Netspar

Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

NETSPAR INDUSTRY SERIES

Publieke middelen voor particuliere ouderenzorg

Arjen Hussem
Marianne Tenand
Pieter Bakx

DESIGN PAPER 143

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 143, april 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
Jeroen Wirschell – PGGM
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

Samenvatting 4
Summary 5

1. *Publieke regelingen financieren zowel reguliere ouderenzorg als particuliere initiatieven* 6
2. *De Wlz betaalt zorg in zowel reguliere als particuliere instellingen* 8
3. *Het gebruik van particuliere ouderenzorg neemt toe* 10
4. *Kenmerken gebruikers pgb, vpt en mpt* 12
5. *Conclusie en discussie* 20

Literatuur 23
Bijlage I. Overzicht gebruikte microdatabestanden CBS 24
Bijlage II. Overzicht zorgzwaartepakketten 25
Bijlage III. Trends in beoordelingen verpleeghuizen op Zorgkaart Nederland 26

Affiliaties
Arjen Hussem – PGGM, CPB
Marianne Tenand – Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam
Pieter Bakx – Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam

Samenvatting

Publieke middelen voor particuliere ouderenzorg
De financiering en organisatie van langdurige zorg leiden in Nederland en in andere ontwikkelde landen tot veel discussie. Veel aandacht gaat uit naar langer thuis wonen, de financiering van alternatieve woonvormen voor ouderen en de betaalbaarheid van zorg. In Nederland kunnen mensen die recht hebben op publiek gefinancierde verpleeghuiszorg kiezen voor: (i) zorg in een reguliere instelling, (ii) een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee ze zelf zorg kunnen inkopen, (iii) een volledig pakket thuis (vpt) of (iv) een modulair pakket thuis (mpt) – zorg in natura maar dan thuis). De laatste drie alternatieven bieden ruimte voor *topping up*: de ontvanger kan bijbetalen voor meer comfort of meer begeleiding. Via een pgb, mpt of vpt kunnen ontvangers publieke middelen gebruiken om (een deel van) de zorg in een particulier woonzorgcentrum te betalen; zelf betalen ze dan bijvoorbeeld voor de huur van het appartement. Op die manier biedt de wet mogelijkheden om als individu invloed uit te oefenen op onder andere woonomgeving en kwaliteit van zorg. Er is weinig informatie over wie van deze regelingen gebruik maakt en waarvoor ze worden gebruikt.

Wij brengen met administratieve data in kaart welke informatie over *het gebruik van vpt, mpt en pgb* beschikbaar is en gaan in op voor- en nadelen ervan. In 2017 gebruikte meer dan 50 procent van de vpt-houders en 20 procent van de pgb-houders het geld voor een verblijf in een private instelling in plaats van thuis; dat zijn ongeveer vijfduizend ouderen. Er zijn ook steeds meer bedden in particuliere verpleeghuizen. Met name ouderen met een hoog inkomen en een indicatie voor relatief lichte verpleeghuiszorg kiezen vaak voor een pgb, vpt of mpt. Samen met andere recente ontwikkelingen leiden deze regelingen – vooral voor ouderen met een hoog inkomen – tot een toename in de kansen en ervaren vrijheid om zorg te ontvangen in een zelfgekozen setting; de keuzeopties zijn in de praktijk niet voor iedereen even groot. Dit verschil in kansen roept de vraag op hoe alternatieve woonvormen voor ouderen met een laag inkomen op passende wijze gefinancierd kunnen worden.

Summary

Public funding of private long-term care for the elderly
The financing and organization of long-term care are hotly debated topics, in the Netherlands and in all other developed countries. In these debates, there is a lot of attention paid to ageing-in-place, alternative living arrangements, and the affordability of care. In the Netherlands, elderly entitled to publicly financed nursing home care can choose between (i) care provided in-kind in a nursing home, (ii) cash benefits (persoonsgebonden budget, pgb) with which they can purchase care themselves, (iii) a Full Home Package (volledig pakket thuis, vpt), or (iv) a Modular Package at Home (mpt). With vpt and mpt, care is provided in-kind, but outside a regular nursing home. These alternatives offer room for topping up: the recipient can pay extra for more comfortable living conditions or more assistance. This care may be provided at home but also in a residential care facility; the elderly pay for the rent of the apartment themselves for example. Thus, the elderly have the opportunity to receive care in line with their preferences for, for example, the living environment and the quality of care. However, there is limited knowledge on what care or care facilities the alternatives are being used for, and by whom.

We map the available information on the use of vpt, mpt and pgb using both aggregate-level statistical information and individual-level administrative data. Furthermore, we discuss some advantages and disadvantages of residential care-based use of vpt, mpt and pgb. In 2017, more than 50 percent of those who opt for a vpt and over 20 percent of those who chose cash benefits received care in an institution and not at home, i.e. about 5,000 elderly. Simultaneously, there has been an increase in private nursing home beds in the Netherlands. These opportunities to arrange care in line with one's preferences were predominantly used by the well-off and those with relatively light types of care. Combined with other recent trends, the development of topping up mostly increases the (experienced) opportunities for high-income elderly to receive long-term care in alternative settings. Therefore, such a use of public resources increases (socioeconomic) inequity in opportunities in the long-term care system. This raises the question of how to appropriately finance ageing in place for the lower income.

1. Publieke regelingen financieren zowel reguliere ouderenzorg als particuliere initiatieven

De kosten van ouderenzorg zijn hoog en vormen een groot financieel risico aan het einde van het leven. Dat financiële risico wordt in Nederland grotendeels afgedekt door een stelsel van publieke verzekeringen en voorzieningen. Dat stelsel is er voor iedereen en vanwege de omvangrijke verzekeringsdekking doet ook vrijwel iedereen die intensieve ouderenzorg nodig heeft in Nederland hierop een beroep. Het stelsel leunt van oudsher op solidariteit: iedereen draagt er via de sociale verzekering aan bij naar draagkracht (solidariteit in financiering) en iedereen met dezelfde zorgvraag gebruikt dezelfde zorg, ongeacht inkomen of vermogen (rechtvaardig gebruik). De eigen betalingen voor de ouderenzorg – deels afhankelijk van inkomen en vermogen – zijn in internationaal perspectief laag (Bakx et al. 2016, Muir et al. 2017). Het organiseren en financieren van de ouderenzorg blijft wel een grote uitdaging: de uitgaven aan ouderenzorg blijven zonder beleidswijzigingen waarschijnlijk stijgen. Dat komt door de vergrijzing, toenemende welvaart en achterblijvende arbeidsproductiviteit in de zorg (Wouterse et al. 2016). In de discussie hierover is veel aandacht voor langer thuis wonen, de financiering van alternatieve woonvormen voor ouderen en de betaalbaarheid van zorg.[1]

Personen die recht hebben op publiek gefinancierde verpleeghuiszorg kunnen kiezen: zorg in een regulier verpleeghuis, een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee ze zelf zorg kunnen inkopen of een volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt) – instellingszorg maar dan thuis. Die laatste drie alternatieven bieden ruimte voor *topping up*: de ontvanger kan bijbetalen voor meer comfort, meer begeleiding en, in theorie, ook voor betere zorg of betere toegang tot zorg. Via een pgb, mpt of vpt kunnen ontvangers bijvoorbeeld publieke middelen gebruiken om (een deel van) de zorg in een particulier woonzorgcentrum te betalen; zelf nemen ze dan de huur van het appartement, aanvullende zorg en/of andere diensten voor hun rekening. Dit maakt het mogelijk om collectief gefinancierde zorg te ontvangen in een privaat gefinancierde omgeving.

