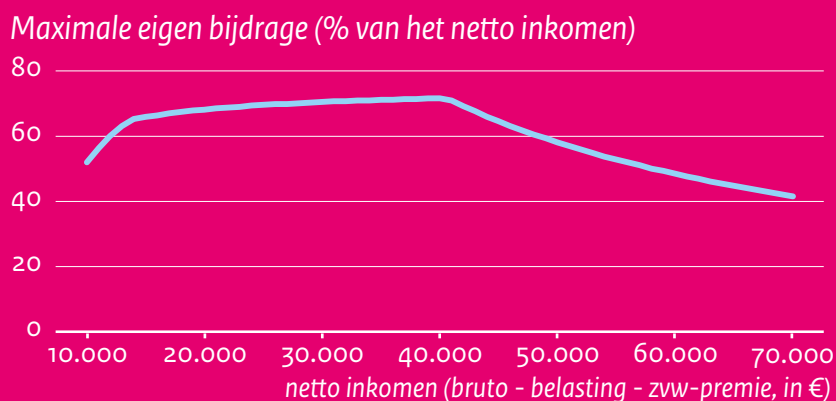




Betere risicospreiding van eigen bijdragen in de verpleeghuiszorg

Onder de huidige systematiek voor de verpleeghuiszorg is het risico van de eigen bijdragen voor ouderen hoog. Een klein deel van hen heeft jaren verpleeghuiszorg nodig, waarbij de eigen bijdragen zich opstapelen. Dit leidt met name voor de middeninkomens tot een groot financieel risico, omdat zij relatief de hoogste eigen bijdragen betalen.



De overheid kan het financiële risico van de eigen bijdragen beperken zonder dat het geld kost.

Als de overwaarde van het eigen huis vanaf de eerste dag wordt meegenomen bij de bepaling van de eigen bijdrage, wordt de druk op inkomen en eigen vermogen verlaagd. Per saldo verlaagt dit het risico. Ouderen met eigen huis betalen bij kort verblijf meer, maar bij lang verblijf minder. De andere ouderen betalen altijd een lagere bijdrage.



CPB Policy Brief

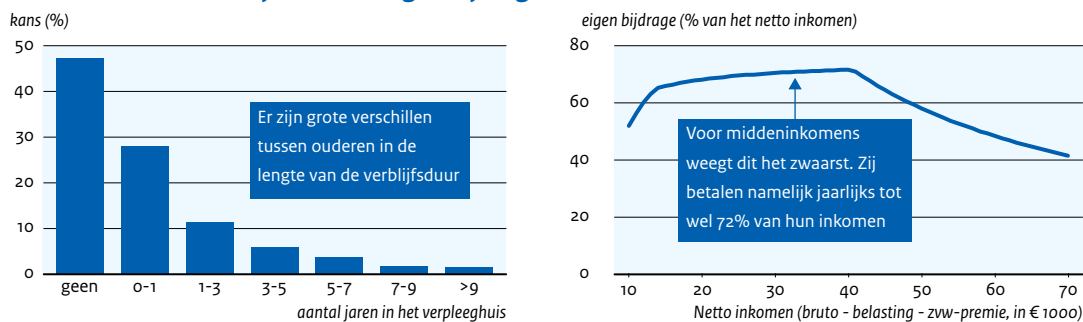
Bram Wouterse, Arjen Hussem, Rob Aalbers

juni 2020

Eigen bijdrage verpleeghuiszorg

De financiële impact van de eigen bijdrage aan langdurige verpleeghuiszorg is groot. Het CPB en Netspar onderzochten de mogelijkheden voor een evenwichtiger verdeling van de eigen bijdragen

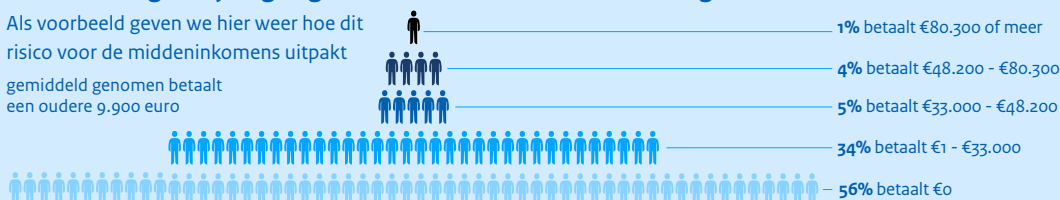
Grote variatie in verblijfsduur en eigen bijdrage



Risico van eigen bijdragen gedurende het leven onevenwichtig verdeeld

Als voorbeeld geven we hier weer hoe dit risico voor de middeninkomens uitpakt

gemiddeld genomen betaalt een oudere 9.900 euro



Voorstel: betere risicospreiding tussen inkomen en vermogen

4% → 8%

Vermogensinkomensbijtelling (VIB) verhogen van 4% naar 8%

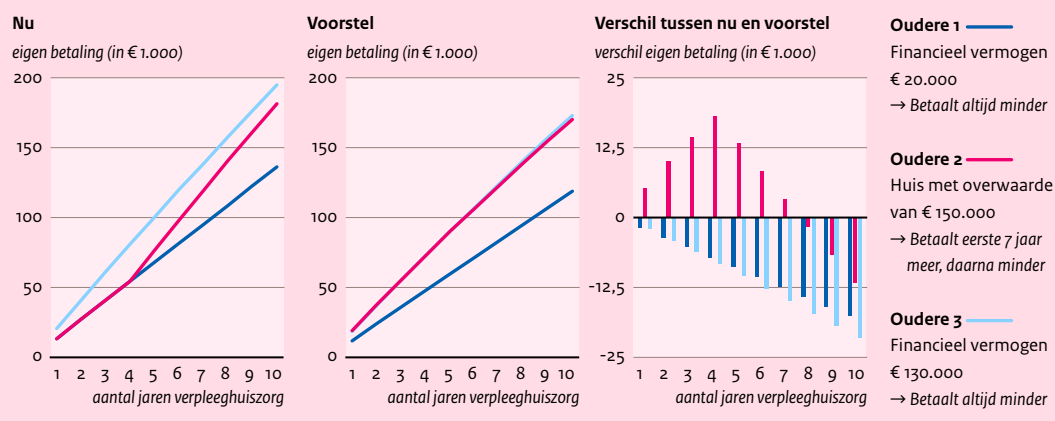


Overwaarde van huis meetellen in VIB
Afrekening vindt pas plaats na overlijden en verkoop van woning



Met de opbrengst van deze maatregel wordt de feitelijke druk op inkomen en vermogen verlaagd

Uitwerking: drie ouderen met een middeninkomen



© Centraal Planbureau, Den Haag 2020

Samenvatting

De middeninkomens dragen de zwaarste lasten van de eigen bijdrage in de verpleeghuiszorg.

De huidige regeling houdt namelijk vooral rekening met de laagste én de hoogste inkomensgroepen. De middeninkomens vallen daarbij buiten de boot: voor hen kan de eigen bijdrage oplopen tot zo'n 70% van het netto-inkomen. Hoge inkomens betalen in euro's weliswaar meer (tot maximaal 29.000 euro per jaar), maar dat is een veel lager percentage van hun inkomen. Verpleeghuiszorg kost overigens tussen de 60.000 en 160.000 euro per persoon per jaar.

Door de eigen bijdragen anders vorm te geven, kan de overheid de financiële gevolgen van de eigen bijdragen beperken zonder dat het geld kost. De overheid kan bijvoorbeeld de overwaarde van het eigen huis vanaf de eerste dag meenemen bij het bepalen van de eigen bijdrage (in het huidige systeem telt het eigen huis pas na twee tot vier jaar mee). De opbrengst daarvan kan worden gebruikt om de feitelijke druk op inkomen en financieel vermogen te verlagen. Daardoor worden de eigen bijdragen gelijkmatiger verdeeld over het pensioeninkomen, het financieel vermogen en de overwaarde van het huis. De eigen bijdrage die vanwege het eigen huis moet worden betaald, hoeft bovendien pas achteraf, na verkoop of na het overlijden, te worden verrekend.

Door deze nieuwe vormgeving gaan ouderen met een eigen huis gemiddeld genomen meer betalen, maar hun risico daalt. Een kortdurend verblijf in het verpleeghuis wordt voor ouderen met een eigen huis namelijk 'duurder', maar daar staat tegenover dat een langdurig verblijf juist 'goedkoper' wordt. Zo gaat de eigen bijdrage voor een oudere met een middeninkomen en een overwaarde van 150.000 euro gedurende de eerste vier jaar met 4.500 euro omhoog. Na vijf jaar komt het omslagpunt en gaat de eigen bijdrage met 5.000 euro per jaar omlaag. Ouderen zonder eigen huis gaan door deze nieuwe vormgeving altijd een lagere eigen bijdrage betalen, waardoor ze ook minder risico lopen.

Het financieel risico van eigen bijdragen voor ouderen is aanzienlijk. Een deel van hen heeft namelijk langdurig verpleeghuiszorg nodig, waardoor de eigen bijdragen zich jaar na jaar opstapelen. Hoewel drie kwart van de ouderen geen of maximaal een jaar verpleeghuiszorg nodig heeft, heeft een klein deel van de ouderen vele jaren verpleeghuiszorg nodig. Zo verblijft 10% van de ouderen langer dan vier jaar in het verpleeghuis, 5% langer dan zes jaar en 1% zelfs langer dan tien jaar.

