

Kostendelersnorm schaadt gezondheid van ouderen met migratieachtergrond

Een toenemend aantal ouderen maakt gebruik van de aanvullende inkomensvoorziening ouderen (AIO), die een onvolledige pensioenuitkering aanvult tot het sociaal minimum. De invoering van de kostendelersnorm zorgde in 2015 voor een aanzienlijke uitkeringsdaling bij AIO-gerechtigden met volwassen medebewoners. Wat waren hiervan de effecten?

IN HET KORT

- De AIO wordt vooral gebruikt door ouderen met een migratieachtergrond en een onvolledige AOW-opbouw.
- De kostendelersnorm heeft geleid tot een substantiële en langdurige daling in het inkomen van AIO-gerechtigden.
- De norm leidde tot meer medicijngebruik bij leefstijlgerelateerde aandoeningen en mogelijk een hogere sterftkans.

ERNST-JAN DE BRUIJN

Universitair docent aan de Universiteit Leiden (LEI)

HEIKE VETHAAK

Universitair docent aan de LEI

MARIKE KNOEF

Hoogleraar aan Tilburg University

Dit onderzoek is gefinancierd door NWO/ZonMw (NWA.1333.19.001); de datakosten zijn deels gefinancierd door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

In Nederland ontvangen ruim 75.000 mensen een uitkering vanuit de aanvullende inkomensvoorziening ouderen (AIO), die een onvolledig pensioeninkomen aanvult tot het sociaal minimum (SVB, 2026a). Het aantal AIO-gerechtigden groeit doordat steeds meer personen met een onvolledige AOW-opbouw en weinig vermogen de pensioengerechtigde leeftijd bereiken (SVB, 2026b). Een onvolledige AOW-opbouw ontstaat wanneer iemand in de vijftig jaar vóór de AOW-leeftijd gedeeltelijk of altijd buiten Nederland heeft gewoond en gewerkt, waarbij de AOW-uitkering met twee procent daalt per jaar dat men niet in Nederland woonde. AIO-gerechtigden hebben dan ook veelal een migratieachtergrond en leven vaak op of onder de armoedegrens (Goderis en Muns, 2025).

In 2015 daalde de AIO-uitkering voor huishoudens met meer volwassen medebewoners dan een eventuele partner door de invoering van de kostendelersnorm in de Participatiewet, waaronder de AIO valt. Beleidsmatig werd deze bezuiniging gemotiveerd met het argument dat volwassen medebewoners kunnen bijdragen aan de huishoudkosten en dat de kosten per persoon lager zijn wanneer huishoudkosten gedeeld kunnen worden (schaalvoordelen). De kostendelersnorm is van toepassing ongeacht de reden van samenwonen en het inkomen van volwassen medebewoners.

Tot dusver hebben studies naar de kostendelersnorm zich vooral gericht op de financiële implicaties van de invoering en op de (ervaren) gevolgen voor mantelzorg, woningdelen, dakloosheid en huishoudenssamenstelling (Panteia, 2015; Kruis en Van Waveren, 2016; Braggaar et al., 2017; Blom et al., 2020; Visser et al., 2026). Inzicht in de effecten voor specifiek de groep AIO-gerechtigden ontbreekt echter grotendeels, evenals onderzoek naar gezondheid.

Theoretisch kan de invoering van de kostendelersnorm via drie mechanismen doorwerken in de gezondheid. Ten eerste kan een lagere uitkering leiden tot meer (financiële) stress, wat zich kan vertalen in een toename van stress-gerelateerde gezondheidsproblemen. Ten tweede betekent een lagere uitkering dat er minder budget beschikbaar is voor een gezonde leefstijl, wat kan bijdragen aan een toename van leefstijl-gerelateerde aandoeningen. Ten slotte kan de maatregel veranderingen in de huishoudenssamenstelling veroorzaken, bijvoorbeeld doordat medebewoners verhuizen. Hierdoor kan de informele ondersteuning of mantelzorg binnen het huishouden afnemen, wat eveneens negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheid. Zo kan de kostendelersnorm hebben bijgedragen aan een toename van sociaal-economische gezondheidsongelijkheid, terwijl AIO-gerechtigden in beginsel al een relatief grote kans op een gezondheidsachterstand hebben. Diverse adviesorganen hebben eerder gewezen op het belang van bestaanszekerheid en een voldoende en toereikend inkomen om gezondheidsverschillen te verkleinen (WRR, 2018; RvS, 2020; SER, 2023).