Dat op deze manier de financiering van ouderenzorg verandert, is geen automatisch gevolg van de vergrijzing, maar een politieke keuze.[2] Die keuze wordt mogelijk ingegeven door de wens om ouderen langer thuis te laten wonen (indien nodig met

1 Zie onder meer Bakx et al. (2018), VWS (2019) en Actiz (2019).

2 De huidige collectief gefinancierde voorzieningen, waaronder de ouderenzorg, laten bij de verwachte vergrijzing op lange termijn een financieel tekort zien van 1,6 procent van het bruto binnenlands product. Wijzigingen in de inkomsten via bijvoorbeeld hogere belastingen of wijzigingen in de uitgaven kunnen dit tekort opvangen (Adema en van Tilburg, 2019).

intensieve zorg), om de keuzevrijheid van ouderen te vergroten en ruimte te bieden voor alternatieve zorgvormen en -locaties. Deze flexibiliteit geeft mensen enerzijds meer keuzevrijheid om de zorg naar eigen wens en behoefte in te richten. Anderzijds kan het tot een tweedeling leiden, omdat naar verwachting vooral de ouderen met een hoog inkomen de aanvullende private voorzieningen kunnen betalen. Daar komt nog bij dat het voor hen financieel aantrekkelijk kan zijn om de publieke zorg buiten een publieke instelling te ontvangen, dit vanwege een lagere eigen bijdrage in geval van pgb, vpt en mpt. De omvang en de gevolgen van *topping up* zijn onbekend: er bestaan vrijwel geen gegevens over de groei en de kwaliteit van particuliere verpleeghuiszorg (SCP, 2019) en de rol die vpt's, mpt's en pgb's daarin spelen.

In dit Design Paper brengen wij in kaart welke informatie over deze ontwikkeling beschikbaar is. Hiertoe combineren we het inzicht in de organisatie van ouderenzorg in Nederland met data-analyses van Zorgkaart Nederland en microdatabestanden van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Ook gaan we aan de hand van de uitkomsten van deze analyses in op de vraag hoe de ontwikkeling van *topping up* en particuliere ouderenzorg past in het huidige stelsel, zodat beleidsmakers hierover een oordeel kunnen vormen. Het inzicht in de financiering van particuliere ouderenzorg dat dit Design Paper biedt draagt bij aan de discussie over een dusdanige inrichting van het publieke systeem dat individueel passende ouderenzorg georganiseerd kan worden en tegelijkertijd ook de andere systeemdoelen behaald worden: een rechtvaardige en doelmatige verdeling van de beschikbare middelen (cf. Bart et al. 2016).

We bespreken eerst de rol van het pgb, mpt en vpt in de financiering van reguliere en particuliere verpleeghuiszorg (paragraaf 2).[3] Vervolgens beschrijven we de trends in het aantal ouderen dat voor een pgb, vpt of mpt kiest (paragraaf 3), hun achtergrondkenmerken en waarvoor ze de regeling gebruiken (paragraaf 4). We onderscheiden daarbij welk deel van de gebruikers in een particuliere instelling woont en welk deel thuis. We hanteren een onderscheid tussen reguliere en particuliere verpleeghuizen in de manier waarop ze gefinancierd worden: volledig via de Wlz of deels via de Wlz via een vpt, pgb of mpt in combinatie met een bedrag voor huur en services. Informatie over het gebruik van een pgb/vpt/mpt in combinatie met informatie of iemand in een instelling woont, is de best beschikbare indicator voor een verblijf in een particuliere zorginstelling.[4] We sluiten af met beleidsafwegingen die bijdragen aan het debat over de wenselijkheid van deze ontwikkelingen (paragraaf 5).

3 Met reguliere verpleeghuiszorg bedoelen we verpleeghuiszorg die gecontracteerd is door het zorgkantoor als zorg in natura met verblijf.

4 Een deel van de instellingen biedt zowel particuliere verpleeghuiszorg als reguliere verpleeghuiszorg aan (SCP, 2019).

2. De Wlz betaalt zorg in zowel reguliere als particuliere instellingen

Op grond van de Wlz ontvangt iedereen zorg, die vanwege een ziekte of aandoening blijvend is aangewezen op 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht. De vorm waarin deze zorg geleverd wordt, is vrij. Naast zorg in natura met verblijf, waarbij het regionale zorgkantoor een plek in een regulier verpleeghuis regelt, kunnen ouderen met een pgb zelf zorg inkopen. Ouderen met een vpt of mpt kunnen verpleeghuisvervangende zorg thuis of elders geleverd krijgen. Een vpt omvat alle zorgcomponenten (behalve de wooncomponent), inclusief maaltijden; een mpt bestaat alleen uit de zorgcomponenten die men nodig heeft. Het zorgkantoor bepaalt of een vpt of mpt geschikt is. De regelingen pgb, vpt en mpt worden ook ingezet om de zorg in een particulier woonzorgcentrum te financieren (SCP, 2019).

Betalingen verschillen

Waar in een regulier verpleeghuis geen mogelijkheid is om meer te betalen voor extra services zoals aanvullende verzorging en aandacht, luxere maaltijden of een luxere woonomgeving, kan dat in een particulier woonzorgcentrum wel. Particuliere aanbieders rekenen wel een fors bedrag voor huur en services (SCP, 2019); ouderen kunnen dat niet uit een vpt of pgb betalen. De financiering van reguliere en particuliere verpleeghuiszorg verschilt daardoor op één, voor gebruikers belangrijk punt: de eigen bijdrage.

Iedereen die Wlz-gefinancierde zorg ontvangt, betaalt een eigen bijdrage. Die eigen Wlz-bijdrage is afhankelijk van inkomen, vermogen, leeftijd (65-plus), huishoudenssituatie en type zorg. Er bestaat een lage en een hoge eigen bijdrage. De lage eigen bijdrage is van toepassing op pgb, vpt, mpt, op de eerste vier maanden in een regulier verpleeghuis of als de partner thuis woont. De hoge eigen bijdrage geldt in alle overige gevallen. Via de hoge eigen bijdrage betalen mensen dus ook in een regulier verpleeghuis zelf mee aan de woonlasten.[5]

De eigen bijdrage in het kader van de Wlz varieert behoorlijk: van minimaal 23 euro per maand tot 2.365 euro per maand in 2019 (Tabel 1). Het verschil tussen de hoge en lage eigen bijdrage is 564 euro voor een alleenstaande met een AOW-uitkering en 1.503 euro per maand wanneer de maximale eigen bijdrage betaald moet worden.

5 Voor dezelfde zorgbehoefte is het budget dat de overheid beschikbaar stelt voor een pgb lager dan voor VPT, wat weer lager is dan voor zorg met verblijf. Hoe groot het verschil in het budget is, verschilt tussen de zorgzwaartepakketten. Het verschil tussen zorg met verblijf en VPT is globaal 1.500 euro per maand, maar kan ook enkele honderden euro's lager uitvallen.

Tabel 1: Hoogte eigen bijdrage voor Wlz per maand (euro) (bedragen 2019)

Inkomen	AOW alleenstaande	Maximum (bij jaarinkomen van circa 100.000 euro)
Eigen bijdrage mpt[a]/pgb	23	721
Lage eigen bijdrage vpt/regulier verpleeghuis	164	862
Hoge eigen bijdrage regulier verpleeghuis	728	2.365

a Bij MPT is de eigen bijdrage voor 20 uur zorg per maand of minder voor iedereen 23 euro.
Bron: eigen berekening op basis van CAK (2019) en SVB (2019)

Bij reguliere verpleeghuiszorg blijft het bij de eigen bijdrage voor de Wlz-zorg. Gegeven de zorgbehoefte bepaalt het verpleeghuis welke zorg nodig is en hoe die wordt geregeld. Het is – kleine uitzonderingen voor bijvoorbeeld dagbesteding daargelaten – niet mogelijk om extra te betalen voor meer of betere zorg of voor bijvoorbeeld een grotere kamer (Zorginstituut Nederland 2020a).

In een particuliere instelling waar de zorg met een pgb, vpt of mpt wordt gefinancierd, betaalt de zorggebruiker de lage in plaats van de hoge eigen bijdrage, maar deze particuliere instellingen vragen daarbovenop een fors extra bedrag voor bijvoorbeeld maaltijden en verblijf; er is sprake van *topping up*. Het aanvullende bedrag dat door het particuliere verpleeghuis of woonzorgcentrum wordt gevraagd, varieert van 500 tot 3.000 euro per maand (SCP, 2019). Dit is voor een alleenstaande met AOW al snel meer dan de verlaging van de eigen bijdrage voor Wlz-gefinancierde zorg door te kiezen voor een vpt of pgb in plaats van voor zorg in een regulier verpleeghuis. Voor iemand met een maximum inkomen hoeft dat niet zo te zijn. Een belangrijk verschil tussen deze instellingsspecifieke bijdrage en de eigen bijdrage in het kader van de Wlz is dat de instellingsspecifieke betaling voor huur en services doorgaans niet afhankelijk is van het inkomen of het vermogen van de bewoner, maar van de diensten en producten die hij of zij afneemt. Wat de bewoner voor een hogere betaling krijgt, kan per situatie verschillen en is nog niet stelselmatig in kaart gebracht.