Onder de huidige systematiek is het financieel risico het grootst voor de middeninkomens. Voor hen is de eigen bijdrage als percentage van het inkomen namelijk het hoogst. In combinatie met het langdurige verblijf ontstaat daardoor een kans van 10% dat ouderen met een middeninkomen gedurende hun leven in totaal bijna 33.000 euro of meer aan eigen bijdragen voor verpleeghuiszorg betalen. Met een kans van 1 op 100 is dit zelfs bijna 80.000 euro of meer.

1 Inleiding

De ouderdom komt met gebreken. Soms zijn die gebreken dusdanig dat iemand voortdurend intensieve zorg nodig heeft. Een opname in een verpleeghuis is dan vaak de enige optie. Een op de vijf ouderen heeft hier tijdens hun leven mee te maken.

Verpleeghuiszorg is duur. Afhankelijk van de vraag welke zorg iemand precies nodig heeft, lopen de kosten ervan uiteen van 60.000 tot 160.000 euro per jaar.¹ Als iemand dat allemaal zelf zou moeten betalen, zou dat een grote aanslag zijn op de eigen portemonnee. Daarom hebben we in Nederland een verplichte volksverzekering, de Wet langdurige zorg of Wlz, die het grootste deel van deze kosten dekt.

Gebruikers van verpleeghuiszorg betalen een deel van de kosten zelf. Onderdeel van de Wlz is een systeem van inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen. Ongeveer 8% van de kosten van de Wlz worden opgebracht via de eigen bijdragen². Iemand met een minimuminkomen betaalt een lagere eigen bijdrage dan iemand met een midden of een hoog inkomen.

Eigen bijdragen hebben voordelen. Verpleeghuiszorg is duur en omvat naast zorg ook het dagelijks levensonderhoud. Zo gezien is het redelijk dat gebruikers een deel van de kosten zelf betalen. Dat draagt bij aan het betaalbaar houden van de stijgende uitgaven aan ouderenzorg.³ En omdat de gebruikers een deel van de kosten zelf moeten betalen, hebben ze een prikkel om het gebruik van verpleeghuiszorg uit te stellen tot het moment dat het nodig is.⁴

Eigen bijdragen hebben ook nadelen. Zo kan een eigen bijdrage ertoe leiden dat mensen ten onrechte zorg gaan mijden. Daarnaast brengt de eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg een financieel risico met zich mee. De kans dat iemand jarenlang verpleeghuiszorg nodig heeft is klein, maar *als* het nodig is, dan kunnen de kosten in de vorm van eigen bijdragen flink oplopen. Tegen dit risico kan men zich niet verzekeren.⁵

De overheid kan de eigen bijdragen aanpassen om zo de financiële gevolgen voor ouderen te beperken. De systematiek van de eigen bijdragen is echter complex. Zo is de eigen bijdrage in de verpleeghuiszorg afhankelijk van het inkomen, het vermogen, de leeftijd en het type huishouden.⁶ De regeling kan op al die punten (in principe) worden aangepast. Hoe daarmee het risico verandert, is echter onduidelijk omdat systematische kennis hierover ontbreekt.⁷

In dit stuk gaan we op zoek naar de gouden middenweg. Is het mogelijk om de eigen bijdragen zodanig aan te passen dat de financiële lasten voor ouderen draagbaar blijven zonder dat we ten onrechte zorg gaan geven aan mensen die het niet nodig hebben? Daartoe brengen we in paragraaf 2 eerst (de verschillen in) het gebruik van langdurige zorg en de daarmee samenhangende eigen bijdragen in kaart. In paragraaf 3 geven we weer hoeveel risico ouderen vanwege deze eigen bijdragen lopen. Vervolgens laten we in paragraaf 4 zien hoe de

¹ Voor een overzicht van de tarieven voor verpleeghuiszorg zie [\(link\)](#).

² Dit betreft de totale Wlz. Totale opbrengsten eigen bijdrage als percentage van de bruto-uitgaven Wlz. [\(link\)](#)

³ Zie CPB (2019a, 2019b), Wouterse & Smid (2017) en Bakx et al. (2018).

⁴ Zie bijvoorbeeld Konetzka et al. (2019) die voor de Verenigde Staten laten zien dat eigen bijdragen ondoelmatig gebruik van verpleeghuiszorg kunnen beperken. Vergelijkbaar onderzoek is voor Nederland nog niet beschikbaar. Wel laat Non (2017) zien dat eigen bijdragen het gebruik van de thuiszorg beperken.

⁵ Een verzekeraar zou in dat geval te maken krijgen met moreel risico (zie vorige voetnoot).

⁶ Voor gebruikers is er daarom een rekenhulp om inzicht te krijgen in de persoonlijke situatie. Zie [\(link\)](#).

⁷ Zie CBS (2016) en Bakx et al (2019) voor een overzicht van de gemiddelde jaarlijkse eigen bijdragen voor verschillende groepen. Zie Hussem et al (2017) voor een overzicht wat veranderingen in de systematiek betekenen voor de gemiddelde eigen bijdrage die ouderen betalen.

eigen bijdragen de welvaart van verschillende inkomensgroepen beïnvloeden. In paragraaf 5 presenteren we tot slot een aantal beleidsopties om het risico van de eigen bijdragen beter te verdelen of af te kappen.

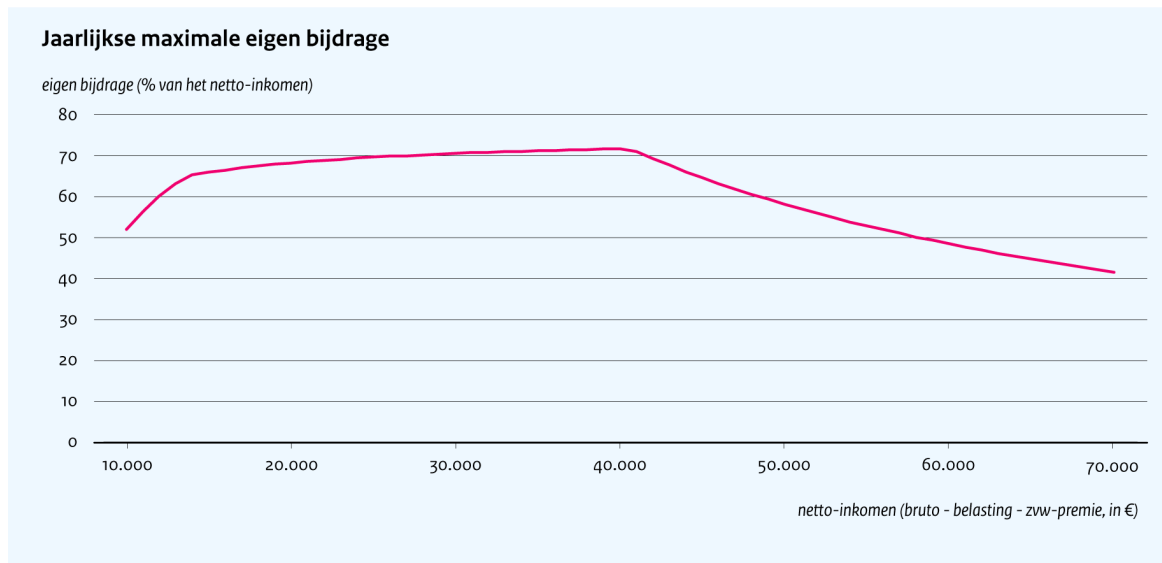
2 Eigen bijdragen in beeld

Het totale bedrag dat een oudere gedurende haar leven aan eigen bijdragen kwijt is, is gelijk aan de hoogte van de eigen bijdrage vermenigvuldigd met het aantal jaar dat zij verpleeghuiszorg nodig heeft.⁸ In deze paragraaf brengen we in beeld hoe de eigen bijdrage varieert met het inkomen en hoe het gebruik van verpleeghuiszorg varieert tussen ouderen.

2.1 De hoogte van de eigen bijdrage

De eigen bijdrage hangt af van het inkomen, het vermogen en de omstandigheden van de gebruiker.⁹ Er is zowel een lage als een hoge eigen bijdrage. Iemand met een thuiswonende partner betaalt de lage eigen bijdrage. Ook alleenstaanden betalen de eerste vier maanden in een verpleeghuis de lage eigen bijdrage; daarna betalen zij de hoge eigen bijdrage (zie tekstkader). In dit stuk richten we ons op de groep ouderen die vanaf hun 70ste levensjaar alleenstaand is. In de slotparagraaf komen we terug op de vraag wat onze resultaten betekenen voor de groep ouderen van 70 jaar of ouder met partner.¹⁰

Figuur 2.1 Jaarlijkse maximale eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg (o. b.v. de hoge eigen bijdrage)



Middeninkomens betalen relatief het meest voor de zorg die ze gebruiken (figuur 2.1). De hoge eigen bijdrage voor ouderen met een netto-inkomen¹¹ tussen de 14.000 en 45.000 euro is ten minste 65% van dat

⁸ Voor de leesbaarheid gebruiken we 'zij' of 'haar' als het over een oudere gaat, maar het gaat over zowel mannen als vrouwen. Het merendeel van de ouderen die met een hoge eigen bijdrage te maken krijgt, is overigens een vrouw.