Bestaande studies naar de gezondheidseffecten van inkomensveranderingen bij ouderen richten zich voornamelijk op positieve inkomensschokken, zoals een stijging van het pensioeninkomen (Salm, 2011; Malavasi en Ye, 2024). Over de gevolgen van negatieve inkomensschokken is echter weinig bekend. De invoering van de kostendelersnorm en de daarmee gepaard gaande uitkeringsverlaging voor AIO-gerechtigden vormt in dat opzicht een interessante casus.

Om een bredere discussie over de kostendelersnorm te faciliteren, onderzoeken we in dit artikel de (gezondheids-) effecten van de invoering van de kostendelersnorm voor AIO-gerechtigden.

Data en methode

We analyseren de effecten van de invoering van de kostendelersnorm met een *difference-in-differences*-methode,

waarbij we veranderingen in de uitkomsten vergelijken tussen AIO-gerechtigden met kostendelers in het huishouden en AIO-gerechtigden zonder kostendelers, waar de norm geen invloed heeft op de hoogte van de uitkering (de controlegroep). Kostendelers zijn medebewoners van 21 jaar en ouder (per 2023: 27 jaar en ouder), waarbij het vermoedelijk veelal volwassen kinderen van AIO-gerechtigden betreft. Studenten en kamerhuurders worden niet meegeteld. Hierbij geldt: hoe meer kostendelers, hoe lager de maximale AIO-uitkering. De kostendelersnorm staat los van de norm die geldt voor gehuwden en samenwonenden.

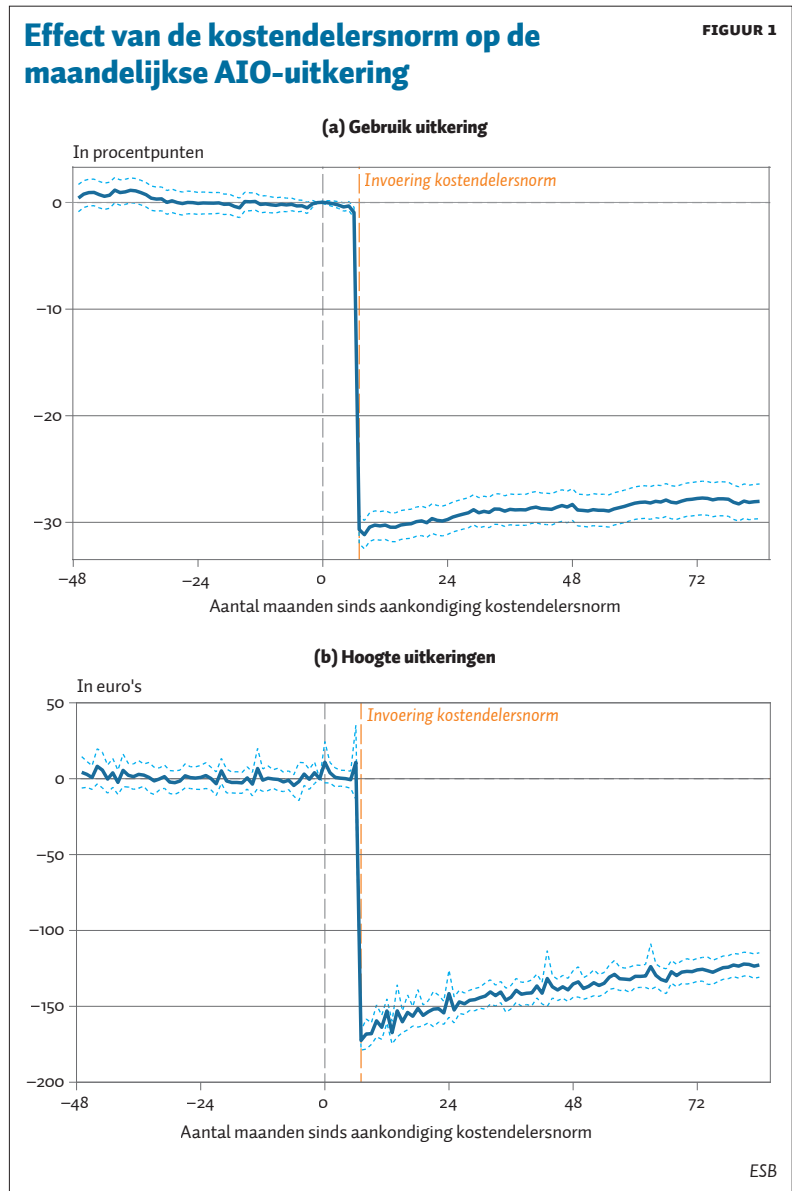
De aanname van het model is dat in de afwezigheid van de interventie de uitkomsten in de behandel- en controlegroepen dezelfde parallele trend zouden hebben. Deze aanname wordt ondersteund door een parallele trend in de vier jaren voorafgaand aan de aankondiging van de kostendelersnorm (zie ook figuur 1 en 2). In de onderliggende working paper laten we diverse aanvullende checks zien (De Bruijn et al., 2026).