3. Het gebruik van particuliere ouderenzorg neemt toe

Er is slechts beperkt informatie over particuliere verpleeghuizen. Zo is er geen zicht op de totale uitgaven aan particuliere ouderenzorg en is er geen volledige lijst van aanbieders van particuliere ouderenzorg voor handen. Volgens het CBS (2017) bedroegen de rechtstreekse betalingen van particulieren aan ouderenzorgaanbieders in 2015 18 miljoen euro; dat is ongeveer 0,1 procent van de totale uitgaven aan ouderenzorg.[6] Op de website zorgkaartnederland.nl is echter ongeveer 12 procent van de verpleeghuizen (291 van de 2.463, stand eind 2018) aangemerkt als 'particulier woonzorgcentrum'. Het aantal particuliere woonzorgcentra stijgt op die website bovendien sneller dan het aantal reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen (zie Appendix voor exacte getallen). Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen beide schattingen is dat de zorgkosten in een particulier woonzorgcentrum vrijwel altijd betaald worden met publiek geld via de Wlz. Daarnaast rekent het CBS mogelijk de kosten voor verblijf niet als zorguitgaven. Tot slot zijn particuliere verpleeghuizen over het algemeen kleinschaliger (SCP, 2019).

17 procent van de oudere Wlz-gebruikers kiest voor pgb, vpt of mpt

In 2015 gebruikten 150.000 65-plussers Wlz-gefinancierde ouderenzorg, in 2016 en 2017 waren dat er ongeveer 140.000 (stand begin januari) (zie Tabel 2). Dit blijkt uit administratieve data van het CAK die beschikbaar zijn via het CBS (zie Kader Dataverantwoording). Circa 6.000 van hen kiezen in 2017 voor een pgb, 12.000 voor een mpt en 6.000 voor een vpt (totaal 17%). De overige 116.000 65-plussers maken gebruik van reguliere verpleeghuiszorg.

Uitgaven aan pgb, vpt en mpt stijgen sterk, zo blijkt uit macrocijfers afkomstig van CBS Statline (2019) en de website Monitor Langdurige Zorg (2019). Zowel pgb als vpt zijn bezig aan een opmars. In 2017 waren de uitgaven aan vpt 80 procent hoger dan in 2014 en 700 procent hoger dan in 2011; uitgaven aan pgb's waren in 2016 32 procent hoger dan in 2015 (voor eerdere jaren zijn geen vergelijkbare cijfers beschikbaar). Het aantal jaren zorg dat als vpt is geleverd stijgt, net als de gemiddelde kosten per jaar voor vpt's: van 36.500 euro in 2011 naar 51.500 euro in 2017. Voor pgb's zijn over een

6 Het CBS (2017) publiceert eigen betalingen en maakt een onderscheid tussen het 'verplicht eigen risico ZVW en eigen bijdragen langdurige zorg' en 'overige [eigen] betalingen'. Dit laatste gaat om rechtstreekse betalingen aan zorgverleners. In hoeverre dit particuliere verpleeghuizen zijn, is niet duidelijk. Mogelijk gaat het deels om particuliere thuiszorgaanbieders of om extra betalingen aan reguliere aanbieders. De totale uitgaven aan ouderenzorg bedroegen 17 miljard.

Tabel 2 : Aandeel zorggebruikers per financieringsvormen 2015–2017

	reguliere verpleeghuiszorg	pgb[a]	vpt	mpt	totaal
2015	86%[b]	3%	[b]	11%	100%
2016	84%	4%	4%	8%	100%
2017	83%	5%	4%	8%	100%

a Inclusief de combinatie van pgb en zorg met verblijf/vpt of MTP; dat gaat om maximaal 0,3 procent van de zorggebruikers.

b vpt in 2015 meegeteld bij zorg met verblijf. Totaal aantal zorggebruikers (Wlz) voor 2015–2017 betreft respectievelijk 150.284, 140.195 en 139.858.

Bron: Eigen analyses op basis van bij CBS beschikbare microdata van het CAK.

langere periode geen vergelijkbare gegevens over het zorgvolume beschikbaar. Het aantal 65-plussers dat in een jaar een pgb gebruikt voor verpleging en verzorging steeg van 7.275 in 2015 naar 10.550 in 2017.

De uitgaven voor ouderenzorg in een regulier verpleeghuis waren stabiel tussen 2012 en 2018, te weten tussen de 8 en 9 miljard euro (CBS, 2019). Het aantal jaren geleverde zorg in de loop der tijd is afgenomen van 157.000 volledige jaren in 2011 naar het equivalent van 123.000 volledige jaren in 2017. Dat de uitgaven ondanks die afname gelijk zijn gebleven, komt doordat de gemiddelde complexiteit – en daarmee de uitgaven – per jaar geleverde zorg is toegenomen. De uitgaven aan vpt zijn sinds 2014 gestegen en bedroegen in 2017 330 miljoen euro (4% van het totaal); de uitgaven aan pgb's voor 65-plussers voor verpleging en verzorging bedroegen 356 miljoen euro (4% van het totaal).

4. Kenmerken gebruikers pgb, vpt en mpt

Ouderen met een hoog inkomen kiezen vaker voor pgb, mpt of vpt

Het percentage ouderen dat voor een pgb, vpt of mpt kiest, verschilt sterk tussen inkomensgroepen. Dit blijkt uit analyses van de keuzes van alle Nederlandse 65-plussers met een indicatie voor Wlz-zorg (zie Kader 1 voor de dataverantwoording). In de hoogste vier inkomensdecielen koos in 2017 ongeveer 25 procent van de zorggebruikers voor een pgb, vpt of mpt (Figuur 1). Dit is vijf keer zo veel als voor het laagste inkomensdeciel.

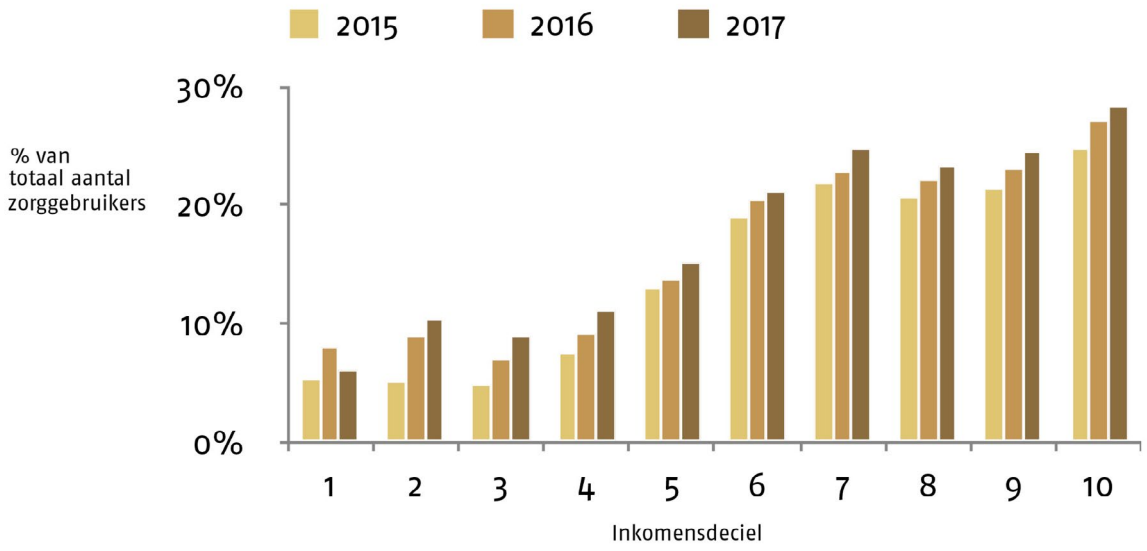
Kader 1: dataverantwoording paragraaf 4
De resultaten zijn gebaseerd op eigen berekeningen op basis van niet-openbare microdata van het CBS. We gebruiken gegevens op persoonsniveau over het gebruik van langdurige zorg afkomstig van het CAK en koppelen die op individueel niveau aan de gegevens van de Belastingdienst over het huishoudinkomen, aan gegevens uit de Basisregistratie Personen over geboortedatum, geslacht, burgerlijke staat en het adres waarop iemand staat ingeschreven en aan het door het CBS afgeleide huishoudtype en -grootte. Het huishoudinkomen is van belang omdat dit een beeld geeft van iemands werkelijke inkomenspositie. Daartoe wordt het huishoudensinkomen gestandaardiseerd voor het aantal leden van het huishouden.[7] Personen in een institutioneel huishouden zijn daarbij als alleenstaand beschouwd. De inkomensdecielen zijn berekend op basis van alle gebruikers van Wlz-zorg.
We gebruiken de populatie 65-plussers die op de peilmomenten begin januari 2015, 2016 en 2017 een Zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging (ZZP VV) krijgen en richten ons op degenen met een Zorgzwaartepakket VV1 tot en met VV8 (Bijlage II bevat een overzicht van de ZZP's).

