de eigen woning geschikt te maken voor bewoning tot op hoge leeftijd, kan een deel van het liquide gemaakte vermogen via een LTC-verzekering worden omgezet in aanspraken op dienstverlening. Wonen en verzorging zijn dan beide veiliggesteld.
- In de geïnstitutionaliseerde woonomgeving kan het eigenwoningvermogen worden ingezet voor aankoop van een nieuwe woning, eventueel in een gemengd huur-koopcontract, inclusief (extra) long-term care aanspraken;
- LTC-verzekeringen kunnen worden ingebouwd in annuïteitenverzekeringen.

5.6 Medische spaarrekeningen: alternatief voor LTC-verzekering?

Toepassing van eigen betalingen in de zorg wordt in een aantal landen

- o.a. in de VS, Zuid-Afrika, Singapore – ondersteund door een fiscaal ondersteund systeem van medische spaarrekeningen. Op deze spaarrekeningen wordt geld weggezet voor bekostiging van eigen bijdragen in medische zorg. De rekeningen hebben het karakter van een geblokkeerde spaarrekening, waarvan alleen voor erkende zorguitgaven belastingvrij bedragen mogen worden opgenomen.

Bestaande systemen van medische spaarrekeningen zijn niet ingevoerd voor ouderenzorg, maar voor opvang van eigen risico's in de reguliere zorgverzekering. Niettemin is de vraag of, binnen een stelsel van eigen bijdragen voor zorgvoorzieningen voor ouderen, medische spaarrekeningen een alternatief zijn voor LTC-verzekeringen.

Medische spaarrekeningen onderscheiden zich van LTC-verzekeringen door lage transactiekosten. In een aantal andere opzichten zijn zij echter

inferieur aan de LTC-verzekering, zeker wanneer het gaat om zorgkosten op hogere leeftijd.

- In de financiële inrichting van hun levenscyclus willen jongeren niet sparen voor zorguitgaven op oudere leeftijd. Dergelijke besparingen conflicteren met de hoge uitgaven in de “spitsuurfase”. Bovendien wordt al gespaard voor pensioen, dat dient voor dagelijkse uitgaven in de toekomst, waaronder zorguitgaven. Voor grote schoksgewijze zorguitgaven is een vermogensbuffer of LTC-verzekering meer geschikt. Beter kunnen jongeren eerst vermogen opbouwen in de eigen woning, om de pensioenfase in te gaan met een vermogensbuffer.
- De consument draagt alle in de spaarconstructie vervatte risico's, waaronder het rente-, inflatie- en langlevensrisico. In een verzekeringscollectiviteit kunnen deze risico's beter worden opgevangen. Kortom, waar medische spaarrekeningen het karakter hebben van DC *health benefits*, heeft de LTC-verzekering trekken van DB *health benefits*. Dit laatste geldt zeker, wanneer – zoals bijvoorbeeld in de VS gebruikelijk is – wordt gekozen voor een geïndexeerde LTC-verzekering.
- Een verzekeraar kan de consument in de LTC-verzekering ondersteunen met inkoopexpertise. Deze inkoopkracht brengt prijs- en kwaliteitsvoordelen tot stand, die de consument zelf met een spaarrekening niet kan realiseren.³⁹ Dit voegt waarde toe, wanneer het zelfstandig vinden van de weg naar goede zorg moeilijker wordt bij het stijgen van de leeftijd.
- De invoering van medische spaarrekeningen in de VS in de jaren '90 is wel gekarakteriseerd als een *marketeer's nightmare*.⁴⁰ Gegeven de in Nederland bestaande spaarloon- en levensloopregelingen is invoering van medische spaarrekeningen ook vanuit marketingoptiek geen wijs besluit. De spaarkeuzes zouden voor consumenten te complex worden.

De conclusie is dat medische spaarrekeningen geen goed substituuft vormen voor LTC-verzekeringen. In de Nederlandse context, gegeven de al

39 Voor actieve werknemers zou de werkgever via collectieve contracten nog wel een rol kunnen spelen in het verbinden van collectieve inkoopvoordelen aan medische spaarrekeningen; zie Connor (2000). Na pensionering valt dat voordeel echter weg, omdat een rol van de werkgever daar minder voor de hand ligt.

40 Craig Bunce (2001)

bestaande spaarloon- en levensloopregeling, is het af te raden een stel- sel van medische spaarrekeningen in te voeren. De mogelijkheden van financieel kapitaal, spaarloon- of levensloopsaldo, kapitaal in de eigen woning, pensioenvermogen en de mogelijk toe te voegen LTC-verzeke- ringen vormen voldoende bouwstenen voor het samenstellen van een adequate pensioenportfolio.

Wel is het aan te bevelen de levensloopregeling zodanig te verruimen, dat saldi op de rekening ook kunnen worden gebruikt voor bekostiging van ouderenvoorzieningen en aanschaf van LTC-verzekeringen.

5.7 Marktkansen van producten

Zolang er geen uitgewerkt en stabiel kader is van eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen, is het moeilijk te voorspellen wat de marktkan- sen zijn van verschillende producten en productcombinaties.

Van de levensloophypothek, als *stand-alone* financieel product, mag niet zonder meer worden verwacht dat het een grote vlucht neemt. Oudere huiseigenaren blijken verknocht aan het bezit van hun eigen woning en zijn – ondanks alle economische theorie – uiterst terughou- dend in het liquideren van het eigenwoningvermogen.

Denkbaar is dat de levensloophypothek meer succes boekt als deze – direct, dan wel via een LTC-verzekering – wordt gekoppeld aan een garantie op persoonlijke ondersteuning en zorg zodra daaraan behoefte ontstaat. Veel meer dan het puur financiële product gaat de levensloop- hypothek dan de veiligheid bieden die veel ouderen, zoals valt af te leiden uit hun voorzichtig spaargedrag, zoeken.