Voor ons onderzoek maken we gebruik van maandelijkse microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de periode 2011–2021, met informatie over de AIO-uitkering, huishoudenssituatie, inkomen en diverse achtergrondkenmerken. Daarnaast gebruiken we kwartaalgegevens over verstrekte medicijnen voor zowel stress- als leefstijl-gerelateerde aandoeningen, die we als proxy voor gezondheid beschouwen. Stress-gerelateerde aandoeningen omvatten psychologische aandoeningen (zoals medicijnen tegen depressie, angst en slaap-gerelateerde klachten), pijn (opioiden) en inflammatoire aandoeningen (NSAID's gebruikt tegen pijn en ontsteking). Bij leefstijl-gerelateerde aandoeningen focussen we op hoog cholesterol, hypertensie (hoge bloeddruk) en diabetes mellitus. Medicijngebruik voor deze aandoeningen is ingedeeld volgens een gevalideerde ATC-3-classificatie (Yildiz et al., 2020).

Een mogelijke zorg bij het gebruik van verstrekte medicijnen als proxy voor gezondheid in de analyse is dat een lagere uitkering het medicijngebruik kan verminderen omdat mensen de kosten niet kunnen dragen. In onze context speelt dit echter zeer beperkt, omdat deze medicatie in principe vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Wel geldt hierbij een eigen risico, maar meer dan tachtig procent van de steekproef betaalt bij de aankondiging van de kostendelersnorm reeds het volledige eigen risico.

Onze data omvatten alle AIO-gerechtigden in november 2014 (maand voor de aankondiging), met uitzondering van kleine groepen die buiten de scope van de kostendelersnorm vallen, zoals personen in institutionele huishoudens. Omdat 92 procent van de AIO-gerechtigden een migratieachtergrond heeft, laten we de groep zonder migratieachtergrond buiten beschouwing. De uiteindelijke steekproef telt 42.821 AIO-gerechtigden, van wie er 6.533 wel kostendelers in het huishouden hebben en 36.288 personen niet (de controlegroep).

