

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/160932>

Please be advised that this information was generated on 2019-12-11 and may be subject to change.

# REALISATIE VAN DE PARTICIPATIESAMENLEVING. HERVORMING VAN DE VERZORGINGSSTAAT IN NEDERLAND: 2010-2015<sup>1</sup>

**DOOR** | **LEI DELSEN**

Radboud Universiteit, Institute for Management Research, Nijmegen, Nederland en Network on Pensions, Aging and Retirement (Netspar)

## 1. INLEIDING

---

De belangrijkste onderzoeksvraag die wordt beantwoord in deze tekst, is in welke richting het socialebeschermingsstelsel in Nederland evolueert en hoe deze evolutie van het Nederlandse stelsel voor sociale bescherming wordt beïnvloed door economische factoren en economische argumenten. Bij het antwoorden op deze vraag wordt aandacht besteed aan de impact van de Economische en Monetaire Unie (EMU), de vergrijzing van de Nederlandse bevolking en de impact van de recente economische crisis. Dit artikel actualiseert het rapport over de hervorming van de verzorgingsstaat in Nederland (Delsen, 2012) voor de vierde (2010) conferentie ‘De Staat van de verzorgingsstaat in EU anno 1992 en 15 jaar later’. Er wordt speciaal aandacht besteed aan het pensioenstelsel en de curatieve gezondheidszorg en verzekeringen voor langdurige zorg. Feiten en cijfers voor de periode 2010-2015 over de evolutie van de Nederlandse sociale bescherming worden vergeleken met de vorige trends.

De structuur van dit artikel is als volgt. In Deel 2 worden de macro-economische trends en de relatie met het begrotingsbeleid gedurende het laatste decennium geschetst. Er worden ook enkele macrogegevens over Nederlandse socialezekerheidsuitgaven en ontwikkelingen van de arbeidsmarkt voorgesteld en gekoppeld aan het begrotingsbeleid en de crisis. De volgende delen brengen de inhoud van enkele grote hervormingen in de Nederlandse verzorgingsstaat van de laatste jaren. Deel 3 schetst

---

(1) Dit document werd voorgesteld op de vijfde conferentie ‘De Staat van de verzorgingsstaat in EU anno 1992 en 20 jaar later’, georganiseerd door het Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving (HIVA) van de Universiteit van Leuven (KU Leuven) voor en in samenwerking met het Europees Centrum voor Werknemersvragen (Europäisches Zentrum für Arbeitnehmerfragen, EZA), Leuven, 19-20 oktober 2015. Nuttige opmerkingen van Jozef Pacolet worden dankbaar erkend.

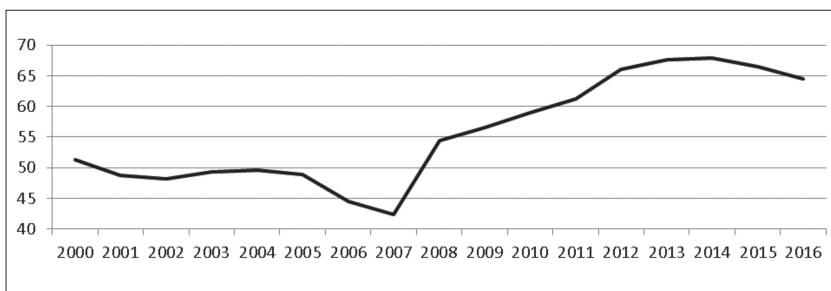
de eerste stappen naar een participatiesamenleving, gezet na de eeuwwisseling, en plaats die binnen de modellen ontwikkeld door Titmuss en Esping-Anderson. Deel 4 behandelt de recente hervormingen in curatieve gezondheid en langdurige zorg, met de politieke realisatie van de participatiesamenleving. De pensioen- en vervroegde uittredinghervormingen worden besproken in deel 5. Het document eindigt met een beleidsvooruitzicht.

## 2. MACRO-ECONOMISCHE ACHTERGROND EN OVERHEIDSFINANCIËN

### 2.1. ECONOMISCHE GROEI

De groeicijfers van de Nederlandse economie vertonen aanzienlijke schommelingen: periodes van economische groei boven het EU-gemiddelde worden gevolgd door periodes van economische groei onder het EU-gemiddelde (zie Figuur 1). Een deel van deze schommelingen wordt veroorzaakt door procyclisch begrotings- en pensioenbeleid. In het voorbije decennium werden bezuinigingsmaatregelen genomen om de financiële houdbaarheid te beveiligen, de Nederlandse verzorgingsstaat te vrijwaren en het overheidstekort en de overheidsschuld te verminderen. In 2003 verplichtte het stabiliteits- en groeipact (SGP) om een bezuinigingsprogramma te implementeren, toen de Nederlandse economie nog zwak was. Als reactie op de bevrozing van de ambtenarenlonen en uitkeringen in 2004 en 2005, de verhoging van pensioenbijdragen om de funding ratio's van de pensioenfondsen te herstellen, en de onzekerheden rond de door de regering-Balkenende II aangekondigde hervorming van de gezondheidssector en de pensioenhervorming, verhoogden Nederlandse burgers hun privéspaargeld om het kleinere veiligheidsnet van de overheid te compenseren. In het rapport bij de derde EZA-conferentie in 2005 (Delsen, 2006) werd geconcludeerd dat dit gedeeltelijk verklaart waarom Nederland in 2002 en 2003 de langste recessie kende sinds Wereldoorlog II.

**FIGUUR 1:** VOLUME-GROEI VAN HET BRUTO BINNENLANDS PRODUCT IN NEDERLAND, 2000-2016 (%)



Bron: CPB (2015).

De Nederlandse economie werd zwaar getroffen door de financiële en economische crisis van 2008; de economie kromp met 3,8% in 2009 (zie Figuur 1). Om de stabiliteit van het financiële systeem te vrijwaren, werden de banken Fortis Nederland en ABN Amro genationaliseerd (kosten 16,8 miljard EUR) in 2008, gevolgd door SNS Reaal (kosten 3,7 miljard EUR) in 2013. Uiteindelijk zullen de aandelen opnieuw worden verkocht. In 2009 en 2010 geven de regering-Balkenende IV en de Provincies en gemeenten samen bijna 7,5 miljard EUR uit om de tewerkstelling, de bouw, de vastgoedmarkt en een duurzame economie te stimuleren.

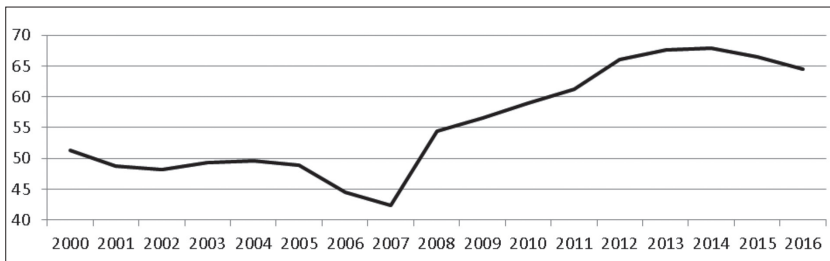
Er werd ook overeengekomen dat er een begin zal worden gemaakt voor het herstel van de overheidsfinanciën in 2011 op voorwaarde dat er voldoende economische groei is. De Nederlandse regering reageerde op de crisis in lijn met het document van Reinhart en Rogoff (2010), waarin wordt gesteld dat een hoge schuld nadelig is voor de economische groei en landen zelden uit hun schulden groeien. Vanaf 2011 werden door het kabinet-Rutte I aanzienlijke besparingen op de uitgaven, een loonbevriesting in de overheidssector en belastingverhogingen ingevoerd. Het totale besparingspakket van de twee kabinetten-Rutte voor de periode 2011-2017 bedraagt 54 miljard EUR, om te voldoen aan de begrotingsdoelstelling opgelegd door het EMU. Berekeningen door het Internationaal Monetair Fonds tonen dat de begrotingsmultiplicators van de geplande begrotingsconsolidatie tijdens de crisis werden onderschat voor beide zijden van de begrotingsbalans. Sterkere geplande begrotingsconsolidatie werd in verband gebracht met lagere groeicijfers dan verwacht (Blanchard en Leigh, 2013). De Nederlandse economie kende drie recessies (drievoudige dip) tijdens de laatste jaren (2009, 2012 en 2013) (zie Figuur 1). Het bezuinigingsbeleid verergerde de recessies en verklaart gedeeltelijk waarom de Nederlandse economische groei achterop hinkte in de eurozone in 2012 en 2013, en de zwakke prestatie tegenover de buurlanden. Ramingen door het Centraal Planbureau (CPB) tonen dat bezuinigingsmaatregelen de jaarlijkse economische groei zullen verminderen met 0,3-0,4%-punten tussen 2011 en 2017. In 2015 is de economie aan het herstellen. CPB schat dat de Nederlandse economie zal groeien met 2,0% in 2015 en 2,4% in 2016 (zie Figuur 1). Deze groei van het bbp wordt vooral veroorzaakt door binnenlandse uitgaven. Er is een procyclische belastingvermindering van 5 miljard EUR voor tewerkgestelden gepland voor 2016, het jaar vóór de volgende verkiezingen.