Dit laatste geldt ook voor downward staircasing. Omdat huishoudens in de praktijk nu eenmaal niet gemakkelijk afscheid nemen van het eigendom van hun woning, valt te verwachten dat zij aarzeling hebben bij downward staircasing wanneer dit als losstaande oplossing wordt aangeboden. De constructie maakt mogelijk meer kans, als het vrijge- maakte vermogen wordt omgezet in goed geregelde ouderenzorg. Als deze veronderstelling juist is, zullen in de markt steeds meer combinaties van woningcorporaties en zorgaanbieders ontstaan, die deze constructie geïntegreerd aanbieden.

De LTC-verzekering is qua prijsbepaling, risicomanagement, marketing en uitvoering een zeer complex product. Dit blijkt uit het feit dat bijna 90% van de productie van losse LTC-verzekeringen in de VS wordt gele-

verd door slechts 10 verzekeraars.⁴¹ Veel verzekeraars die aan het product zijn begonnen, hebben zich later weer uit de markt teruggetrokken, om redenen die in paragraaf 5.5.1 zijn vermeld.

De kansen van LTC-verzekeringen zijn sterk afhankelijk van de mate waarin zorgconsumenten eigen bijdragen verschuldigd zijn. De meest plausible scenario's zijn de volgende.

1. In een scenario van omvangrijke eigen bijdragen zijn twee aanbodvarianten denkbaar:
 - a. een LTC-verzekering die als aanvullende verzekering wordt aangeboden door de zorgverzekeraar, in de vorm van een financiële aanspraak of in natura. De onderscheidende kracht van de zorgverzekeraar ligt daarbij in goed aaneengesloten inkoop van zorg voor de basisverzekering en voor de AWBZ;
 - b. een LTC-polis die aanspraak geeft op een financiële uitkering in aanvulling op pensioenannuïteiten. In deze variant komt de pensioenverzekeraar in beeld als aanbieder van de LTC-verzekering. De kracht van de pensioenverzekeraar is, dat de consument en de aanbieder beide voordeel hebben als de LTC-verzekering aan een pensioenverzekering wordt gekoppeld. De aanbieder kan het moral hazard in beide producten neutraliseren; voor de consument levert dit prijsvoordeel op.
2. In een scenario met eigen betalingen van geringe omvang ligt een rol van pensioenverzekeraar minder voor de hand. Als in zo'n scenario LTC-verzekeringen al van de grond komen zal dit hooguit een lichte versie zijn, die als extra module wordt opgenomen in de aanvullende zorgverzekering.

Of de bij 1.b vermelde combinatie van pensioen en LTC-verzekering kan worden uitgebreid tot het leveren van pensioen in natura door de pensioenverzekeraar, is een open vraag. De Nederlandse Pensioenwet kent deze mogelijkheid niet. De Europese pensioenrichtlijn biedt er wel de mogelijkheid toe.⁴² Wat overigens niet moet worden onderschat – zo laat de praktijk van de zorgverzekeringsmarkt zien – is dat het leveren van

⁴¹ Milliman Inc. (2007)

⁴² Richtlijn 2003/41/EG spreekt in artikel 6.d over "ondersteunende betalingen of diensten in geval van ziekte, behoefte van overlijden", in aanvulling op pensioenuitkeringen.

diensten in natura, gespecialiseerde kennis en deskundigheid vereist op het gebied van inkoop van (zorg)voorzieningen.

De conclusie is dat de mogelijkheid van pensioen in natura de moeite waard is om verder te verkennen, maar dan als gecombineerd product van de pensioenverzekeraar en een zorgverzekeraar, waarbij deze laatste de inkoop, d.w.z. de toegang tot de voorzieningen regelt.

Tenslotte is een algemeen punt van aandacht dat het grote cohort baby boomers, dat nu met pensioen gaat, gemiddeld pas over 10 jaar of nog later vraag naar intensieve zorg zal gaan uitoefenen. In de marktontwikkeling moet daarmee rekening worden gehouden.

6. OPTIMALISATIE VAN DE PENSIOENPORTFOLIO

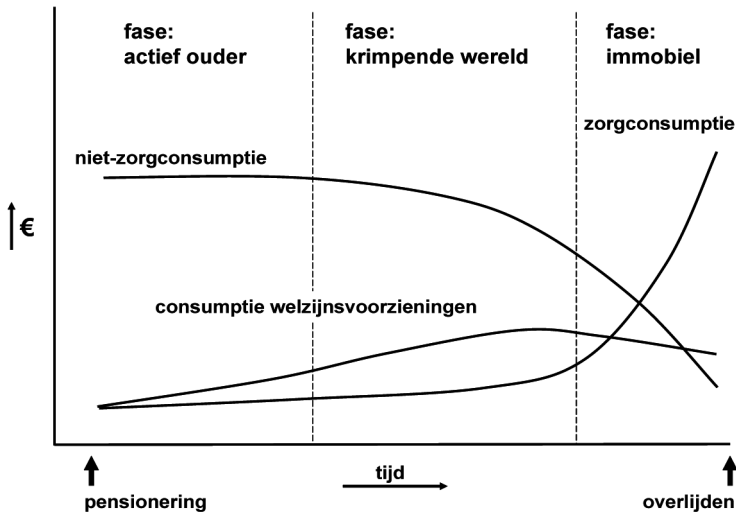
6.1 De levensfasen na pensionering

Door de sterk gestegen levensverwachting kan de tijd na pensionering niet meer worden gezien als één homogene levensfase. Het is zinvol schematisch een drietal deelfasen te onderscheiden.