Van onze steekproef is zestig procent vrouw en bijna zestig procent alleenstaand. De gemiddelde leeftijd bedraagt 73,5 jaar. Dit is 1,5 jaar jonger dan van de gemiddelde AOW-gerechtigde. De gemiddelde maandelijkse AIO-uitkering bedraagt 325 euro; samen met de AOW en eventueel ander inkomen komt het gemiddelde jaarlijk-



se persoonlijke inkomen uit op ongeveer 12.000 euro, 43 procent lager dan bij AOW-gerechtigden die een volledige AOW ontvangen. Slechts 0,2 procent werkt, tegenover 3 procent van de AOW-gerechtigden.

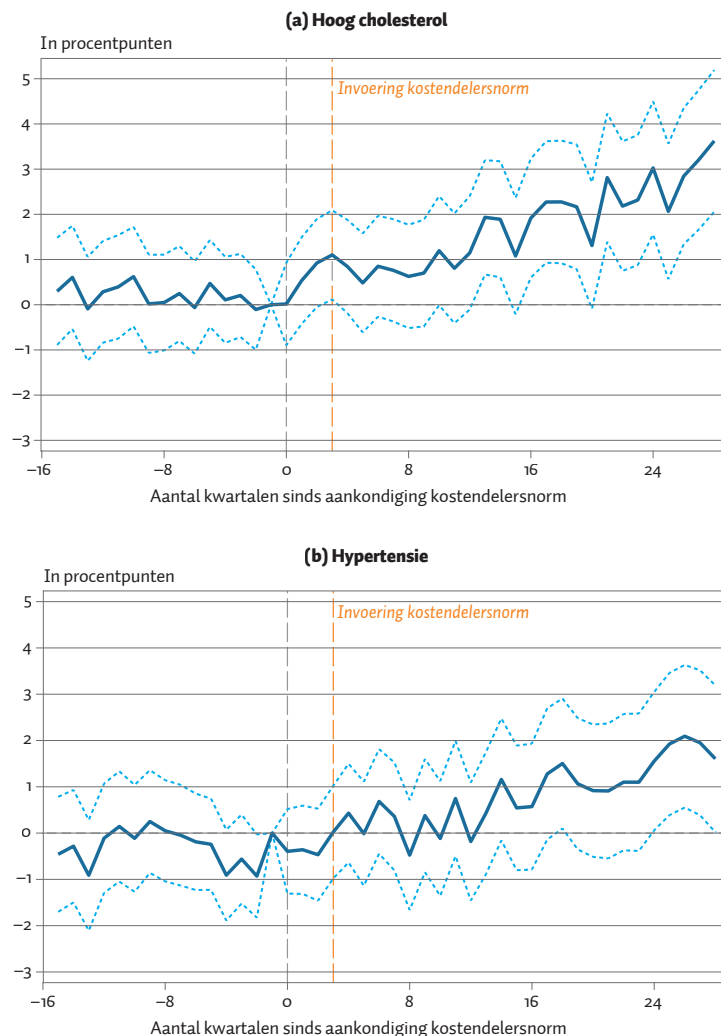
De gezondheid van AIO-gerechtigden is aanzienlijk slechter dan die van AOW'ers, ondanks dat ze gemiddeld jonger zijn. Zo gebruiken AIO-gerechtigden medicijnen tegen gemiddeld 3,1 aandoeningen, tegenover 2,1 bij AOW-gerechtigden. De verschillen in medicijngebruik voor psychische aandoeningen (8,3 procent versus 8,0 procent), pijn (7,1 versus 4,6 procent) en ontstekingsaandoeningen (10,2 versus 6,4 procent) zijn relatief klein. Daarentegen zijn de verschillen in medicijngebruik voor hoog cholesterol (38,2 versus 29,5 procent), hypertensie (48,1 versus 40,9 procent) en diabetes (31,4 versus 12,1 procent) aanzienlijk.

