



Netspar

Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Eigen bijdrage aan ouderenzorg

*Pieter Bakx
Judith Bom
Marianne Tenand
Bram Wouterse*

DESIGN PAPER 139

NETSPAR INDUSTRY SERIES

DESIGN PAPERS zijn onderdeel van de **refereed Industry Paper Series**, dat wil zeggen beoordeeld en geaccordeerd door de Netspar Editorial Board. Ze bediscussiëren het ontwerp van (een component van) een pensioensysteem of -product, analyseren de doelstelling en bieden mogelijkheden voor het verbeteren van de doeltreffendheid ervan. Dit type paper is toegankelijk geschreven voor specialisten uit de sector, verantwoordelijk voor het ontwerpen van de besproken component. Design Papers bevatten een sectie waarin de auteurs naar aanleiding van de analyse hun eigen mening geven. Design Papers worden ter bespreking gepresenteerd bij Netspar evenementen, waarbij de panelleden bestaan uit vertegenwoordigers van academici en partners uit de sector, samen met internationale wetenschappers. Netspar Design Papers worden beoordeeld door de Netspar Editorial Board alvorens tot publicatie wordt overgegaan.

Colofon

Netspar Design Paper 139, februari 2020

Editorial Board

Rob Alessie – Rijksuniversiteit Groningen
Iwan van den Berg – AEGON
Mark-Jan Boes – VU Amsterdam
Marijke Colly – MN
Kees Goudswaard – Universiteit Leiden
Arjen Hussem – PGGM
Bert Kramer – Rijksuniversiteit Groningen & Ortec Finance
Fieke van der Lecq (voorzitter) – VU Amsterdam
Raymond Montizaan – Universiteit Maastricht
Alwin Oerlemans – APG
Maarten van Rooij – De Nederlandsche Bank
Peter Schotman – Universiteit Maastricht
Koen Vaassen – Achmea
Mieke van Westing – Nationale Nederlanden
Peter Wijn – APG
Marianne Zweers – a.s.r.

Ontwerp

B-more Design

Vormgeving

Bladvulling, Tilburg

Redactie

Jolanda van den Braak, Nijmegen
Netspar

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

INHOUD

<i>Samenvatting</i>	4
<i>Summary</i>	5
1. <i>Inleiding</i>	6
2. <i>Ouderen met een laag inkomen zijn groter deel kwijt aan eigen bijdrage</i>	10
3. <i>De kans op een hoge eigen bijdrage is veranderd sinds 2011</i>	18
4. <i>De Vermogensinkomensbijtelling had een groot effect, maar alleen voor vermogende verpleeghuisbewoners</i>	20
5. <i>Conclusie</i>	22
<i>Literatuur</i>	25
<i>Bijlagen</i>	26

Affiliaties

Pieter Bakx – Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam

Judith Bom – Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam

Marianne Tenand – Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam

Bram Wouterse – Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam

Samenvatting

Eigen bijdrage aan ouderenzorg

65-plussers met een laag inkomen zijn een groter deel van hun besteedbaar inkomen kwijt aan eigen bijdragen voor de ouderenzorg dan ouderen met een hoog inkomen: die eerste groep betaalt gemiddeld 3 tot 4 procent, de tweede groep 1 tot 2 procent. In Nederland betalen ouderen die gebruik maken van thuiszorg of verpleeghuiszorg vaak een eigen bijdrage. Beleidsvoorstellen om de eigen bijdrage voor ouderenzorg te verlagen zijn populair. Maar er was nog weinig bekend over de verdeling van de kosten.

Voor ouderen met een laag inkomen is de eigen bijdrage relatief hoger omdat ze de meeste zorg gebruiken en omdat ze vaker naar een verpleeghuis verhuizen als ze afhankelijk van zorg zijn. De eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg is relatief hoog: tot 29.000 euro per jaar; voor thuiszorg is de eigen bijdrage lager en voor thuiszorg die via de zorgverzekering geregeld wordt zelfs nul. De hoogte van de eigen bijdrage voor het verpleeghuis hangt van het inkomen van de gebruiker, maar dit verschil weegt niet op tegen het intensievere gebruik van dit soort zorg door ouderen met een laag inkomen. Hoewel het verschil in eigen betalingen tussen thuiszorg en verpleeghuiszorg ouderen kan stimuleren om langer thuis te wonen, leidt het ook tot relatief hoge kosten voor de ouderen met een laag inkomen die minder mogelijkheden hebben thuis aanpassingen en zorg te organiseren.

De eigen bijdragen zijn de afgelopen jaren flink gewijzigd, maar het effect van die veranderingen op het financiële risico voor de meeste ouderen was gering. De eigen bijdragen voor thuiszorg zijn afgeschaft (wijkverpleging) of verlaagd (ondersteuning vanuit de gemeente) maar het financiële risico wordt vooral veroorzaakt door de veel hogere eigen bijdragen voor het verpleeghuis. In de verpleeghuiszorg is de vermogensinkomensbijtelling, die in 2013 was ingevoerd, in 2019 weer gedeeltelijk afgeschaft. Hier profiteert naar verwachting slechts een beperkte groep ouderen met veel vermogen van.

In dit artikel brengen wij bij de verdeling van de totale eigen betalingen voor de langdurige ouderenzorg tussen inkomensgroepen in kaart. We laten met behulp van administratieve data uit de periode 2011–2016 zien hoe de verdeling van de betalingen samenhangt met verschillen in zorggebruik. Daarnaast onderzoeken we de veranderingen van de eigen betalingen over de tijd, en de rol van de verschillende hervormingen die in deze periode hebben plaatsgevonden. In het bijzonder bekijken we de introductie van de vermogensinkomensbijtelling in 2013.

Summary

Co-payments for long-term care in the Netherlands

Co-payment for long-term care in the Netherlands serve multiple, potentially conflicting goals. This article describes the distribution of co-payments for long-term care across groups of users and across income groups using administrative data for the period 2011–2016. Thus it contributes to the understanding of how these co-payment schemes work out in practice.

The co-payments elderly pay vary, in a given year and over the last five years before death. Low-income users spend a larger share of their income on co-payments than high-income users, even though the co-payments are income-related. Differences in use are the main cause, but co-payments per euro of care are also much higher for nursing home care than for home care. Low-income elderly use more nursing home care and hence face higher co-payments. A reform in the co-payment scheme in 2013 increased the weight of wealth when calculating the maximum co-payments. This reform affected the amount of co-payments for nursing home care but only for the subgroup of residents with much wealth. Taken together, these findings suggest that co-payments, despite recent reforms that lowered them, cause financial risk for users. Whether the current distribution is optimal is not clear, in part because co-payments serve multiple goals.

1. Inleiding

Publieke verzekeringen bieden in Nederland bescherming tegen de kosten van ouderenzorg. Dat is maar goed ook, want die zorg is duur. Een jaar in het verpleeghuis kost zo'n 80.000 euro en ook intensieve thuiszorg kan tienduizenden euro's per jaar kosten. Het grootste deel van die kosten wordt niet door de gebruiker zelf betaald, maar door de collectieve langdurige-zorgverzekering (de Wlz), de collectieve zorgverzekering (de Zvw) of door de gemeente (via de Wmo). Daarnaast betalen ouderen die zorg gebruiken een eigen bijdrage. Op die manier wordt een deel van de kosten van de langdurige zorg neergelegd bij de gebruikers (Hussem et al. 2017) en zijn de collectieve lasten lager. Daarnaast maken eigen bijdragen (potentiële) gebruikers kostenbewust; de hoop is dat ze daardoor alleen zorg gebruiken die ze echt nodig hebben. De eigen bijdragen kunnen flink oplopen, zeker voor ouderen die meerdere jaren achtereen intensieve zorg nodig hebben. De eigen bijdragen in de langdurige zorg staan om die reden ook voortdurend ter discussie. De overheid heeft de vormgeving ervan de afgelopen jaren herhaaldelijk veranderd. Desondanks weten we eigenlijk maar weinig over de omvang van de financiële risico's die de eigen bijdrage veroorzaakt en voor welke groepen die risico's het grootst zijn¹.

De regels die de hoogte van de eigen bijdrage bepalen zijn complex. Hoeveel iemand zelf moet betalen hangt onder andere af van zijn of haar inkomen, vermogen en persoonlijke omstandigheden. Zorggebruikers dragen niet meer bij dan ze kunnen betalen (het draagkrachtbeginsel), maar dit betekent niet dat ouderen met een laag inkomen in de praktijk minder kwijt zijn dan ouderen met een hoog inkomen. De bijdragen hangen namelijk ook af van de hoeveelheid gebruikte zorg, of die zorg thuis of in een instelling geleverd wordt en of de gebruiker de zorg in natura ontvangt of zelf zorg regelt met een persoonsgebonden budget (PGB). Ouderen met een laag inkomen maken meer gebruik van ouderenzorg dan rijkere ouderen (Polder et al. 2017; Tenand et al. 2020) en gebruiken ook nog eens relatief veel verpleeghuiszorg in natura waarvoor een hogere eigen bijdrage geldt dan voor thuiszorg of zorg via een PGB.

De eigenbijdrageregelingen zijn de afgelopen jaren flink veranderd (Non et al. 2015, Alders en Schut 2018).² Ten eerste heeft de overheid in 2015 de langdurige zorg

1 De enige uitzonderingen zijn drie rapporten van het CBS uit 2012, 2016 en 2018. CBS (2012) beschrijft op basis van een simulatie het effect van de invoering van de vermogensinkomensbijtelling op de *gemiddelde* maximale eigen bijdrage en de opbrengst naar inkomenskwintiel. CBS (2016 en 2018) beschrijven de verdeling van de eigen bijdragen voor *thuiszorg* (CBS 2016) en Wmo- en Wlz-zorg (CBS 2018) in subgroepen van de Nederlandse 18-pluspopulatie op één moment.

grondig hervormd. Hoewel deze hervorming niet expliciet gericht was op de eigenbetalingensystematiek, heeft die hierop in de praktijk wel een belangrijk effect gehad. Tot 2015 werd veruit de meeste langdurige zorg gefinancierd vanuit de AWBZ. Zowel voor thuis- als verpleeghuiszorg was een eigen bijdrage verschuldigd. Die eigen bijdrage was lager voor gebruikers van thuiszorg dan voor verpleeghuiszorg en lager voor verpleeghuisbewoners met een thuiswonende partner dan voor alleenstaanden die langdurig in een instelling verbleven, maar hing in alle gevallen af van het inkomen en vermogen.

Sinds 2015 wordt alleen nog intensieve verpleeghuiszorg vanuit de Wlz betaald. De wijkverpleging wordt uit de Zvw betaald en de rest van de thuiszorg valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Gebruikers van Zvw-gefinancierde wijkverpleging betalen geen eigen bijdrage; voor Wmo-gefinancierde zorg is vaak wel een eigen bijdrage verschuldigd. Gemeenten waren tot 2019, binnen bepaalde landelijke kaders, vrij om zelf de hoogte van de eigen betalingen te bepalen. Tekstbox 1 bevat een gedetailleerde beschrijving van de huidige eigenbijdrageregelingen.

Behalve de grondige hervorming van de langdurige zorg in 2015 heeft de overheid een aantal wijzigingen in de vormgeving van de eigen betalingen doorgevoerd. In 2013 werd de vermogensinkomensbijtelling in de AWBZ geïntroduceerd. Tot die tijd hing de eigen bijdrage alleen af van het verzamelinkomen van de gebruikers, vanaf 2013 werd 8 procent van het vrije vermogen bij het 'bijdrageplichtige inkomen' opgeteld. Deze maatregel werd destijds ingevoerd met een expliciet beroep op het draagkrachtbeginsel. In 2019 is deze bijtelling in de Wlz juist weer verlaagd naar 4 procent om stapeling van kosten te voorkomen (Rijksoverheid 2017). Om diezelfde reden is in 2019 in de Wmo een abonnementstarief ingevoerd: alle gebruikers betalen hetzelfde bedrag per maand (17,50 euro)³, ongeacht hun inkomen of de hoeveelheid zorg die ze gebruiken.

In dit artikel analyseren we hoe de eigen bijdrage voor ouderenzorg verdeeld is. We onderzoeken welke inkomensgroepen het meeste uitgeven aan eigen bijdragen en hoe de verdeling van de eigen bijdrage veranderd is sinds 2011. Het financiële risico dat de eigen bijdrage met zich meebrengt heeft aanzienlijke welvaartsconsequenties.

- 2 Tegelijkertijd, maar los hiervan, vinden twee andere, geleidelijke verschuivingen plaats. Ten eerste blijven ouderen steeds langer thuis wonen. Deze ontwikkeling hangt samen met een serie incrementele beleidswijzigingen, waaronder het verruimen van de mogelijkheden voor thuiszorg, het niet meer indiceren van de laagste ZZP's en het aanscherpen van de indicatiecriteria in 2015 (De Meijer et al. 2015). Ten tweede vindt er een verschuiving plaats van professionele zorg naar privaat initiatief en mantelzorg (Bakx et al. 2018), gefaciliteerd door onder meer de introductie van het Modulair Pakket Thuis en Persoonsgebonden Budget.
- 3 De gemeente mag een lager abonnementstarief vaststellen.

De huidige verdeling van de risico's is mogelijk niet optimaal. Goed inzicht in de relatie tussen inkomen, gebruik van zorg en eigen betalingen is daarvoor cruciaal. Dit artikel is daarin de eerste stap.