1. Vroege pensioenfase. Ouderen ervaren het stoppen met werken als het verkrijgen van vrijheid en willen daarvan genieten. Dit uit zich in consumptie van goederen en diensten waarvoor men in de actieve periode geen tijd had, zoals reizen.
2. Middenfase, vanaf ca. 70–75 jaar. De gezondheid begint scheurtjes te vertonen. Zorgvraag is nog wel overwegend gericht op herstel. Mobiliteit neemt af. De onzekerheid over hoe dit proces verder gaat neemt toe. Niet-zorgconsumptie gaat naar een lager niveau. Het risico van ernstige gezondheidsklachten en van het overlijden van de partner neemt toe. Er is meer vraag naar diensten voor de continue ondersteuning in het dagelijks functioneren.⁴³
3. Laatste levensfase, vanaf 80–85 jaar. Door fysieke en mentale beperkingen krimpt de niet-zorgconsumptie tot een zeer laag niveau. Het dagelijkse leven wordt bepaald door de vraag hoe met beperkingen rond te komen. De zorgvraag is groot en is niet meer gericht op herstel, maar op intensieve verzorging.

⁴³ Intuïtief is de periode tussen 65–70 jaar de periode waarin het beste een LTC-verzekering kan worden afgesloten. Op latere leeftijd zou moral hazard toenemen doordat de consument het gezondheidsperspectief beter kan inschatten en de medische acceptatie in teveel gevallen een belemmering zou opleveren.

Figuur 4: Ouder worden in drie fasen – schetsmatig



Uitgaande van dit patroon kunnen schetsmatig de volgende conclusies worden getrokken met betrekking tot opbouw en gebruik van de pensioenportfolio.

- Figuur 4 illustreert de eerder geformuleerde stelling van hoofdstuk 4, dat inzet van eigenwoningvermogen voor consumptie van welzijnsvoorzieningen niet primair voor de hand ligt. Huishoudens zullen deze kosten willen betalen uit de continue stroom van pensioenannuïteiten. De flexibiliteit van het huishoudbudget moet bovendien niet worden onderschat: wanneer uitgaven voor ouderenvoorzieningen in fase 2 toenemen, valt dit samen met afname van de niet-zorgconsumptie. Daardoor kunnen deze kosten in principe uit het lopende inkomen worden betaald. Inflatiebestendigheid wordt deels geborgd door koppeling van de AOW aan de minimumloonindex en door indexatie van tweede pijler pensioenen.
- De AOW en tweede pijler pensioenvoorzieningen blijven daarom belangrijk voor bekostiging van uitgaven. Met een perspectief van hogere eigen bijdragen in de zorg is het aan te bevelen de pensioendatum, ook in de AOW, meer flexibel te maken. Door langer door te

- werken kunnen huishoudens hun pensioeninkomen ophogen.⁴⁴ Wie al veel heeft gespaard belooft zichzelf met stoppen met werken; spijtoptanten kunnen alsnog hun portfolio bijspijkeren door langer door te werken. Ook vanuit het oogpunt van toegenomen levensverwachting en arbeidsparticipatie is deze flexibiliteit aan te bevelen.
- De figuur illustreert voorts wat in hoofdstuk 5 is gezegd over de levensloophypothek: het is onverstandig deze in de actieve pensioenfase al te gebruiken voor niet-zorgconsumptie, als huishoudens rekening moeten houden met (grote) uitgaven voor ouderenvoorzieningen waarvoor geen verzekeringsdekking is. Dit geldt ook bij handhaving van een kern-AWBZ, omdat op oudere leeftijd een gezondheidsschok vaak gepaard gaat met de acute noodzaak van verandering van de woonsituatie. Dit vereist huisvestingsuitgaven met een investeringskarakter. Het is gemiddeld genomen verstandig om voor dergelijke investeringsuitgaven vermogensbuffers te reserveren. Daarbij is van belang dat huishoudens alle vermogensbestanddelen kunnen benutten. Zoals eerder opgemerkt pleit dit ervoor, dat zij het saldo in de spaarloon- of levenslooptegeling kunnen gebruiken voor zorgbestedingen en LTC-verzekeringen.⁴⁵
 - Een optimalisatievraagstuk voor de portfolio als geheel is de keuze van de mix van pensioenannuïteiten, spaarbuffers en verzekeringen bezien in het licht van toenemende eigen bijdragen in kosten van ouderenvoorzieningen. Annuïteiten geven continuïteit in het inkomen, maar zijn minder geschikt voor de opvang van schokken. Buffervermogen helpt dan, maar dit is onderhevig aan rente-, prijs-, en langlevensrisico. Combinaties moeten zorgen voor een optimale mix.

Het begrijpen van bovengenoemde individuele producten is voor consumenten al complex. Dit geldt in nog grotere mate voor het samenstellen

⁴⁴ Minister Donner van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelt een 5% hogere AOW voor per jaar dat langer wordt doorgewerkt na 65 jaar (Het Financieele Dagblad, 12 april 2008: "Stille verleider Piet Hein Donner tracht AOW-taboe te doorbreken"). Vergelijk een berekening met actuariële opslag die, uitgaande van een AOW-opbouw van 2% per jaar over 50 jaar, bij pensionering op 67 jaar een jaarlijkse AOW oplevert van 9.992 euro, tegen 8.310 euro bij pensionering op 65 jaar (berekening Achmea, 2007). De markt kent al voorbeelden van een flexibele 2e pijler.

⁴⁵ Vanuit de optiek van arbeidsparticipatie is een mogelijk gunstig neveneffect, dat huishoudens het saldo op de levenslooptekening inzetten voor bekostiging van ouderenvoorzieningen en niet voor prepensioen

van de best mogelijke combinatie. Naast technische productontwikkeling gaat het er vooral om, dat dienstverleners met consumenten communiceren over wat zij willen en kunnen, welke levensstandaard zij willen aanhouden, hoe zij – indien nodig – hun consumptiepatroon denken te kunnen aanpassen, of er mantelzorg kan worden verwacht, etc.