Resultaten

De invoering van de kostendelersnorm heeft een groot en langdurig negatief effect op het gebruik en de hoogte van de AIO-uitkering. Het uitkeringsgebruik daalt na de invoe-

Effect van de kostendelersnorm op medicijngebruik bij leefstijl-gerelateerde aandoeningen

FIGUUR 2



ESB

ring direct met circa dertig procentpunt omdat een gedeelte van de huishoudens het recht op een AIO-uitkering verliest (figuur 1a). De kostendelersnorm verlaagt immers het sociaal minimum, waardoor het inkomen van deze groep nu boven deze grens uitkomt. De gemiddelde uitkering daalt met ongeveer 170 euro (48 procent) (figuur 1b). Op langere termijn neemt dit effect iets af, vermoedelijk doordat kostendelers het huishouden verlaten. Over een periode van zeven jaar ligt het uitkeringsgebruik gemiddeld 28,7 procentpunt lager en de uitkering 139 euro (45,4 procent) lager. De inkomensdaling wordt slechts zeer beperkt gecompenseerd door een kleine toename in werk (0,3 procentpunt) en looninkomen (5,40 euro per maand). Als gevolg daalt het jaarlijkse persoonlijke inkomen gemiddeld met 1.542 euro (13 procent).

De invoering van de kostendelersnorm leidt op termijn tot een toename in medicijngebruik voor hoog cholesterol en hypertensie (figuur 2). Wanneer we alle maanden samen nemen, vinden we voor de periode 19–28 kwartalen (4,5–7 jaar) na de aankondiging gemiddelde stijgingen van 2,4 procentpunt (5,3 procent) voor hoge cholesterol en 1,8

procentpunt (3,1 procent) voor hypertensie. Ook over de gehele periode na de invoering zijn de effecten statistisch significant, zij het iets kleiner van omvang. De resultaten blijven robuust bij controle voor achtergrondkenmerken en bij beperking van de steekproef tot personen die gedurende de gehele onderzoeksperiode geobserveerd worden (niet overleden of geëmigreerd). Voor medicijngebruik bij diabetes mellitus (niet in de figuur) vinden we geen robuuste effecten.

We vinden verder geen statistisch significante effecten bij medicijngebruik voor de stress-gerelateerde aandoeningen: psychologische aandoeningen, pijn en inflammatoire aandoeningen. Op basis van de 95-procents-betrouwbaarheidsintervallen zijn voor deze stress-gerelateerde aandoeningen effecten buiten het interval van $-0,4$ tot $+0,8$ procentpunt onwaarschijnlijk.

De kostendelersnorm heeft op langere termijn geleid tot hogere kosten voor medicijngebruik. Voor zorgkosten van de huisarts, ziekenhuiszorg en specialistische zorg vinden we echter geen effecten. Ook op de totale zorgkosten vinden we geen statistisch significante effecten. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat medicatie slechts een klein deel van de totale zorgkosten uitmaakt, dat aandoeningen zoals hoge bloeddruk en hoge cholesterol weinig extra zorg vereisen, en dat eventuele complicaties pas later tot hogere kosten leiden. En deze analyses beperken zich tot zorgkosten die via de zorgverzekering worden vergoed. Andere zorgkosten, zoals via de WLZ, zijn niet meegenomen, terwijl deze voor deze groep ouderen hoog kunnen zijn.

Ten slotte lijkt de invoering van de kostendelersnorm te hebben geleid tot een hogere sterftekans. Voor deze kans gebruiken we een lineair probability model met een *difference-in-differences* benadering en een *proportional-hazard*-model (De Bruijn et al., 2026). De sterftekans neemt toe vanaf de invoering en wordt na ongeveer vier jaar statistisch significant. Op langere termijn bedraagt het effect circa 1,5 procentpunt. Het *proportional-hazard*-model schat een gemiddeld effect van ongeveer acht procent over de zeven jaar na de aankondiging van de kostendelersnorm. Omdat de aannames van deze modellen niet goed getoetst kunnen worden, is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten voor de sterftekans.