De analyse bestaat uit drie delen. In deel 1 bekijken we de gemiddelde eigen betalingen van ouderen per inkomensgroep. We gaan in op twee oorzaken van de verschillen in betalingen tussen de inkomensgroepen: verschillen in het type gebruikte zorg en verschillen in de duur van de periode waarin ouderen in de laatste levensfase afhankelijk zijn van ouderenzorg. Vooral de verschillen in het aantal jaren zorggebruik zijn belangrijk omdat een eigen bijdrage, ook als die per jaar relatief laag is, behoorlijk kan oplopen voor wie meerdere jaren zorg gebruikt. Hoewel er veel aandacht is voor de opeenstapeling van eigen betalingen in de zorg op jaarbasis (zie bijvoorbeeld Rijksoverheid (2018)), is de opeenstapeling over meerdere jaren tot nu toe vrijwel volledig buiten beeld gebleven.⁴

In deel 2 analyseren we de verandering in de verdeling van zorggebruik en eigen betalingen tussen 2011 en 2016. In de tussentijdse jaren is de financiering en organisatie van de ouderenzorg gewijzigd. Deze analyse laat zien hoe die veranderingen voor verschillende inkomensgroepen hebben uitgespeeld.

In deel 3 zoomen we in op één specifieke beleidsverandering; de introductie van de vermogensbijtelling in 2013. Deze hervorming heeft de grootste invloed gehad op de verdeling van de eigen betalingen over de verschillende inkomensgroepen. Onze analyse laat indirect ook zien wie er van de verlaging van de vermogensinkomensbijtelling in 2019 profiteren.

Voor deze analyses gebruiken we gegevens op individueel niveau over het gebruik van thuiszorg en zorg in verzorgings- en verpleeghuizen (vanaf hier: verpleeghuiszorg) voor de hele Nederlandse bevolking voor de jaren 2011–2016 en de eigen bijdrage voor Wmo-maatwerk, AWBZ- en Wlz-gefinancierde zorg die door het Centraal Administratie Kantoor gefactureerd werd. We koppelen deze gegevens aan informatie over de leeftijd, overlijdensdatum en doodsoorzaak en aan het huishoudensinkomen en -vermogen van de zorggebruiker (zie bijlage 1 voor een gedetailleerde dataverantwoording). Aangezien ieder jaar slechts een deel van de ouderen gebruikmaakt van ouderenzorg en dus een eigen bijdrage betaalt, doen we de analyses grotendeels voor twee subpopulaties: 1) de gebruikers van ouderenzorg en 2) degenen die overlijden.

4 Een uitzondering is het werk van Hussem et al. (2017) en Wouterse et al. (2019), dat laat zien dat er behoorlijk wat variatie is in de ouderenzorguitgaven, dat de stapeling van eigen bijdragen over tijd behoorlijke consequenties heeft en dat een groot deel van de ouderen niet voldoende financiële middelen heeft om een groot deel van de gebruikte ouderenzorg zelf te betalen.

Box 1: Eigen bijdrage

Voor zorg gefinancierd via de AWBZ, Wlz en Wmo is een eigen bijdrage verschuldigd, voor wijkverpleging (gefinancierd via de Zvw) niet. In alle gevallen wordt de eigen bijdrage per periode van vier weken berekend en ontvingen alle gebruikers tot en met 2014 een korting op de eigen bijdrage in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg).

AWBZ (zorg met verblijf) en Wlz

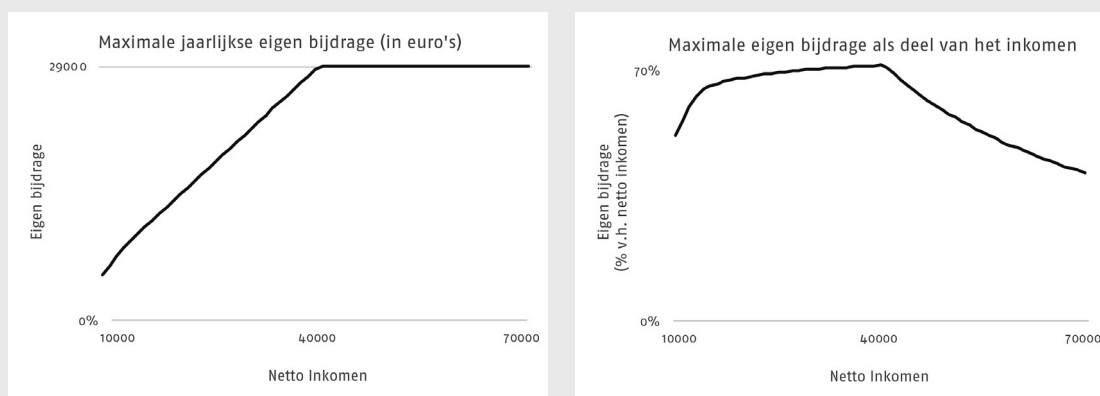
De eigen bijdrage voor zorg met verblijf die in natura wordt geleverd, heeft twee reguliere tarieven: een hoog en een laag tarief. Het lage tarief wordt gerekend als de zorg thuis geleverd wordt, als iemand een thuiswonende partner heeft of korter dan vier maanden in een verpleeghuis woont. Daarnaast gelden voor zorggebruikers met een PGB of MPT (modulair pakket thuis) aparte lagere tarieven.

De hoogte van zowel de hoge als de lage eigen bijdrage hangt verder af van kenmerken van de gebruiker: inkomen, vermogen, leeftijd en huishoudenssamenstelling. Het verband tussen eigen bijdrage en inkomen is positief maar non-lineair en slechts deels progressief, ook binnen groepen gebruikers met dezelfde kenmerken en hetzelfde type zorg: de maximale eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg als percentage van het inkomen is ongeveer 30 procent voor ouderen met de laagste inkomens en het hoogst voor ouderen met een inkomen van 40.000 euro (72%). Daarna neemt die af; de maximale eigen bijdrage is gemaximeerd (figuur 1). Tot slot is de eigen bijdrage nooit hoger dan de zorguitgaven.

AWBZ (thuiszorg) en Wmo

Voor thuiszorg die gefinancierd werd via de AWBZ (tot 2015) en de Wmo (tot 2019) werd de eigen bijdrage berekend aan de hand van 1) een vast uurtarief, 2) een minimum eigen bijdrage en 3) een maximum eigen bijdrage. Dat maximum was een functie van inkomen, vermogen, leeftijd en huishoudenssamenstelling van de gebruiker. Gemeenten konden er tot 2019 voor kiezen om de eigen bijdrage met deze drie parameters naar beneden bij te stellen voor alle of een deel van de Wmo-gebruikers, maar deden dat vrijwel nooit (van Eijkel et al. 2018). Sinds 2019 geldt binnen de Wmo een zogenaamd abonnementstarief: alle gebruikers betalen hetzelfde bedrag per maand, ongeacht hun inkomen of de hoeveelheid zorg die ze gebruiken. Dit tarief is maximaal 17,50 per vier weken.

Figuur 1: de maximale eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg in euro's (boven) en als percentage van het inkomen (onder) naar inkomen



Noot: maximale eigen bijdrage voor 65-plusser zonder partner(en zonder vermogen) na een opname van vier maanden (eigen bijdrage hoog). Op basis van de rekenregels voor 2020.

2. Ouderen met een laag inkomen zijn groter deel kwijt aan eigen bijdrage

Ongeveer 6 procent van de ouderen gebruikte in 2016 verpleeghuiszorg. De mediane eigen bijdrage die daarvoor betaald werd, bedroeg 5.508 euro (tabel 1). In 2016 maakte 18 procent van de ouderen gebruik van thuiszorg, meer dan de helft van hen (10,6% van de bevolking) gebruikte Wmo-gefinancierde thuiszorg waarvoor een eigen bijdrage moet worden betaald. De uitgaven aan Wmo-gefinancierde thuiszorg zijn veel lager dan de uitgaven aan verpleeghuiszorg. Datzelfde geldt voor de mediane eigen bijdrage voor deze zorg: 267 euro. Het mediane percentage van het besteedbaar inkomen per persoon dat besteed werd aan de eigen bijdrage was 33 procent voor verpleeghuisbewoners en 2 procent voor gebruikers van Wmo-gefinancierde thuiszorg. Naast de verschillen *tussen* thuiszorggebruikers en verpleeghuisbewoners zijn er grote verschillen *binnen* die twee groepen. Vooral in het verpleeghuis kan de eigen bijdrage flink oplopen: de mediane verpleeghuisbewoner die heel 2016 opgenomen was, betaalde bijvoorbeeld 9.128 euro.

Tabel 1: Gebruik en eigen bijdragen ouderenzorg

	2011	2016
Verpleeghuiszorg		
– Aantal gebruikers in 1.000 ^a		
Alle gebruikers	239	192
Permanente bewoners ^b	108	96
– Gemiddelde uitgaven in euro		
Zorg in natura	29.890	43.905
Permanente bewoners ^b	45.886	58.504
– Mediane eigen bijdrage in euro (% van besteedbaar inkomen)		
Alle gebruikers	5.555 (39%) ^d	5.508 (33%)
Permanente bewoners ^b	7.635 (56%)	9.128 (62%)
Thuiszorg^c		
Aantal gebruikers in 1.000	562	592
Aantal dat eigen bijdrage voor Wmo-zorg betaalt in 1.000		334
Mediane eigen bijdrage in euro (% van besteedbaar inkomen)	185 (1%) ^d	267 (2%)

- a Gebruikers van verpleeghuiszorg zijn gebruikers van zorg in natura, inclusief Volledig Pakket Thuis en Modulair Pakket Thuis.
- b Permanente bewoners gebruiken het hele jaar verpleeghuiszorg.
- c 2011: cijfers voor alle AWBZ- en Wmo-gefinancierde thuiszorg samen (AWBZ alleen zorg in natura); 2016: cijfers voor alle Zvw- en Wmo-gefinancierde thuiszorg samen, behalve voor de eigen bijdrage: die is alleen voor zorg gefinancierd via een Wmo-maatwerkregeling; voor Zvw-gefinancierde wijkverpleging is geen eigen bijdrage verschuldigd.
- d Gegevens over eigen bijdragen 2011 ontbreken voor personen die overleden zijn in dat jaar. Dit cijfer is daarom niet direct vergelijkbaar met het cijfer uit 2016.

Met uitzondering van de armste 20 procent – die gemiddeld de laagste eigen bijdrage betaalt – is de eigen bijdrage gemiddeld lager voor ouderen met een hoger inkomen (tabel 2). Dat is opvallend, aangezien voor zowel thuiszorg als verpleeghuiszorg geldt dat de eigen bijdrage van gebruikers gemiddeld hoger is voor ouderen met een hoog inkomen. Dat er desondanks een negatieve relatie is tussen de totaal betaalde eigen bijdrage en het inkomen komt doordat armere ouderen meer ouderenzorg gebruiken dan rijkere ouderen. Er zijn grote verschillen in hoe lang, hoe vaak en welk type ouderenzorg iemand nodig heeft. Op die manier spelen verschillen in gezondheid die deze verschillen in zorgvraag veroorzaken indirect een rol (box 2). Het zorggebruik is zo sterk negatief gecorreleerd met inkomen, dat dit de gedeeltelijke progressiviteit van de eigen bijdrage dus teniet doet.

De kans op zorggebruik verschilt behoorlijk tussen inkomensgroepen: de armste 20 procent ouderen gebruikt gebruikt bijna 1,7 keer (3 procentpunt) vaker verpleeghuiszorg dan de rijkste 20 procent ouderen en 2,5 keer (6 procentpunt) vaker Wmo-gefinancierde thuiszorg. Met name het hogere gebruik van verpleeghuiszorg heeft

Tabel 2: Eigen bijdrage voor ouderenzorg in 2016, naar inkomen

	Inkomenskwintiel ¹				
	1 (20% met laagste inkomen)	2	3	4	5 (20% met hoogste inkomen)
Totaal					
Gemiddelde eigen bijdrage (% van besteedbaar inkomen)	402 (3%)	607 (4%)	528 (3%)	477 (2%)	465 (1%)
Wmo-thuiszorg (maatwerkregeling)					
Aantal (in 1.000)	66	71	100	59	26
Gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker (% van besteedbaar inkomen)	527 (5%)	517 (3%)	495 (3%)	817 (4%)	1.432 (5%)
Verpleeghuiszorg²					
Aantal (in 1.000)	44	53	44	32	25
Gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker (% van besteedbaar inkomen)	4.998 (42%)	6.498 (44%)	6.509 (37%)	7.847 (36%)	10.079 (32%)
Permanente verpleeghuisbewoners³					
Aantal (in 1.000)	21	27	19	15	11
Gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker (% van besteedbaar inkomen)	6.714 (59%)	8.922 (61%)	10.519 (59%)	12.737 (59%)	16.306 (53%)
Aantal personen (in 1.000)	632	632	632	632	632

1 Gemiddeld besteedbaar huishoudensinkomen/aantal personen in huishouden.

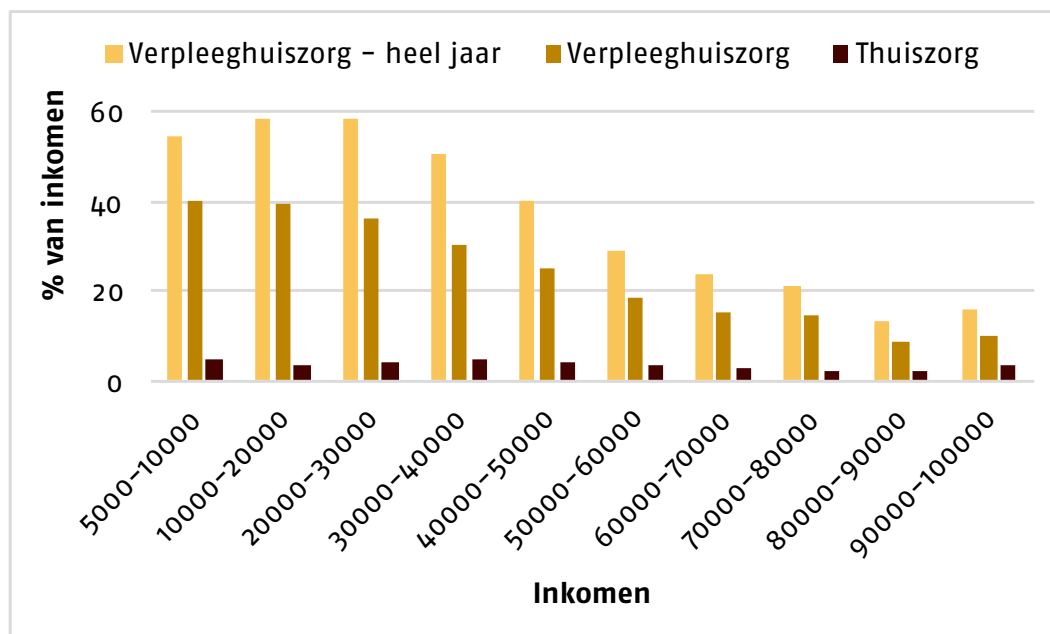
2 Gebruikers van verpleeghuiszorg zijn gebruikers van zorg in natura, inclusief Volledig Pakket Thuis en Modulair Pakket Thuis.