Dit gaat veel verder dan klantcommunicatie over financiële plaatjes. Het gaat er uiteindelijk om dat huishoudens, gegeven onzekerheden in pensioen- en zorgvoorzieningen, houvast hebben bij behoud van een gewenste kwaliteit van leven. Het optimalisatievraagstuk is daarmee een fraai voorbeeld van de uitdaging die ligt in het omgaan met complexe producten, zoals beschreven door Prast.⁴⁶ De complexiteit van de keuze van de optimale mix nodigt bovendien uit tot het ontwerpen van heldere default options, zoals beschreven door Kooreman en Prast.⁴⁷

In de toekomst gelegen annuïteitenuitkeringen verliezen deels hun waarde, zodra ernstig gezondheidsfalen optreedt. Dit raakt aan fundamentele vragen ten aanzien van het pensioenstelsel, dat grotendeels is gebaseerd op annuïteiten. Als zorg niet meer volledig is verzekerd, ontstaat op het moment van gezondheidsfalen acute behoefte aan liquiditeit. Op grond hiervan kan in de toekomst meer vraag worden verwacht naar vervroeging van annuïteitenuitkeringen door de pensioenverzekeraar in geval van gezondheidsfalen.⁴⁸

In het verlengde hiervan valt niet uit te sluiten, dat de kritiek op thans in het pensioenstelsel voorkomende scheve solidariteit zal groeien. In een annuïteitenselsel is vroege dood 'winst' voor het pensioenfonds. Dit treft vooral lagere inkomensgroepen, omdat kortere levensverwachting correleert met lage sociaaleconomische status. Lagere inkomensgroepen die korter leven, subsidiëren zo de hogere inkomensgroepen. Deze kwes- tie van perverse solidariteit in de tweede pijler is eerder gesignaleerd en staat op zichzelf los van de ordening van het zorgstelsel.⁴⁹ Echter, als in de toekomst substantieel hogere eigen bijdragen voor ouderenvoor- zieningen worden gevraagd, neemt de behoefte aan liquiditeit en aan

46 Prast (2007)

47 Kooreman en Prast (2007)

48 Turra en Mitchell (2007)

49 Door o.a. Bonenkamp (CPB, 2007) en door Lans Bovenberg in zijn speech 'De AOW als teken van beschaving' ter gelegenheid van de SVB conferentie over 50 jaar AOW te Amsterdam, 11 december 2006

flexibiliteit van de pensioenportfolio toe, waardoor deze scheve solidariteit nadrukkelijker om een oplossing vraagt.⁵⁰

6.2 LTC-verzekering en optimalisatie van de pensioenportfolio

Onderzoek naar het beleggingsgedrag van huishoudens in de VS laat zien, dat huishoudens meer risico-avers worden naarmate de zorgverzekeringsdekking beperkter is. Huishoudens gaan dan minder risico nemen in de beleggingsportefeuille.⁵¹ Edwards (2005) komt tot de conclusie dat de perceptie van het gezondheidsrisico de verklaring vormt voor 60% van de afname van risicovolle beleggingen in de portfolio na pensionering.

Deze waarnemingen voor de VS – met een beperkt zorgverzekeringsstelsel, 401(k) regelingen met lumpsum uitkeringen, grote individuele verantwoordelijkheid voor de beleggingsportfolio – zijn tot op heden minder relevant voor Nederland. Maar geleidelijk kan dit beeld veranderen als het markt bereik van DC regelingen toeneemt en meer eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen worden gevraagd.

Met deze ontwikkelingen wordt het steeds belangrijker het onderzoek naar optimalisatie van de pensioenportfolio, zoals o.a. aan de orde gesteld door Bovenberg e.a., uit te breiden naar de rol ook van het risico van zorguitgaven na pensionering.⁵² Invoering van (meer en hogere) eigen bijdragen in de AWBZ en de WMO doet de onzekerheid over de betaalbaarheid van zorg toenemen, met als gevolg grotere risico-aversie na pensionering en de neiging meer liquide vermogen aan te houden vanuit een voorzorgsmotief. De optie van het vrijmaken van eigenwoningvermogen voor een LTC-verzekering komt dan nadrukkelijker in beeld dan tot op heden het geval is. Een andere optie is de eerder vermelde integratie van de LTC-verzekering in de annuïteitenverzekering van de pensioenverzekeraar.⁵³

6.3 Beleidsvraag: harde of zachte sturing van consumentengedrag?

Een gevestigd beeld is, dat babyboomers massaal hun vermogens gaan verbrassen als zij de pensioenleeftijd bereiken. Dit kan ertoe leiden dat

50 Bijvoorbeeld door verschillende pensioenleeftijden aan te houden voor groepen met verschillende levensverwachting, zoals gesuggereerd door Bovenberg (zie voorgaande voetnoot).

51 Zie Qiu (2004), Luo (2006), Bovenberg e.a. (2007)

52 Bovenberg e.a. (2007)

53 Zoals bepleit door Warshawsky e.a. (2002) en Ameriks e.a. (2007)

zij op latere leeftijd alsnog een beroep doen op financiële ondersteuning door de overheid, wanneer eigen bijdragen in woonservice- en welzijnsvoorzieningen worden opgetrokken. Hiermee komt de vraag op of de overheid "met harde hand" moet voorkomen, dat huishoudens het liquide (of liquide te maken) deel van hun pensioenportfolio in te vroeg stadium consumeren. Te denken valt aan het fiscaal ontmoedigen van lumpsum lijfrente-uitkeringen, het verplicht stellen van medische spaarrekeningen of LTC-verzekeringen e.d.