Meest intensieve zorg minder vaak buiten regulier verpleeghuis

Voor iedereen die zorg nodig heeft wordt een zorgzwaartepakket (ZZP) vastgesteld. Een ZZP met een hoger getal betekent gemiddeld een grotere hulpvraag en een grotere hoeveelheid hulp en ondersteuning. Deze verschillen komen ook tot uitdrukking in het maximumtarief: dat stijgt mee en is een stuk hoger voor VV8 (verpleging en verzorging met ZZP8) dan voor VV1. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt welk pakket bij iemand past. Door een aanpassing van de regels heeft het CIZ sinds 2013 geen ZZP 1-3 meer geïndiceerd; deze groep wordt daarom steeds kleiner (van 14,5% van het totaal in 2015 naar 5,6% in 2017). In deze groep daalt het aandeel gebruikers dat pgb, vpt of mpt kiest van 2015 tot 2017 van 21 naar 9 procent (Tabel 3); voor ZZP 4-6 en ZZP 7-8 neemt het aandeel juist toe, respectievelijk van 14 naar 19 procent en van

7 Inkomen van huishoudleden gedeeld door de wortel van het aantal personen in het huishouden. Voor iemand in een instelling wordt uitgegaan van 1 persoon in een huishouden.

Figuur 1: Percentage zorggebruikers dat voor een pgb, vpt of mpt kiest, per inkomensdeciel (1 armste, 10 rijkste)



Bron: Eigen analyses op basis van bij CBS beschikbare microdata van het CAK en inkomensgegevens. Totaal aantal zorggebruikers (Wlz) voor 2015-2017 betreft respectievelijk 150.284, 140.195 en 139.858.

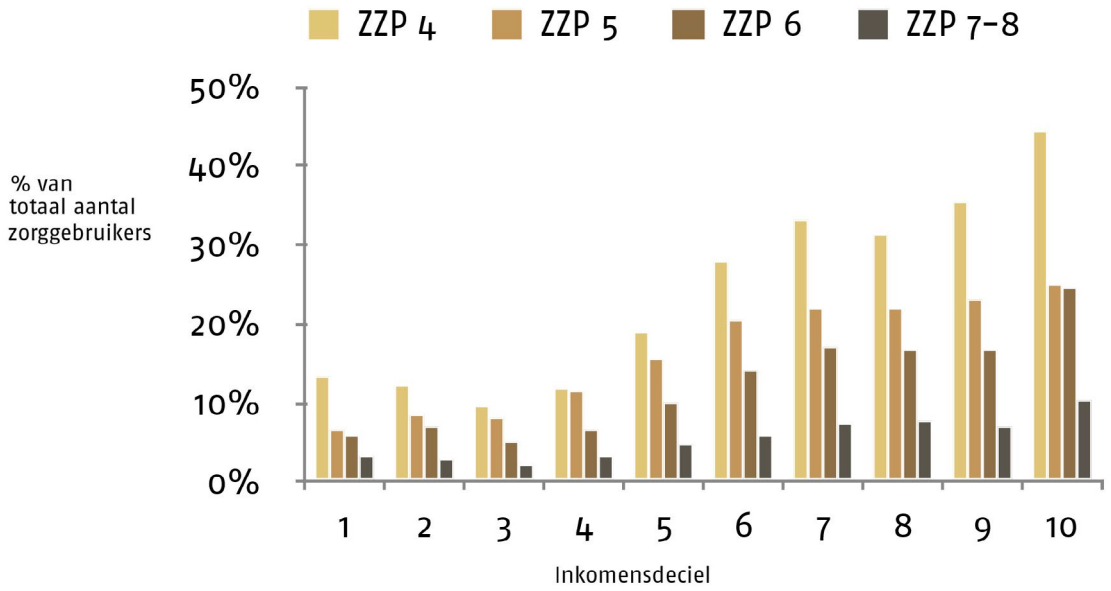
Tabel 3: Aantal ouderen dat pgb, vpt of mpt gebruikt en het aandeel ten opzichte van het totaal aantal ouderen met Wlz-zorg, naar ZZP

	ZZP 1-3 [a]	ZZP 4-6	ZZP 7-8
2015	4.782 (21%)	16.147 (14%)	608 (4%)
2016	1.476 (12%)	20.266 (18%)	767 (6%)
2017	686 (9%)	22.967 (19%)	755 (6%)

a Verzekerden met een laag ZZP woonachtig in een kleinschalig wooninitiatief of thuis met een vpt kunnen deze zorg op grond van overgangsrecht blijven ontvangen (Zorginstituut Nederland 2020b).

Bron: Eigen analyses op basis van bij CBS beschikbare microdata van het CAK en van inkomensgegevens. Totaal aantal zorggebruikers (Wlz) voor ZZP 1-8 voor 2015-2017 betreft respectievelijk 148.650, 139.023 en 138.724.

Figuur 2: Aandeel zorg via pgb, vpt of mpt, per ZZP en per inkomensdeciel (1 armste, 10 rijkste; gemiddelde over periode 2015-2017)



Bron: Eigen analyses op basis van bij CBS beschikbare microdata van het CAK en van inkomensgegevens. Totaal aantal zorggebruikers (Wlz) ZZP 4-8 voor 2015-2017 betreft respectievelijk 126.150, 126.351 en 130.730.

4 naar 6 procent. Het aandeel zorg buiten een regulier verpleeghuis is groter onder ouderen met ZZP 4-6 dan onder ouderen met ZZP 1-3 en ZZP 7-8.

Ouderen met een lage geïndiceerde zorgzwaarte (ZZP 1-4) en ouderen met een hoog inkomen kiezen minder vaak voor reguliere verpleeghuiszorg. Figuur 2 toont dat bijna 45 procent van de ouderen met ZZP 4 in het hoogste inkomensdeciel voor een pgb, vpt of mpt kiest, terwijl dit lager is voor andere groepen. Slechts iets meer dan 10 procent van de ouderen met ZZP 4 in het laagste inkomensdeciel en 10 procent van de ouderen met ZZP 7 of 8 in het hoogste deciel kiest hiervoor. Met name voor de groep ouderen met een hoger inkomen en een iets minder zware zorgbehoefte zijn deze regelingen dus aantrekkelijk. Dit sluit aan bij de bevinding van het SCP (2019) dat particuliere instellingen vaak geen complexe zware zorg leveren.

Ook ontvangers pgb en vpt wonen vaak in een instelling

Gegevens over waar een vpt, pgb of mpt besteed wordt – thuis of in een particuliere woonzorginstelling – zijn niet direct beschikbaar. Om daar inzicht in te krijgen maken we gebruik van de methode van het CBS om te bepalen in wat voor soort huishouden iemand woont en wat zijn of haar positie in dat huishouden is: thuiswonend kind, alleenstaande, partner in een (echt)paar, alleenstaande ouder, overig lid of bewoner van een institutioneel huishouden. Het CBS doet dat onder meer op basis van

gegevens uit de basisregistratie personen (BRP) die gemeenten bijhouden en gegevens van de Belastingdienst (fiscale partnerschappen en toeslagpartnerschappen). Zie Kader 2 voor een uitleg over hoe het CBS de populatie ingeschrevenen op het adres van een verzorgings- of verpleeghuis afbakent.