⁹ Zie CAK (2019). De eigen bijdrage is ook afhankelijk van leeftijd, maar omdat wij ons in dit stuk richten op de groep van 70 jaar en ouder (wat ook verreweg de grootste groep is), speelt leeftijd hier geen rol.

¹⁰ Het modelleren van meerpersoonshuishoudens vergt een ander, complexer model, waarin ook de financiële beslissingen binnen het huishouden een rol spelen.

¹¹ Het netto-inkomen is hier het bruto-inkomen – belastingen en Zvw-premie. In dit rekenvoorbeeld gaan we uit van iemand zonder vermogen.

inkomen. Ouderen met een inkomen van ongeveer 40.000 euro betalen procentueel gezien het meest, namelijk 72% van hun inkomen. Omdat de eerste 4.800 euro van het inkomen door aftrekposten zijn vrijgesteld, zijn lage inkomens een kleiner percentage van hun inkomen aan eigen bijdragen kwijt. Verder kent de eigen bijdrage een maximum van ruim 29.000 euro. Dit betekent dat voor inkomens boven de 40.000 euro de eigen bijdrage als percentage van het inkomen daalt.

De hoge eigen bijdrage

De hoge eigen bijdrage hangt af van het verzamelinkomen van een oudere van twee jaar geleden.^(a) Door de betaalde belasting en een aantal aftrekposten, zoals de zorgpremie, zak- en kleedgeld (3.778 euro) en een aftrek pensioengerechtigde leeftijd (1.023 euro) op dit bedrag in mindering te brengen, krijg je het beschikbaar inkomen. Een deel van dit beschikbaar inkomen is vrijgesteld van de eigen bijdrage. Het gaat om 25% van het inkomen boven de 8.925 euro. We noemen dit tarief de inkomensvrijstelling. De hoge eigen bijdrage wordt nu bepaald door van het beschikbaar inkomen de vrijstelling af te trekken en daar vervolgens de vermogensinkomensbijtelling bij op te tellen.^(b) De hoge eigen bijdrage is gemaximeerd op 29.033 euro.

De eigen woning telt na opname in een verpleeghuis pas na verloop van tijd mee bij de bepaling van de hoge eigen bijdrage. Zo wordt de eigen bijdrage afgeleid van het inkomen en vermogen van twee jaar geleden. Op grond van de verpleeghuisregeling telt de eigen woning bovendien pas twee jaar na opname mee als box 3-vermogen. Voor iemand die haar woning niet tussentijds verkoopt, telt het eigen huis dus pas vier jaar na opname mee bij de bepaling van de eigen bijdrage. In dit stuk gaan wij – vanwege een gebrek aan data – uit van een vaste termijn van vier jaar voordat de eigen woning meetelt. De invloed van deze aanname op de resultaten is beperkt, omdat de meeste ouderen drie jaar of minder in het verpleeghuis verblijven. Zolang de fiscaal partner nog in het huis woont, telt de eigen woning overigens niet mee bij de bepaling van de eigen bijdrage.

- (a) De eigen bijdrage in 2020 wordt bepaald op basis van het verzamelinkomen uit 2018. Dit bestaat uit de inkomsten uit werk, uitkering of eigen woning plus een fictief rendement over de zogenaamde grondslag sparen en beleggen, de nettobezittingen verminderd met het heffingsvrij vermogen. In 2018 was het heffingsvrij vermogen 30.000 euro voor een alleenstaande ([link](#)). Ouderen met een inkomen lager dan 20.297 euro en een vermogen hoger dan 30.000 euro kunnen profiteren van de zogenaamde ‘compensatie ouderentoeslag’ ([link](#)).
- (b) De vermogensinkomensbijtelling is 4% van de grondslag sparen en beleggen.

2.2 Grote variatie in het gebruik van zorg

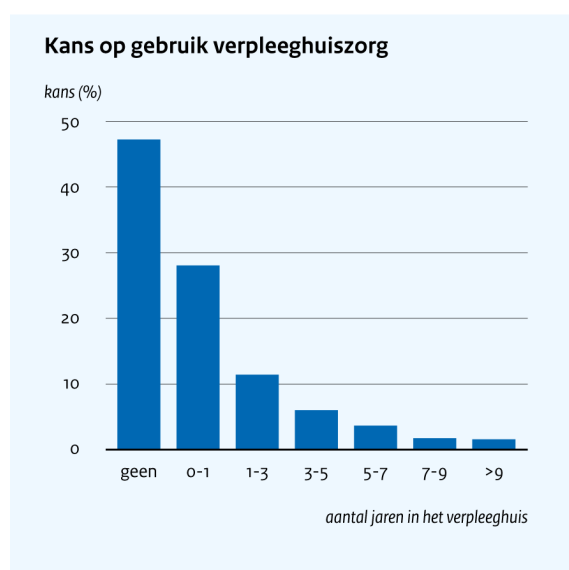
Ouderen met de minste middelen gebruiken gemiddeld de meeste zorg. Ouderen met lage inkomens brengen gemiddeld een groter deel van hun leven in een verpleeghuis door dan ouderen uit hogere inkomensgroepen. Zo zal een 70-jarige uit de laagste inkomensgroep¹² naar verwachting 1,7 jaar van haar

¹² De indeling van de inkomens is gebaseerd op het netto-inkomen plus het geannuitiseerde vermogen op 70-jarige leeftijd. De middeninkomens hebben een inkomen tussen de 19.000 en 23.300 euro. De volledige indeling is: groep 1 - minder dan 16.000 euro; groep 2 - tussen 16.000 en 19.000 euro; groep 3 - tussen de 19.000 en 23.300 euro; groep 4 - tussen de 23.300 en 33.900 euro; groep 5 - meer dan 33.900 euro.

resterende leven in een verpleeghuis doorbrengen. Voor ouderen met een middeninkomen is dit 1,6 jaar en voor ouderen uit de hoogste inkomensgroep is dit 1,3 jaar.

Achter deze gemiddelden gaan grote verschillen tussen individuele ouderen schuil. Niemand weet of en wanneer zij verpleeghuiszorg nodig heeft. Figuur 2.2 laat voor de groep met een middeninkomen zien dat de onzekerheid heel erg groot is.¹³ Drie op de vier ouderen komen niet of maar heel kort (minder dan een jaar) in het verpleeghuis terecht. Ruim 10% verblijft een tot drie jaar in een verpleeghuis, 5% drie tot vijf jaar en 1% verblijft er negen jaar of langer. De hoeveelheid zorg die iemand nodig heeft, hangt sterk samen met bepaalde aandoeningen. Zo verblijven patiënten met somatische klachten gemiddeld bijna drie jaar in het verpleeghuis, terwijl dit voor patiënten met Korsakov gemiddeld zes jaar is.¹⁴

Figuur 2.2 De meeste ouderen verblijven kort in het verpleeghuis, maar sommige vele jaren¹⁵



3 Risico in beeld

In dit stuk gebruiken we het levensloopperspectief om de effecten van eigen bijdragen op de financiële situatie van ouderen te analyseren.¹⁶ Dit perspectief is nodig omdat het risico met betrekking tot eigen bijdragen sterk afhankelijk is van het aantal jaren dat iemand in een verpleeghuis zit. Vooral de ouderen die langjarig in een verpleeghuis zitten zijn ‘duur’ uit. Daar staat tegenover dat de helft van de ouderen geen verpleeghuiszorg nodig heeft en dus ook geen eigen bijdrage betaalt. Ouderen weten van tevoren niet of en hoe lang ze verpleeghuiszorg nodig hebben. Bij hun financiële planning moeten ze echter rekening houden met het risico dat ze langdurig in het verpleeghuis moeten verblijven. Daarom bekijken we de effecten die

¹³ Om het aantal grafieken in dit stuk te beperken, richten we ons in de rest van deze paragraaf en in paragraaf 3 op de groep ouderen met een middeninkomen. De grafieken voor de andere inkomensgroepen zijn opgenomen in Wouterse et al. (2020).

¹⁴ Verenso (2019).