Er zijn goede redenen om deze weg niet te volgen.

- De diversiteit in de inkomens- en vermogensposities, levensstijlen en gezondheid van ouderen is groot. Het is daarom van belang dat financiële dienstverleners en wetgever bijdragen aan maximale flexibiliteit in de pensioenportfolio. Wanneer zorgvoorzieningen deels onverzekerd zijn, moeten huishoudens hun kapitaal kunnen aanspreken in plaats van dit kapitaal in illiquide annuïteiten te moeten vastzetten. Daar komt bij, dat de Nederlandse pensioenen toch al overwegend in de illiquide vorm van annuïteiten worden uitgekeerd. Voor personen met minder goede gezondheid zijn deze annuïteiten niet optimaal.
- Intensieve zorgvraag wordt gemiddeld pas op hogere leeftijd uitgeoefend. Dit kan aanleiding geven tot de gedachte, dat consumenten moeten worden uitgenodigd verzekeringen met oplopende annuïteiten te kopen, of dat hoog-laagconstructies – waarbij gedurende de beginperiode de pensioenuitkering hoger is – moeten worden verboden. Echter, gezondheidsschokken kunnen zich ook op jongere leeftijd voordoen. En als ze zich voordoen, worden precies op dat moment toekomstige annuïteiten minder waard.⁵⁴ Wanneer ouderenvoorzieningen niet volledig verzekerd zijn, en er onvoldoende ander liquide vermogen is, zal men veeleer toekomstige annuïteiten willen inruilen voor liquide middelen.
- De vraag is of het beeld van de alles verbrassende babyboomer de realiteit weerspiegelt. Bijvoorbeeld: werkenden zeggen in grote meerderheid te gaan reizen; in de praktijk blijkt slechts een minderheid dit ook werkelijk te doen. Ook babyboomers tonen zich onzeker over de vraag, of de levensstandaard kan worden gehandhaafd.⁵⁵ Alle onder-

54 Sinclair en Smetters (2004)

55 AXA (2007)

- zoeken bevestigen dat huishoudens behoedzaam omgaan met hun vermogen, temeer als onzekerheid over toekomstige zorguitgaven een rol speelt. Eerder lijken huishoudens te voorzichtig: over de jaren die mensen nog te leven hebben neemt het per jaar beschikbare totale vermogen bij het klimmen van de leeftijd eerder toe dan af.⁵⁶
- Ondanks de ver ontwikkelde financiële markten gebruiken huishoudens in de VS, Groot-Brittannië, Australië en Canada hun eigenwoningvermogen niet als ‘pinautomaat’. Woningvermogen wordt vooral gebruikt voor verbetering van de woning, voor aflossing van schulden en voor versterking van de vermogensportfolio.⁵⁷ Dit is precies wat we graag zouden wensen als het gaat om optimalisatie van de pensioenportfolio in het perspectief van stijgende eigen bijdragen in woonservice-, vervoers- en welzijnsvoorzieningen.
- De conclusie is dat harde verbods- en gebodsbepalingen van overheidswege in de sturing van de pensioenportfolio niet wenselijk en niet nodig zijn. Meer voor de hand ligt sturing met zachte hand door aanbod van default options⁵⁸ en door positieve fiscale prikkels. Enkele suggesties voor positieve fiscale prikkels komen hierna aan de orde in hoofdstuk 7.

56 Love e.a. (2008)

57 IMF (2007)

58 Kooreman en Prast (2007)

7. VOORWAARDEN WET- EN REGELGEVING EN MARKTORDENING

In de voorgaande hoofdstukken zijn opties en mogelijkheden geschetst voor meer eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen, en voor financiële producten die daarbij ondersteunen. Om deze mogelijkheden realiteit te kunnen laten worden moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan.

- Helderheid met betrekking tot de inrichting en bekostiging van de AWBZ en de WMO. Productinnovatie komt alleen tot stand als consumenten en financiële dienstverleners kunnen vertrouwen op een stabiel wetgevingskader. Het gaat immers om producten met lange planningshorizon. Consumenten en financiële dienstverleners moeten weten via welk pad de AWBZ en de WMO worden hervormd en wat het einddoel is.
- Het doorbreken van de impasse in het woningmarktbeleid. Ouderwoningen worden schaarser en het woontoeslagbeleid vraagt om vernieuwing. Ook hier is een eindperspectief nodig. Het ontbreken daarvan belemmert ontwikkeling van producten, die zijn gericht op het liquide maken van eigenwoningvermogen. Het is – ook voor het innoveren in de woonzorg – wenselijk dat het woontoeslagenbeleid eigendomsneutraal wordt.
- Fiscaal beleid ter ondersteuning.
 - Mobiliteit in de ouderenwoningmarkt wordt bevorderd door afschaffing van overdrachtsbelasting bij aankoop van een woning in de woonzorgomgeving.
 - In een hervormd stelsel van woningfinanciering is denkbaar dat voor de belastingheffing het vermogen in de eigen woning – zoals door velen bepleit – wordt ondergebracht in box III. Downward staircasing leidt dan automatisch tot vermindering van belastingheffing. Leningen voor woonzorgvoorzieningen en voor stortingen in LTC-verzekeringen kunnen fiscaal worden erkend als schulden, die in box III in mindering mogen worden gebracht op het eigenwoningvermogen. Pure verfraaiing van woningen kunnen van dit fiscale voordeel worden uitgesloten door certificering van levensloopbestendige woningen en

woningaanpassingen. Bijvoorbeeld Habidrome voorziet in dergelijke certificaten.⁵⁹

- Eindsaldi op spaarloon- of levenslooprekeningen moeten fiscaal vrij kunnen worden omgezet in LTC-verzekeringen of in bekostiging uit eigen middelen van welzijnsvoorzieningen. Premies voor LTC-verzekeringen moeten fiscaal aftrekbaar zijn.