## 2.2. OVERHEIDSFINANCIËN

In 1993 bereikte de schuldquote zijn hoogtepunt (78%). De economische groei boven het EU-gemiddelde tussen 1994 en 1999 verminderde die aanzienlijk. In 2000 was de ratio 51,4% en 42,4% in 2007 (zie Figuur 2). In het rapport Generatiebewust beleid van 2000 pleitte de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) voor een versnelde aflossing van de overheidsschuld. In hetzelfde jaar

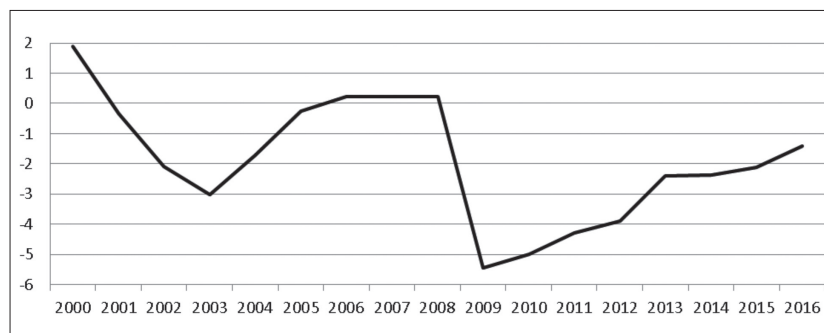
kondigde het paarse kabinet-Kok I aan de overheidsschuld af te lossen in 25 jaar tijd. Aflossing van de hele overheidsschuld in één generatie was ook het doel van de verschillende kabinetten-Balkenende tussen 2002 en 2010 om de stijgende kosten gepaard gaande met de vergrijzing van de bevolking te financieren (Delsen, 2009).

**FIGUUR 2:** BRUTO OVERHEIDSSCHULD, 2000-2016 (% VAN HET BBP)



Bron: CPB (2015).

Ook de kabinetten-Rutte beschouwen aflossing van de overheidsschuld als een vorm van besparing, nodig voor houdbare overheidsfinanciën op lange termijn (vergrijzing, ouderdomspensioen, kosten gezondheidszorg) en om een last voor het nageslacht te voorkomen. Nederland heeft de houdbaarheid van de begroting op lange termijn aanzienlijk verbeterd door de leeftijdgerelateerde druk op overheidsbegrotingen te verzachten. Pensioenhervormingen hebben de verwachte pensioengerelateerde stijgingen van de overheidsuitgaven meer dan gehalveerd (OESO, 2014). De beleidsreactie op de financiële en economische crisis veroorzaakte een forse achteruitgang in de overheidsfinanciën. De overheidsschuld overschreed de bovengrens van 60% in 2011, bereikte haar hoogtepunt in 2014 (67,9%) en zal naar verwachting dalen tot 66,4% in 2015 en 64,5% in 2016, gedeeltelijk door de conjunctuurcyclus, het begrotingsbeleid en de verkoop (met verlies) van aandelen in ABN Amro (zie Figuur 2). Een overheidsschuld van nul is onverstandig (Delsen, 2009). Om sterker uit een economische crisis te geraken zijn er extra investeringen vereist. Als een hoger tekort of een hogere schuld leidt tot meer en beter menselijk en fysiek kapitaal en basisonderzoek en fundamenteel onderzoek om nieuwe kennis te verwerven, genereert het (meer) economische groei in de toekomst. Schuldfinanciering is geen probleem, aangezien rentebetalingen en aflossing kunnen worden gefinancierd uit de bijkomende belastinginkomsten. De huidige lage intrestvoeten laten de overheid toe goedkoper te lenen en ze maken meer investeringen kosteneffectief.

**FIGUUR 3:** FINANCIËLE OVERHEIDSBALANS (EMU-BALANS), 2000-2016 (% VAN HET BBP)

Bron: CPB (2015).

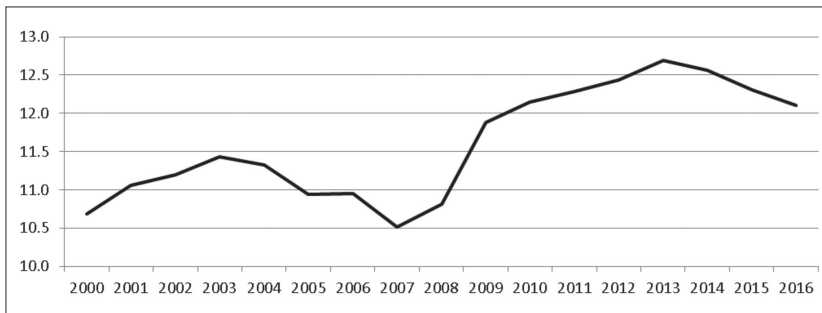
De financiële en economische crisis sloeg de balans van de overheidsbegroting om van een overschot van 0,2% in 2008 in een tekort boven het niveau van 3%, bepaald in de SGP voor meerdere jaren: 5,4% van het bbp in 2009, en geleidelijk dalend tot 3,9% in 2012. Vanaf 2013 is het opnieuw onder het niveau van 3% (zie Figuur 3). Het EMU-tekort zal naar verwachting dalen tot -2,1% in 2015 en -1,4% in 2016. De herstellende economie, die leidt tot hogere belastinginkomsten en lagere uitgaven voor sociale uitkeringen, zijn verantwoordelijk voor de geschatte daling van het financiële tekort.

### 2.3. SOCIALE ZEKERHEID EN DE ARBEIDSMARKT

De hervorming van de Nederlandse verzorgingsstaat wordt zwaar beïnvloed door periodes van groei en stagnatie. In 1982 werden de begrotingsconsolidatie en hervorming van de sociale zekerheid opgestart door de eerste regering-Lubbers; ze werd verdergezet door de twee kabinetten-Kok, de vier kabinetten-Balkenende evenals tot op heden door de regeringen-Rutte I en II. Nederlandse Coalitieovereenkomsten 1982-2012 vertonen continuïteit in de beleidspunten: controle van de collectieve uitgaven, vermindering van het begrotingstekort en activering arbeidsmarkt en socialezekerheidsbeleid. Begrotingsconsolidatie werd en wordt nog steeds nagestreefd om ruimte te creëren om de verwachte kosten in verband met de vergrijzing van de Nederlandse bevolking te beheren, alsook voor de werking van automatische begrotingsstabilisatoren met betrekking tot het EMU-lidmaatschap. Belastingen en socialezekerheidsbijdragen verminderen om de collectieve last te verlichten en een boost te geven aan tewerkstelling, zijn hier een onderdeel van. In het begin van de jaren tachtig waren de socialezekerheidsuitgaven als percentage van het bbp ongeveer 19%. Ze zakten naar 10,7% in 2000 (zie Figuur 4). Socialezekerheidsuitgaven (exclusief gezondheidszorg) zijn een automatische economische stabilisator: het niveau

van de socialezekerheidsuitgaven is het spiegelbeeld van de conjunctuurecyclussituatie. Trage bbp-groei in 2002 en 2003 (zie Figuur 1) en na de crisis van 2008 gaat gepaard met een stijging in de overheidsuitgaven voor sociale zekerheid. Door het economische herstel en de sterke daling in werkloosheidsuitkeringen wordt geschat dat de totale uitgave voor sociale zekerheid zal dalen van 12,6% van het bbp in 2014 tot 12,1% in 2016. De uitgaven voor ouderdomspensioenen en invaliditeitsuitkeringen, als percentage van het bbp, vertoonden kleine dalingen, gedeeltelijk door de veroudering van de Nederlandse bevolking.