3 Permanente bewoners gebruiken het hele jaar Wlz-zorg.

een groot effect op het verschil in de gemiddeld te betalen eigen bijdrage tussen inkomensgroepen, aangezien de eigen bijdrage voor dat type zorg relatief hoog is. Verpleeghuisbewoners met een laag inkomen wonen daar gemiddeld ook langer: het aandeel permanente verpleeghuisbewoners is bijna dubbel zo hoog onder de armste 20 procent dan onder de rijkste 20 procent.

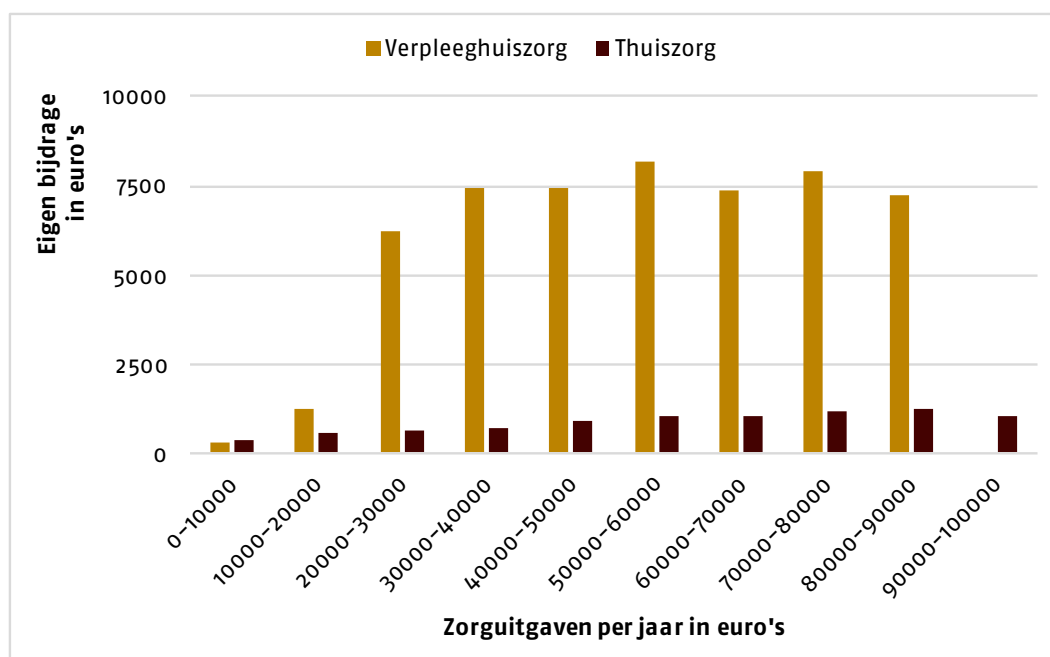
Voor rijke en arme ouderen met hetzelfde zorggebruik is de eigen bijdrage in absolute zin hoger voor de eerste groep. Armere ouderen betalen echter een groter percentage van het besteedbaar inkomen aan eigen bijdragen. Figuur 2 toont deze percentages voor 1) alle thuiszorggebruikers, 2) alle verpleeghuisbewoners en 3) de subpopulatie van verpleeghuisbewoners die het hele jaar waren opgenomen. Uit figuur 2 blijkt bovendien dat de eigen bijdrage voor thuiszorg een stuk lager is dan voor verpleeghuiszorg. Dat komt grotendeels doordat de thuiszorguitgaven lager zijn en doordat de eigen bijdrage voor thuiszorg bij gelijke uitgaven gemiddeld lager is dan voor verpleeghuiszorg. Figuur 3 laat zien dat, bij gelijke uitgaven aan verpleeghuiszorg en thuiszorg, de eigen bijdrage in 2011 voor thuiszorg lager is dan voor verpleeghuiszorg. Voor 2016 ontbreken de gegevens om deze grafiek te kunnen maken, maar door de Hervorming Langdurige Zorg in 2015 is de verhouding tussen eigen bijdragen voor thuiszorg en eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg nog schever geworden.

Figuur 2: Relatie tussen inkomen en het percentage besteed aan eigen bijdrage in 2016



Noot: eigen bijdrage is conditioneel op gebruik van ouderenzorg. Gebruikers van verpleeghuiszorg zijn gebruikers van zorg in natura, inclusief Volledig Pakket Thuis en Modulair Pakket Thuis; gebruikers van thuiszorg zijn gebruikers van via Wmo-maatwerkregelingen gefinancierde thuiszorg.

Figuur 3: Relatie tussen ouderenzorguitgaven en eigen bijdrage voor thuiszorg en zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen in 2011



Noot: Gebruikers van verpleeghuiszorg zijn gebruikers van zorg in natura. Voor gebruikers van een Volledig Pakket Thuis worden de zorguitgaven overschat, maar VPT vertegenwoordigt in 2011 slechts 0,7 procent van het totaal geleverde volume (Non et al. 2015). De vertekening van de gepresenteerde populatiegemiddelden is dus zeer beperkt. Gebruikers van thuiszorg zijn gebruikers van zorg in natura. Voor een deel van de gebruikers, waaronder alle gebruikers die zijn overleden, zijn de zorguitgaven of de eigen bijdrage onbekend. Deze gebruikers zijn niet meegenomen in de analyse.

De jaarlijkse eigen bijdragen geven maar een beperkt inzicht in het risico op hoge kosten dat ouderen vanwege de eigen betalingen lopen. De kosten lopen namelijk vooral op wanneer iemand meerdere jaren achter elkaar moet betalen. Om de stapeling van betalingen over meerdere jaren in beeld te brengen, onderzoeken we het zorggebruik en de uitgaven aan eigen bijdragen in de periode 2011–2016 voor alle 65-plussers die in 2016 zijn overleden. Deze longitudinale analyse geeft een goed beeld van wat ouderen in totaal kwijt zijn aan ouderenzorg; de meeste ouderenzorg wordt immers gebruikt aan het einde van het leven.

Van alle ouderen die in 2016 zijn overleden heeft 41 procent op enig moment in de laatste jaren gebruikgemaakt van verpleeghuiszorg (inclusief MPT); 8 procent van de groep woonde de laatste jaren continu in een verpleeghuis (tabel 3). Gemiddeld betalen mensen die de laatste vijf jaar van hun leven continu in een verpleeghuis wonen in totaal bijna 55 duizend euro aan eigen bijdragen. Binnen deze groep intensieve zorggebruikers bestaat een grote spreiding wat betreft gestapelde eigen bijdragen: de 10 procent met de hoogste eigen bijdragen betaalt gemiddeld meer

Tabel 3: Ouderenzorggebruik in laatste vijf levensjaren voor 65-plussers die overleden in 2016

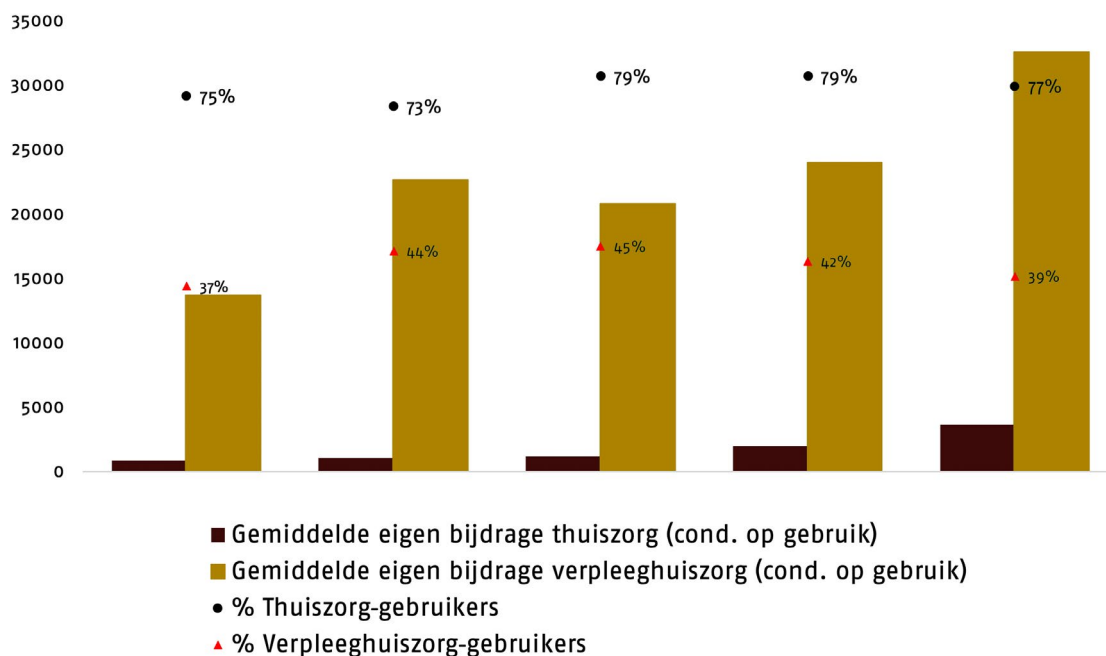
Thuiszorg/ wijkverpleging¹	Gemiddelde eigen bijdrage ² per gebruiker Aantal personen in 1.000 (% van overledenen)	1.758 98 (77%)
Verpleeghuiszorg³	Gemiddelde eigen bijdrage ⁴ per gebruiker Aantal personen in 1.000 (% van overledenen)	22.745 52 (41%)
Permanente verpleeg- huisbewoners^{3,5}	Gemiddelde eigen bijdrage Aantal permante verpleeghuisbewoners in 1.000 (% van overledenen)	54.345 9 (8%)
Totaal	Aantal personen enige ouderenzorg in 1.000 (% van overledenen) Aantal personen in 1.000	110 (87%) 127

- 1 Met thuiszorggebruikers worden zowel gebruikers van Zvw-, AWBZ- als Wmo-gefinancierde thuiszorg bedoeld.
- 2 Eigen bijdrage voor AWBZ en Wmo-maatwerk. Voor wijkverpleging via de Zvw is sinds 2015 geen eigen bijdrage meer verschuldigd.
- 3 Verpleeghuiszorggebruikers zijn gebruikers van zorg in natura, inclusief Volledig Pakket Thuis en Modulair Pakket Thuis.
- 4 De eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg in 2014 ontbreken in administratieve data en zijn per individu geïmputeerd op basis van het aantal dagen verpleeghuiszorg in 2014 en de (individuele) gemiddelde eigen bijdrage per verpleeghuisdag in 2013 en 2015.
- 5 Permanente bewoners gebruiken vijf volledige kalenderjaren verpleeghuiszorg.

dan 90.000 euro mee (Appendix tabel A2). Daarentegen maakt een klein deel van de ouderen (zo'n 13%) in hun laatste levensjaren helemaal geen gebruik van ouderenzorg.