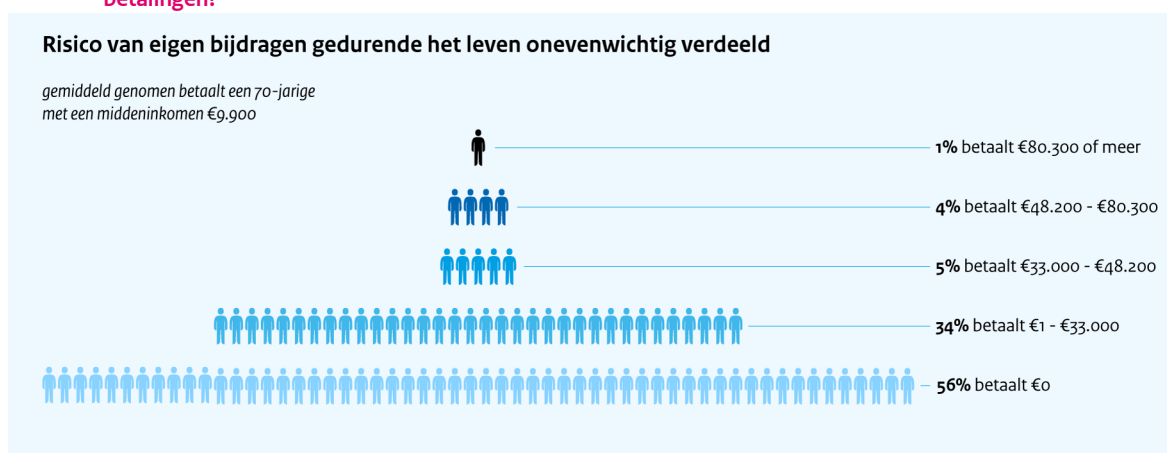
¹⁵ Onze data zijn gebaseerd op de periode 2008-2013. In 2013 en 2014 is de toegang tot verpleeghuiszorg voor de indicaties ZP VV 1-3 voor nieuwe gevallen in twee stappen afgeschaft (CPB, 2018). Hierdoor is de verblijfsduur in verpleeghuizen en daarmee de kans op het gebruik van verpleeghuiszorg mogelijk veranderd. Zorginstituut Nederland (2018) vindt op basis van declaratiegegevens over de periode 2013-2016 wel een dalende instroom van nieuwe cliënten in het verpleeghuis, maar geen verandering van de verblijfsduur.

¹⁶ Het levensloopperspectief is eerder gebruikt door Van Ewijk et al. (2017) om de welvaartseffecten van verschillende pensioenopties door te rekenen. De Nardi et al. (2016) gebruiken een levensloopmodel om voor verschillende inkomensgroepen de waarde van Medicaid (de verzekering voor (langdurige) zorg voor ouderen in de VS) te berekenen.

eigen bijdragen hebben op de financiële positie van ouderen vanuit het perspectief van een 70-jarige die nog niet weet of en hoelang zij verpleeghuiszorg nodig heeft.¹⁷

Gemiddeld genomen besteden ouderen maar een klein bedrag aan verpleeghuiszorg. Figuur 3.1 laat zien dat een 70-jarige met een middeninkomen gedurende de rest van haar leven (zo'n 15 jaar) naar verwachting ongeveer 9.900 euro kwijt is, ofwel 670 euro per jaar.¹⁸ We noemen dat bedrag de verwachte *netto-eigenbetaling*. Dit is het gemiddelde bedrag dat de oudere jaarlijks *extra* moet betalen omdat ze in een verpleeghuis wordt opgenomen. Het is gelijk aan de te betalen eigen bijdrage minus een bedrag voor kost en inwoning – na opname komen de uitgaven voor kost en inwoning namelijk voor rekening van het verpleeghuis. Omdat ouderen deze kosten ook hadden gehad als ze thuis waren blijven wonen, verrekenen we ze met de te betalen eigen bijdrage.

Figuur 3.1 Hoe veel is een 70-jarige met een middeninkomen over de rest van het leven in totaal kwijt aan eigen betalingen?



De netto-eigenbetalingen gedurende het leven zijn met grote onzekerheid omgeven. Voor een 70-jarige die een inschatting wil maken van de financiële gevolgen van verpleeghuiszorg, is de verwachte netto-eigenbetaling van 9.900 euro niet zo informatief. Zij zal ook willen weten hoe groot de kans is dat ze veel meer of helemaal niets kwijt is. Figuur 3.1 geeft een indruk van de onzekerheid over de netto-eigenbetalingen gedurende de resterende levensduur. De figuur laat zien dat de kans dat een oudere met een middeninkomen niets hoeft te betalen 56% is. Tegelijkertijd is er een kans van 10% dat deze oudere gedurende haar leven ten minste 33.000 euro extra kwijt is aan zorg, en een kans van 1% dat dit ten minste 80.300 euro is.

De meeste mensen houden niet van risico's en willen zich daar graag tegen verzekeren. Zo sluiten de meeste mensen vrijwillig een inboedel-, opstal-, of aansprakelijkheidsverzekering af om de financiële schade van brand, diefstal of een ongeval af te dekken. Ze zijn bereid om daarvoor jaarlijks een premie te betalen, ook al is de kans groot dat ze in hun leven niet met (een van) deze gebeurtenissen te maken krijgen. Voor het risico dat ouderen lopen met betrekking tot verpleeghuiszorg kunnen we de vraag stellen: welk bedrag zou een oudere aan premie willen betalen om geen risico meer te lopen?

¹⁷ Zie Wouterse et al. (2020) voor een uitgebreide beschrijving van het levensloopperspectief en het gebruikte model.

¹⁸ Dit is het gemiddelde bedrag dat een oudere naar verwachting gedurende de rest van haar leven vanaf het 70ste levensjaar moet betalen. Dit bedrag is veel lager dan het gemiddelde bedrag dat een oudere betaalt voor het gebruik van verpleeghuiszorg. Slechts een deel van de ouderen gebruikt gedurende een deel van het leven namelijk verpleeghuiszorg.

Een 70-jarige met een middeninkomen wil jaarlijks 1.400 euro extra zorgpremie betalen om helemaal van de eigen betalingen af te zijn.¹⁹ Dat is meer dan het dubbele van wat zij naar verwachting gemiddeld per levensjaar aan eigen betalingen kwijt zal zijn (670 euro). Het verschil tussen wat ouderen bereid zijn te betalen en wat ze gemiddeld betalen noemen we de risicopremie.

4 Welvaart in beeld

In de rest van dit stuk drukken we de effecten van de eigen bijdrage uit in termen van welvaart. Neem bijvoorbeeld een oudere met een middeninkomen van 20.000 euro.²⁰ Als voor deze oudere de som van de gemiddelde netto-eigenbetalingen en de risicopremie uitkomt op 1.400 euro per jaar, dan zeggen we dat de eigenbijdragesystematiek deze oudere 7% ($=1.400/20.000$) welvaart kost.²¹ Het welvaartseffect van de eigen bijdrage houdt dus zowel rekening met de gemiddelde betalingen over de resterende levensduur (in het voorbeeld 670 euro per jaar) als met het risico van die betalingen (in het voorbeeld 730 euro per jaar).

Kijken we dan naar de welvaartseffecten van de eigen bijdrage, dan zien we dat die voor alle inkomensgroepen veel groter zijn dan de gemiddelde betalingen doen vermoeden. Figuur 4.1 laat zien dat het risico over de eigen bijdragen voor alle inkomensgroepen van groot belang is. Vanaf de derde inkomensgroep, zo'n 19.000 euro per jaar, is het welvaartseffect van dat risico zelfs groter dan het welvaartseffect van de netto-eigenbetalingen.

Verder zien we dat de middeninkomens in termen van welvaart de zwaarste lasten dragen. Het totale effect van de eigen bijdragen op de welvaart, dus inclusief de risicopremie, schommelt voor de middeninkomens (de inkomensgroepen 2, 3 en 4) rond de 7% van het inkomen.²² Voor de laagste inkomens is dit ruim 5% en voor de hoogste ruim 4,5%.

De middeninkomens betalen relatief veel omdat in de huidige regeling vooral rekening gehouden wordt met de financiële impact van de eigen bijdragen op de laagste én de hoogste inkomensgroep. Middeninkomens vallen net buiten de boot. Zo profiteren zij in tegenstelling tot de laagste inkomens relatief minder van de vaste aftrek van 4.800 euro.²³ Ook hebben zij in tegenstelling tot de hoogste inkomens geen profijt van de begrenzing van de hoge eigen bijdrage op 29.000 euro per jaar.

¹⁹ Dit bedrag is bepaald door voor alle ouderen de zogenaamde zekerheidsequivalente consumptie te bepalen. Belangrijke veronderstellingen hierbij zijn de mate van risicoaversie en de discontovoet. Voor details zie Wouterse et al. (2020). Daar komt ook de vraag aan de orde of het nut dat ouderen uit consumptie ontleen als ze in een verpleeghuis wonen anders is dan wanneer ze thuis wonen (zie b.v. Van Ooijen et al (2018) over de relatie tussen gezondheid en consumptie).

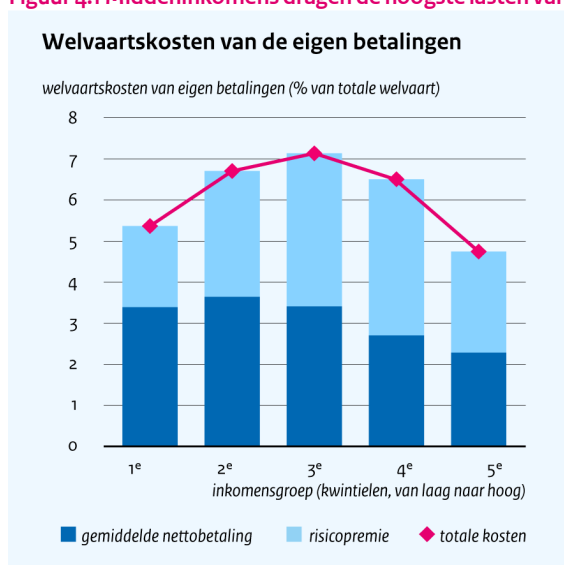
²⁰ Specifieker: het pensioeninkomen plus het geannuïtiseerde financieel vermogen.