**FIGUUR 4:** OVERHEIDSUITGAVEN VOOR SOCIALE ZEKERHEID IN NEDERLAND, 2000-2016 (% VAN HET BBP)



Bron: CPB (2015).

In het rapport bij de vierde EZA-conferentie in 2010 werd geconcludeerd dat de gevolgen van de crisis voor de Nederlandse arbeidsmarkt beperkt zijn gebleven. Ze werden gedeeltelijk gedempt door de tijdelijke werknemers en uitzendkrachten die verdwenen van de arbeidsmarkt, de stijging van zelfstandigen zonder personeel, werktijdverkorting en deeltijdsewerkloosheidsverzekering (Delsen, 2012). Tijdens het laatste decennium steeg het aandeel tewerkgestelde mensen met preciaire arbeidsovereenkomsten zonder een vaste relatie of bepaalde duur, *d.i. flexibele arbeidsrelaties*, van 15% in 2004 tot 22% in 2014; vooral na 2011 was de stijging uitgesproken. In dezelfde periode steeg het aandeel zelfstandigen, vooral die zonder personeel, van 8% naar 12%. Het steeg continu sinds 2009. Moonlighting (banen cumuleren) steeg van 5,6% van alle tewerkgestelden in 2004 naar 7,5% in 2014. Ongeveer de helft van hen heeft meer dan een baan om rond te komen (Chkalova et al., 2015). Het werkloosheidspercentage is nog steeds één van de laagste in de EU. Volgens Eurostat was het voor seizoensinvloeden gecorrigeerde werkloosheidspercentage in Nederland 5,5% in september 2012, 7,1% in september 2014 en 6,8% in september 2015. In de jaren na de crisis wordt de werkloosheid onderschat met 15%. Het aantal werklozen die een baan zoeken, steeg van 318.000 (3,7% van de arbeidskrach-

ten) in 2008 tot 660.000 (7,4% van de arbeidskrachten) in 2014 (CPB, 2015). Het aantal ontmoedigde werknemers verdubbelde bijna van meer dan 50.000 in 2008 tot bijna 100.000 in 2014 (De Graaf-Zijl et al., 2015). Van 2013 tot 2018 zal de begroting van de werkloosheidsinstantie UWV om werklozen te helpen bij het vinden van een baan, worden gesnoeid met 25% (De Deken en Maarse, 2013). In 2014 steeg het aantal werkloosheidsuitkeringen met 2.000 tot 438.000 en het aantal socialebijstandsuitkeringen steeg met 18.000 tot 377.000. Een totaal van 815.000 begunstigden in 2014. Nederland is het enige EU-land met een algemeen invaliditeitsprogramma dat geen onderscheid maakt tussen arbeidgerelateerde ongevallen en niet-arbeidgerelateerde ongevallen. Het aantal rechthebbenden op een invaliditeitsuitkering bereikte zijn hoogtepunt van bijna een miljoen mensen in 2003 (zie Delsen, 2012). Na een decennium van dalingen steeg het aantal invaliditeitsuitkeringen voor het eerst met 2.000 tot 810.100 (9% van de arbeidskrachten) in 2014, wat suggereert dat invaliditeitsregelingen worden gebruikt als een ontslagmiddel.

Op 1 januari 2015 verving de *Participatiewet de Wet Werk en Bijstand, WWB, de Wet Sociale Werkvoorziening, WSW* en een groot deel van de *Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten, Wajong*. Ongeveer 700.000 mensen die kunnen werken maar steun nodig hebben, vallen onder de nieuwe participatiewet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor hun ondersteuning. De geraamde jaarlijkse besparing zal geleidelijk stijgen tot 0,4 miljard EUR in 2017. Het doel van de Participatiewet is dat zoveel mogelijk mensen met of zonder een handicap een betaalde baan vinden bij een gewone werkgever. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen workfare en welfare. Voor gedeeltelijk jonggehandicapten worden de uitkeringen verminderd. De verplichting om algemeen aanvaardbaar werk te doen in de *Wet Werk en Bijstand* wordt uitgebreid met de verplichting van een tegenprestatie naar vermogen naast of boven op gewone tewerkstelling voor mensen die een beroep doen op de solidariteit van de maatschappij, *d.i.* uitkeringsontvangers. De Nederlandse ervaring met hervorming van de invaliditeitsuitkering toont dat er schadelijke effecten voor gezondheid kunnen optreden als de nieuwe baan niet overeenkomt met de gezondheidsproblemen van de persoon. De extra kosten van ziekenhuisopnames kunnen aanzienlijk zijn en moeten in aanmerking worden genomen bij de hervorming (bezuinigingen) van de sociale zekerheid (Gielen en García-Gómez, 2015).

### 3. DE EERSTE STAPPEN NAAR EEN PARTICIPATIESAMENLEVING

Een verzorgingsstaat is een land met een democratische grondwet, waar productie grotendeels wordt beheerd door een prijsmechanisme en waar de regering zijn burgers een aanvaardbare levensstandaard probeert te garanderen via een combinatie van raadpleging, regulering en activering van het begrotingsmechanisme. Elke verzorgingsstaat is het resultaat van een heel specifieke nationale geschiedenis en cultuur. De Nederlandse cultuur wordt gekenmerkt door solidariteit en gelijkheid.



De Nederlandse verzorgingsstaat is gebaseerd op solidariteit en gelijkheid. Het poldermodel is diep geworteld in de consensusgerichte cultuur van de Nederlanders. Een typisch Nederlands kenmerk is, dat de regering en de sociale partners betrokken zijn bij de voorbereiding, formulering en implementatie van het beleid. Volgens de tripartiete Sociaal-Economische Raad (SER, 2006), het belangrijkste adviesorgaan voor sociaaleconomisch beleid voor de overheid, moeten de arbeidsmarkt en socialezekerheidsinstellingen mensen in staat stellen en aanmoedigen om economisch onafhankelijk te zijn. De Sociaal-Economische Raad zag een brede consensus in de Nederlandse maatschappij om de reactieve en passieve Nederlandse verzorgingsstaat te hervormen tot een meer proactieve en activerende verzorgingsstaat. De verzorgingsstaat moet worden vervangen door een participatiesamenleving. In een dergelijke samenleving staat betrokkenheid centraal. Alle Nederlandse burgers hebben het recht om hun talenten te ontwikkelen en de plicht om die talenten te gebruiken in dienst van de maatschappij. Betrokkenen hebben een verantwoordelijkheid en moeten een actieve houding aannemen. Een activerende participatiesamenleving vereist een arbeidsmarkt die voldoende flexibel is om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. In deze benadering staat werkzekerheid (inzetbaarheid) centraal eerder dan baanzekerheid (SER, 2006).