Het verschil in eigen bijdragen tussen arm en rijk bestaat ook als we de bijdragen in de laatste jaren voor overlijden optellen (figuur 4). Van de ouderen die in 2016 zijn overleden en een deel van hun laatste levensjaren in een verpleeghuis hebben gewoond, betaalde de 20 procent met het hoogste inkomen in absolute zin de hoogste totale eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg (32.588 euro). Als percentage van hun inkomen betalen zij echter de laagste bijdrage, namelijk ongeveer 1,2 keer één jaarinkomen aan eigen bijdragen. Voor degenen die gebruikmaken van verpleeghuiszorg in de andere kwintielen bedragen de eigen bijdragen 1,2 tot 1,6 keer één jaarinkomen. Hoewel de verschillen in kans op verpleeghuisopname beperkt zijn als we de inkomenskwintielen vergelijken, gebruiken ouderen met een lager inkomen langer verpleeghuiszorg dan ouderen met een hoog inkomen. Het verschil in het gebruik van thuiszorg tussen arm en rijk is beperkt: het aandeel individuen dat op enig moment in de laatste jaren voor overlijden gebruikmaakt van thuiszorg varieert van 73 tot 79 procent. Ouderen met een laag inkomen betalen gemiddeld een fors

Figuur 4: Gebruik van en gemiddelde eigen bijdrage voor thuiszorg en verpleeghuiszorg in de laatste vijf levensjaren voor personen overleden in 2016, naar inkomenskwintiel



Noot: Verpleeghuiszorggebruikers zijn gebruikers van zorg in natura, inclusief Volledig Pakket Thuis en Modulair Pakket Thuis. Gemiddelde eigen bijdragen zijn conditioneel op zorggebruik. De eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg in 2014 ontbreken in administratieve data en zijn per individu geïmputeerd op basis van het aantal dagen verpleeghuiszorg in 2014 en de (individuele) gemiddelde eigen bijdrage per verpleeghuisdag in 2013 en 2015. Met thuiszorggebruikers worden zowel gebruikers van Zvw-, AWBZ- als Wmo-gefinancierde thuiszorg bedoeld. Dit geldt niet voor de eigen bijdrage: die is alleen voor zorg gefinancierd via een Wmo-maatwerkregeling; voor Zvw-gefinancierde wijkverpleging is geen eigen bijdrage verschuldigd.

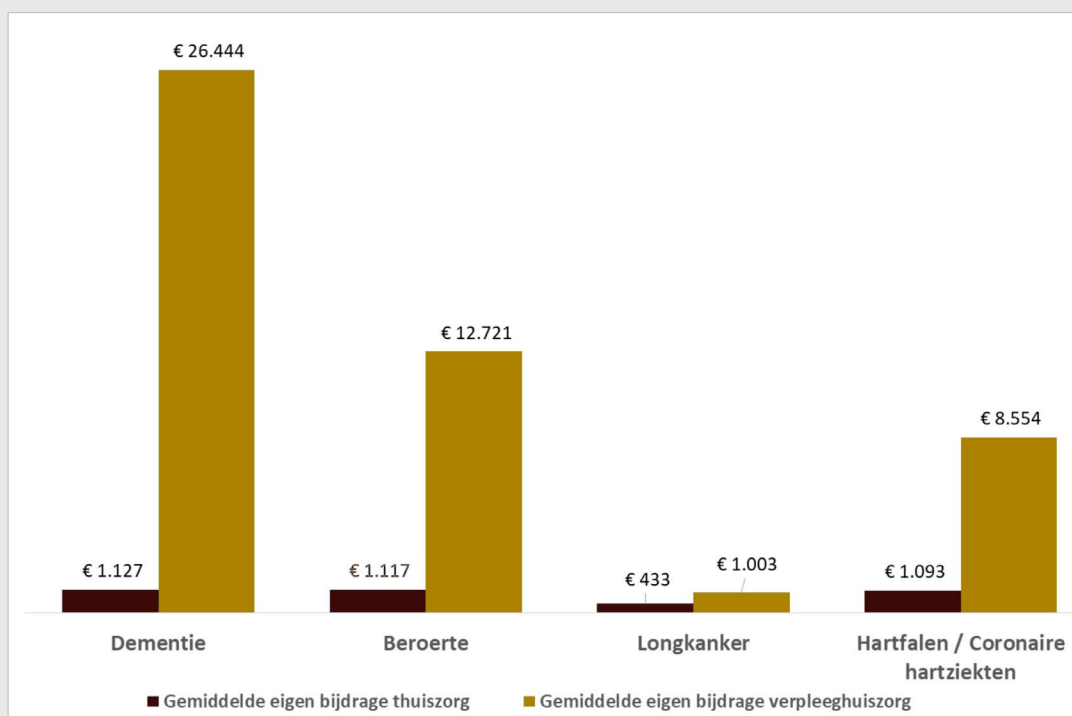
lagere eigen bijdrage voor thuiszorg (880 euro in 5 jaar) dan ouderen met een hoog inkomen (3.649 euro) (figuur 4).

Box 2: Eigen bijdrage verschilt sterk naar doodsoorzaak

Zorggebruik – en daarmee de eigen bijdrage – is sterk gerelateerd aan de aandoening waaraan een persoon overlijdt. Tabel A3 in de Appendix toont het zorggebruik van individuen die zijn overleden aan een van de vier meest voorkomende doodsoorzaken onder 65-plussers (RIVM 2017).^{*} Deze vier patiëntengroepen verschillen sterk van elkaar: mensen die overlijden aan longkanker overlijden bijvoorbeeld gemiddeld negen jaar eerder dan mensen met dementie als doodsoorzaak. Ook wat betreft zorggebruik zijn er grote verschillen zichtbaar. Zo woont nagenoeg iedere dementiepatiënt in de laatste levensjaren in een verpleeghuis (94%), terwijl dit onder de mensen die zijn overleden aan longkanker maar een fractie betreft (9%). Het aandeel verpleeghuisbewoners onder de mensen die zijn overleden aan een beroerte of hartproblemen zit hier met 55 procent en 39 procent tussenin.

De verhouding tussen uitgaven aan curatieve en ouderenzorg verschilt ook tussen doodsoorzaken. Voor mensen die overlijden aan dementie bedragen de kosten aan curatieve zorg ongeveer 9 procent van de totale uitgaven aan curatieve zorg en ouderenzorg (onconditioneel op gebruik). Voor beroerten en hartziekten beslaan de uitgaven aan curatieve zorg respectievelijk 27 procent en 39 procent van de totale gemiddelde zorguitgaven in de laatste levensjaren. Voor mensen die overlijden aan longkanker is dat 77 procent; alleen voor die groep zijn de uitgaven aan curatieve zorg dus gemiddeld hoger dan de uitgaven aan ouderenzorg.

Figuur 5: Gemiddelde eigen bijdragen in de laatste vijf levensjaren aan thuiszorg en verpleeghuiszorg naar doodsoorzaak



Noot: Gemiddelde eigen bijdragen zijn niet conditioneel op zorggebruik. De eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg in 2014 ontbreken in administratieve data en zijn per individu geïmputeerd op basis van het aantal dagen verpleeghuiszorg in 2014 en de (individuele) gemiddelde eigen bijdrage per verpleeghuisdag in 2013 en 2015.

Deze verschillen in zorggebruik vertalen zich naar verschillen in eigen bijdragen voor ouderenzorg (figuur 5). Wat betreft eigen bijdragen aan thuiszorg zijn deze verschillen beperkt tot gemiddeld enkele honderden euro's, maar voor de eigen bijdragen aan verpleeghuiszorg zijn de verschillen groter. Gemiddeld gebruikt iemand die aan dementie overlijdt zóveel meer ouderenzorg, dat hij zo'n 13.000 tot 18.000 euro meer betaalt aan eigen bijdragen dan iemand die overlijdt aan een beroerte of hartproblemen en 25.000 euro meer dan iemand die aan longkanker overlijdt.

- * Hartfalen en hartziekten zijn samengevoegd, omdat beide ziekten op latere leeftijd vaak met elkaar samenhangen waardoor overlijden aan hartfalen vaak wordt toegewezen aan een andere diagnose (bijvoorbeeld een hartstilstand) (RIVM 2012).

3. De kans op een hoge eigen bijdrage is veranderd sinds 2011

De verdeling van de eigen bijdrage is in de periode 2011–2016 veranderd door beleidswijzigingen en trends in gebruik en gezondheid. De belangrijkste oorzaak voor die verandering is een duidelijke afname in het aandeel ouderen dat naar een verpleeghuis verhuist. In 2011 woonde 8,4 procent van de ouderen in een instelling, in 2016 ongeveer 6 procent (tabel 1). Die trend is ook zichtbaar onder overledenen: waar in 2011 nog 52 procent van de groep op enig moment in de laatste vijf jaren in een verpleeghuis woonde, was dit in 2016 nog maar 41 procent. Onder permanente verpleeghuisbewoners is de mediane eigen bijdrage in de tussentijd gestegen: van ongeveer 7.600 euro naar 9.200 euro. Mogelijke verklaringen voor die stijging zijn het wegvallen van de korting in het kader van de Wtcg (CBS 2018) en de invoering van de vermogensinkomensbijtelling.⁵

De trend in thuiszorggebruik is tegenovergesteld aan de trend voor verpleeghuiszorg: het aandeel ouderen dat van thuiszorg gebruik maakt is licht gestegen van 17,5 procent naar 18,1 procent (tabel 1). De mediane eigen bijdrage van gebruikers die een eigen bijdrage betaalden, steeg ook: van 185 naar 267 euro. Deze stijging heeft, naast de vervallen Wtcg-korting, een aantal andere mogelijke oorzaken.⁶ De eerste mogelijke oorzaak voor de toename is dat ouderen een verpleeghuisopname langer uitstellen dan voorheen en dat deze groep relatief veel thuiszorg nodig heeft. Aangezien de eigen bijdrage tot 2019 afhangt van de hoeveelheid gebruikte zorg, leidt een stijging in gebruik waarschijnlijk tot een stijging in de eigen bijdrage. Er zijn geen data beschikbaar over het gebruik van Wmo-zorg om deze mogelijke oorzaak te onderzoeken (CBS 2016). De tweede mogelijke oorzaak is dat sinds de Hervorming Langdurige Zorg gebruikers van wijkverpleging (26% van de thuiszorguitgaven in 2015 – Non et al. 2015) geen eigen bijdrage meer betalen; alleen gebruikers van thuiszorg die via een Wmo-maatwerkregeling georganiseerd wordt betalen nog een eigen bijdrage.

5 Tegelijkertijd hebben twee andere trends mogelijk een verlagend effect gehad, namelijk 1) de toename van het aantal ouderen dat voor een VPT, MPT of PGB – en de bijbehorende lagere eigen bijdrage – kiest, in plaats van voor zorg in natura in een instelling en 2) een in absolute aantallen sterkere afname van het aantal verpleeghuisbewoners onder ouderen met een laag inkomen dan onder ouderen met een hoog inkomen.

6 Naast de hieronder genoemde oorzaken beïnvloedt ook de deels ontbrekende data voor 2011 de resultaten. Zo ontbreken bijvoorbeeld de gegevens over eigen bijdragen voor mensen die in 2011 overleden. Deze groep gebruikers had naar verwachting een relatief lage eigen bijdrage want ze gebruikten alleen zorg in de maanden dat ze in leven waren. De werkelijke mediane eigen bijdrage was dus in 2011 lager dan de hier gerapporteerde mediaan (185 euro) en het verschil tussen 2016 en 2011 was dus in werkelijkheid groter dan het hier gerapporteerde verschil.

Mogelijk gebruikt de subpopulatie van Wmo-thuiszorggebruikers relatief lang thuiszorg en betalen ze daarom een hogere eigen bijdrage; een deel van de ouderen gebruikt wijkverpleging maar voor een korte tijd, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname. Voor die groep was de eigen bijdrage in 2011 om die reden ook laag.

4. De Vermogensinkomensbijtelling had een groot effect, maar alleen voor vermogende verpleeghuisbewoners

In 2013 werd de Vermogensinkomensbijtelling geïntroduceerd. De eigen bijdrage ins de AWBZ was, net zoals die voor de WLZ nu, gemaximeerd. Dit maximum hing tot 2013 af van het verzamelinkomen.⁷ Vanaf 2013 werd om dit maximum te bepalen 8 procent van het vermogen in Box 3 (minus een bepaald bedrag) bij het verzamelinkomen opgeteld. Voor de meeste ouderen met een vermogen van meer dan ongeveer 40.000 euro betekende deze wijziging dat de maximale eigen bijdrage steeg⁸ en dat, als ze zo veel zorg gebruiken dat het maximum relevant is, de te betalen eigen bijdrage omhoog ging.

Deze verhoging had een groot effect op de eigen bijdrage, met name voor het deel van de ouderenzorggebruikers met een hoog vermogen en een laag of gemiddeld inkomen – en binnen die groep voor de permanente verpleeghuisbewoners – voor wie het maximum relevant is. Voor de groep met een laag inkomen (inkomenskwintiel 1) en een groot vermogen (vermogenskwintiel 5) steeg de gemiddelde eigen bijdrage bijvoorbeeld met 2.317 euro van 6.883 euro naar 9.200 euro (Tabel 4). Voor verpleeghuisbewoners met een lager vermogen had de stijging een kleiner effect. Voor thuiszorggebruikers was de verhoging – ongeacht hun vermogen – in absolute zin een stuk minder groot (Appendix tabel A6). De stijging voor thuiszorggebruikers is het hoogst voor de groep met een groot vermogen maar een gemiddeld besteedbaar inkomen: 390 euro per jaar (van 602 naar 992 euro, ofwel 65%).