Ook voor marktpartijen is er werk te doen.

- Pensioenverzekeraars moeten zich verdiepen in het gezondheidsrisico in de pensioenportefeuille. Onderzocht moet worden welke rol zorgverzekeringen kunnen spelen bij het optimaliseren van de pensioenportfolio, onder andere door het aanbieden van LTC-verzekeringen rond de 65-jarige leeftijd in combinatie met annuïteitenverzekeringen. Voorts vraagt de illiquiditeit van tweede pijler annuïteiten aandacht, als vanwege eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen de behoefte aan flexibiliteit van de pensioenuitkeringen groeit.
- Zorgverzekeraars moeten kijken naar mogelijkheden van LTC-verzekeringen. Dit vereist meer dan tot nu toe een verbinding met financiële producten. Innovatie in woonzorg en zorg-op-afstand vraagt om samenwerking met woningcorporaties, welzijnsinstellingen en leveranciers van home medical systems.
- Woningcorporaties en financiële dienstverleners kunnen op verschillende manieren bijdragen aan innovatie, onder meer door het creëren van flexibele eigendomsconstructies in de woningmarkt en het verminderen van huizenprijrisico's in de woonzorgomgeving.
- Alle marktpartijen moeten meer denken in termen van de gehele levensloop van consumenten. Na pensionering breekt een levensfase aan die gemiddeld een kwart van een mensenleven uitmaakt, die allesbehalve homogeen is, waarin risico-aversie toeneemt en mobiliteit afneemt, en waarin gezondheid en zorg een belangrijke plaats innemen. Focuspunt moet zijn dat, ondanks die complexiteit, consumenten zoveel mogelijk houvast wordt geboden in bescherming van de door hen gewenste levensstandaard. Flexibiliteit in de pensioenportfolio is daarbij het sleutelwoord.

⁵⁹ Zie www.habidrome.com

8. SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK

In dit paper is getracht de relevantie te belichten van inzet door huishoudens van eigenwoningvermogen voor bekostiging van ouderenvoorzieningen, wanneer in de context van de AWBZ en de WMO meer eigen betalingen worden ingevoerd voor woon- en welzijnsvoorzieningen. Ook de mogelijkheden van (combinaties met) LTC-verzekeringen zijn daarbij aan de orde gesteld.

De vraag naar de *marketability* van dergelijke producten is met het voorgaande slechts intuïtief beantwoord. Verder marktonderzoek is gewenst. Helderheid over een toekomstvast beleid voor de AWBZ en de woningmarkt zou de relevantie van dat marktonderzoek ten goede komen.

Voor wat betreft wetenschappelijk onderzoek wordt de suggestie gedaan aandacht te schenken aan onder meer de volgende aspecten:

- kwantitatieve analyse van scenario's voor eigen betalingen in de AWBZ en de WMO (welvaarts- en inkomenseffecten, gevolgen voor uitgaven);
- het gevaar van kostenstijgingen door toenemend gebruik van PGB's, waarbij consumenten informele zorg inruilen voor collectief gefinancierde zorg;
- de sociale en psychologische aspecten van het ouder worden, opdat in de economische analyse consumptiepatronen en verzorgsmotieven beter worden begrepen;
- de invloed van zorgverzekeringen inclusief LTC-verzekeringen op de inrichting van de optimale pensioenportfolio; tot op heden is dit in de Nederlandse context nauwelijks relevant vanwege de brede verzekeringsdekking, maar met de voorgestelde herziening van de AWBZ en WMO verandert dit;
- nuancering van de welvaartsvoordelen van annuïteiten. Deze zijn minder waardevol voor personen met een slechte gezondheid. Dit duidt op tekortkomingen in de flexibiliteit van ons door annuïteiten gedomineerde pensioenstelsel, als eigen bijdragen voor ouderenvoorzieningen een grotere rol gaan spelen;

- effecten van successierechten. Er zijn aanwijzingen dat ouderen strategisch gedrag vertonen met betrekking tot nalatenschap door vermogen te reserveren voor kinderen, in de hoop van hen meer mantelzorg te verkrijgen.⁶⁰ Hier ligt voor huishoudens een vraagstuk van uitruil tussen reservering voor nalatenschap, dan wel voor zorgconsumptie uit vrijgemaakt eigenwoningvermogen. De inrichting van successierechten is mogelijk van invloed op deze uitruil.

Meer in het algemeen is het aan te bevelen dat onderzoekers die zijn gespecialiseerd op deelterreinen – wonen, werken, welzijn, sociale zekerheid, pensioen, sparen, beleggen, zorg, nalatenschap – met regelmaat het eigen deelterrein overstijgen om met elkaar na te gaan welke verbanden kunnen worden aangebracht tussen de verschillende onderzoeksvelden. Hier ligt een prachtige uitdaging van een werkelijk geïntegreerde visie op de vraagstukken rond *Pensions, Ageing and Retirement*.