Door deze informatie te koppelen aan informatie of iemand reguliere verpleeghuiszorg, pgb of vpt gebruikt, is per groep gebruikers vast te stellen welk percentage in een verpleeghuis woont (mpt-gebruik heeft het CBS voor deze analyse niet meegenomen en laten we hier daarom buiten beschouwing[8]). We hanteren een ondergrens van vijf bewoners per adres die ouderenzorg gebruiken bij het classificeren van een huishouden als een institutioneel huishouden om misclassificatie van particuliere huishoudens te voorkomen. Deze aanpak levert zodoende een conservatieve schatting op van het aantal personen in een institutioneel huishouden.[9]

In januari 2017 woonde 57 procent van de vpt-gebruikers en 25 procent van de pgb-houders met meer dan vijf personen in een institutioneel huishouden (Figuur 3). Dat zijn in 2017 ruim 3.300 mensen met een vpt en ruim 1.500 met een pgb. Binnen die groep zijn ouderen met een hoog inkomen sterk oververtegenwoordigd. Dat komt doordat het percentage vpt-gebruikers dat in een institutioneel huishouden woont in alle inkomensgroepen even hoog is, maar ouderen met een hoog inkomen relatief vaak voor een vpt kiezen. Ook binnen de groep die met een pgb in een institutioneel huishouden woont, zijn ouderen met een hoog inkomen oververtegenwoordigd.[10]

8 Wij nemen aan dat MPT vaker thuis gebruikt wordt dan VPT, maar weten ook dat niet alle MPT's thuis gebruikt worden (SCP, 2019).

9 Dit is eveneens zichtbaar bij de groep die voor reguliere verpleeghuiszorg kiest. Slechts 72 procent van deze groep wordt met deze methode geclassificeerd als wonend in een institutioneel huishouden met meer dan vijf bewoners. Dat dit geen 100 procent is, kan komen doordat het CBS de panden niet als instelling herkend heeft of dat iemands adres (nog) niet administratief verwerkt is; mensen zijn namelijk niet verplicht zich op het adres van de instelling in te schrijven en kunnen bijvoorbeeld het adres van de achterblijvende partner als (brief)adres gebruiken bij verhuizing naar een instelling. Tot slot kunnen er ook panden zijn met minder dan vijf bewoners die wel een instelling zijn in de CBS-definitie van instelling.

10 Het percentage pgb-houders dat ervoor kiest om in een instelling te wonen is juist iets hoger onder pgb-houders in het eerste inkomensdeciel (Figuur 4 en Figuur 5). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat niet iedereen in het eerste inkomensdeciel arm is, maar inkomensbronnen heeft die buiten de door de Belastingdienst gehanteerde definitie vallen: een substantieel deel van het eerste inkomensdeciel heeft een negatief of zeer laag inkomen (< 5.000 euro bruto) dat ver onder de AOW-grens ligt, maar kan wel een groot vermogen hebben.

Kader 2: Identificatie verpleeghuisbewoners

Om vast te stellen of iemand in 2017 in een verzorgings- of verpleeghuis woonde, hanteert het CBS in het kort de volgende processtappen:

- Voor gebruikers van 18 jaar of ouder van Wlz-zorg (zorg in publiek gefinancierde instelling, pgb en vpt) wordt het adres aan een Pand-ID gekoppeld. Een Pand kan uit meerdere adressen bestaan, bijvoorbeeld in het geval van een appartementencomplex. mpt is door het CBS voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.
- Een adres wordt als institutioneel adres gezien als aan de volgende twee criteria voldaan wordt:
  - Minstens 35 procent van de bewoners van het pand gebruikt Wlz-zorg.
  - Alle bewoners (bij een of twee bewoners) of minstens de helft (bij drie of meer bewoners) op het adres gebruiken Wlz-zorg. Bijvoorbeeld in een pand op één adres waar maar twee personen wonen, moeten beiden Wlz-zorg gebruiken om als institutioneel gelabeld te worden. Bij twee adressen in een pand krijgt alleen het adres waar iemand met Wlz-zorg woont het label 'instelling'.
  - Bij panden waarbij minder dan een derde Wlz-zorg gebruikt, geldt dat iedereen op een adres met minimaal 3 personen als institutioneel persoon wordt gezien als iedereen op dat adres Wlz-zorg gebruikt.
- De Wlz-productcode wordt gebruikt om vast te stellen of iemand in een verzorgings- of verpleeghuis woont of in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg. Het CBS ziet alle personen die staan ingeschreven op een institutioneel adres als institutionele personen.

Het kan dus voorkomen dat iemand zonder Wlz-zorg op een adres woont met het label 'instelling'. Andersom kunnen er ook mensen zijn met Wlz-zorg die in een pand wonen dat niet als instelling wordt gezien. Mensen die alleen wonen in een zelfstandige woning (het pand is dan het adres), krijgen het label 'instelling' omdat 100 procent van de bewoners zorg ontvangt. Om met name deze laatste groep niet mee te nemen in de categorie instellingsbewoner hebben we aanvullende informatie van het CBS verwerkt, zodat we alleen de panden met ten minste vijf bewoners die zorg gebruiken meetellen als instelling. Deze informatie is opgenomen in Tabel 4. Daaruit blijkt dat het overgrote deel (93%) van de mensen die in een institutioneel huishouden wonen in een huishouden woont dat bestaat uit vijf of meer bewoners. Dat percentage varieert echter per type zorgfinanciering; met name pgb-houders in een institutioneel huishouden wonen relatief vaak in een klein institutioneel huishouden.

Tabel 4: Personen (18+) in institutionele huishoudens met verpleging/verzorging, naar aantal verpleegde/verzorgde bewoners in het pand per type zorgfinancie-ring, 1 januari 2017

	Aantal bewoners van institutioneel huishouden met verpleging en verzorging						
	1	2	3	4	5+	totaal personen	% in pand met 5+ bewoners
TOTAAL[a]	**4.341**	**1.298**	**894**	**1.264**	**107.524**	**115.321**	**93%**
vpt	205	22	14	25	2.628	2.894	**91%**
pgb	729	125	54	45	2.016	2.969	**68%**
regulier verpleeghuis incl. ONBEKEND[b]	2.954	363	200	353	90.453	94.323	**96%**
NIET GEKOPPELD (geen leveringsvorm)	459	793	628	841	12.531	15.252	**82%**

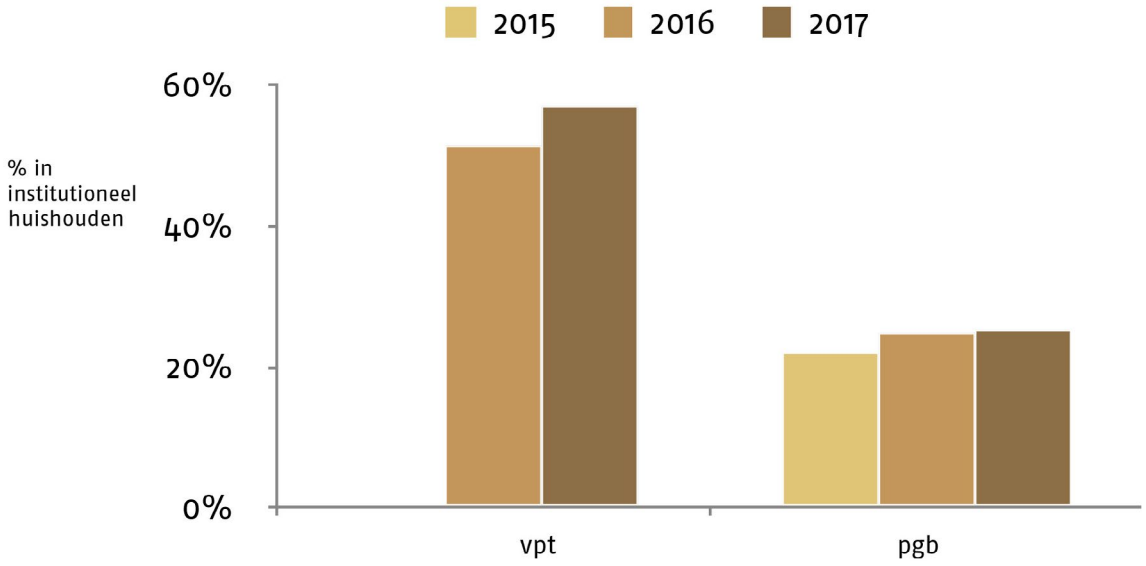
Voetnoten bij tabel:

a Mensen kunnen in meerdere categorieën vallen. Daarom is de som van de categorieën met 115.438 iets groter dan het totaal.

b De leveringsvorm 'onbekend' (ONB) bevat personen die al langere tijd (eerder dan 2015) gebruikmaken van zorg met verblijf. De zorg is gestart als AWBZ-zorg en heeft geen nieuwe leveringsvorm toegewezen gekregen na de hervorming.