Uit de tijdstrends over gebruik per inkomens- en vermogensgroep blijkt niet dat de introductie van de vermogensbijtelling ook tot minder zorggebruik heeft geleid voor de groepen die meer zijn gaan betalen. We zouden een sterkere afname verwachten van het aantal verpleeghuisopnamen binnen de inkomens- en vermogensgroepen waarvoor de stijging in eigen bijdrage het grootst was. De instroom nam echter vrijwel in gelijke mate af voor alle inkomens- en vermogensgroepen – en hing dus niet samen met de verhoging van de vermogensinkomensbijtelling (Appendix tabel A7). Die daling is waarschijnlijk het gevolg van de introductie van de trend om

7 In het verzamelinkomen wordt al inkomen uit vermogen (4% van de grondslag sparen en beleggen) meegeteld.

8 De maximale eigen bijdrage was per periode van vier weken nooit hoger dan 797,80 euro (thuiszorg) of 2.189 euro (verpleeghuiszorg) in 2013. Als het verzamelinkomen al zo hoog was dat het maximum alleen al op basis van het inkomen bereikt werd, steeg de maximale eigen bijdrage dus niet nog verder.

verpleeghuisopnamen uit te stellen – die in 2013 nog versterkt werd door het niet langer indiceren van zorgzwaartepakketten Verpleging & Verzorging 1 en 2.⁹

Tabel 4: Permanente verpleeghuisbewoners – verandering in gemiddelde eigen bijdragen in euro tussen 2012 en 2013 naar inkomen en vermogensgroepen

Inkomen	Vermogen (Box 3)				
	Kwintiel 1 (laagste 20%)	Kwintiel 2	Kwintiel 3	Kwintiel 4	Kwintiel 5 (hoogste 20%)
Kwintiel 1 (laagste 20%)	78	97	290	710	2.317
Kwintiel 2	156	133	256	1.872	3.493
Kwintiel 3	233	103	447	2.144	4.552
Kwintiel 4	467	182	780	2.655	3.947
Kwintiel 5 (hoogste 20%)	530	592	1.214	2.444	2.437

Noot: de kwintielen zijn op basis van één kenmerk gecreëerd. De combinaties zoals weinig vermogen/veel inkomen en veel vermogen/weinig inkomen komen minder vaak voor; de 25 cellen op basis van de indeling in vermogens en inkomenskwintielen bevatten dus niet allemaal evenveel observaties. De populatie in de vier grijs gearceerde cellen samen vormt bijvoorbeeld slechts 53 procent van de personen in vermogenskwintiel 5 en daarmee 11 procent van de totale bevolking.

9 In deze analyse houden we geen rekening met geobserveerde en ongeobserveerde kenmerken van gebruikers en met de mogelijkheid dat sommige ouderen helemaal geen ouderenzorg gebruiken vanwege de hoge eigen bijdrage. Vervolgonderzoek naar het gedragseffect van de invoering van de vermogensinkomensbijtelling dat gebruikmaakt van een 'natuurlijk experiment' biedt hier mogelijk meer inzicht in.

5. Conclusie

De eigen bijdragen voor zorg hebben de afgelopen jaren veel aandacht gekregen en de eigen bijdragen voor ouderenzorg zijn flink gewijzigd. Welke financiële risico's ouderen aan het eind van hun leven lopen, is mede door die veranderingen en door de complexe vormgeving van de eigen bijdrage niet duidelijk. Om inzicht te krijgen in de omvang van die risico's hebben we in dit artikel de verdeling van de eigen betalingen en de recente veranderingen daarin besproken. Daaruit volgen vier hoofdconclusies.

De eerste conclusie is dat er is veel variatie in de eigen bijdrage die ouderen betalen. Kijken we niet naar één kalenderjaar, maar naar de laatste vijf jaar van het leven, dan blijven die verschillen bestaan. Ze komen in de eerste plaats voort uit het feit dat niet alle ouderen dezelfde gezondheidsproblemen hebben en daardoor ook niet dezelfde zorg nodig hebben; 59 procent van de ouderen maakt bijvoorbeeld helemaal geen gebruik van verpleeghuiszorg in de laatste vijf jaar van het leven, terwijl 8 procent de laatste vijf kalenderjaren van het leven permanent in een verpleeghuis woont.

Ten tweede is de eigen betaling per gebruikte euro zorg voor thuiszorg veel lager dan voor verpleeghuiszorg. Met andere woorden: voor dezelfde hoeveelheid zorg (in euro's) betaal je thuis een stuk minder zelf dan in het verpleeghuis. Het is niet duidelijk in hoeverre dat vanuit maatschappelijk perspectief wenselijk is. Aan de ene kant stimuleert de relatief hoge eigen bijdrage in het verpleeghuis ouderen mogelijk om langer thuis te wonen en hebben verpleeghuisbewoners vanwege hun beperkingen vaak weinig andere bestedingsmogelijkheden, waardoor het wellicht minder erg is als ze meer aan zorg moeten betalen. Bovendien neemt het verpleeghuis ook een deel van de kosten van het levensonderhoud over. Aan de andere kant is een eigen bijdrage als financiële prikkel om alleen echt noodzakelijke zorg te gebruiken voor thuiszorg misschien wel effectiever dan voor verpleeghuiszorg. Thuiszorg komt voor een deel in de plaats van zorg die mensen ook van mantelzorgers kunnen ontvangen of zelf kunnen financieren; voor verpleeghuiszorg geldt dat in veel mindere mate. En wie eenmaal in een verpleeghuis woont, heeft bovendien vaak geen mogelijkheden om zijn zorggebruik te sturen, maar blijft toch de hoge eigen bijdrage betalen.

Omdat de eigen betalingen in de verpleeghuiszorg zoveel hoger zijn dan in de thuiszorg, leveren die ook het grootste financiële risico voor ouderen op. Dit betekent dat het verdwijnen van de eigen betalingen voor de wijkverpleging met de overheveling van deze zorg naar de Zvw maar een klein effect heeft gehad op dat risico. Hetzelfde geldt waarschijnlijk voor het in 2019 ingevoerde abonnementstarief voor

de Wmo (17,50 per vier weken, 227,50 per jaar). In 2016 lag de mediane eigen bijdrage ook vlak boven dat bedrag: de mediane gebruiker van Wmo-zorg waarvoor een eigen bijdrage werd gevraagd merkte dus mogelijk niet veel van deze verandering. Deze maatregel draagt waarschijnlijk dan ook slechts zeer beperkt bij aan het voorkomen van de stapeling van zorgkosten (Rijksoverheid 2018).

De derde conclusie is dat zorggebruikers met een laag inkomen vaker een groot deel van hun inkomen aan de eigen bijdrage kwijt zijn dan gebruikers met een hoog inkomen: die eerste groep betaalt in de laatste vijf jaren voor overlijden een groter deel van hun inkomen aan verpleeghuiszorg. De mediane verpleeghuisbewoner in het tweede inkomenskwaartil betaalt in totaal zelfs in absolute zin het allermeest (17.026 euro ten opzichte van 13.254 voor de rijkste 20%), ondanks dat de hoogte van de eigen bijdrage afhankelijk is van het inkomen en vermogen van de gebruiker. Dit komt vooral doordat ouderen met een laag inkomen langer in een verpleeghuis wonen. Zij hebben mogelijk meer beperkingen in de laatste levensjaren en minder mogelijkheden om, bij vergelijkbare gebreken, een verpleeghuisopname uit te stellen (Tenand et al. 2020) en op die manier een hoge eigen bijdrage te vermijden. Een aanpasbare woning helpt bijvoorbeeld om een verpleeghuisopname uit te stellen en rijke ouderen hebben vaker een woning die aanpasbaar is (Diepstraten et al. 2020). Daarnaast kiezen ouderen met een hoog inkomen vaker voor het Volledig Pakket Thuis, waarvoor, als het gebruik langer duurt dan vier maanden, een lagere eigen bijdrage gerekend wordt dan voor een verpleeghuisopname (Hussem et al. 2019). Door deze verschillen hebben maatregelen die het langer thuis wonen bevorderen door thuiszorg voor de gebruiker goedkoper te maken dan verpleeghuiszorg als neveneffect dat ouderen met een hoog inkomen relatief goedkoop hun zorg thuis regelen, terwijl de armere ouderen met hoge kosten 'achterblijven' in het verpleeghuis. Voor ouderen met een laag inkomen pakken financiële prikkels om langer thuis te wonen dus mogelijk averechts uit en kan ander (ondersteunend) beleid nodig zijn om deze ouderen daadwerkelijk thuis te laten wonen.

De vierde conclusie is dat de invoering van de vermogensinkomensbijtelling in 2013 een groot effect had op de eigen bijdrage, maar alleen voor een kleine groep verpleeghuisbewoners met een hoog vermogen en een laag inkomen. In 2019 is de bijtelling gehalveerd opdat verpleeghuisbewoners hun vermogen minder hoeven aan te spreken. De voordelen van deze korting komen bij dezelfde kleine groep verpleeghuisbewoners met veel vermogen terecht. Mogelijk zijn er legitieme redenen om te kiezen voor een lagere vermogensbijtelling, maar deze verlaging heeft weinig effect gehad op het financiële risico van veruit de meeste ouderen. Wie daar wat aan had willen doen, had het geld dat aan de verlaging van de bijtelling is besteed beter

kunnen uitgeven aan een verlaging van de eigen betalingen van een grotere groep ouderen, bijvoorbeeld door de maximale bijdrage voor ouderen die langdurig in een verpleeghuis verblijven te verlagen.

Samen schetsen deze vier conclusies het beeld dat de eigen bijdrage voor ouderenzorg ondanks recente beleidswijzigingen voor financiële risico's zorgt, vooral vanwege de kosten die ouderen kwijt zijn als ze meerdere jaren in het verpleeghuis verblijven. Aan de ene kant zijn financiële risico's te rechtvaardigen als de eigen bijdrage bijdraagt aan een doelmatig gebruik van ouderenzorg.¹⁰ Daarnaast zijn Nederlanders vergeleken met ouderen in andere landen relatief goed beschermd tegen dit risico: in de meeste landen is de collectief gefinancierde langdurige zorg veel minder uitgebreid en moeten mensen vaak eerst hun eigen financiële middelen opmaken voordat de overheid bijspringt (Bakx et al. 2015, Muir 2017). Aan de andere kant heeft het financiële risico dat de eigen bijdrage veroorzaakt aanzienlijke welvaartsconsequenties en zijn er genoeg mogelijkheden om de risico's anders te verdelen – en mogelijk effectiever in te zetten (zie Wouterse et al. 2019).

Of de huidige inrichting van de eigen bijdragen optimaal is, is om twee redenen niet duidelijk. Ten eerste is daarvoor meer informatie nodig dan de descriptieve analyses die we in dit stuk hebben laten zien. Het is bijvoorbeeld ook belangrijk te weten of eigen betalingen in de langdurige zorg leiden tot doelmatiger gebruik van zorg. Ten tweede worden eigen bijdragen voor verschillende beleidsdoelen tegelijk ingezet: het stimuleren van doelmatigheid, betalen naar gebruik (profijtbeginsel), het eerlijk verdelen van de lasten (draagkrachtbeginsel) en het stimuleren van thuiszorg in plaats van verpleeghuiszorg (de juiste zorg op de juiste plek). In de beleidsdiscussie rond verschillende deelaspecten van de eigen betalingen lijkt soms de ene, dan weer de andere doelstelling te domineren. Daardoor ontbreekt een expliciete afweging van het effect op de verschillende doelen van de eigen betalingssystematiek als geheel. Om tot zo'n afweging te komen is inzicht in de relatie tussen inkomen, gebruik van zorg en eigen betalingen essentieel. Dit artikel is daarin de eerste stap.

10 Non (2017) beschrijft dat de invoering van de vermogensinkomensbijtelling leidde tot een afname van het gebruik van thuiszorg en dus tot een directe daling van de zorgkosten. Het is echter op basis van die gegevens niet te zeggen wat de consequenties van deze afname waren op de kwaliteit van leven en op de zorgkosten op lange termijn, en dus niet of de afname in de kosten groter was dan de afname in de baten.

Literatuur

- Alders P., Schut E. 2019. The 2015 long-term care reform: getting the incentives right? *Health Policy* 123: 312-316
- Bakx P. 2015. Financial incentives in long-term care. Erasmus University, Rotterdam
- Bakx P., Bom J., van Doorslaer E., Hussem A., Schut E., Wouterse B. 2018. Wie betaalt en zorgt voor de ouderen van morgen? Netspar Brief 14.
- CBS. 2012. Vermogensinkomensbijtelling en eigen bijdragen Zorg met verblijf 2009, Zorg zonder verblijf en Wmo 2010.
- CBS. 2016. Kwantitatief onderzoek verandering in eigen bijdrage langdurig zorggebruikers.
- CBS. 2018. Stapeling eigen bijdrage Wlz/Wmo en eigen risico.
- Diepstraten M., Douven R., Wouterse B. 2020. Can your house keep you out of a nursing home? *Health Economics* DOI: 10.1002/hec.4001
- Hussem A., Ter Rele H., Wouterse B. 2017. Inkomens en vermogensafhankelijke eigen bijdragen in de langdurige ouderenzorg een levensloopperspectief. Netspar Design Paper 87.
- Hussem A., Bakx P., Tenand M. 2019. De financiering van particuliere ouderenzorg: de rol van het Volledig Pakket Thuis en Persoonsgebonden Budget. Netspar Design Paper (under review)
- De Meijer C., Bakx P., van Doorslaer E., Koopmanschap M. 2015. Explaining declining rates of institutional LTC use in the Netherlands: a decomposition approach. *Health Economics* S18-S31.
- Muir T. 2017. Measuring social protection for long-term care. *OECD Health Working Papers*.
- Non M. 2017. Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care? *CPB Discussion paper* 363
- Non M., Van der Torre A., Mot E., Eggink E., Bakx P., Douven R. 2015. Keuzeruimte in de langdurige zorg. Centraal Planbureau/Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag
- Polder J. J., Rouwendal J., & Bockarjova M. (2017). Het is niet al goud wat er blinkt: Eigen huis, eigen vermogen en eigen bijdragen aan de langdurige zorg. (Netspar Industry Paper. Opinion Paper ; No. 70). Tilburg: NETSPAR.
- Rijksoverheid. 2017. Regeerakkoord 2017: 'Vertrouwen in de toekomst'. www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-2017-vertrouwen-in-de-toekomst
- Rijksoverheid. 2018. Kabinet neemt maatregelen om stapeling van zorgkosten tegen te gaan. www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/01/kabinet-neemt-maatregelen-om-stapeling-van-zorgkosten-tegen-te-gaan
- RIVM. 2012. Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst. www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260401006.pdf
- RIVM. 2017. Ranglijst doodsoorzaken op basis van sterfte. www.volksgezondheinzorg.info/ranglijst/ranglijst-ziekten-op-basis-van-sterfte/leeftijd#!node-top-tien-sterfte-65-plussers
- Tenand M., Bakx P., van Doorslaer E. 2020. Equal long-term care for equal needs with universal and comprehensive coverage? An assessment using Dutch administrative data. *Health Economics*: 435-451
- Wouterse B., Hussem A., Wong A. 2019. The welfare effects of co-payments in long-term care. *CPB Discussion Paper*