²¹ Toegang tot verpleeghuiszorg levert ouderen natuurlijk ook welvaart op. Zolang veranderingen in de eigenbijdragesystematiek echter niet leiden tot meer of minder toegang tot verpleeghuiszorg heeft dit geen effect op de welvaart. In alle varianten die wij presenteren, blijft de opbrengst van de eigen bijdragen constant. Overall gezien valt dus niet te verwachten dat het gebruik van verpleeghuiszorg als gevolg van de varianten zal veranderen.

²² Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen het effect van eigen bijdragen op de welvaart en het effect van zorg op de welvaart.

²³ Middeninkomens profiteren relatief gezien ook minder van het feit dat het verpleeghuis een deel van de kosten voor kost en inwoning voor zijn rekening neemt.

Figuur 4.1 Middeninkomens dragen de hoogste lasten van de eigen betalingen in de verpleeghuiszorg



5 Beleidsopties

Wij bekijken vier beleidsopties om de welvaartseffecten van de eigen bijdrage te beïnvloeden. De eerste beleidsoptie is afschaffing van de vermogensinkomensbijtelling (VIB), de tweede een verhoging van de VIB. Bij de derde beleidsoptie wordt de zogenaamde verpleeghuisregeling geschrapt (zie tekstkader ‘De hoge eigen bijdrage’), waardoor de overwaarde van het eigen huis direct meetelt als financieel vermogen. De vierde beleidsoptie schrapt niet alleen de verpleeghuisregeling, maar beperkt bovendien de periode waarin ouderen een eigen bijdrage betalen tot maximaal zes jaar.

Om een eerlijke vergelijking tussen de verschillende varianten te maken, zorgen we ervoor dat ze voor de overheid *budgettair neutraal* zijn. Alle ouderen samen betalen dus hetzelfde bedrag aan eigen bijdragen.²⁴ Bij de eerste en tweede beleidsoptie doen we dit door de inkomensvrijstelling van 25% aan te passen.²⁵ Bij de derde en vierde beleidsoptie passen we de inkomensvrijstelling en de VIB zodanig aan dat het voor de eigen bijdrage niet uitmaakt of ouderen (een deel van hun) vermogen omzetten in pensioen of (een deel van hun) pensioen in vermogen.²⁶ Alle andere details van de eigenbijdrageregeling laten we ongemoeid.

5.1 De vermogensinkomensbijtelling

Het afschaffen van de VIB levert voor de meeste ouderen een welvaartsverlies op (zie figuur 5.1). De afschaffing pakt voor de middeninkomens het ongunstigst uit, met name voor de groepen 3 en 4. Zij gaan er tussen 0,5 en 0,75% van hun inkomen op achteruit – een bedrag van 125 tot 175 euro per jaar. Dit

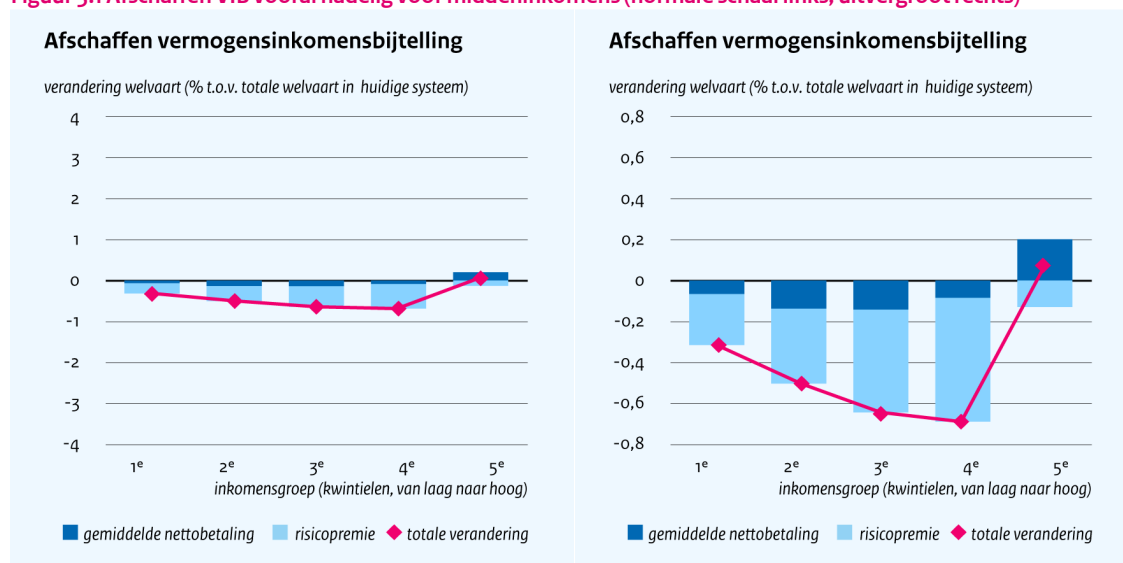
²⁴ Het uitgangspunt is dat de *collectieve* lasten gelijk blijven. Impliciet nemen we daarbij aan dat ook de mate waarin de eigen bijdragen het zorggebruik beïnvloeden (het zogenaamde remeeffect) niet verandert. Zoals beschreven in Wouterse et al. (2019) is het op basis van de bestaande empirische literatuur onduidelijk hoe de vormgeving van eigen betalingen het zorggebruik van verschillende groepen ouderen exact beïnvloedt.

²⁵ Net als in het huidige systeem (zie tekstkader ‘De hoge eigen bijdrage’) betreft de 75% het beschikbaar inkomen boven de vrijstellingsgrens.

²⁶ Bijvoorbeeld door een lijfrente te kopen die een bedrag omzet in een levenslange jaarlijkse uitkering (omzetten vermogen in pensioen) of door een deel van het jaarlijkse pensioen ineens uit te laten betalen (omzetten pensioen in vermogen). In de literatuur heet dit actuairaal fair. Zie voor details Wouterse et al. (2020).

welvaartsverlies komt door de smallere grondslag voor de eigen betalingen, waardoor het risico zich concentreert bij een kleinere groep ouderen.

Figuur 5.1 Afschaffen VIB vooral nadelig voor middeninkomens (normale schaal links, uitvergroot rechts)



Om de afschaffing van de VIB te financieren gaat de inkomensvrijstelling omlaag van 25 naar 18%. Dit is vooral nadelig voor de middengroepen. Zij hebben relatief gezien veel (pensioen)inkomen dat nu zwaarder wordt belast, en weinig financieel vermogen. Voor de middengroepen neemt daardoor de onzekerheid over de netto-eigenbijdragen (zie ook figuur 3.1) toe. De gemiddelde eigen betalingen per inkomensgroep veranderen overigens nauwelijks door de afschaffing van de VIB.

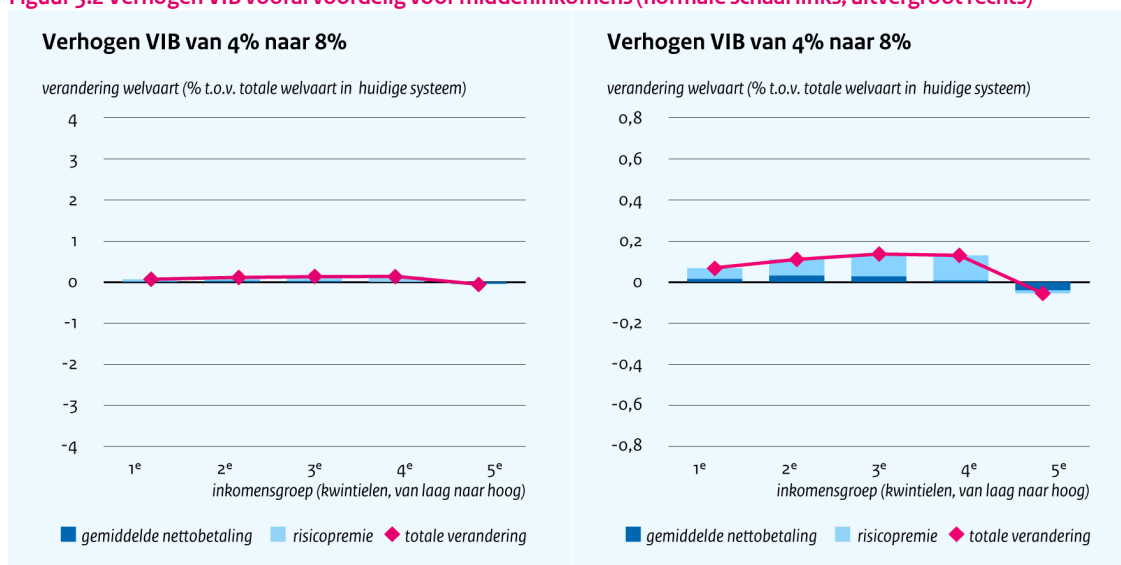
Ouderen met veel financieel vermogen profiteren van de afschaffing van de VIB. Omdat de hoogste inkomensgroep heel divers is samengesteld, is dit beperkt zichtbaar in figuur 5.1. Deze inkomensgroep bestaat namelijk uit zowel ouderen met een hoog inkomen en een laag vermogen, als uit ouderen met een laag inkomen en een hoog vermogen.²⁷ Zo zijn de 10% ouderen met de hoogste vermogens (gemiddeld 370.000 euro) bij een verhoging van de VIB slechter af. Het gaat om een daling van 0,02 tot 0,6% van het inkomen gedurende het hele leven.²⁸