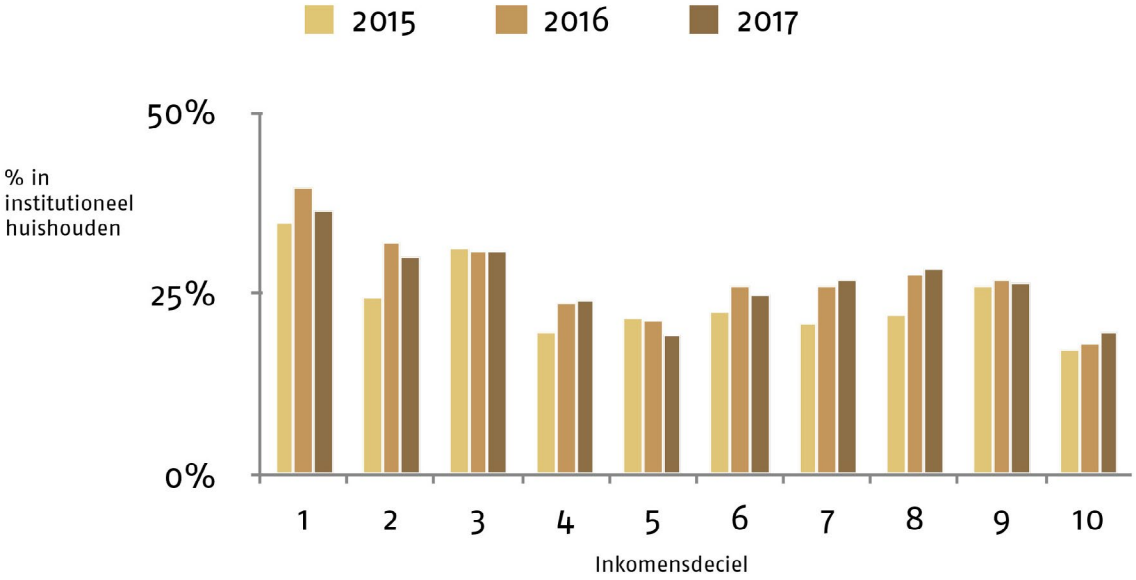
c Niet gekoppeld wil zeggen dat er aan een persoon die zorg gebruikt geen leveringsvorm gekoppeld kan worden. Dit zijn personen die door de beslisregels als personen met verpleging en verzorging bestempeld zijn, maar feitelijk geen Wlz-zorg ontvangen.

Figuur 3: Aandeel gebruikers van zorg in een institutioneel huishouden (vijf of meer personen)



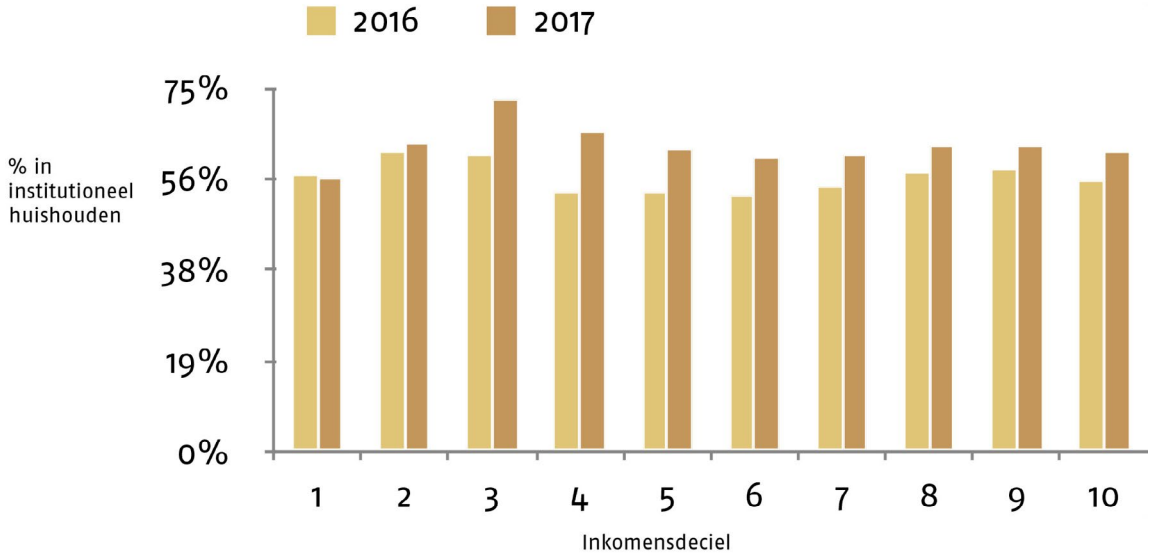
Bron: Eigen analyses op basis van bij CBS beschikbare microdata van het CAK, Basisregistratie Personen en de aanvullende informatie uit Tabel 5. Totaal aantal zorggebruikers vpt voor 2016-2017 betreft respectievelijk 5.056 en 5.849 en voor pgb 2015-2017 4.136, 5.168 en 6.239.

Figuur 4: Aandeel gebruikers van zorg met pgb in een institutioneel huishouden (vijf of meer personen), naar inkomensdeciel (1 armste, 10 rijkste)



Bron: Eigen analyses op basis van bij CBS beschikbare microdata van het CAK, Basisregistratie Personen, Inkomensstatistiek en de aanvullende informatie uit Tabel 5. Totaal aantal zorggebruikers pgb voor 2015-2017 betreft respectievelijk 4.136, 5.168 en 6.239.

Figuur 5: Aandeel gebruikers van zorg met vpt in een institutioneel huishouden (vijf of meer personen), naar inkomensdeciel (1 armste, 10 rijkste)



Bron: Eigen analyses op basis van bij CBS beschikbare microdata van het CAK, Basisregistratie Personen, Inkomensstatistiek en de aanvullende informatie uit Tabel 5. Totaal aantal zorggebruikers vpt voor 2016–2017 betreft respectievelijk 5.056 en 5.849.

5. Conclusie en discussie

Pgb, vpt en mpt bieden een manier om publiek gefinancierde intensieve ouderenzorg te ontvangen in een andere woonomgeving dan een regulier verpleeghuis: thuis of in een particuliere woonzorginstelling. In 2017 koos 17 procent van de zorggebruikers met een Wlz-indicatie voor een pgb, vpt of mpt. De naam volledig pakket thuis blijkt echter de lading vaak niet te dekken: met behulp van een nieuwe datakoppeling laten we zien dat ruim 50 procent van de vpt-gebruikers zorg ontvangt in een particuliere zorginstelling. Voor pgb-houders ligt dit aandeel op ruim 20 procent. In totaal gaat het om bijna vijfduizend ouderen in ongeveer driehonderd particuliere woonzorginstellingen.

Pgb, vpt en mpt zijn vooral populair onder ouderen met een hoog inkomen. De ouderen die behoren tot de 40 procent met het hoogste besteedbaar inkomen kiezen hier in 25 procent van de gevallen voor – vijf keer zo vaak als ouderen die tot de 20 procent met het laagste inkomen behoren (5%). Dat heeft twee mogelijke oorzaken. Ten eerste: bewoners in een particuliere instelling betalen een extra bedrag voor huur en services (500 tot 3.000 euro per maand; SCP, 2019). Ouderen met een hoog inkomen zijn naar verwachting beter in staat om dat te betalen. De tweede oorzaak is de opbouw van de eigen bijdrage. Die is voor Wlz-gefinancierde zorg afhankelijk van onder meer het inkomen van de zorggebruiker. Bovendien is de eigen bijdrage voor een vpt lager dan voor een langdurige opname (langer dan vier maanden) in een regulier verpleeghuis. Dat verschil is voor ouderen met een hoog inkomen (vpt is voor hen zo'n 1.500 euro goedkoper) groter dan voor ouderen met een laag inkomen. Voor ouderen met een hoog inkomen compenseert dat kostenverschil veelal de extra bijdrage voor huur en services in een particuliere woonzorginstelling grotendeels of zelfs volledig. Voor de ouderen met een hoog inkomen is een langdurige opname in een particuliere woonzorginstelling daarom niet veel duurder dan in een regulier verpleeghuis; voor ouderen met een laag inkomen is dat vrijwel nooit het geval.