Bijlage 1: Dataverantwoording

Voor dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van gepseudonimiseerde gegevens op individueel niveau van het CBS. De kerndataset bestaat uit eigen bijdragen voor de periode 2011–2016, zoals door het CAK gefactureerd. Hieraan koppelen we informatie over het gebruik van AWBZ- en Wlz-gefinancierde zorg (afkomstig van het CAK), gegevens over PGB-gebruik en uitgaven aan Zvw-gefinancierde zorg (afkomstig van Vektis). Uitgaven voor AWBZ- en Wlz-gefinancierde zorg zijn berekend op basis van volumegegevens (afkomstig van CAK) die vermenigvuldigd zijn met maximumtarieven (verpleeghuiszorg) en via CBS Statline beschikbare gegevens over thuiszorgdeclaraties. Volledig Pakket Thuis (VPT) is in deze data als verpleeghuiszorg geregistreerd, wat leidt tot een overschatting van de uitgaven voor deze gebruikers, omdat het tarief voor VPT's lager is dan voor zorg in natura. Uitgaven aan huishoudelijke verzorging (beschikbaar tot en met 2014) zijn op basis van door CAK geregistreerd volume vermenigvuldigd met het gemiddelde landelijke tarief. Uitgaven aan Zvw-gefinancierde zorg zijn gebaseerd op declaratiedata van Vektis.

De registratie van zorggebruik en de eigen bijdrage van gebruikers die van een Persoonsgebonden Budget (PGB), Modulair Pakket Thuis (MPT) of VPT gebruikmaken, wisselt over de jaren. Per tabel staat in de voetnoot uitgelegd hoe hiermee is omgegaan. Daarnaast is de registratie van eigen bijdragen voor thuiszorg in de jaren 2011–2014 niet in lijn met de registratie van thuiszorg in natura. In analyses waarin slechts één van beide variabelen een rol speelt, is echter aangenomen dat de verdeling ervan op zich correct is en dat eventuele incorrecties niet correleren met andere kenmerken; in analyses waarin beiden variabelen van belang zijn, staat in de voetnoot bij de tabel de aanpak uitgelegd.

We koppelen de gegevens over eigen bijdragen ook aan informatie over doodsoorzaken en de overlijdensdatum (CBS), informatie over het geboortjaar (Basisregistratie Personen) en informatie over het besteedbaar huishoudensinkomen, vermogen en het aantal huishoudensleden (Belastingdienst). In alle analyses is inkomen gedefinieerd als het besteedbaar huishoudensinkomen gedeeld door het aantal huishoudensleden; het vermogen is niet gestandaardiseerd voor huishoudensomvang. Deze definities komen het dichtst bij de definities die het CAK gebruikt om de eigen bijdrage vast te stellen, maar zijn niet exact gelijk aan de informatie. De informatie die het CAK gebruikt is niet voor onderzoek beschikbaar. Alle kwintielindelingen zijn jaarspecifiek. Dat betekent onder meer dat de verschuivingen in het zorggebruik en de berekende eigen bijdrage tussen 2012 en 2013 mogelijk deels veroorzaakt worden door verschuivingen in de verdeling van inkomen, vermogen en zorggebruik tussen

rijk en arm. We nemen bij de interpretatie van de resultaten aan dat deze verschuivingen een verwaarloosbaar effect hebben gehad.

Alle analyses zijn uitgevoerd op een dataset waarin alle informatie over een persoon is samengevoegd in één observatie per jaar: in de beschikbare data wordt een deel van de zorgkosten per jaar geregistreerd. Zodoende kunnen niet exact de zorgkosten voor de laatste vijf levensjaren worden berekend, maar berekenen we het totale zorggebruik in de kalenderjaren 2011–2016. Voor mensen die op 1 januari 2016 overleden zijn wordt dan het totaal van de laatste vijf levensjaren aan zorg berekend. Voor mensen die op 31 december 2016 overleden zijn nemen we de laatste zes levensjaren aan zorggebruik mee.

Bijlage 2: aanvullende resultaten*Tabel A1: Ouderenzorggebruik in laatste levensjaren 2016 versus 2011*

		Overleden in	
		2011	2016
Thuiszorg/ wijkverpleging	Gemiddeld aantal jaar sinds eerste thuiszorg/ wijkverpleging	3	3
	Gemiddeld aantal jaar thuiszorg/wijkverpleging	2	2
	Uitgaven¹ – conditioneel op zorggebruik (in euro)		
	10 ^e percentiel	646	727
	Gemiddelde	22.753	24.634
	90 ^e percentiel	57.449	65.452
	Eigen bijdrage² – conditioneel op zorggebruik (in euro)		
	10 ^e percentiel	-	91
	Gemiddelde		1.758
	90 ^e percentiel		4.545
	Aantal personen thuiszorg/wijkverpleging³ (% totaal)	80.670 (71%)	97.242 (77%)
Verpleeghuis- zorg (incl. MPT en VPT)	Gemiddeld aantal jaar sinds eerste opname	2	3
	Gemiddelde leeftijd bij eerste opname	80	82
	Gemiddeld totaal aantal dagen opgenomen	742	868
	Totale uitgaven – conditioneel op zorggebruik (in euro)		
	10 ^e percentiel	2.907	6.297
	Gemiddelde	93.649	135.155
	90 ^e percentiel	238.565	317.630
	Totale eigen bijdrage⁴ – conditioneel op zorggebruik (in euro)		
	10 ^e percentiel	-	270
	Gemiddelde		22.745
90 ^e percentiel		55.596	
	Aantal personen verpleeghuiszorg (% totaal)	59.324 (52%)	52.349 (41%)
Totaal aantal mensen enige ouderenzorg	96.965 (85%)	109.692 (87%)	
Totaal aantal mensen	113.435	126.720	

- 1 Tot en met 2014: zorg in natura gefinancierd via de AWBZ en Wmo (uitgaven PGB-houders ontbreken); vanaf 2015 Zvw-gefinancierde wijkverpleging (uitgaven Wmo-zorg ontbreken).
- 2 Eigen bijdrage voor AWBZ en Wmo-maatwerk. Voor wijkverpleging via de Zvw is sinds 2015 geen eigen bijdrage meer verschuldigd.
- 3 Onder gebruikers van thuiszorg/wijkverpleging vallen zowel gebruikers van thuiszorg via de ABWZ, Wmo als Zvw.
- 4 De eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg in 2014 ontbreken in administratieve data en zijn per individu geïmputeerd op basis van het aantal dagen verpleeghuiszorg in 2014 en de (individuele) gemiddelde eigen bijdrage per verpleeghuisdag in 2013 en 2015.

Tabel A2: Ouderenzorggebruik in laatste vijf levensjaren (overleden in 2016) naar inkomen

		Inkomenskwintiel ¹				
		1 (20% met laagste inkomen)	2	3	4	5 (20% met hoogste inkomen)
Thuiszorg/ wijkverpleging	Gemiddeld aantal jaar sinds eerste thuiszorg/wijkverpleging	3	3	3	3	3
	Gemiddeld aantal jaar thuiszorg/ wijkverpleging	2	2	3	3	2
	Uitgaven² conditioneel op zorggebruik					
	10 ^e percentiel	644	701	925	812	652
	Gemiddelde	19.647	23.332	29.151	26.763	23.882
	90 ^e percentiel	51.447	62.567	76.321	70.916	62.835
	Eigen bijdrage³ conditioneel op zorggebruik					
	10 ^e percentiel	64	70	105	134	111
	Gemiddelde	880	1097	1.212	2.014	3.649
	90 ^e percentiel	1.741	2.593	2.696	4.770	9.145
Eigen bijdragen percentage jaarlijks besteedbaar inkomen	8	8	7	10	13	
Aantal personen thuiszorg/ wijkverpleging (% totaal)	18.928 (75%)	18.573 (73%)	20.106 (79%)	20.009 (79%)	19.545 (77%)	
Verpleeghuis- zorg (incl. MPT en VPT)	Gemiddeld aantal jaar sinds eerste opname	3	3	3	3	3
	Gemiddelde leeftijd bij eerste opname	80	82	82	82	82
	Gemiddeld aantal dagen opgenomen	875	1025	862	804	762
	Uitgaven² conditioneel op zorggebruik					
	10 ^e percentiel	6.405	8.455	6.239	5.598	5.338
	Gemiddelde	138.242	155.781	133.469	125.274	121.284
	90 ^e percentiel	325.157	328.569	309.085	305.092	304.504
	Eigen bijdrage⁴ conditioneel op zorggebruik					
	10 ^e percentiel	209	328	224	246	418
	Gemiddelde	13.706	22.679	20.826	23.987	32.588
90 ^e percentiel	37.651	46.249	52.918	64.765	90.544	
Eigen bijdragen percentage jaarlijks besteedbaar inkomen	121	163	126	123	116	
Aantal personen verpleeghuiszorg (% totaal)	9275 (37%)	11.257 (44%)	11.425 (45%)	10.568 (42%)	9787 (39%)	
Aantal mensen	25.314	25.312	25.315	25.311	25.312	

1 Gemiddeld besteedbaar huishoudensinkomen/aantal personen in huishouden in 2011-2016.

2 Tot en met 2014: zorg in natura gefinancierd via de AWBZ en Wmo (uitgaven PGB-houders ontbreken); vanaf 2015 Zvw-gefinancierde wijkverpleging (uitgaven Wmo-zorg ontbreken).

3 Eigen bijdrage voor AWBZ en Wmo-maatwerk. Sinds 2015 is geen eigen bijdrage meer verschuldigd voor wijkverpleging via de Zvw.

4 De eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg in 2014 ontbreken in administratieve data en zijn per individu geïmputeerd op basis van het aantal dagen verpleeghuiszorg in 2014 en de (individuele) gemiddelde eigen bijdrage per verpleeghuisdag in 2013 en 2015.

Tabel A3: Ouderenzorggebruik in laatste levensjaren naar doodsoorzaak (overleden in 2016)

		Dementie	Beroerte	Long- kanker	Hartfalen/ Coronaire hartziekten
Algemeen	Gemiddelde leeftijd bij overlijden	87	84	76	85
Thuiszorg/ wijk- verpleging	Gemiddeld aantal jaar sinds eerste thuiszorg/wijkverpleging	4	4	2	4
	Gemiddeld aantal jaar thuiszorg/wijkverpleging	2	2	2	3
	Totale uitgaven¹ niet conditioneel op zorggebruik				
	10 ^e percentiel	0	0	0	0
	Gemiddelde	20.348	19.585	9.652	21.703
	90 ^e percentiel	57.087	58.095	25.146	63.602
	Totale eigen bijdrage² niet conditioneel op zorggebruik				
	10 ^e percentiel	0	0	0	0
	Gemiddelde	1.127	1.117	433	1.093
	90 ^e percentiel	3.126	3.117	1.096	3.112
	Aantal mensen thuiszorg/wijkverpleging (% totaal)	11.334 (74%)	6.149 (70%)	6.783 (84%)	10.994 (74%)
Verpleeghuis- zorg (incl. MPT en VPT)	Aantal jaar sinds eerste opname	3	3	2	3
	Leeftijd bij eerste opname	82	81	77	84
	Gemiddeld aantal dagen opgenomen niet conditioneel op zorggebruik	979	463	43	317
	Totale uitgaven niet conditioneel op zorggebruik				
	10 ^e percentiel	4.456	0	0	0
	Gemiddelde	163.202	70.617	5.456	43.064
	90 ^e percentiel	343.524	255.316	0	183.088
	Totale eigen bijdrage³ niet conditioneel op zorggebruik				
	10 ^e percentiel	333	0	0	0
	Gemiddelde	26.444	12.721	1.003	8.554
90 ^e percentiel	61.491	43.270	0	33.392	
	Aantal mensen verpleeghuiszorg (% totaal)	14.371 (94%)	4.879 (55%)	732 (9%)	5.816 (39%)
Curatieve zorg	Totale kosten curatieve zorg binnen Zvw⁴				
	10 ^e percentiel	1.721	7.185	13.421	7.921
	Gemiddelde	18.820	32.697	49.553	40.944
	90 ^e percentiel	39.781	64.215	95.361	81.127
Aantal mensen		15.257	8.841	8.099	14.993

- 1 Tot en met 2014: zorg in natura gefinancierd via de AWBZ en Wmo (uitgaven PGB-houders ontbreken); vanaf 2015 Zvw-gefinancierde wijkverpleging (uitgaven Wmo-zorg ontbreken).
- 2 Eigen bijdrage voor AWBZ en Wmo-maatwerk. Voor de eigen bijdragen is sinds 2015 geen eigen bijdrage meer verschuldigd voor wijkverpleging via de Zvw.
- 3 De eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg in 2014 zijn per individu berekend op basis van het aantal dagen verpleeghuiszorg in 2014 maal de (individuele) gemiddelde eigen bijdrage per verpleeghuisdag in 2013 en 2015.
- 4 Onder curatieve zorg wordt huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, farmacie, paramedische zorg en hulpmiddelen vergoed vanuit de Zvw meegenomen.