Het verhogen van de VIB van 4 naar 8% heeft vrijwel geen effect op de welvaart (zie figuur 5.2). Ouderen in de hoogste inkomensgroep gaan er licht op achteruit. Omdat een verhoging van de VIB weinig extra inkomsten oplevert, gaat de inkomensvrijstelling ‘slechts’ omhoog van 25 naar 27%. De lage budgettaire impact komt doordat de meeste ouderen vrijwel geen vermogen hebben boven de vrijstellingsgrens van 30.000 euro. Verder is het vermogen geconcentreerd bij de ouderen die ook een hoog inkomen hebben. En wie al een inkomen heeft van ruim 40.000 euro of meer, betaalt al de maximale eigen bijdrage van ruim 29.000 euro per jaar.

²⁷ In onze analyses berekenen we de welvaartseffecten van de beleidsopties voor iedere combinatie van inkomens- en vermogensgroep. De in de figuur gepresenteerde resultaten zijn de gewogen gemiddelden voor groepen die op basis van hun verwachte gediscoteerde pensioeninkomen en hun initiële vermogen hetzelfde levensloopinkomen hebben. Zie Wouterse et al. (2020) voor een verdere toelichting.

²⁸ Ongeveer de helft van de ouderen in het hoogste vermogensdecil heeft een laag of middeninkomen. Voor deze groep ligt het verlies tussen de 0,35 en 0,64% van hun inkomen. Voor de andere helft (met een hoog inkomen) blijft het verlies beperkt tot 0,02%. Zij betalen namelijk al (bijna) de maximale eigen bijdrage van ruim 29.000 euro. Een verhoging van de tarieven heeft daar weinig of geen effect op.

Figuur 5.2 Verhogen VIB vooral voordelig voor middeninkomens (normale schaal links, uitvergroot rechts)



5.2 Overwaarde van het eigen huis meenemen

Voor veel ouderen is het eigen huis de belangrijkste vorm van vermogen, maar het zit vast in stenen.

Naast het financieel vermogen nemen we in de derde en vierde variant ook de overwaarde van het eigen huis direct mee bij de berekening van de eigen bijdrage (in plaats van na vier tot vijf jaar zoals in het huidige systeem). Om ervoor te zorgen dat de overwaarde kan worden belast zonder dat ouderen per direct hun huis moeten verkopen, hanteren we een variant van het Ierse systeem.²⁹ Daar neemt de overheid de overwaarde van het huis weliswaar mee in de berekening van de eigen bijdrage, maar vindt de afrekening pas plaats na het overlijden van de oudere en de verkoop van het huis.³⁰

Een ander uitgangspunt in de varianten met de overwaarde van het eigen huis is dat de eigenbijdragesystematiek neutraal is in de behandeling van pensioeninkomen en vermogen. Voor de hoogte van de eigen bijdrage maakt het dan niet uit of men vermogen omzet in pensioeninkomen of pensioeninkomen in vermogen. In het huidige systeem betekent dit dat de inkomensvrijstelling omhoog gaat van 25 naar 27% en de VIB van 4 naar 8%.³¹ De feitelijke druk waartegen inkomen en vermogen worden belast, komen dan uit op 73 en 11% (zie tekstkader 'Wettelijke tarieven en feitelijke druk').

²⁹ In het Ierse systeem telt de overwaarde van het eigen huis maximaal drie jaar voor 7,5% mee. Zie [\(link\)](#).

³⁰ Mocht de overwaarde van het eigen huis negatief worden, bijvoorbeeld door een financiële crisis, dan gaan we ervan uit dat de restschuld wordt kwijtgescholden.

³¹ Een neutrale behandeling van pensioeninkomen en vermogen leidt eigenlijk tot een VIB van 9% (Wouterse et al., 2020). Om een zuivere vergelijking te krijgen met de laatste variant uit paragraaf 5.1 zetten we de VIB in deze varianten toch op 8 procent. Dit heeft slechts een beperkte invloed op de resultaten.

Wettelijke tarieven en feitelijke druk

Bij de bepaling van de hoge eigen bijdrage houdt het huidige systeem rekening met zowel inkomen als vermogen. Zo is de inkomensvrijstelling in het huidige systeem 25% en de vermogensinkomensbijtelling 4%. Maar omdat financieel vermogen via de grondslag sparen en beleggen ook meetelt in het verzamelinkomen, is de feitelijke druk op het financieel vermogen circa 7%^(a). De feitelijke druk op het inkomen is in het huidige systeem $100 - 25$ (inkomensvrijstelling) = 75%. Voor de variant uit paragraaf 5.1 met een VIB van 8% en een inkomensvrijstelling van 27% komt de feitelijke druk op inkomen en vermogen daarmee uit op respectievelijk 73 en 11%^(b).

Wettelijke tarieven	huidig	VIB = 8%	Feitelijke druk	huidig	VIB = 8%
Inkomensvrijstelling	25%	27%	Inkomen	75%	73%
VIB	4%	8%	Vermogen	7%	11%

Onderstaande tabel toont de wettelijke tarieven en feitelijke druk voor de varianten waarin de overwaarde van het eigen huis wordt meegenomen. De waarden in de kolom ‘overwaarde’ corresponderen met de eerste variant uit paragraaf 5.2, de waarden uit de kolom ‘afkap’ corresponderen met de tweede variant uit 5.2. De berekening van de feitelijke tarieven verloopt identiek.

Wettelijke tarieven	overwaarde	afkap	Feitelijke druk	overwaarde	afkap
Inkomensvrijstelling	53%	27%	Inkomen	47%	73%
VIB	5%	8%	Vermogen	7%	11%

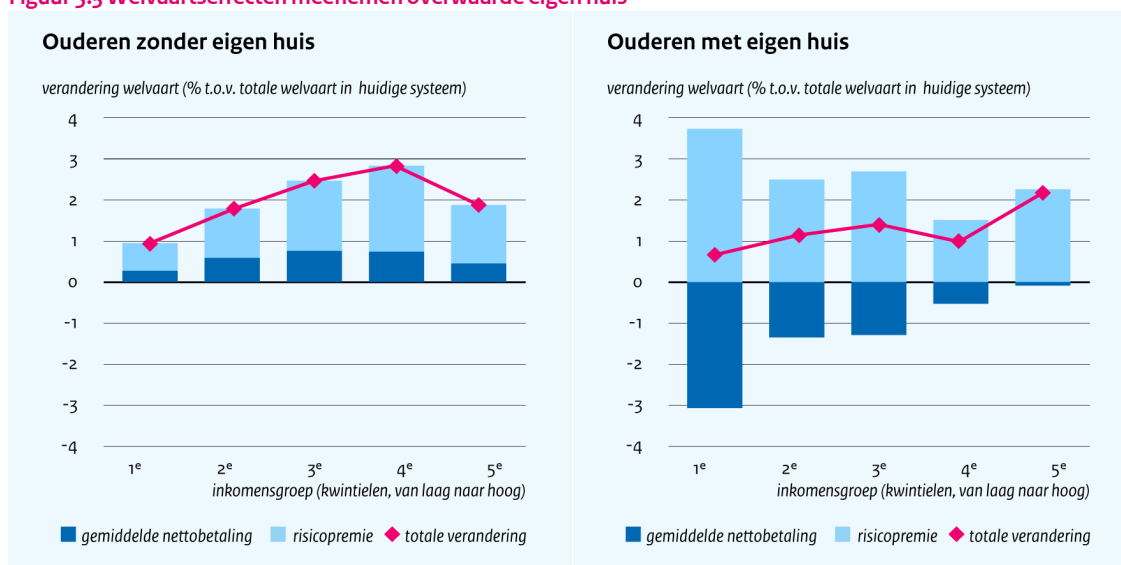
- (a) Het fictieve rendement is afhankelijk van de hoogte van het financieel vermogen en komt voor de middeninkomens in ons databestand uit op ongeveer 4%. De feitelijke druk is daarmee gelijk aan de VIB van 4% plus 4% fictief rendement met een afslag van 25% vanwege de inkomensvrijstelling. In totaal, $4 + 4 * (1 - 0,25) = 7\%$.
- (b) De feitelijke druk op vermogen is $8 + 4 * (1 - 0,73) \approx 11\%$.