Titmuss (1974) onderscheidt drie socialebeleidsmodellen: het residuele verzorgingsmodel, het industriële prestatiegebonden model en het institutionele redistributieve model. Deze drie sociale beleidsmodellen komen grotendeels overeen met de drie verzorgingsstaattypes in Europa volgens Esping-Andersen (1990): de liberale, de corporatistische en de sociaaldemocratische verzorgingsstaten. Esping-Andersen plaatst de Nederlandse verzorgingsstaat in het corporatistische model, terwijl Sapir (2006) vindt dat Nederland tot het Scandinavische model behoort. De Nederlandse verzorgingsstaat is inderdaad een hybride model. In het midden van de jaren 2000 kan die het best worden gekenmerkt als ergens tussen de sociaaldemocratische en de corporatistische verzorgingsstaat. Vorige hervormingen bevatten echter ook elementen van de liberale verzorgingsstaat, d.i. privatisering van de sociale zekerheid en de marktvoering bij de verstreking van sociale bescherming alsook hervormingen die de individuele verantwoordelijkheid benadrukken (De Mooij, 2006). Sinds de jaren 1980 is allocatie de centrale doelstelling geworden in het Nederlandse economische beleid en de overheidsfinanciën. Stabilisatie en (her)verdeling hebben minder beleidsaandacht gekregen. Er is in Nederland een verschuiving gebeurd van een model gebaseerd op gelijkheid en collectieve solidariteit naar een model gebaseerd op keuzevrijheid en individuele verantwoordelijkheid. De universele rechten bleven intact, maar de toegang is steeds selectiever en voorwaardelijker geworden. Rapporten bij vorige EZA-conferenties tonen ook dat er meer nadruk wordt gelegd op activering (zie Delsen, 2006; 2012). Workfare werd geïntroduceerd in de sociale bijstand in 1990. Ziekte- en invaliditeitsverzekeringen werden geprivatiseerd in 1996 en 1998. Financiële risico's werden verschoven naar firma's via ervaringsrating. Vanaf

2004 zijn werkgevers volledig verantwoordelijk voor ziekteverlof gedurende de eerste twee jaar. In 2004 werd in de sociale bijstand (*Wet Werk en Bijstand, WWB*) passieve inkomenssteun vervangen door activerende inkomenssteun en arbeidsparticipatie; 'geschikt werk' werd vervangen door 'algemeen aanvaard werk'. In 2006 voerde de invaliditeits hervorming een onderscheid in tussen gedeeltelijk werkongeschikte individuen (workfare) en volledig en permanent werkongeschikte personen (welfare).

Bovendien vond er decentralisatie plaats van het centrale naar het lokale niveau. In 2004 werd sociale bijstand (WWB) en in 2007 werden sociale ondersteuningsdiensten (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO*) de verantwoordelijkheid van gemeenten. De laatste jaren werd het aantal specifieke subsidies van de centrale overheid voor de gemeenten aanzienlijk verminderd, terwijl de algemene subsidies voor gemeenten (uitgave-autonomie) aanzienlijk werden verhoogd. De tegenstelling tussen decentralisatie en centralisatie is een klassiek bestuurskundig probleem. De argumenten efficiëntie en effectiviteit ten voordele van decentralisatie kunnen ook worden gebruikt als redenen om te centraliseren. (De)centralisatie zal dus altijd gebaseerd zijn op politieke argumenten. Decentralisatie van verantwoordelijkheid naar de lokale overheden laat personaliseren en op maat gemaakte oplossingen toe. Het betekent echter ook dat elke gemeente het wiel opnieuw moet uitvinden, en het houdt kosten voor beleidsontwikkeling in. Een beleid (beste praktijken) kopiëren van een andere gemeente vermijdt deze ontwikkelingskosten, maar maakt aanpassingen aan specifieke, lokale omstandigheden ook moeilijker. Het dalende aantal Nederlandse gemeenten en hun toenemende omvang verminderen de mogelijkheden om te personaliseren. Gemeenten hebben een financiële incentive om deelname aan stelsels en programma's te ontmoedigen. Bovendien komt er meer wettelijke ongelijkheid, ongelijke behandeling van gelijke gevallen tussen de gemeenten.

De fundamentele hervormingen van de verschillende verzorgingsstaatsregelingen, vooral in het ziektekostenstelsel (*Zorgverzekeringswet, Zvw*) in 2006 en in sociale ondersteuning (WMO) in 2007, betekenen een verdere afwijking van het Rijnland-model in de richting van het Angelsaksische model. Deze hervormingen leggen nog meer nadruk op concurrentie, decentralisatie van de centrale overheid naar de gemeenten en individuele verantwoordelijkheid. De ontwikkeling van de burgermaatschappij door verschillende regeringen past hierin. Er werden steeds meer verantwoordelijkheden in handen gegeven van de mensen om voor zichzelf te zorgen. Als ze dat niet kunnen, hebben mensen recht op inkomenssteun, sociale ondersteuning en hulp bij het vinden van een baan voor zolang het nodig is. Ook de gevolgen van het Angelsaksische model werden 'geïmporteerd': ontmoedigde werknemers, moonlighting en werkende armen werden beleidspunten (zie Deel 2.3.).

De WMO van 2007, vaak de 'participatiewet' genoemd, betekende een belangrijke stap in de overgang van de Nederlandse verzorgingsstaat naar een participatiesamen-

leving. Overheid en professionele ondersteuning fungeren als laatste toevlucht. Mensen moeten verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen toekomst en hun eigen sociale en financiële opvangnetten creëren. Het onderliggende idee van de participatiesamenleving is er één waarin mensen hun afhankelijkheid van staatsteun verminderen en zelfredzaam worden of afhankelijk van familie en gemeenschaps-solidariteit. De participatiesamenleving is daarom niet hetzelfde als de afschaffing van de verzorgingsstaat, maar staat voor een andere verdeling van collectieve en individuele verantwoordelijkheden. Het lijkt op het residuele verzorgingsmodel van Titmuss gebaseerd op het principe van bijstand, i.e. een socialezekerheidsnet. Familie en de privémarkt staan centraal. De overheid is een laatste en tijdelijke toevlucht, als de privémarkt en de familie tekortkomen. Hoofdbedoeling van het residuele welfaremodel is om mensen te leren hoe het te redden zonder (Titmuss, 1974). De Nederlandse regering moedigt actief burgerschap aan door een beroep te doen op negatieve gevoelens en emoties over de mislukking om actiever deel te nemen aan de maatschappij. Participatie is een plicht, burgers zouden zich slecht moeten voelen als ze niet doen wat 'normaal' is, en zich beschaamd moeten voelen over hun passiviteit en het feit dat ze te veel overlaten aan de reeds overbelaste overheid (zie Verhoeven en Tonkens, 2013).

De troonrede van Koning Willem-Alexander (17 september 2013) wijst op de formele politieke bedoeling van de regering-Rutte II om de Nederlandse verzorgingsstaat om te zetten in een participatiesamenleving: 'Het is een onmiskenbare realiteit dat mensen in de netwerk- en informatiemaatschappij van vandaag assertiever en zelfstandiger zijn dan in het verleden. Dit samen met de behoefte om het begrotingstekort te verminderen, betekent dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam maar zeker evolueert naar een participatiesamenleving. Aan iedereen die bekwaam is, zal gevraagd worden de verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen leven en onmiddellijke omgeving.' De huidige Nederlandse stelsels van de verzorgingsstaat worden beschouwd als onhoudbaar en achterhaald. 'In de wereld van vandaag willen mensen hun eigen keuzes maken, hun eigen leven beheren en zorg dragen voor elkaar.' Om dit te bereiken moet de overheid openbare diensten decentraliseren naar de gemeenten. In die toespraak werden verregaande hervormingen aangekondigd in onder meer langdurige zorg en jeugdzorg. Deze hervormingen worden besproken in het volgende deel 4.