Tabel A4: Permanente verpleeghuisbewoners – gemiddelde eigen bijdragen in euro in 2013 naar inkomen en vermogensgroepen

Inkomen	Vermogen	Kwintiel 1 (laagste 20%)	Kwintiel 2	Kwintiel 3	Kwintiel 4	Kwintiel 5 (hoogste 20%)
Kwintiel 1 (laagste 20%)		5.541	5.562	5.456	5.819	9.200
Kwintiel 2		7.327	7.345	7.262	8.856	11.480
Kwintiel 3		8.656	8.502	8.776	10.680	13.847
Kwintiel 4		10.850	10.634	11.095	13.136	14.782
Kwintiel 5 (hoogste 20%)		14.292	14.612	15.505	17.523	18.595

Noot: de kwintielen zijn op basis van één kenmerk gecreeerd. De combinaties zoals weinig vermogen/veel inkomen en veel vermogen/weinig inkomen komen minder vaak voor; de 25 cellen op basis van de indeling in vermogens en inkomenskwintielen bevatten dus niet allemaal evenveel observaties. De populatie in de vier grijs gearceerde cellen samen vormt bijvoorbeeld slechts 53 procent van de personen in vermogenskwintiel 5 en daarmee 11 procent van de totale bevolking.

Tabel A5: thuiszorg – verandering in gemiddelde eigen bijdragen in euro tussen 2012 en 2013 naar inkomen en vermogensgroepen

Inkomen	Vermogen	Kwintiel 1 (laagste 20%)	Kwintiel 2	Kwintiel 3	Kwintiel 4	Kwintiel 5 (hoogste 20%)
Kwintiel 1 (laagste 20%)		8	9	3	46	314
Kwintiel 2		6	1	-8	98	345
Kwintiel 3		18	11	3	131	390
Kwintiel 4		21	8	18	156	360
Kwintiel 5 (hoogste 20%)		15	-14	35	111	255

Noot: de kwintielen zijn op basis van één kenmerk gecreeerd. De combinaties zoals weinig vermogen/veel inkomen en veel vermogen/weinig inkomen komen minder vaak voor; de 25 cellen op basis van de indeling in vermogens en inkomenskwintielen bevatten dus niet allemaal evenveel observaties. De populatie in de vier grijs gearceerde cellen samen vormt bijvoorbeeld slechts 53 procent van de personen in vermogenskwintiel 5 en daarmee 11 procent van de totale bevolking.

Tabel A6: verpleeghuiszorg – verandering in gemiddelde eigen bijdragen in euro tussen 2012 en 2013 naar inkomen en vermogensgroepen

Inkomen	Vermogen	Kwintiel 1 (laagste 20%)	Kwintiel 2	Kwintiel 3	Kwintiel 4	Kwintiel 5 (hoogste 20%)
Kwintiel 1 (laagste 20%)		198	222	225	265	725
Kwintiel 2		189	254	300	392	801
Kwintiel 3		228	246	306	584	992
Kwintiel 4		440	440	490	703	1.103
Kwintiel 5 (hoogste 20%)		831	830	889	1.074	1.441

Noot: de kwintielen zijn op basis van één kenmerk gecreeerd. De combinaties zoals weinig vermogen/veel inkomen en veel vermogen/weinig inkomen komen minder vaak voor; de 25 cellen op basis van de indeling in vermogens en inkomenskwintielen bevatten dus niet allemaal evenveel observaties. De populatie in de vier grijs gearceerde cellen samen vormt bijvoorbeeld slechts 53 procent van de personen in vermogenskwintiel 5 en daarmee 11 procent van de totale bevolking.

Tabel A7: Procentuele verandering in instroom verpleeghuizen tussen 2012 en 2013 naar inkomen en vermogensgroepen

Inkomen	Vermogen	Kwintiel 1 (laagste 20%)	Kwintiel 2	Kwintiel 3	Kwintiel 4	Kwintiel 5 (hoogste 20%)
Kwintiel 1 (laagste 20%)		-31%	-34%	-29%	-31%	-35%
Kwintiel 2		-34%	-29%	-34%	-33%	-39%
Kwintiel 3		-31%	-32%	-30%	-34%	-37%
Kwintiel 4		-35%	-37%	-32%	-42%	-40%
Kwintiel 5 (hoogste 20%)		-29%	-37%	-35%	-34%	-40%

Noot: de kwintielen zijn op basis van één kenmerk gecreeerd. De combinaties zoals weinig vermogen/veel inkomen en veel vermogen/weinig inkomen komen minder vaak voor; de 25 cellen op basis van de indeling in vermogens en inkomenskwintielen bevatten dus niet allemaal evenveel observaties. De populatie in de vier grijs gearceerde cellen samen vormt bijvoorbeeld slechts 53 procent van de personen in vermogenskwintiel 5 en daarmee 11 procent van de totale bevolking.

OVERZICHT UITGAVEN IN DE DESIGN PAPER SERIE

- 1 Naar een nieuw pensioencontract (2011)
Lans Bovenberg en Casper van Ewijk
- 2 Langlevenrisico in collectieve pensioencontracten (2011)
Anja De Waegenaere, Alexander Paulis en Job Stigter
- 3 Bouwstenen voor nieuwe pensioencontracten en uitdagingen voor het toezicht daarop (2011)
Theo Nijman en Lans Bovenberg
- 4 European supervision of pension funds: purpose, scope and design (2011)
Niels Kortleve, Wilfried Mulder and Antoon Pelsser
- 5 Regulating pensions: Why the European Union matters (2011)
Ton van den Brink, Hans van Meerten and Sybe de Vries
- 6 The design of European supervision of pension funds (2012)
Dirk Broeders, Niels Kortleve, Antoon Pelsser and Jan-Willem Wijckmans
- 7 Hoe gevoelig is de uittredeleeftijd voor veranderingen in het pensioenstelsel? (2012)
Didier Fouarge, Andries de Grip en Raymond Montizaan
- 8 De inkomensverdeling en levensverwachting van ouderen (2012)
Marieke Knoef, Rob Alessie en Adriaan Kalwij
- 9 Marktconsistente waardering van zachte pensioenrechten (2012)
Theo Nijman en Bas Werker
- 10 De RAM in het nieuwe pensioenakkoord (2012)
Frank de Jong en Peter Schotman
- 11 The longevity risk of the Dutch Actuarial Association's projection model (2012)
Frederik Peters, Wilma Nusselder and Johan Mackenbach
- 12 Het koppelen van pensioenleeftijd en pensioenaanspraken aan de levensverwachting (2012)
Anja De Waegenaere, Bertrand Melenberg en Tim Boonen
- 13 Impliciete en expliciete leeftijdsdifferentiatie in pensioencontracten (2013)
Roel Mehlkopf, Jan Bonenkamp, Casper van Ewijk, Harry ter Rele en Ed Westerhout
- 14 Hoofdlijnen Pensioenakkoord, juridisch begrepen (2013)
Mark Heemskerk, Bas de Jong en René Maatman
- 15 Different people, different choices: The influence of visual stimuli in communication on pension choice (2013)
Elisabeth Brügggen, Ingrid Rohde and Mijke van den Broeke
- 16 Herverdeling door pensioenregelingen (2013)
Jan Bonenkamp, Wilma Nusselder, Johan Mackenbach, Frederik Peters en Harry ter Rele
- 17 Guarantees and habit formation in pension schemes: A critical analysis of the floor-leverage rule (2013)
Frank de Jong and Yang Zhou
- 18 The holistic balance sheet as a building block in pension fund supervision (2013)
Erwin Fransen, Niels Kortleve, Hans Schumacher, Hans Staring and Jan-Willem Wijckmans
- 19 Collective pension schemes and individual choice (2013)
Jules van Binsbergen, Dirk Broeders, Myrthe de Jong and Ralph Kojien
- 20 Building a distribution builder: Design considerations for financial investment and pension decisions (2013)
Bas Donkers, Carlos Lourenço, Daniel Goldstein and Benedict Dellaert

- 21 Escalerende garantietoezeggingen: een alternatief voor het StAr RAM-contract (2013)
Seraas van Bilsen, Roger Laeven en Theo Nijman
- 22 A reporting standard for defined contribution pension plans (2013)
Kees de Vaan, Daniele Fano, Herialt Mens and Giovanna Nicodano
- 23 Op naar actieve pensioenconsumenten: Inhoudelijke kenmerken en randvoorwaarden van effectieve pensioencommunicatie (2013)
Niels Kortleve, Guido Verbaal en Charlotte Kuiper
- 24 Naar een nieuw deelnemergericht UPO (2013)
Charlotte Kuiper, Arthur van Soest en Cees Dert
- 25 Measuring retirement savings adequacy; developing a multi-pillar approach in the Netherlands (2013)
Marieke Knoef, Jim Been, Rob Alessie, Koen Caminada, Kees Goudswaard, and Adriaan Kalwij
- 26 Illiquiditeit voor pensioenfondsen en verzekeraars: Rendement versus risico (2014)
Joost Driessen
- 27 De doorsneesystematiek in aanvullende pensioenregelingen: effecten, alternatieven en transitiepaden (2014)
Jan Bonenkamp, RYanne Cox en Marcel Lever
- 28 EIOPA: bevoegdheden en rechtsbescherming (2014)
Ivor Witte
- 29 Een institutionele beleggersblik op de Nederlandse woningmarkt (2013)
Dirk Brounen en Ronald Mahieu
- 30 Verzekeraar en het reële pensioencontract (2014)
Jolanda van den Brink, Erik Lutjens en Ivor Witte
- 31 Pensioen, consumptiebehoeften en ouderenzorg (2014)
Marieke Knoef, Arjen Hussem, Arjan Soede en Jochem de Bresser
- 32 Habit formation: implications for pension plans (2014)
Frank de Jong and Yang Zhou
- 33 Het Algemeen pensioenfonds en de taakafbakening (2014)
Ivor Witte
- 34 Intergenerational Risk Trading (2014)
Jijia Cui and Eduard Ponds
- 35 Beëindiging van de doorsneesystematiek: juridisch navigeren naar alternatieven (2015)
Dick Boeijen, Mark Heemskerk en René Maatman
- 36 Purchasing an annuity: now or later? The role of interest rates (2015)
Thijs Markwat, Roderick Molenaar and Juan Carlos Rodriguez
- 37 Entrepreneurs without wealth? An overview of their portfolio using different data sources for the Netherlands (2015)
Mauro Mastrogiacomo, Yue Li and Rik Dillingh
- 38 The psychology and economics of reverse mortgage attitudes. Evidence from the Netherlands (2015)
Rik Dillingh, Henriëtte Prast, Mariacristina Rossi and Cesira Urzì Brancati
- 39 Keuzevrijheid in de uittreedleeftijd (2015)
Arthur van Soest
- 40 Afschaffing doorsneesystematiek: verkenning van varianten (2015)
Jan Bonenkamp en Marcel Lever
- 41 Nederlandse pensioenopbouw in internationaal perspectief (2015)
Marieke Knoef, Kees Goudswaard, Jim Been en Koen Caminada
- 42 Intergenerationele risicodeling in collectieve en individuele pensioencontracten (2015)
Jan Bonenkamp, Peter Broer en Ed Westerhout
- 43 Inflation Experiences of Retirees (2015)
Adriaan Kalwij, Rob Alessie, Jonathan Gardner and Ashik Anwar Ali
- 44 Financial fairness and conditional indexation (2015)
Torsten Kleinow and Hans Schumacher
- 45 Lessons from the Swedish occupational pension system (2015)
Lans Bovenberg, RYanne Cox and Stefan Lundbergh