We bekijken twee varianten waarin de overwaarde per direct meetelt. In de eerste variant gebruiken we de opbrengst van het meenemen van de overwaarde van het eigen huis om de feitelijke druk op inkomen en vermogen *evenredig* te verlagen. In de tweede variant beperken we bovendien de duur van het betalen van een eigen bijdrage tot maximaal zes jaar. Voor beide varianten geldt een vrijstelling van 50.000 euro voor de overwaarde van het eigen huis.³² Omdat de welvaartseffecten van deze varianten in omvang en samenstelling verschillen tussen ouderen met en zonder overwaarde van het eigen huis, presenteren we de resultaten voor beide groepen apart (figuur 5.3).³³

³² Er zijn meerdere redenen waarom een aparte vrijstelling voor de overwaarde van het eigen huis zinvol kan zijn. Allereerst is de overwaarde van het eigen huis voorafgaand aan de verkoop een schatting. Een beperkte en aparte vrijstelling voor de overwaarde voorkomt dan dat ouderen een te hoge eigen bijdrage moeten betalen. Verder maakt een aparte vrijstelling voor de overwaarde het mogelijk om te sturen op de verdelingseffecten van de eigen bijdrage tussen ouderen met en zonder overwaarde van het eigen huis.

³³ De omschrijvingen ‘ouderen met eigen huis’ en ‘ouderen met overwaarde in het eigen huis’ zijn uitwisselbaar en worden in de tekst door elkaar gebruikt.

Figuur 5.3 Welvaartseffecten meenemen overwaarde eigen huis



De eerste variant waarbij de overwaarde van het eigen huis meetelt voor de eigen bijdrage leidt tot een aanzienlijke welvaartswinst voor alle inkomensgroepen die geen overwaarde hebben (figuur 5.3). Gemiddeld genomen gaan deze ouderen een wat lagere eigen bijdrage betalen. Het grootste deel van de welvaartswinst komt echter doordat ouderen minder risico lopen over hun eigen bijdragen. Met name de derde en vierde inkomensgroepen profiteren van deze variant. Hun totale welvaartswinst komt uit op ongeveer 2,5%. Voor de middeninkomens tussen 19.000 en 23.300 euro (groep 3) komt dat overeen met 480 euro per jaar.

Ook ouderen met overwaarde gaan er in deze variant in termen van welvaart op vooruit. Deze welvaartswinst is echter lager dan voor ouderen zonder overwaarde van een eigen huis. De reden hiervoor is dat ouderen met overwaarde in deze variant gemiddeld genomen een hogere eigen bijdrage gaan betalen. Enige uitzondering hierop zijn de ouderen in de hoogste inkomensgroep. Zij betalen in het huidige systeem vaak al de maximale eigen bijdrage van ruim 29.000 euro. Het meenemen van het eigen huis heeft dan geen effect. Opvallend is verder dat de laagste inkomensgroep een veel hogere eigen bijdrage gaat betalen. Zij profiteren vanwege hun lage inkomen minder van de verlaging van de feitelijke druk op het inkomen van 75 naar 47% (zie tekstkader ‘Wettelijke tarieven en feitelijke druk’).³⁴

De welvaartswinst voor ouderen met overwaarde van het eigen huis komt volledig voor rekening van een lagere risicopremie. Ook voor hen neemt, net als voor de ouderen zonder overwaarde van het eigen huis, het risico op heel hoge eigen bijdragen af. Verder gaat hun te betalen eigen bijdrage weliswaar omhoog, maar een groot deel daarvan hoeft pas na het overlijden (of verkoop van het eigen huis) te worden afgerekend. Gedurende hun leven stijgt daardoor hun beschikbaar inkomen. Dit komt tot uitdrukking in een lagere risicopremie.³⁵ In het tekstkader ‘Eigen betalingen met en zonder huis’ gaan we dieper in op de gevolgen van deze variant voor verschillende ouderen.

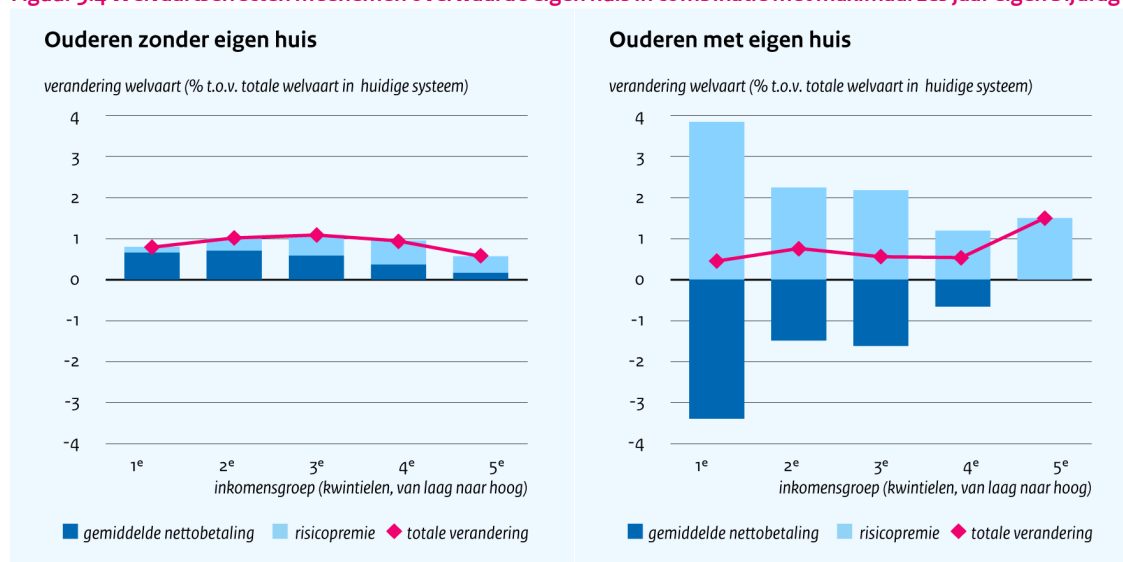
Ook de tweede variant waarin de duur van de eigen bijdragen wordt beperkt tot zes jaar leidt tot welvaartswinst voor de meeste ouderen (figuur 5.4). De reden is dat een belangrijk deel van het financieel

³⁴ Dit is eenvoudig te ondervangen door bijvoorbeeld de vrijstelling van 8.925 euro te verhogen. We werken dat hier niet verder uit.

³⁵ Cruciaal voor de kwantificering van dit effect is het erfenismotief. Als mensen er heel veel waarde aan hechten om hun vermogen na hun dood aan iemand anders na te laten, dan is de waarde van de extra flexibiliteit (liquiditeit van het huisvermogen) relatief klein. Zie Wouterse et al. (2020) over hoe we in deze studie met het erfenismotief omgaan.

risico voor ouderen in de staart zit: slechts 7% van de ouderen zit langer dan vijf jaar in een verpleeghuis, maar juist die groep betaalt jarenlang ieder jaar opnieuw een eigen bijdrage. Door een grens te stellen aan het aantal jaren waarover een eigen bijdrage moet worden betaald, wordt het risico voor deze groep bij de bron aangepakt.

Figuur 5.4 Welvaartseffecten meenemen overwaarde eigen huis in combinatie met maximaal zes jaar eigen bijdragen



De welvaartswinst van het beperken van de maximumduur is echter beduidend lager dan de welvaartswinst van het verlagen van de feitelijke druk. Dit is met name het geval voor ouderen zonder overwaarde van het eigen huis. De reden hiervoor is dat het verlagen van de feitelijke druk tot een betere spreiding van het risico leidt. Van het beperken van de maximumduur profiteren ouderen immers alleen als ze zeven jaar of langer in het verpleeghuis zitten. En omdat de feitelijke druk op het inkomen voor ouderen zonder overwaarde van het eigen huis in deze variant gelijk blijft, profiteert het overgrote deel van deze ouderen niet of nauwelijks van deze variant.³⁶

³⁶ De feitelijke druk op het inkomen is 73% in beide varianten.

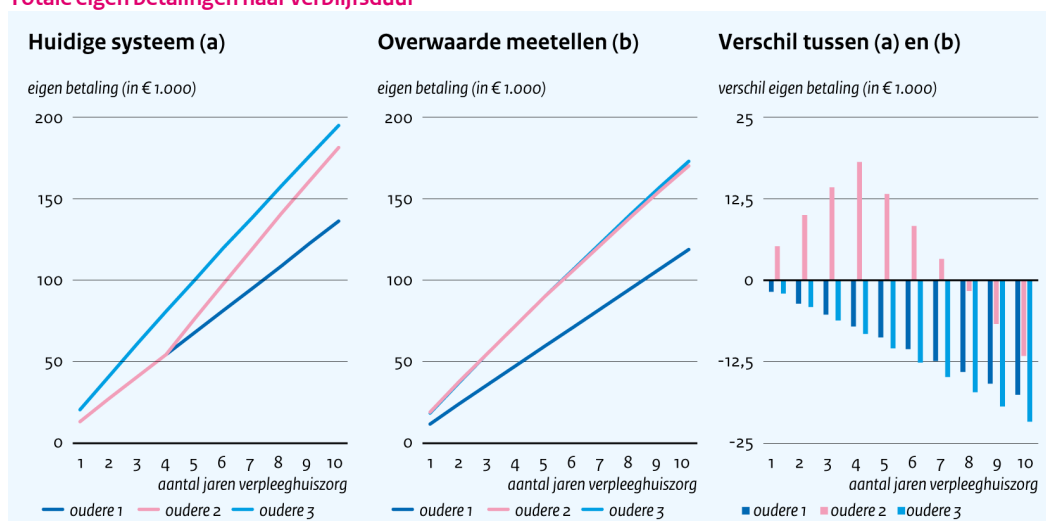
Eigen bijdragen met en zonder huis

Om meer inzicht te krijgen in de vraag wat het meenemen van het eigen huis betekent voor ouderen met en zonder eigen huis bespreken we hier een aantal voorbeeldouderen, met hetzelfde (midden)inkomen van 20.000 euro netto maar verschillende vermogens. Zo heeft oudere 1 een financieel vermogen van 20.000 euro, oudere 2 een huis met een overwaarde van 150.000 euro^(a), en oudere 3 een financieel vermogen van 130.000 euro. Het financieel vermogen van oudere 2 en 3 is zo gekozen dat het vermogen dat meetelt voor de eigen bijdrage identiek is, namelijk 100.000 euro.