**4. HERVORMING GEZONDHEIDSSYSTEEM**

**4.1. VAN DRIE NAAR VIER COMPARTIMENTEN**

Tot 2007 bestond het Nederlandse gezondheidszorgsysteem uit drie aparte compartimenten, elk met hun eigen financieringsmethode en regelgeving (zie Tabel 1). Compartiment 1 omvat langdurige zorg geregeld door de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ). Compartiment 2 omvat curatieve basiszorg geregeld door de universeel bindende Zorgverzekeringswet (Zvw) van 2006. Momenteel heeft compartiment 3 alleen betrekking op vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen boven op de Zvw. Vrijwillige aanvullende langdurige zorgverzekering is aangekondigd. In 2007 werd een vierde ‘ondersteuningscompartiment’ toegevoegd. Delen van de AWBZ (thuishulp, vervoer, voorzieningen voor invaliden en meals on wheels) werden overgeheveld naar de nieuwe *Wet Maatschappelijke Ondersteuning* (WMO) en werden de verantwoordelijkheid van de lokale overheden (zie Tabel 1). Niet alle langdurige zorg werd gedekt door de AWBZ; ook na 2007 dekte de AWBZ nog steeds enige curatieve en revalidatiezorg.

**TABEL 1: VIER COMPARTIMENTEN VAN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORGSECTOR**

	AWBZ (zorg)	WMO (steun) (2007)	Zvw (genezing) (2006)	Vrijwillige aanvullende verzekering
Langdurige zorg	Bijstand, persoonlijke zorg, verpleegkundige zorg, behandeling, verblijf in een instelling	Thuishulp	Enkele medische toestellen	
Sociale diensten in langdurige zorg omgeving		Meals on wheels, woningaanpassingen, vervoer		
Niet-langdurige zorg	Kraamzorg, revalidatie in een verzorgings-tehuis of thuis, tijdelijke zorg	Veel sociale diensten	Gezondheidszorg	Tandheelkundige zorg, fysiotherapie, cosmetische behandelingen

Bron: Mot (2010), aangepast.

Het aandeel van de Nederlanders dat een aanvullende ziektekostenverzekering koos, zakte van 93% in 2006 tot 83% in 2013. In 2013 had 28% in de laagste-inkomensgroep geen aanvullende ziektekostenverzekering; in de hogere-inkomensgroe-

pen was dit 14%. In de gezondheidszorg worden er stappen gezet om het basisgezondheidspakket te rationaliseren, de doorverwijsfunctie van eerstelijnszorgartsen te vergroten, incentives voor ziekteverzekeraars te versterken om kosteneffectieve aankopen van gezondheidsdiensten te ontwikkelen, uitgaven voor geneesmiddelen te verminderen en besparingen in de ziekenhuissector te stimuleren (OESO, 2014). Verdere bezuiniging van het uitkeringspakket wordt gevraagd door de Minister van Gezondheid in 2013 (zie De Deken en Maarse, 2013). Het standaardgezondheidspakket beperken zal inhouden dat aanvullende ziektekostenverzekering belangrijker wordt.

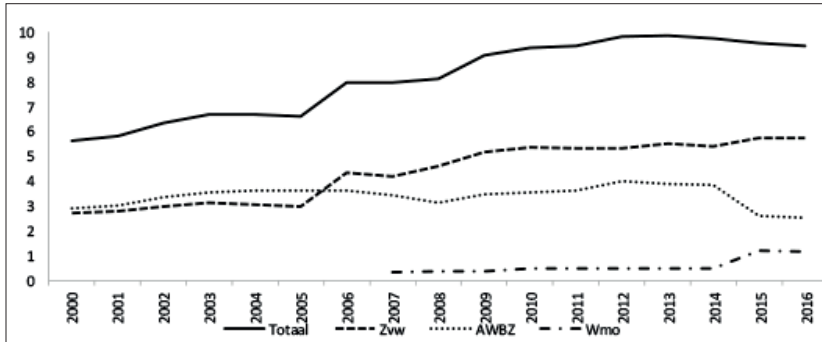
**TABEL 2:** ONTWIKKELING VAN HET JAARLIJKSE VERPLICHTE PERSOONLIJKE EIGEN RISICO VOOR HET BASISZIEKTEKOSTENVERZEKERINGSPAKKET, ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW), 2006-2016

2006*	2007*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
255	255	150	155	165	170	220	350	360	375	385
EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

\* No claim teruggave.

In het laatste decennium werden privébijdragen voor gezondheidszorg en langdurige zorg (verplichte eigen risico (franchise), inkomen- en vermogengerelateerde eigen bijdragen, medeverzekering) ingevoerd of verhoogd. Zo werd het verplichte eigen risico in de Zvw meer dan verdubbeld, tot 385 EUR in 2016 (zie Tabel 2). In 2008 was het totale bedrag van de verplichte eigen risico's 1,4 miljard EUR, in 2014 3,1 miljard EUR (Van Strien en Bagheloe-Datadin, 2015). De totale kosten voor gezondheidszorg stegen geleidelijk van 11,7% van het bbp in 2001, 13,1% in 2006 tot een geschatte 15,6% van het bbp in 2013 (CBS, 2014). Deze gegevens van het Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek omvatten privé-uitgaven voor gezondheidszorg, vb. kinderopvang, vrijwillig eigen risico en aanvullende verzekering.

**FIGUUR 5:** COLLECTIEF GEFINANCIERDE UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG (ZVW), LANGDURIGE ZORG (AWBZ) EN SOCIALE ONDERSTEUNING (WMO) IN NEDERLAND, 2000-2016 (% VAN HET BBP)



Bron: CPB (2015).

Tussen 1980 en 2000 was de totale overheidsuitgave voor gezondheidszorg als percentage van het bbp redelijk stabiel en goed onder controle in vergelijking met het EU-gemiddelde. Het macro-uitgavenplafond veroorzaakte wachtlijsten (Delsen, 2006). Rond 2000 gebeurde een stijging van de uitgaven, veroorzaakt door het wegwerken van de wachtlijsten. Dit laatste werd bereikt rond 2005 (zie Figuur 5). De stijging van de totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg van 6,6% van het bbp in 2005 tot 8,0% van het bbp in 2006 had vooral te maken met de afschaffing van de vrijwillige privéziektekostenverzekering en de bindende Ziekenfondswet (ZFW) die de medische kosten dekte, en de vervanging door de bindende nationale Zvw. Zvw-bijdragen worden volledig gezien als onderdeel van de collectieve belasting- en premiedruk, terwijl de privégezondheidsbijdragen niet. In 2000 was de AWBZ 2,9% en de Zvw 2,7% van het bbp. In 2006 waren de Zvw-uitgaven (4,3%) hoger dan de AWBZ (3,6%) uitgaven. Ook na 2006 bleven de Zvw-uitgaven meer stijgen dan de AWBZ uitgaven. De beperkte stijging van de AWBZ-uitgave heeft gedeeltelijk te maken met de verschuiving van de sociale ondersteuning van de AWBZ naar de WMO in 2007 (zie Figuur 5). Tijdens het laatste decennium steeg de productiviteit fel in de Nederlandse curatieve gezondheidszorg. Met betrekking tot langdurige zorg is het bewijs voor het einde van de ziekte van Baumol gemengd. Productiviteitsverhogingen leidden vooral tot een stijging in het volume van de zorg en niet in lagere zorguitgaven (Trienekens et al., 2012). De grote verwachte daling in AWBZ-uitgaven in 2015 en 2016 heeft te maken met de hervorming van de langdurige zorg in 2015. Op 1 januari 2015 verdween de AWBZ en werd hij opgedeeld in de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de WMO, de Zvw, en de Jeugdwet. De volgende delen behandelen deze veranderingen in gezondheidszorg en langdurige zorg meer in detail.