- 46 Heldere en harde pensioenrechten onder een PPR (2016)
Mark Heemskerk, René Maatman en Bas Werker
- 47 Segmentation of pension plan participants: Identifying dimensions of heterogeneity (2016)
Wiebke Eberhardt, Elisabeth Brüggem, Thomas Post and Chantal Hoet
- 48 How do people spend their time before and after retirement? (2016)
Johannes Binswanger
- 49 Naar een nieuwe aanpak voor risicoprofiel-meting voor deelnemers in pensioenregelingen (2016)
Benedict Dellaert, Bas Donkers, Marc Turlings, Tom Steenkamp en Ed Vermeulen
- 50 Individueel defined contribution in de uitkeringsfase (2016)
Tom Steenkamp
- 51 Wat vinden en verwachten Nederlanders van het pensioen? (2016)
Arthur van Soest
- 52 Do life expectancy projections need to account for the impact of smoking? (2016)
Frederik Peters, Johan Mackenbach en Wilma Nusselder
- 53 Effecten van gelaagdheid in pensioen-documenten: een gebruikersstudie (2016)
Louise Nell, Leo Lentz en Henk Pander Maat
- 54 Term Structures with Converging Forward Rates (2016)
Michel Vellekoop and Jan de Kort
- 55 Participation and choice in funded pension plans (2016)
Manuel García-Huitrón and Eduard Ponds
- 56 Interest rate models for pension and insurance regulation (2016)
Dirk Broeders, Frank de Jong and Peter Schotman
- 57 An evaluation of the nFTK (2016)
Lei Shu, Bertrand Melenberg and Hans Schumacher
- 58 Pensioenen en inkomensongelijkheid onder ouderen in Europa (2016)
Koen Caminada, Kees Goudswaard, Jim Been en Marike Knoef
- 59 Towards a practical and scientifically sound tool for measuring time and risk preferences in pension savings decisions (2016)
Jan Potters, Arno Riedl and Paul Smeets
- 60 Save more or retire later? Retirement planning heterogeneity and perceptions of savings adequacy and income constraints (2016)
Ron van Schie, Benedict Dellaert and Bas Donkers
- 61 Uitstroom van oudere werknemers bij overheid en onderwijs. Selectie uit de poort (2016)
Frank Cörvers en Janneke Wilschut
- 62 Pension risk preferences. A personalized elicitation method and its impact on asset allocation (2016)
Gosse Alserda, Benedict Dellaert, Laurens Swinkels and Fieke van der Lecq
- 63 Market-consistent valuation of pension liabilities (2016)
Antoon Pelsser, Ahmad Salahnejhad and Ramon van den Akker
- 64 Will we repay our debts before retirement? Or did we already, but nobody noticed? (2016)
Mauro Mastrogiacomo
- 65 Effectieve ondersteuning van zelfmanagement voor de consument (2016)
Peter Lapperre, Alwin Oerlemans en Benedict Dellaert
- 66 Risk sharing rules for longevity risk: impact and wealth transfers (2017)
Anja De Waegenaere, Bertrand Melenberg and Thijs Markwat
- 67 Heterogeniteit in doorsneeproblematiek. Hoe pakt de transitie naar degressieve opbouw uit voor verschillende pensioenfondsen? (2017)
Loes Frehen, Wouter van Wel, Casper van Ewijk, Johan Bonekamp, Joost van Valkengoed en Dick Boeijen
- 68 De toereikendheid van pensioenopbouw na de crisis en pensioenhervormingen (2017)
Marike Knoef, Jim Been, Koen Caminada, Kees Goudswaard en Jason Rhuggenaath

- 69 De combinatie van betaald en onbetaald werk in de jaren voor pensioen (2017)
Marleen Damman en Hanna van Solinge
- 70 Default life-cycles for retirement savings (2017)
Anna Grebenchtchikova, Roderick Molenaar, Peter Schotman en Bas Werker
- 71 Welke keuzemogelijkheden zijn wenselijk vanuit het perspectief van de deelnemer? (2017)
Casper van Ewijk, Roel Mehlkopf, Sara van den Bleeken en Chantal Hoet
- 72 Activating pension plan participants: investment and assurance frames (2017)
Wiebke Eberhardt, Elisabeth Brüggén, Thomas Post en Chantal Hoet
- 73 Zerotopia – bounded and unbounded pension adventures (2017)
Samuel Sender
- 74 Keuzemogelijkheden en maatwerk binnen pensioenregelingen (2017)
Saskia Bakels, Agnes Joseph, Niels Kortleve en Theo Nijman
- 75 Polderen over het pensioenstelsel. Het debat tussen de sociale partners en de overheid over de oudedagvoorzieningen in Nederland, 1945–2000 (2017)
Paul Brusse
- 76 Van uitkeringsovereenkomst naar PPR (2017)
Mark Heemskerk, Kees Kamminga, René Maatman en Bas Werker
- 77 Pensioenresultaat bij degressieve opbouw en progressieve premie (2017)
Marcel Lever en Sander Muns
- 78 Bestedingsbehoeften bij een afnemende gezondheid na pensionering (2017)
Lieke Kools en Marike Knoef
- 79 Model Risk in the Pricing of Reverse Mortgage Products (2017)
Anja De Waegenaere, Bertrand Melenberg, Hans Schumacher, Lei Shu and Lieke Werner
- 80 Expected Shortfall voor toezicht op verzekeraars: is het relevant? (2017)
Tim Boonen
- 81 The Effect of the Assumed Interest Rate and Smoothing on Variable Annuities (2017)
Anne G. Balter and Bas J.M. Werker
- 82 Consumer acceptance of online pension investment advice (2017)
Benedict Dellaert, Bas Donkers and Carlos Lourenço
- 83 Individualized life-cycle investing (2017)
Gréta Oleár, Frank de Jong and Ingmar Minderhoud
- 84 The value and risk of intergenerational risk sharing (2017)
Bas Werker
- 85 Pensioenwensen voor en na de crisis (2017)
Jochem de Bresser, Marike Knoef en Lieke Kools
- 86 Welke vaste dalingen en welk beleggings-beleid passen bij gewenste uitkeringsprofielen in verbeterde premiereregelingen? (2017)
Johan Bonekamp, Lans Bovenberg, Theo Nijman en Bas Werker
- 87 Inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen in de langdurige ouderenzorg: een levenslopperspectief (2017)
Arjen Hussem, Harry ter Rele en Bram Wouterse
- 88 Creating good choice environments – Insights from research and industry practice (2017)
Elisabeth Brüggén, Thomas Post and Kimberley van der Heijden
- 89 Two decades of working beyond age 65 in the Netherlands. Health trends and changes in socio-economic and work factors to determine the feasibility of extending working lives beyond age 65 (2017)
Dorly Deeg, Maaïke van der Noordt and Suzan van der Pas
- 90 Cardiovascular disease in older workers. How can workforce participation be maintained in light of changes over time in determinants of cardiovascular disease? (2017)
Dorly Deeg, E. Burgers and Maaïke van der Noordt
- 91 Zicht op zzp-pensioen (2017)
Wim Zwinkels, Marike Knoef, Jim Been, Koen Caminada en Kees Goudswaard

- 92 Return, risk, and the preferred mix of PAYG and funded pensions (2017)
Marcel Lever, Thomas Michielsen and Sander Muns
- 93 Life events and participant engagement in pension plans (2017)
Matthew Blakstad, Elisabeth Brügggen and Thomas Post
- 94 Parttime pensioneren en de arbeidsparticipatie (2017)
Raymond Montizaan
- 95 Keuzevrijheid in pensioen: ons brein wil niet kiezen, maar wel gekozen hebben (2018)
Walter Limpens en Joyce Vonken
- 96 Employability after age 65? Trends over 23 years in life expectancy in good and in poor physical and cognitive health of 65–74-year-olds in the Netherlands (2018)
Dorly Deeg, Maaïke van der Noordt, Emiel Hoogendijk, Hannie Comijs and Martijn Huisman
- 97 Loslaten van de verplichte pensioenleeftijd en het organisatieklimaat rondom langer doorwerken (2018)
Jaap Oude Mulders, Kène Henkens en Harry van Dalen
- 98 Overgangseffecten bij introductie degressieve opbouw (2018)
Bas Werker
- 99 You're invited – RSVP! The role of tailoring in incentivising people to delve into their pension situation (2018)
Milena Dinkova, Sanne Elling, Adriaan Kalwij en Leo Lentz
- 100 Geleidelijke uittreding en de rol van deeltijdpensioen (2018)
Jonneke Bolhaar en Daniël van Vuuren
- 101 Naar een model voor pensioencommunicatie (2018)
Leo Lentz, Louise Nell en Henk Pander Maat
- 102 Tien jaar UPO. Een terugblik en vooruitblik op inhoud, doelen en effectiviteit (2018)
Sanne Elling en Leo Lentz
- 103 Health and household expenditures (2018)
Raun van Ooijen, Jochem de Bresser en Marike Knoef
- 104 Keuzevrijheid in de uitkeringsfase: internationale ervaringen (2018)
Marcel Lever, Eduard Ponds, Rik Dillingh en Ralph Stevens
- 105 The move towards riskier pension products in the world's best pension systems (2018)
Anne G. Balter, Malene Kallestrup-Lamb and Jesper Rangvid
- 106 Life Cycle Option Value: The value of consumer flexibility in planning for retirement (2018)
Sonja Wendel, Benedict Dellaert and Bas Donkers
- 107 Naar een duidelijk eigendomsbegrip (2018)
Jop Tangelder
- 108 Effect van stijging AOW-leeftijd op arbeidsongeschiktheid (2018)
Rik Dillingh, Jonneke Bolhaar, Marcel Lever, Harry ter Rele, Lisette Swart en Koen van der Ven
- 109 Is de toekomst gearriveerd? Data science en individuele keuzemogelijkheden in pensioen (2018)
Wesley Kaufmann, Bastiaan Starink en Bas Werker
- 110 De woontevredenheid van ouderen in Nederland (2018)
Jan Rouwendal
- 111 Towards better prediction of individual longevity (2018)
Dorly Deeg, Jan Kardaun, Maaïke van der Noordt, Emiel Hoogendijk en Natasja van Schoor
- 112 Framing in pensioenkeuzes. Het effect van framing in de keuze voor beleggingsprofiel in DC-plannen naar aanleiding van de Wet verbeterde premieregeling (2018)
Marijke van Putten, Rogier Potter van Loon, Marc Turlings en Eric van Dijk
- 113 Working life expectancy in good and poor self-perceived health among Dutch workers aged 55–65 years with a chronic disease over the period 1992–2016 (2019)
Astrid de Wind, Maaïke van der Noordt, Dorly Deeg and Cécile Boot
- 114 Working conditions in post-retirement jobs: A European comparison (2019)
Ellen Dingemans and Kène Henkens

- 115 Is additional indebtedness the way to increase mortgage–default insurance coverage? (2019)
Yeorim Kim, Mauro Mastrogiacomio, Stefan Hochguertel and Hans Bloemen
- 116 Appreciated but complicated pension Choices? Insights from the Swedish Premium Pension System (2019)
Monika Böhnke, Elisabeth Brügggen and Thomas Post
- 117 Towards integrated personal financial planning. Information barriers and design propositions (2019)
Nitesh Bharosa and Marijn Janssen
- 118 The effect of tailoring pension information on navigation behavior (2019)
Milena Dinkova, Sanne Elling, Adriaan Kalwij and Leo Lentz
- 119 Opleiding, levensverwachting en pensioenleeftijd: een vergelijking van Nederland met andere Europese landen (2019)
Johan Mackenbach, José Rubio Valverde en Wilma Nusselder
- 120 Giving with a warm hand: Evidence on estate planning and bequests (2019)
Eduard Suari–Andreu, Raun van Ooijen, Rob J.M. Alessie and Viola Angelini
- 121 Investeren in menselijk kapitaal: een gecombineerd werknemers– en werkgeversperspectief (2019)
Raymond Montizaan, Merlin Nieste en Davey Poulissen
- 122 The rise in life expectancy – corresponding rise in subjective life expectancy? Changes over the period 1999–2016 (2019)
Dorly Deeg, Maaïke van der Noordt, Noëlle Sant, Henrike Galenkamp, Fanny Janssen and Martijn Huisman
- 123 Pensioenaanvullingen uit het eigen woningbezit (2019)
Dirk Brounen, Niels Kortleve en Eduard Ponds
- 124 Personal and work–related predictors of early exit from paid work among older workers with health limitations (2019)
Nils Plomp, Sascha de Breij and Dorly Deeg
- 125 Het delen van langlevensrisico (2019)
Anja De Waegenaere, Agnes Joseph, Pascal Janssen en Michel Vellekoop
- 126 Maatwerk in pensioencommunicatie (2019)
Sanne Elling en Leo Lentz
- 127 Dutch Employers’ Responses to an Aging Workforce: Evidence from Surveys, 2009–2017 (2019)
Jaap Oude Mulders, Kène Henkens and Hendrik P. van Dalen
- 128 Preferences for solidarity and attitudes towards the Dutch pension system – Evidence from a representative sample (2019)
Arno Riedl, Hans Schmeets and Peter Werner
- 129 Deeltijdpensioen geen wondermiddel voor langer doorwerken (2019)
Henk–Wim de Boer, Tunga Kantarcı, Daniel van Vuuren en Ed Westerhout
- 130 Spaarmotieven en consumptiegedrag (2019)
Johan Bonekamp en Arthur van Soest
- 131 Substitute services: a barrier to controlling long–term care expenditures (2019)
Mark Kattenberg and Pieter Bakx
- 132 Voorstel keuzearchitectuur pensioensparen voor zelfstandigen (2019)
Jona Linde
- 133 The impact of the virtual integration of assets on pension risk preferences of individuals (2019)
Sesil Lim, Bas Donkers en Benedict Dellaert
- 134 Reforming the statutory retirement age: Policy preferences of employers (2019)
Hendrik P. van Dalen, Kène Henkens and Jaap Oude Mulders
- 135 Compensatie bij afschaffing doorsnee–systematiek (2019)
Dick Boeijen, Chantal de Groot, Mark Heemskerk, Niels Kortleve en René Maatman
- 136 Debt affordability after retirement, interest rate shocks and voluntary repayments (2019)
Mauro Mastrogiacomio

- 137 Using social norms to activate pension plan members: insights from practice (2019)
Joyce Augustus-Vonken, Pieter Verhallen,
Lisa Brügger and Thomas Post
- 138 Alternatieven voor de huidige verplicht-
stelling van bedrijfstakpensioenfondsen
(2020)
Erik Lutjens en Fieke van der Lecq
- 139 Eigen bijdrage aan ouderenzorg (2020)
Pieter Bakx, Judith Bom, Marianne Tenand
en Bram Wouterse



Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Dit is een uitgave van:
Netspar
Telefoon 013 466 2109
E-mail info@netspar.nl
www.netspar.nl

Februari 2020