Potentiële mechanismen

Een voor de hand liggende verklaring voor de toename van medicijngebruik voor leefstijl-gerelateerde aandoeningen is dat de kostendelersnorm heeft geleid tot een lager besteedbaar inkomen bij AIO-gerechtigden, die reeds rond het sociaal minimum leefden. Daardoor hadden zij mogelijk minder financiële ruimte voor een gezonde leefstijl, wat op termijn resulteert in een verslechterde gezondheid. Eerder onderzoek laat zien dat een beperktere financiële ruimte samenhangt met een minder gezond voedingspatroon en minder sportdeelname (Allcott et al., 2019; De Boer et al., 2023). Hoewel we dit mechanisme met onze data niet direct kunnen toetsen, vormt het een plausibele verklaring voor de gevonden gezondheidseffecten.

Tegelijkertijd zijn inkomenseffecten en veranderingen in de huishoudenssamenstelling niet volledig van elkaar te onderscheiden. Aanvullende analyses laten in de eerste

twee jaar na de aankondiging van de kostendelersnorm een daling zien in het aandeel AIO-gerechtigden met kostendelers, waarbij deze daling al begint in de periode tussen de aankondiging en de daadwerkelijke invoering. Dit suggereert dat er ook sprake is geweest van veranderingen in woningdelen. Mogelijk heeft de kostendelersnorm dus ook nadelige gezondheidseffecten gehad omdat AIO-gerechtigden minder gezelschap, dagelijkse ondersteuning of mantelzorg ontvingen van medebewoners.

Ten slotte vinden we geen significante effecten op medicijngebruik voor stress-gerelateerde aandoeningen. Eventuele financiële stress lijkt zich niet direct vertaald te hebben in medicijngebruik voor deze aandoeningen. Wellicht hebben AIO-gerechtigden andere copingstrategieën tegen stress toegepast. Daarbij speelt ook dat het medicijngebruik voor deze aandoeningen in de uitgangssituatie relatief laag is (ongeveer tien procent), waardoor kleinere effecten statistisch moeilijker te detecteren zijn.

Conclusie en discussie

De invoering van de kostendelersnorm voor AIO-gerechtigden heeft geleid tot een structurele inkomensdaling voor een groep die zich reeds in een kwetsbare financiële positie bevond. Daarnaast wijzen de resultaten op nadelige gezondheidseffecten, die tot uiting komen in een toename van medicijngebruik voor leefstijl-gerelateerde aandoeningen op de langere termijn en in een hogere sterftkans.

Bij de evaluatie van de kostendelersnorm zouden deze gezondheidseffecten moeten worden meegewogen. Zeer recent hebben de ministeries van VRO en SZW onderzoek laten uitvoeren naar verschillende alternatieven voor de kostendelersnorm, waarbij de nadruk ligt op de effecten op woningdelen (Visser et al., 2026). Gezien de huidige krapte op de woningmarkt is deze focus begrijpelijk, maar dit neemt niet weg dat een bredere afweging van kosten en baten noodzakelijk is, waarbij ook mogelijke gezondheidseffecten moeten worden meegewogen.

Afschaffing of versoepeling van de kostendelersnorm kan een beleidsoptie zijn om gezondheidsverschillen te verkleinen. Daarbij moet worden opgemerkt dat er waarschijnlijk maar beperkte terugverdieneffecten via lagere zorgkosten te verwachten zijn. Tegelijkertijd betreft het een relatief kleine, maar wel kwetsbare groep: bij invoering hadden ongeveer 6.500 AIO-gerechtigden kostendelers in hun huishouden. Door demografische ontwikkelingen is de beleidsrelevante groep vermoedelijk gegroeid, al is een precieze inschatting lastig omdat de kostendelersnorm het aantal gerechtigden mechanisch heeft verlaagd. Anderzijds is de leeftijdsgrens inmiddels verhoogd naar 27 jaar, waardoor een deel van de AIO-gerechtigden al niet meer met de kostendelersnorm te maken hebben.