Vooral bij relatief minder intensieve verpleeghuiszorg kiezen ouderen vaak voor een vpt. Van de groep met een hoog inkomen en een indicatie voor ZZP 4 kiest 45 procent voor pgb of vpt. Bij de samenhang met de geïndiceerde zorgzwaarte kunnen zowel vraag- als aanbodfactoren meespelen. Mogelijk zijn de voordelen van een particuliere instelling minder groot naarmate de functionele beperkingen van de bewoner groter zijn en is intensievere zorg wellicht moeilijker te leveren in de kleinschalige setting van een particuliere woonzorginstelling (SCP, 2019).

Een vpt in een particuliere woonzorginstelling biedt ouderen de mogelijkheid om hun totale eigen betalingen veel minder sterk van hun inkomen te laten afhangen.

Dat strookt niet met het uitgangspunt dat iedereen eigen bijdragen betaalt naar zijn of haar mogelijkheden.[11] Ook voor thuiszorg is de eigen bijdrage niet meer inkomensafhankelijk; voor Zvw-gefinancierde wijkverpleging is die afgeschaft in 2015. En ook voor Wmo-gefinancierde thuiszorg is de bijdrage niet meer inkomensafhankelijk. Als in lijn met deze hervormingen een abonnementstarief[12] voor vpt's en pgb's wordt ingevoerd (het gaat hier immers ook om zorg thuis), dan zijn de voordelen vooral voor ouderen met een hoog inkomen; zij maken relatief vaak gebruik van vpt of pgb en bovendien is hun huidige inkomensafhankelijke eigen bijdrage hoger. Een abonnementstarief voor vpt's en mpt's zou leiden tot een minder solidaire verdeling van de eigen bijdragen.[13]

Dit Design Paper biedt een eerste inzicht in de financiering van particuliere ouderenzorginitiatieven –en in het bijzonder in de rol van pgb's, mpt's en vpt's daarin. Over de kwaliteit van de zorg in reguliere en particuliere verpleeghuizen is echter nog weinig bekend; de toegevoegde waarde van het particuliere aanbod is nog onduidelijk. Op basis van online reviews op Zorgkaart Nederland scoren particuliere woonzorginstellingen hoger op tevredenheid (zie Kader 3), maar deze reviews belichten slechts een aantal dimensies van kwaliteit. Zo is er geen inzicht in structurele verschillen in kwaliteit van zorg of wachttijden, terwijl juist die informatie cruciaal is bij het beoordelen van de wenselijkheid van de snelle ontwikkeling van particulieren ouderenzorginitiatieven.

Het gebruik van deze regelingen voor het financieren van alternatieve zorgvormen, waaronder particuliere woonzorginstellingen, draagt bij aan het creëren van keuzevrijheid en het bieden van ruimte voor particulier initiatief. Een andere belangrijke waarde van de uitgebreide publieke ouderenzorgverzekering in Nederland is een rechtvaardige verdeling van (de mogelijkheden tot) zorggebruik: de zorg wordt verdeeld volgens het criterium '(medische of sociale) noodzaak'. Andere criteria, zoals inkomen, vermogen of woonplaats spelen geen doorslaggevende rol. Als die initiatieven vooral van reguliere verpleeghuizen verschillen in wooncomfort is de toename ervan mogelijk wenselijk, aangezien verschillen in wooncomfort tussen arm

11 Voor sommige typen zorg is voor ouderen met een hoog inkomen de daling van de eigen bijdrage groter dan de daling van de kosten voor de overheid (zie paragraaf 2).

12 In 2020 betalen Wmo-gebruikers een eigen bijdrage per huishouden van maximaal € 19,- per maand ongeacht het inkomen, vermogen en de hoeveelheid hulp en/of ondersteuning (CAK 2020).

13 Een alternatieve redenering is dat eigen bijdragen per definitie onrechtvaardig zijn en dat elke verlaging dus een verbetering is. Dat is echter een radicaal andere manier van denken dan de denkwijze die ten grondslag ligt aan de huidige financiering van de ouderenzorg waarin de bijdrage draagkrachtafhankelijk is.

en rijk breed worden geaccepteerd. Bestaan er daarnaast echter verschillen in de kwaliteit van zorg en in wachttijden tussen arm en rijk, dan is deze ontwikkeling veel controversiëler en is het niet evident dat er veel steun is om deze initiatieven deels met publieke middelen te financieren.

Het is dus belangrijk om meer te weten over de verschillen in de kwaliteit van zorg en de wachttijd tussen beide groepen aanbieders. Het gaat immers om een grote verandering met implicaties voor de manier waarop deze nieuwe initiatieven passend en doelmatig gefinancierd en gefaciliteerd worden. Om daar uitspraken over te kunnen doen moet stelselmatig meer data verzameld worden, zodat meer inzicht ontstaat in de wachttijden, prestaties en de private én publieke kosten van zowel particuliere woonzorginstellingen als van de alternatieven: reguliere verpleeghuiszorg en thuiszorg. Slechts dan kunnen ook de voor- en nadelen van financieringsalternatieven worden afgewogen.

Kader 3: Particuliere woonzorginstellingen krijgen een hogere waardering; de wachttijd verschilt niet

Naast het verschil in de opbouw van de eigen bijdrage zijn er mogelijk ook kwaliteitsverschillen. Structurele kwaliteitsinformatie in Nederland ontbreekt voor zowel particuliere als reguliere verpleeghuizen; er is alleen informatie beschikbaar van online reviews op Zorgkaart Nederland. Particuliere woonzorgcentra krijgen in de periode 2011 tot en met 2018 gemiddeld hogere waarderingen op Zorgkaart Nederland dan reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen: een 8,7 versus een 7,9. Helaas is met deze data niet vast te stellen waardoor de verschillen in beoordeling ontstaan en of bijvoorbeeld de zorgzwaarte hierop invloed heeft.
Een analyse van de periode tussen het moment dat iemand een indicatie krijgt en het moment dat de zorg daadwerkelijk wordt gebruikt – de wachttijd – op basis van CAK-gegevens op individueel niveau laat geen verschillen zien tussen mensen met zorg met verblijf en pgb/vpt/mpt.

Literatuur

Actiz(2019). *www.actiz.nl/nieuws/economisch-onderzoek-actiz-onderstreept-urgentie-voor-nationaal-gesprek-over-toekomst-ouderenzorg*

Adema, Y. en Van Tilburg, I. (2019). *Zorgen om morgen*, CPB Boek, Den Haag: Centraal Planbureau.

Bart, F., Boon, B., Bovenberg, L., van Ewijk, C., Kortleve, N., Rebers, E., & Visser, M. (2016). De routekaart naar een meer integrale benadering van wonen, zorg en pensioen. *Netspar Occasional Paper*, *1*, 2016.

Bakx, P., O'Donnell, O., & Van Doorslaer, E. (2016). Spending on health care in the Netherlands: not going so Dutch. *Fiscal Studies*, *37*(3-4), 593-625.

Bakx, P., Bom, J., van Doorslaer, E., Hussem, A., Schut, E., & Wouterse, B. (2018). Wie zorgt en betaalt voor de ouderen van morgen? *Netspar Brief* 14.

CAK (2020). *www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/wmo-in-2020*

CBS(2017). Eigen betalingen zorg. *www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/07/eigen-betalingen-zorg*

CBS(2019). *https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/*

Diepstraten, M., Wouterse, B., & Douven, R. (2019). Dankzij een toegankelijk huis minder snel naar het verpleeghuis. *Economisch-Statistische Berichten*, *104*(4773), 232-234.

Monitor Langdurige Zorg (2019). *www.monitorlangdurigezorg.nl/*

Muir, T. (2017), Measuring social protection for long-term care, *OECD Health Working Papers*, No. 93, OECD Publishing, Paris.

SCP (2019). Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen met zorg

VWS (2019a). *www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2019/09/17/kabinet-investeert-in-toekomstbestendige-zorg*

VWS (2019b). *www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2019/10/18/kamerbrief-over-langer-thuis-wonen-en-zorg/kamerbrief-over-langer-thuis-wonen-en-zorg.pdf*

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*. 1-17 (available online 20 January 2020)

Wouterse, B., Ter Rele, H., Van Vuuren, D. (2016). Financiering van de zorg op lange termijn. Centraal Planbureau. Policy Brief 2016/10

Zorginstituut Nederland (2020a). *www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-in-een-instelling-wlz/overige-voorzieningen*

Zorginstituut Nederland (2020b). *www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/overgangsrecht-wlz*

Bijlage I. Overzicht gebruikte microdatabestanden CBS

- Gebwlztab: personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg, 2015-2017.
- Indicwlztab: door het CIZ afgegeven indicatie voor Wlz-zorg, 2015-2017.
- Inpatab: inkomen van personen, 2015-2017.
- Inhatab: inkomen van huishoudens, 2015-2017.
- Gbahuishoudensbus: huishoudenskenmerken van in de BRP (Basisregistratie Personen, voorheen Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens; GBA) ingeschreven personen, 2018.