60 Angelini (2007)

LITERATUURLIJST

- Afferto Research (2007); dr. Therese Torris met Mirella Visser: Reverse Mortgages. International Market, Best Practices & Dutch Market Prospects; Report Prepared for Eureko Achmea Academy Life & Pensions
- Ameriks, John en Andrew Caplin, Steven Laufer, Stijn van Nieuwerburgh (2007); Annuity valuation, long-term care, and bequest motives; *Pension Research Council Working Paper* 2007-20; september
- Angelini, Viola (2007); The strategic bequest motive: evidence from SHARE; Paper voor Netspar Pension Workshop 30 januari 2008; versie d.d. december 2007
- AXA (2007); AXA Retirement Scope 2007; www.retirement-scope.axa.com
- Bovenberg, Lans, Ralph Koijen, Theo Nijman, en Coen Teulings (2007); Saving and investing over the life cycle and the role of collective pension funds; *Netspar Panel Paper* 2007-1, Netspar, Tilburg University, juli
- Caplin, Andrew (2002); Turning assets into cash: problems and prospects in the reverse mortgage market; in: Olivia S. Mitchell, Zvi Bodie, P. Brett Hammond, Stephen Zeldes (eds.); *Innovations in retirement financing*; University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 234-253
- CBS (2007a); Lia van den Broek en Andries de Jong; Verhuiswensen uit het Woononderzoek Nederland 2006; in: *Bevolkingstrends*, jaargang 55, 3e kwartaal 2007, Heerlen/Voorburg, 20-31
- CBS (2007b); *Gezondheid en zorg in cijfers 2007*, Heerlen/Voorburg, 21 november
- Connor, Robert A. (2000); Movement toward individual health benefits accounts; in: *Managed Care*, november, 42-56
- CPB (2006); Rudy Douven, Marco Ligthart, Hein Mannaerts en Isolde Woittiez, in samenwerking met het SCP en RIVM: Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011; *CPB document* no. 121, Den Haag
- CPB (2007); Jan Bonenkamp: Measuring lifetime redistribution in Dutch occupational pensions; *CPB disc.* no. 81, juni
- CPB (2008); Coen Teulings: Zorgverzekering een zorg?; presentatie SER, 15 februari; http://www.cpb.nl/nl/pub/presentaties/2008/zorguitgaven_eeen_zorg.pdf
- Craig Bunce, Victoria (2001); Medical savings accounts. Progress and problems under HIPAA; *Policy Analysis* no. 411, Council for Affordable Health Insurance, 8 augustus
- Cutler, David M. en Amy Finkelstein, Kathleen McGarry (2008); Preference heterogeneity and insurance markets: explaining a puzzle of insurance; *NBER Working Paper* 13746; januari
- Edwards, Ryan D. (2005); Health risk and portfolio choice; *paper Rand Corporation*, Santa Monica, California, 6 juni
- Federal Reserve Board (2005); Glenn Follette en Louise Sheiner: The sustainability of health spending growth; *Finance and Economics Discussion Series* 2005-60; Division of Research & Statistics and Monetary Affairs; Washington D.C.

- Fronstein, Paul (2006); Savings needed to fund health insurance and health care expenses in retirement; in: *Issue Brief* no. 295; Employee Benefit Research Institute; juli
- Haffner, Marietta E.A. (2005); *Appel voor de dorst? Vermogen van ouderen op de woningmarkt*; publicatie DGW-NETHUR partnership 29; Utrecht, januari
- IMF (2007); Is housing wealth an "ATM"? The relationship between household wealth, home equity withdrawal, and saving rates; *IMF Staff Papers* Vol. 54, no. 3
- Kooreman, Peter en Henriëtte Prast (2007); What Does Behavioral Economics Mean for Policy?
- Challenges to Savings and Health Policies in the Netherlands; Paper prepared for the Netspar Panel, 26 april
- Love, David A. en Michael G. Palumbo, Paul A. Smith (2008); The trajectory of wealth in retirement; Federal Reserve Board working paper; *Finance and Economics Discussion Series* 2008-13, Washington
- Luo, Jia (2006); Uncertain medical expenses and portfolio choice over the life cycle; *Job Market Paper* 2006, University of California, Los Angeles, augustus
- Milliman Inc. (2007); Hazel Delane, Carl Friedrich, Brian Millsap: Long-term care insurance combination products: a new opportunity; mei
- Mitchell, Olivia S. and John Piggott (2003); Unlocking Housing Equity for Retirement Consumption; Presentation for the ESRI International Forum; Tokyo, Japan, september
- Neuteboom, Peter en Dirk Brounen (2006); Demography and housing demand. Dutch cohort evidence; *paper Housing Expertise Centre*, Rotterdam School of Management, Erasmus University; Rotterdam
- Perkins, Andy (2002); Status of the United States long term care insurance market; in: *Risk Insights* vol. 6, no. 3; GeneralCologneRe, augustus
- Pomp, J.M. en E.S. Mot, R.C.M.H. Douven (2006); Handle with care! Twee opties voor een houdbare ouderenzorg; in: *Tijdschrift voor Openbare Financiën*, jrg. 38 nr. 5/6, 229-237
- Prast, Henriëtte (2007); Complexe producten: wat kunnen ze betekenen en wie moet ze begrijpen? Over financiële educatie en de verantwoordelijkheid van instituties; Amsterdam, november
- Qiu, Jiaping (2004); Precautionary saving and health insurance: a portfolio choice perspective; *paper Wilfrid Laurier Financed Symposium*, Wilfrid Laurier University, Waterloo, Ontario, Canada
- Rouwendaal, Jan (2007); Housing Wealth and Household Portfolios in an Ageing Society; Paper prepared for the Netspar Panel, 18 oktober
- SCP – *Sociaal en Cultureel Planbureau* (2004); J. Timmermans, I. Woittiez: Advies ramin-gen verpleging en verzorging; Den Haag, februari
- SCP – *Sociaal en Cultureel Planbureau* (2005); Jeanet Kullberg: Ouderen van nu en van de toekomst. Hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen; SCP Werk-document 113, Den Haag, maart
- SCP – *Sociaal en Cultureel Planbureau* (2006); Alice H. de Boer (red.): Rapportage oude-ren 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop; Den Haag, juni
- SCP – *Sociaal en Cultureel Planbureau* (2007); Jedid-Jah Jonker, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez, Michiel Ras, Meike Morren: Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007; Den Haag, november