#### 4.2. CURATIEVE GEZONDHEIDSZORG

De Zvw van 2006 hield in dat in plaats van vooral te worden geregeld door de overheid, het de privémarkt van ziektekostenverzekeringen is die verantwoordelijk is om een wettelijk bepaald pakket curatieve ziektekostenverzekeringen te bieden aan alle Nederlandse burgers. Iedereen ouder dan 18 moet een nominale bijdrage voor gezondheidszorg betalen (1.097 EUR in 2014; 1.211 EUR in 2015) aan de zorgverzekeringsmaatschappij. De overheid betaalt de nominale bijdrage voor kinderen onder de 18. Behalve de nominale premie moeten alle personen met een inkomen (loon, socialezekerheidsuitkering, winst of freelance-inkomsten) een inkomstenafhankelijke bijdrage voor ziektekostenverzekering betalen aan de overheid. Bijgevolg moeten ook jongere personen onder de 18 met een inkomen deze inkomengereleerde bijdrage betalen, geheven en geïnd door de belastingontvanger. In 2009 bedroeg de premie 6,9%; in 2015 6,95%. De inkomengereleerde bijdrage wordt berekend als percentage van het zogenaamde 'bijdrage-inkomen' tot aan een maximum. Dit maximum was 32.369 EUR in 2009 en steeg tot 51.414 EUR in 2015. De overheid garandeert ook toegang tot gezondheidszorg voor illegale immigranten. In 2006 dekten de bijdragen 93% van de Zvw-uitgaven en 87% in 2014. Het aandeel gedekt door privébetalingen steeg van 5% tot 7%. Het percentage gedekt door belastingen steeg van 3% tot 6% (Van Strien en Bagheloe-Datadin, 2015). Een *zorgtoeslag* garandeert betaalbaarheid voor iedereen. Ze beperkt de premie tot 5% van het totale inkomen (De Deken en Maarse, 2013). Sinds de invoering ervan in 2006 ontvangen meer dan 5 miljoen burgers (ongeveer twee derde van alle verzekerde mensen) deze inkomensafhankelijke subsidie. De totale uitgave steeg van 2,5 miljard EUR in 2006 tot 5,1 miljard EUR in 2013. Als gevolg van de vermindering van de inkomensafhankelijke bijdrage en de bezuiniging op de toeslag daalden de uitgaven tot 4 miljard in 2014. Ook het aantal ontvangers daalde in 2014 tegenover 2013 (Van Strien en Bagheloe-Datadin, 2015). In 2015 werd de zorgtoeslag opnieuw verminderd.

De invoering van meer marktkrachten in de gezondheidszorg werd al voorgesteld door de Commissie-Dekker in haar advies *Bereidheid tot verandering* van 1987 en werd aangenomen door de opeenvolgende kabinetten-Lubbers (1988-1994). Als een oplossing voor de vele regels en bureaucratie, gebrek aan efficiëntie en onvoldoende reactievermogen op veranderingen en de afwijkende behoeften van de bevolking. Er werd ook een nationale verzekering voorgesteld. In 1998 kondigde de regering-Kok II – in verband met de vergrijzing van de bevolking – verregaande langetermijnveranderingen in het nationale ziektekostenverzekeringssysteem aan. De OESO (2000, p. 105) concludeerde dat invoering van het marktmechanisme in gezondheidszorg in strijd kan zijn met het principe van gelijkheid of gelijkwaardigheid van behandeling, en zelfs hun doelmatigheid is niet altijd bewezen. In de *Nota vraag aan bod* van 2001 concludeerde de regering-Kok II dat er een brede consensus is voor een transformatie van het gecentraliseerde en aanbodgestuurde systeem in een

gedecentraliseerd en vraaggestuurd systeem. Dit is een van de kernelementen van de Zvw. Het beleidsrapport volgde de aanbeveling van de tripartiete Sociaal-Economische Raad (SER, 2000) om de bestaande verschillende types zorgverzekeringen te vervangen door één zorgverzekering voor de hele bevolking. Dit werd gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor een behoorlijke werking van een systeem van beheerde concurrentie op het vlak van gezondheidszorg. In 2003 kondigde de regering-Balkenende II haar intentie aan om een verplichte standaardverzekeringsspolis voor iedereen in te voeren. De uiteindelijke bedoeling was te evolueren naar een systeem van beheerde concurrentie tegen 2006, waarbij de effectieve mate van regeling en concurrentie verschilt naargelang van de sector (OESO, 2002, pp. 110-113).

Volgens de Euro Health Consumer Index (EHCI) gebaseerd op onderzoeken bij patiënten is het Nederlandse zorgstelsel het beste van de EU. Verklaringen voor dit succes zijn het systeem van de privéziektekostenverzekeringmarkt (concurrentie), de eerstelijnszorgarts als doorverwijzer en de relatief hoge graad van patiëntenorganisatie. Solidariteit, universele toegang, gelijke behandeling en goede kwaliteit van gezondheidsdiensten zijn de belangrijkste doelstellingen van de Nederlandse gezondheidszorg. Voorstanders van dit vraaggestuurd beheerde concurrentiesysteem waren van mening dat concurrentie tussen privéverzekeraars de uitgaven voor gezondheidszorg zou verminderen, de keuze voor de klant zou vergroten en de zorgkwaliteit zou verbeteren. Concurrentie heeft het groeitempo van de uitgaven voor gezondheidszorg niet fel verminderd (zie Figuur 5). Het veroorzaakte hoge administratieve kosten voor zorgverleners en complexiteit (Delsen, 2006; 2012; Okma, Marmor en Oberlander, 2011; Schut, Sorbe en Høj, 2013; De Deken en Maarse, 2013). Dit is geen verrassing, aangezien het nieuwe Nederlandse zorgstelsel een grote gelijkheid vertoont met het zorgstelsel in de Verenigde Staten. Het vraaggestuurde systeem van beheerde concurrentie bevat falingen van de markt. Gezondheidsstatistieken van de OESO tonen dat in 2013, de publieke uitgave voor volksgezondheid als percentage van het bbp in Nederland het hoogste was van de OESO. De totale uitgave voor gezondheidszorg was de tweede hoogste, na de Verenigde Staten (OESO, 2015). De kwaliteit van het Nederlandse gezondheidszorg ligt op basis van objectieve metingen enigszins boven het OESO-gemiddelde.

Een voorwaarde *sine qua non* om de doelstellingen van de gezondheidshervorming te behalen is dat Nederlandse burgers kritische klanten zijn die jaarlijks de zorgverzekeraar kiezen en druk uitoefenen op verzekeraars om betere diensten te leveren. De uitbreiding van de keuze voor de klant pakte niet uit zoals voorzien. Ook dit is geen verrassing. Gedragseconomie voorspelt dat slechts enkele deelnemers een andere verzekeraar zullen kiezen. De grote meerderheid blijft bij dezelfde leverancier ook al leidt dit tot een lager financieel resultaat. Bovendien zal de ongelijkheid toenemen. De ervaring met de Zvw bevestigt dit. Tussen 2009 en 2014 schommelde de mobiliteit van verzekerde personen tussen 3,3% en 7,2%. Sinds de invoering van



de Zvw in 2006, schakelde drie vierde van de verzekerde personen nog niet over. Verzekerden die relatief weinig veranderden, hebben hogere zorgkosten, zijn relatief oud en wonen vaak in de dunner bevolkte gebieden van het land. Jonge mensen en gezonde personen veranderen vaker (KPMG, 2014). De ervaring met zorgverzekeringen toont dat, hoewel risicoselectie in de Zvw verboden is, jonge mensen en hooggeschoolde werknemers via trucs voor dezelfde polis gunstigere voorwaarden krijgen dan oudere mensen en laaggeschoolde werknemers. De solidariteit wordt ondermijnd (*de Volkskrant*, 5 december 2014). Bovendien is er een aanzienlijke toename van het aantal verzekerden die hun verzekeringspremies niet betalen. Rond 2000 had grofweg 1,5% van de Nederlandse bevolking geen ziekteverzekering. Recentere gegevens van het Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek tonen een toename van het aantal niet-betalers van 1,9% in 2010 tot 2,2% in 2014. Dit kan te maken hebben met de stijging van bijdragen en het verplichte eigen risico en de besnoeiing van de zorgtoeslag.