De resultaten zijn gebaseerd op eigen berekeningen op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende bovenstaande microdatabestanden.

Bijlage II. Overzicht zorgzwaartepakketten

Zorgzwaarte-pakket (zzp)	Omschrijving
1	Beschut wonen met enige begeleiding
2	Verpleging en verzorging (VV) Beschut wonen met begeleiding en verzorging
3	Verpleging en verzorging (VV) Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging
4	Verpleging en verzorging (VV) Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
5	Verpleging en verzorging (VV) Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
6	Verpleging en verzorging (VV) Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
7	Verpleging en verzorging (VV) Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
8	Verpleging en verzorging (VV) Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
9	Verpleging en verzorging (VV) Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
10	Verpleging en verzorging (VV) Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

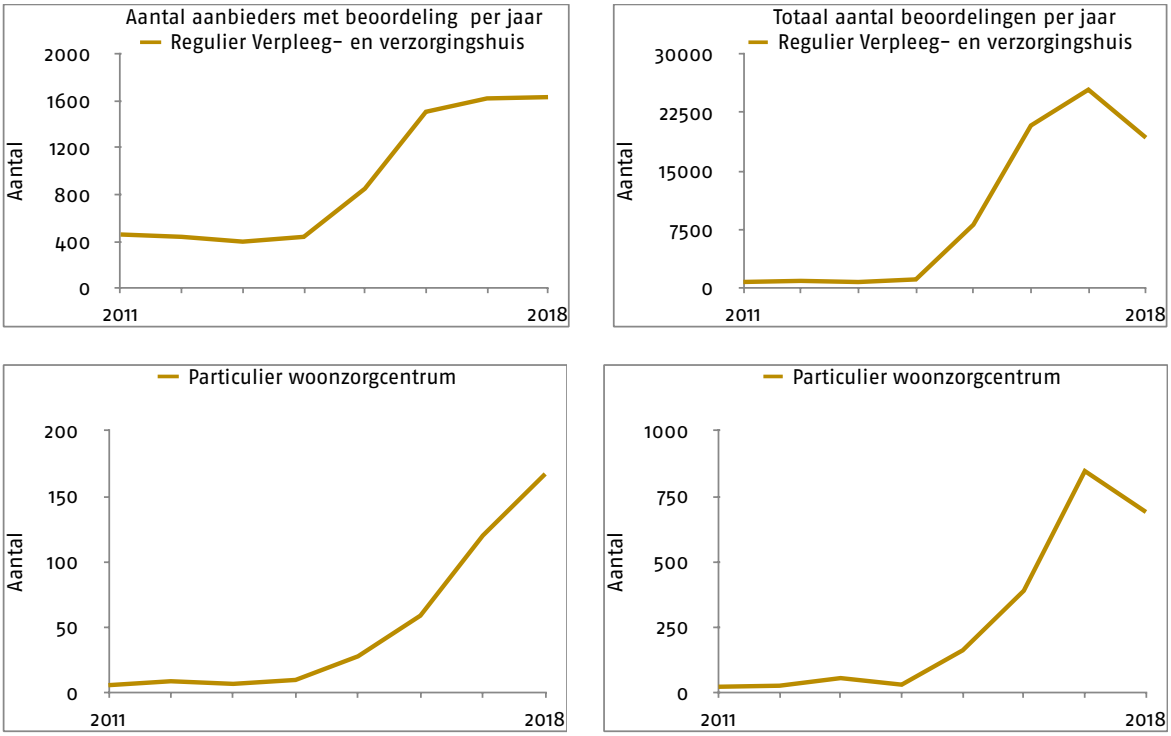
Appendix Tabel A1 : Verdeling zorggebruikers over ZZP's

	2015	2016	2017
ZZP 0	0,5%	0,4%	0,1%
ZPP "oud" (ZZP 1-3)	14,5%	8,6%	5,6%
ZZP 4	19,3%	20,5%	20,9%
ZZP 5	38,5%	42,8%	45,4%
ZZP 6	16,7%	17,7%	18,9%
ZZP 7	8,3%	8,0%	7,3%
ZZP 8	1,1%	1,0%	1,0%
ZZP 9	0,5%	0,4%	0,5%
ZZP 10	0,4%	0,2%	0,1%
Totaal	100%	100%	100%

ZZP 0 gaat om zorg thuis die wel onder de AWBZ viel, maar niet meer onder de Wlz. Voor ZZP-oud geldt iets vergelijkbaars: dit zijn mensen met een indicatie die gedurende de AWBZ-periode is gegeven en we hierna de oude indeling ZZP 1-3 zullen geven. Omdat daar geen nieuwe mensen bijkomen zien we hier een daling in absolute en relatieve zin in de tijd. ZZP 9 gaat om herstelgerichte zorg en is daarom tijdelijk. ZZP 10 is intensieve palliatief-terminale zorg die vaker thuis plaatsvindt. Deze laatste twee blijven gezien de specifieke aard en het relatief beperkte voorkomen (0,6% van het totaal in 2017) hierna buiten beschouwing, net als personen zonder ZZP (0,1%).

Bijlage III. Trends in beoordelingen verpleeghuizen op Zorgkaart Nederland

Figuur A1: Stijging aantal instellingen met een beoordeling van Zorgkaart Nederland en totaal aantal beoordelingen (boven reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen, onder particuliere woonzorgcentra)



Voetnoot bij figuur:
Het gaat om de aanbieders met ten minste één beoordeling per jaar. In 2018 is er een beoordeling beschikbaar voor 75 procent van de op Zorgkaart Nederland vermelde verpleeg- en verzorgingshuizen en voor 57 procent van de particuliere woonzorgcentra. Over de hele periode 2011-2018 gaat het om respectievelijk 84 en 63 procent. Dit verschil wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de kleinschaligheid van particuliere woonzorgcentra. De data bevatten daarnaast alleen informatie van instellingen die eind 2018 actief waren. Instellingen kunnen zowel worden opgenomen op eigen initiatief als op initiatief van Zorgkaart Nederland. Hoewel het ook mogelijk is dat men vaker is gaan beoordelen, zien wij dit als een aanwijzing dat het aantal aanbieders is gestegen.

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)
Marike 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 Brüggen, 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 Koijen
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)
Servaas 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)
Marike 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)
Marike 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)
Jiajia 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)
Marike 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 Brüggen, 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 risicoprofielmeting 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 pensioendocumenten: 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 Brüggen, 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 beleggingsbeleid passen bij gewenste uitkeringsprofielen in verbeterde premieregelingen? (2017)
Johan Bonekamp, Lans Bovenberg, Theo Nijman en Bas Werker

87 Inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen in de langdurige ouderenzorg: een levensloopperspectief (2017)
Arjen Hussem, Harry ter Rele en Bram Wouterse

88 Creating good choice environments – Insights from research and industry practice (2017)
Elisabeth Brüggen, 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, Maaike 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 Maaike 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 Brüggen 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, Maaike 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, Maaike 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, Maaike 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 Mastrogiacomo, Stefan Hochguertel and Hans Bloemen

116 Appreciated but complicated pension Choices? Insights from the Swedish Premium Pension System (2019)
Monika Böhnke, Elisabeth Brüggen 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, Maaike 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 langlevenrisico (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 Mastrogiacomo

137 Using social norms to activate pension plan members: insights from practice (2019)
Joyce Augustus-Vonken, Pieter Verhallen, Lisa Brüggen and Thomas Post

138 Alternatieven voor de huidige verplichtstelling 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

140 Inrichting fiscaal kader bij afschaffing doorsneesystematiek (2020)
Bastiaan Starink en Michael Visser

141 Hervorming langdurige zorg: trends in het gebruik van verpleging en verzorging (2020)
Pieter Bakx, Pilar Garcia-Gomez, Sara Rellstab, Erik Schut en Eddy van Doorslaer

142 Genetic health risks, insurance, and retirement (2020)
Richard Karlsson Linnér and Philipp D. Koellinger

143 Publieke middelen voor particuliere ouderenzorg (2020)
Arjen Hussem, Marianne Tenand en Pieter Bakx

Netspar

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

April 2020