- SCP – *Sociaal en Cultureel Planbureau (2008)*; Evelien Eggink, Evert Pommer, Isolde Woittiez: De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven. Een analyse van AWBZ-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging 2005-2030; Den Haag, april
- SER – *Sociaal Economische Raad (2008)*; Langdurige zorg verzekerd; Advies over de toekomst van de AWBZ; ministersversie 22 april
- Sinclair, Sven H. en Kent A. Smetters (2004); Health shocks and the demand for annuities; *Congressional Budget Office Technical Working Paper 2004-9*; Washington, DC; juli
- Smith, Jackie (2005); Mortgage equity withdrawal and remortgaging activity; in: Peter Boelhouwer, John Doling, Marja Elsinga (eds.): *Home ownership. Getting in, getting from, getting out*; Housing and Urban Policy Studies no. 29, Delft University Press Science, Delft; 145-159
- SZW – Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2006); De toekomstige inkomenspositie van ouderen; werkdocument
- Turra, Cassio M. en Olivia S. Mitchell (2007); The impact of health status and out-of-pocket medical expenditures on annuity valuation; *Pension Research Council Working Paper 2007-30*; oktober
- Venti, Steven F. en David A. Wise (2000); Choice, chance, and wealth dispersion at retirement; *NBER Working Paper 7521*, februari
- Venti, Steven F. en David A. Wise (2001); Aging and housing equity: another look; Paper prepared for the conference on the Economics of Aging; 17-20 mei
- Visco, Ignazio (2006), Banca d'Italia; Longevity risk and financial markets; keynote speech to the 26th SUERF Colloquium, Lisbon 12-14 October
- VROM – Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu en SCP (2004); *Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen*; Den Haag, augustus
- VROM-raad (2007); *Tijd voor keuzes. Perspectief op een woningmarkt in balans*; Advies 064, Den Haag, 17 oktober
- WVS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007); *Memorie van Toelichting bij de begroting*; Tweede Kamer, Vergaderjaar 2007-2008 stuk XVI nr. 2
- Warshawsky, Mark en Lee Granza, Anna Madamba (2000); Financing long-term care. Needs, attitudes, current insurance products, and policy innovations; in: *Research Dialogues* nr. 63; TIAA-CREF; maart
- Warshawsky, Mark J. en Brenda C. Spillman, Christopher M. Murtaugh (2002); Integrating life annuities and long-term care insurance: theory, evidence, practice, and policy; in: Olivia S. Mitchell, Zvi Bodie, P. Brett Hammond, Stephen Zeldes (eds.): *Innovations in retirement financing*; University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 198-221
- Westerhout, E.W.T.M. en C. van Ewijk, D.A.G. Draper, H.J.M. ter Rele, J.H.M. Donders (2006); Vergrijzing vraagt om aanvullend beleid; in: *Tijdschrift voor Openbare Financiën*; jrg. 38 nr. 2, 48-61
- Wittenberg, Raphael en Becky Sandhu, Martin Knapp (2002); Funding long-term care: the public and private options; in: E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds): *Funding health care: Options for Europe*. Open University Press, Buckingham

OVERZICHT UITGAVEN IN DE NEA PAPER SERIE

- 1 Een 10 voor governance (2007)
Lans Bovenberg, René Maatman
- 2 Blinde vlekken van de denkers en doeners in de pensioensector (2007)
Kees Koedijk, Alfred Slager, Harry van Dalen
- 3 Efficiëntie en continuïteit in pensioenen: het FTK nader bezien (2007)
Casper van Ewijk, Coen Teulings
- 4 Jongeren met pensioen: Intergenerationele solidariteit anno 21e eeuw (2007)
Mei Li Vos, Martin Pikaart
- 5 Marktwerking in de pensioensector? (2007)
Jan Boone, Eric van Damme
- 6 Modernisering van het uitvoeringsmodel voor pensioenregelingen en marktwerking (2007)
Arnoud Boot
- 7 Differentiatie naar jong en oud in collectieve pensioenen: een verkenning (2008)
Roderick Munsters, Roderick Molenaar en Eduard Ponds
- 8 Maatwerk in Nederlandse pensioenproducten (2008)
Theo Nijman en Alwin Oerlemans
- 9 Je huis of je leven? Eigen betalingen voor woon- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen en optimalisatie van de pensioenportfolio (2008)
Lou Spoor
- 10 Individuele pensioenoplossingen: doel, vormgeving en een illustratie (2008)
Zvi Bodie, Henriëtte Prast en JanSnippe
- 11 Hoe kunnen we onze risico's efficient delen? Principes voor optimale sociale zekerheid en pensioenvoorziening (2008)
Coen Teulings
- 12 Fiduciair management: panacee voor pensioenfondsen? (2008)
Jan Bertus Molenkamp

JE HUIS OF JE LEVEN?

Spoor signaleert in dit paper dat niet alleen de zorgkosten maar ook de welvaart van ouderen de komende decennia zal toenemen. Om de vergrijzing betaalbaar te houden moeten de collectief gefinancierde voorzieningen voor ouderen worden gericht op diegenen die deze voorzieningen het hardst nodig hebben. Naast een stevige collectieve basis die voor iedereen goed toegankelijk is, kunnen senioren zelf bijbetalen voor extra woon- en welzijnsdiensten en persoonlijke dienstverlening. Instanties rond wonen, welzijn, zorg en inkomen zoals pensioenfondsen, (zorg)verzekeraars, zorgverleners en woningbouwcorporaties moeten daarom ketens gaan vormen rondom de oudere consument. Om deze vernieuwingen mogelijk te maken dienen pensioenvermogens voor een deel in een meer liquide vorm te worden uitgekeerd dan de huidige constante periodieke uitkeringen. Ook de overwaarde van het eigen huis kan worden ingezet.

Lou Spoor is business developer bij Achmea.



Netspar

UNIVERSITEIT



VAN TILBURG