Falingen van de markt houden in dat er behalve concurrentie andere maatregelen nodig zijn om de kosten voor gezondheidszorg te controleren (Schut, Sorbe en Høj, 2013). Dat kan verklaren waarom een verdere uitbreiding van de concurrentie wordt aangevuld met overeenkomsten. De omvang van vrije prijszetting in de ziekenhuiszorg werd verhoogd van 33% tot 70% in 2011. Een andere maatregel om de concurrentie te vergoeten was de afschaffing van de ex-post risicovereveningsbepalingen die gold sinds 2006 om de financiële risico's van verzekeraars te beperken. Momenteel lopen verzekeraars een risico voor 91% van hun uitgaven. Bovendien kondigde de overheid aan, het traditionele verbod op ziekenhuiszorg met winstoogmerk onder een aantal strikte voorwaarden op te heffen. In 2013 werd een overeenkomst gesloten tussen de overheid, de representatieve nationale verenigingen van ziekenhuizen, medische specialisten, huisartsen, geestelijke gezondheidswerkers, verzekeraars en patiënten vb. om het groeivolume tussen 2015 en 2017 te beperken. De overeenkomst zal naar verwachting een besparing opleveren van 1 miljard EUR. In plaats van gezondheidsdiensten uit het verzekerde pakket van de ziektekostenverzekering te halen (het initiële plan), werd overeengekomen dat leveranciers kritischer zullen zijn bij het gebruik van deze diensten: gezondheidszorg moet adequaat zijn. In 2013 vroeg de Minister van Gezondheid echter ook suggesties over hoe de efficiëntie verder te verbeteren en het verzekerde pakket te versoberen (zie De Deken en Maarse, 2013).

#### 4.3. LANGDURIGE ZORG

Het aandeel van de langdurige zorg (AWBZ) kosten in het bbp steeg van 2,9% in 2000, 3,6% in 2006, tot 4,0% in 2012 en daalde vanaf 2013 tot een geschatte 2,5% van het bbp in 2016 (zie Figuur 5). De overheidsuitgave voor langdurige zorg is hoog tegenover andere OESO-landen (Schut, Sorbe en Høj, 2013). Informele zorg

voor bejaarden is onbelangrijk in Nederland; institutionele zorg speelt een relatieve grote rol. In verband met bejaardenzorg en langdurige zorg is het overheidsbeleid gericht op vervanging door informele zorg en thuiszorg door de gemeenschap (Mot, 2010). De verschuiving van institutionele zorg naar thuiszorg is een win-winsituatie. Niet alleen wonen (oudere) mensen met beperkingen liever zelfstandig, thuiszorg is ook minder duur dan institutionele zorg (Rouwendal en Thomese, 2010). AWBZ-kosten als percentage van het bbp bleven stijgen, ondanks de invoering van de WMO in 2007. De conjunctuurcyclus heeft zijn invloed, maar de daling in 2015 en 2016 wordt vooral veroorzaakt door de nieuwe wet op langdurige zorg van 2015. AWBZ wordt gefinancierd op basis van het omslagstelsel. Bijdragen geheven op inkomen in de eerste twee inkomensschijven van de loon- en inkomstenbelastingen dekten 61% in 2006 en 75% in 2004. In 2014 was de AWBZ-bijdrage 12,65%. De maximum bijdragegrondslag was 33.363 EUR. Belastingen dekten 21% in 2006 en 16% in 2014. Inkomen- en vermogenafhankelijke bijdragen dekten 7,8% van de kosten in 2008 en 8,4% in 2014 (Van Strien en Bagheloe-Datadin, 2015).

Op 1 januari 2015 verdween de AWBZ en werd hij opgedeeld in de *Wet Langdurige Zorg* (WLZ), de WMO, de Zvw en de Jeugdwet. Deze langdurige zorg hervorming voltooit de hervorming die werd opgestart door de WMO in 2007. Behalve de besparing van 5 miljard EUR betekent de WMO ook de herijking van de verantwoordelijkheden tussen de centrale en lokale overheid, tussen overheid en burgers en tussen burgers (Verhoeven en Tonkens, 2013). Het doel van de WMO is iedereen – oud en jong, invaliden en validen, inheemse mensen en immigranten, met of zonder problemen – in staat te stellen om ten volle deel te nemen aan de maatschappij. Gemeenten krijgen de opdracht om mensen met beperkingen te helpen – door adequate individuele ondersteuning te bieden bij huisvesting, tewerkstelling, communicatie en vervoer – om deel te nemen als ze niet in staat zijn om controle uit te oefenen over hun eigen leven om redenen buiten hun invloedssfeer (Mot, 2010). Een verschuiving van het perspectief zorg en diensten naar het perspectief van de eigen sterke punten van de klant. Zorg en sociale ondersteuning zijn eerst en vooral de persoonlijke verantwoordelijkheid van de burgers. Overheid en professionele ondersteuning fungeren als laatste toevlucht.

De huidige regering-Rutte II beweert dat burgers consumenten en klanten van openbare diensten zijn geworden. Deze afhankelijkheid van de verzorgingsstaat wordt als onhoudbaar beschouwd. Van de overheid werd verwacht dat ze alle problemen zou oplossen, creativiteit, engagement en probleemoplossend vermogen raakten verloren. Burgers moeten hun onverantwoordelijke houdingen veranderen (zie Verhoeven en Tonkens, 2013). De Wet Langdurige Zorg van 2015 wordt beschouwd als de politieke realisatie van de participatiesamenleving. Net als de WMO verwacht ook de WLZ van mensen dat ze hun afhankelijkheid van zorgvoorzieningen van de staat (professionals) verminderen en zelfredzaam worden of afhankelijk

van familie en informele mantelzorgers (familieleden, buren, vrienden, vrijwilligers) (Da Roit en de Klerk, 2013).

De overheid verwacht een structurele besparing van ongeveer 3,5 miljard EUR op langdurige zorg. Het doel van deze hervormingen is een ladder van zorg en steun te ontwikkelen die begint met de zorg verleend binnen de eigen omgeving van de patiënt, dan uitbreidt naar lokale steun door gemeentediensten en verpleging door de gemeenschap en tot slot eindigt bij een openbaar opvangnet voor degenen die intensieve zorgvoorziening nodig hebben. Ambulante dagzorg, steun en begeleiding zijn nu de verantwoordelijkheid van gemeenten. Deze decentralisatie ging gepaard met een begrotingsbezuiniging van ongeveer 25%. Het extramurale deel van de AWBZ stopte vanaf 2015. Elementen van extramurale zorg, specifiek supervisie en het beschermde verblijf van geestelijkegezondheidszorgklanten worden onder de WMO geplaatst. Activiteiten van curatieve aard, zoals langdurige *Geestelijke Gezondheidszorg* (GGZ) (met behandeling), en thuiszorg en wijkverpleging worden overgebracht naar de Zvw. De ziekteverzekeringsmaatschappijen, die de taken van de AWBZ overnamen, hebben commerciële belangen. Reeds in 2000 beval de Sociaal-Economische raad aan om AWBZ meer te richten op ernstige medische risico's en langdurige zorg (SER, 2000), om die betaalbaarder en doelmatiger te maken. Deze aanbeveling om AWBZ terug te brengen naar zijn oorspronkelijke bedoeling werd herhaald in 2008 (SER, 2008). De Raad pleit voor meer keuzevrijheid voor de klanten en meer individuele verantwoordelijkheid voor klanten, d.i. verschuiven van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte implementatie van de AWBZ. De Raad stelde ook voor om zorg, gerelateerd aan herstel op korte termijn, over te hevelen naar de Zvw en om huisvesting te scheiden van zorg (SER, 2008). De WLZ van 2015 dekt alleen langdurige zorg voor de kwetsbaarste ouderen (zware dementie, ernstige geestelijkegezondheidsproblemen) en meervoudig en zwaar gehandicapten, waaronder kinderen tot 18 jaar. Zoals bij de AWBZ is de WLZ-bijdrage een vastgesteld percentage (9,65% in 2015) van het inkomen in de eerste twee inkomensschijven van de loon- en inkomstenbelasting. De maximumbijdragebasis was 33.589 EUR in 2015. De maximumbijdrage was dus 3.241 EUR in 2015. Langdurige zorg is nu een verzekerd recht voor mensen die permanent (24/7) intensieve zorg nodig hebben en die van dichtbij moeten worden gevolgd. De *Jeugdwet* houdt in dat vanaf 2015 de 393 gemeenten ook verantwoordelijk zijn voor alle zorgdiensten voor jongeren (< 18 jaar) en jeugdbijstand, zoals zorg voor jonge mensen met een geestelijke handicap, jonge mensen met mentale stoornissen, maatregelen voor kinderscherming en jeugdzorg. De begroting werd verminderd met 17,5%. Kinderen met ernstige geestelijke of fysieke beperkingen die de hele dag intensieve zorgen nodig hebben, vallen onder de centrale overheid in de WLZ. Heeft de verzorging van het kind zware medische kanten, dan kan er aanspraak worden gemaakt op intensieve kinderverzorging onder de Zvw.