Tot slot is het opmerkelijk dat de kostendelersnorm nog steeds geldt voor AIO-gerechtigden. Na de invoering van de kostendelersnorm in de Participatiewet in 2015 was het oorspronkelijk de bedoeling om deze een jaar later ook toe te passen op de AOW. Vanwege maatschappelijke kritiek, waarbij de maatregel onder meer werd bestempeld als een “mantelzorgboete”, is hiervan uiteindelijk afgezien. De eerder ingevoerde kostendelersnorm voor AIO-gerech-

tigden bleef daarbij echter buiten de discussie, waardoor de maatregel voor deze groep, waar intergenerationeel samenwonen juist relatief vaak voorkomt, nog steeds geldt. Afschaffing of versoepeling zou tevens de uitvoering vereenvoudigen.

Literatuur

- Allcott, H., R. Diamond, J.-P. Dubé et al. (2019) Food deserts and the causes of nutritional inequality. *The Quarterly Journal of Economics*, 134(4), 1793–1844.
- Blom, M., S. Huberts, M. Zwanepol et al. (2020) *Samen onder dak: Belemmeringen voor bijstandsgerechtigden om woonruimte te delen*. Significant APE, Rapport, 24 augustus.
- Boer, W.I.J. de, J.O. Mierau en R.H. Koning (2023) Do differences in sport participation contribute to socioeconomic health inequalities? Evidence from the Lifelines cohort study on all-cause mortality, diabetes and obesity. *Preventive Medicine Reports*, 36, 102479.
- Braggaar, L., M. Bronsveld-de Groot, L. van Koperen et al. (2017) *BUS-G: Verdiepende analyses kostendelersnorm*. CBS Rapport, 10 april.
- Bruijn, E. de, H. Vethaak en M. Knoef (2026) *Health effects of a welfare benefit cut among low-income retired migrants*. Netspar Discussion Paper.
- Goderis, B. en S. Muns (2025) Decent old-age incomes for all? A microdata analysis of poverty among older adults in the Netherlands. *International Journal of Social Welfare* 34(3), e70020.
- Kruis, G. en B. van Waveren (2016) *Gevolgen kostendelersnorm in Amsterdam*. Regioplan Eindrapport, 15186.
- Malavasi, C. en H. Ye (2024) *Live longer and healthier: Impact of pension income for low-income retirees*. IZA Discussion Paper, 17024.
- Panteia (2015) *Samen wonen, samen zorgen. Het effect van de kostendelersnorm in de AOW op mantelzorg – Deel A*. Panteia Rapport, 18 juni. Te vinden op archief.panteia.nl.
- RvS (2020) *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, Publicatie, 2020-08.
- Salm, M. (2011) The effect of pensions on longevity: Evidence from union army veterans. *The Economic Journal*, 121(552), 595–619.
- SER (2023) *Gezond opgroeien, wonen en werken: Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. SER Advies, 23/07.
- SVB (2026a) *Aantal AOW-gerechtigden stijgt met bijna 73 duizend*. SVB Nieuwsbericht, 24 februari.
- SVB (2026b) *Sterke groei in AOW-gerechtigden met onvolledig pensioen*. SVB Nieuwsbericht, 26 februari.
- Visser, A., E. Maat, I. Demir et al. (2026) *Verkenning varianten kostendelersnorm en het effect op woningdelen*. Significant APE, Eindrapport, 6 februari. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- WRR (2018) *Van verschil naar potentieel: Een realistisch perspectief op de sociaal-economische gezondheidsverschillen*. WRR Policy Brief, 7.
- Yildiz, B., M. Schuring, M. Knoef en A. Burdorf (2020) Chronic diseases and multimorbidity among unemployed and employed persons in the Netherlands: a register-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(7), e035037.