Onder het huidige systeem betaalt oudere 1 voor verpleeghuiszorg een eigen bijdrage van 13.600 euro per jaar (zie figuur a). Oudere 2 betaalt de eerste vier jaar hetzelfde bedrag, omdat haar overwaarde dan nog niet meetelt. Daarna stijgt haar eigen bijdrage tot ruim 22.000 euro per jaar.^(b) Oudere 3 betaalt ongeveer 20.600 euro per jaar. Na tien jaar verpleeghuiszorg hebben oudere 1, 2 en 3 in totaal respectievelijk 136.000, 182.000 en 194.000 euro betaald. Oudere 3 betaalt dus een hogere eigen bijdrage dan oudere 2, hoewel het vermogen dat meetelt voor de eigen bijdrage hetzelfde is.

In het alternatieve systeem waarin de overwaarde van het eigen huis wel meetelt, betalen ouderen met hetzelfde vermogen dezelfde eigen bijdrage, ongeacht of dat vermogen in stenen zit of niet (figuur b). Vergelijken we het alternatieve met het huidige systeem, dan zien we dat oudere 1 bijna 1.800 euro per jaar minder betaalt (figuur c). Oudere 2 betaalt daarentegen in de eerste vier jaar gemiddeld 4.500 euro per jaar meer. Vanaf het vijfde jaar betaalt zij jaarlijks echter bijna 5.000 euro minder. Oudere 3 betaalt elk jaar ruim 2.100 euro per jaar minder. Na tien jaar verpleeghuiszorg betalen oudere 1, 2 en 3 onder het alternatieve systeem in totaal respectievelijk 18.000, 12.000 en 22.000 euro minder aan eigen bijdragen. Ouderen met overwaarde van het eigen huis die tot acht jaar verpleeghuiszorg nodig hebben, betalen daarentegen een hogere eigen bijdrage.

Totale eigen betalingen naar verblijfsduur



- (a) De gekozen waarden voor oudere 1 en 2 zijn de gemiddelde waarden voor ouderen met een middeninkomen (inkomensgroep 3).
(b) We gaan ervan uit dat het huis niet tussentijds wordt verkocht.

6 Tot slot

Spreiding van risico is de beste manier om de impact van eigen bijdragen zoveel mogelijk te beperken.

We hebben laten zien dat de risico's het beste worden gespreid als het eigen huis op basis van het Ierse systeem meegenomen wordt in de berekening van de eigen bijdrage. Verder is het van belang dat de eigenbijdragesystematiek neutraal is in de behandeling van pensioeninkomen en vermogen.

De conclusie van dit stuk verandert niet als er wel budgettaire ruimte is om de eigen bijdragen te verlagen. Alle voorbeelden die we hebben gebruikt zijn budgettair neutraal. Als er wel budget is om de eigen bijdragen te verlagen, dan kan dat het beste gebeuren door een tariefsverlaging voor iedereen. Neem bijvoorbeeld de recente verlaging van de VIB van 8 naar 4%. Met die maatregel zijn de eigen bijdragen (en daarmee het risico) voor een specifieke groep ouderen – degenen met financieel vermogen – verlaagd. Door in plaats daarvan de feitelijke druk op zowel inkomen als vermogen te verlagen, kan met dezelfde middelen een grotere welvaartwinst worden bereikt.

Onze resultaten zijn gebaseerd op berekeningen voor alleenstaanden, maar de implicaties zijn ook relevant voor tweepersoonshuishoudens. Zolang de partner van een oudere die verpleeghuiszorg ontvangt nog thuis woont, betaalt het huishouden de lage eigen bijdrage. De lage eigen bijdrage is met maximaal 882 euro per maand veel lager dan de hoge eigen bijdrage van maximaal 2.419 euro per maand. Daardoor zijn de risico's ook kleiner. De situatie van de langstlevende partner is echter goed te vergelijken met de situatie van een alleenstaande. Ook de langstlevende partner moet namelijk de hoge eigen bijdrage betalen. Wel hebben tweepersoonshuishoudens gemiddeld meer vermogen dan eenpersoonshuishoudens, waardoor de verdelingseffecten voor beide groepen anders uitvallen.

Niet alle argumenten die van belang zijn voor de vormgeving van de eigen betalingen zijn in dit stuk aan bod gekomen. Een mogelijk nadeel van vermogensafhankelijke betalingen is immers dat het risico op ontwijking groter is. De feitelijke druk op het vermogen blijft in de variant waarin de overwaarde van het eigen huis wordt meegenomen echter onveranderd ten opzichte van het huidige systeem, namelijk 7%. Omdat het eigen huis vanaf het moment van opname in een verpleeghuis meetelt, kunnen ouderen een prikkel hebben om eerder met belastingontwijking te beginnen. Aan de andere kant is het veel ouderen onduidelijk of zij ooit van verpleeghuiszorg gebruik gaan maken. Daardoor is het waarschijnlijk dat het eigen huis in ieder geval een aantal jaar meetelt bij de bepaling van de eigen bijdrage.

Een ander argument tegen zowel inkomens- als vermogensafhankelijke eigen bijdragen is dat ze een (impliciete) belasting op werken zijn. Daarmee zouden ze de arbeidsparticipatie gedurende het werkende leven kunnen verminderen. In de praktijk lijken deze effecten echter klein.³⁷

³⁷ Zie Wouterse en Ter Rele (2016).

Literatuur

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

Bakx, P., J. Bom, M. Tenand en B. Wouterse. Eigen bijdrage aan ouderenzorg. Netspar Design Paper, 2020, te verschijnen.

CAK, 2019, Berekening van de eigen bijdrage. ([link](#))

CBS, 2016, Kwantitatief onderzoek verandering in eigen bijdrage langdurige zorggebruikers, Den Haag.

CPB, 2018, Opnieuw invoeren zorgprofielen VV 1-3, CPB notitie. ([link](#))

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

CPB, 2019b, Zorgen om morgen, CPB Vergrijzingsstudie, Den Haag. ([link](#))

Hussem, A., C. Van Ewijk, H. ter Rele en A. Wong, 2016, The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *The Economist*, 164(2), 209-234.

Hussem, A., H. ter Rele en B. Wouterse, 2017, Inkomens en vermogensafhankelijke eigen bijdragen in de langdurige ouderenzorg een levensloopperspectief. Design Paper 87, Netspar. ([link](#))

Konetzka, R. T., D. He, J. Guo, en J. A. Nyman, 2019. Moral hazard and longterm care insurance. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 44.2: 23-251.

Non, M., 2017. Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care? CPB Discussion Paper 363. ([link](#))

De Nardi, M., E. French en J. B. Jones, 2016, Medicaid insurance in old age, *American Economic Review* 106.11: 3480-3520.

Van Ewijk, C., C. Hoet, R. Mehlkopf, en S. van den Bleeken, 2017. De Waarde van Maatwerk in Pensioenen. Netspar Brief, 8. ([link](#))

Van Ooijen, R., J. de Bresser en M. Knoef, 2018. Health and household expenditures. Netspar Design Paper, 103. ([link](#))

Verenso, 2019, Verblijfsduur verpleeghuispatiënten langer dan negen maanden. ([link](#))

Wouterse, B. A. Hussem en R. Aalbers, 2020, Eigen bijdragen in de verpleeghuiszorg. Beschrijving van de analyses, CPB. ([link](#))

Wouterse, B., A. Hussem, en A. Wong, 2018. Lifecycle dynamics in long term care and the welfare effects of co-payments.

Wouterse, B., en B. Smid, 2017, How to finance rising costs of Long Term Care? Four alternatives for the Netherlands. *Fiscal Studies*, 38(3), 369-391.

Wouterse, B en H. ter Rele, 2016, Financiering van de zorg op de lange termijn: Beschrijving van de analyses. CPB Achtergronddocument. ([link](#))

Zorginstituut Nederland, 2018, Zorgcijfers Monitor: Verblijfsduur in verpleging en verzorging niet korter in de Wlz. ([link](#))