De gemeenten zijn, op basis van de WMO, verantwoordelijk voor de invaliden, bejaarden en mensen met geestelijke gezondheidsproblemen met lichte zorgbehoeften die thuis kunnen blijven. Dit omvat zaken als dagzorg en thuishulp. In een gesprek aan de keukentafel bepaalt de ambtenaar welke zorg iemand nodig heeft, rekening houdend met het feit of familieleden, vrienden of kennissen bijstand kunnen verlenen en hij biedt oplossingen op maat. Ongelijkheid in langdurige zorg kan het resultaat zijn. Niet alleen door de decentralisatie, d.i. gelijke gevallen kunnen verschillend worden behandeld door gemeenten, ook door verschillen tussen mensen die het zich kunnen veroorloven om zorg uit te besteden, en degenen die zich dit niet kunnen veroorloven in de nieuwe participatiesamenleving (Da Roit en de Klerk, 2013). Dit is in strijd met de Nederlandse cultuur, gekenmerkt door solidariteit en gelijkheid.

## 5. HERVORMING VERVROEGDE-UITTREDINGS- EN PENSOENSTELSLS

### 5.1. BASISPENSOEN

Het Nederlandse pensioenstelsel met drie pijlers wordt beschouwd als een van de beste pensioenstelsels ter wereld. Het levert goede uitkeringen, is duurzaam en heeft een hoog integriteitsniveau (Mercer, 2015). Tegenover andere EU-landen is het Nederlandse pensioenstelsel beter gewapend tegen externe schokken en demografische ontwikkelingen, door de mix van fondsvorming en omslagstelsel. De veel snellere stijging van de levensverwachting dan verwacht, de financiële crisis, de beleidsreacties erop en het gebrek aan vertrouwen hebben echter geleid tot bezorgdheden over de houdbaarheid van het pensioenstelsel. Het evenwicht tussen kapitaalgedekte en omslaggefinancierde pensioenen wordt in vraag gesteld (De Deken en Maarse, 2013; Beetsma et al., 2015).

De eerste pijler, de *Algemene Ouderdomswet* (AOW), levert een vast basispensioen – ongeacht de inkomstenhistoriek – voor alle inwoners van Nederland vanaf 65 jaar (tot 2013). Voor alleenstaanden is de vergoeding 70% van het netto minimumloon; voor partners 50%. Het is niet mogelijk om het ouderdomspensioen te krijgen vóór de officiële pensioenleeftijd noch om het uit te stellen. Elk jaar dat men in Nederland woont tussen 15 jaar en de wettelijke pensioenleeftijd geeft recht op 2% van de volledige AOW-uitkering. Volledige AOW vereist dat men 50 jaar in Nederland woont. Diegenen met onvolledige verblijfprofielen, *vb.* immigranten en Nederlandse autochtonen die langere periodes in het buitenland woonden, komen in aanmerking voor middelenafhankelijke sociale bijstand. Het basisouderdomspensioen wordt gefinancierd op basis van het omslagstelsel in de eerste twee inkomstschijven van de loon- en inkomstenbelasting. In 1997 werd het bijdragepercentage vastgesteld op 17,9% om de arbeidskosten te beperken. De toenemende kloof (door vergrijzing) tussen ontvangen bijdrage en betaalde vergoedingen wordt gefinancierd door algemene belastinginkomsten. In 2015 was de minimumbijdrage 508 EUR en

de maximumbijdrage 5.088 EUR. Mensen die een ouderdomsuitkering ontvangen, moeten deze AOW-bijdrage niet betalen.

Voor de AOW-uitgaven van de eerste pijler zijn onderhevig aan veroudering, door de omslagfinanciering. Reeds in maart 2009 besliste het kabinet-Balkenende IV om de AOW-leeftijd te verhogen in twee stappen: in 2020 tot 66 jaar en tot 67 in 2025 in een poging om een oplopend begrotingstekort terug te dringen als onderdeel van maatregelen om de economische crisis te bestrijden. Er werd verwacht de overheidsfinanciën te verbeteren met 0,7% van het bbp; een besparing van 4,5 miljard EUR, en de tewerkstellingspercentages aanzienlijk te verhogen (CPB, 2010, pp. 109-110). Het maximum fiscaal gefaciliteerde opbouwpercentage zou ook worden verlaagd vanaf 2010. Op 20 februari 2010 viel het kabinet-Balkenende IV en werd de wet in de ijskast gezet.

**TABEL 3: WETTELIJKE PENSIOENLEEFTIJD IN NEDERLAND, 2013-2021**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wettelijke pensioenleeftijd	65j + 1 maand	65j + 2 maanden	65j + 3 maanden	65j + 6 maanden	65j + 9 maanden	66j	66j + 4 maanden	66j + 8 maanden	67j

Bron: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De Commissie-Goudswaard (2010) riep in haar advies over de toekomst van de pensioenen, op verzoek van de minister van Sociale Zaken, op tot een nieuw evenwicht tussen de ambitie, de zekerheid en de kosten van pensioenen. Er werd geconcludeerd dat de bijdragepercentages in de aanvullende pensioenen op een historisch hoog peil waren. Een verdere toename werd beschouwd afbreuk te doen aan het concurrentievermogen van de Nederlandse economie, en bijgevolg aan welvaart en tewerkstelling. Aanbevelingen omvatten een koppeling van de pensioenleeftijd aan de levensverwachting en meer voorwaardelijke pensioenuitkeringen. In juni 2010 sloten de sociale partners een pensioenovereenkomst (Stichting van de Arbeid, 2010). Details werden uitgewerkt in het document van juni 2011 (Stichting van de Arbeid, 2011). Het kabinet-Rutte I steunde het volledig. Oorspronkelijk was het de bedoeling om de AOW-leeftijd geleidelijk te verhogen vanaf 2013 tot 66 in 2020 en 67 in 2025 (zie Tabel 3), en dan om de leeftijd te koppelen aan de gemiddelde levensverwachting. Verschillende geboortegeneraties krijgen te maken met verschillende wettelijke pensioenleeftijden. Een stijging van de pensioenleeftijd is nadelig voor mensen met een laag inkomen door hun lagere levensverwachting. De huidige regering-Rutte II verzet zich tegen de flexibilisering van de AOW-leeftijd overeengekomen door de sociale partners. Vrijheid van keuze zal een negatieve impact hebben op tewerkstelling en verhoogt de kosten voor de Schatkist. AOW zal voor de men-

sen ook aanzienlijk complexer worden en de uitvoering duurder. Bovendien treedt er negatieve selectie op (Klijnsma, 2015a). De Stichting van de Arbeid kwam ook overeen dat de indexering van aanvullende pensioenen meer afhankelijk zal worden gemaakt van de financiële gezondheid van het pensioenfonds, gemeten met de funding ratio. De communicatie over aanvullende pensioenen zal worden verbeterd. Bovendien kwamen de sociale partners overeen om de bijdragen te stabiliseren, en de schadelijke economische gevolgen ervan te vermijden. Stabilisering van bijdragen betekent minder risicodeling tussen generaties.

In juni 2015 werd een wet goedgekeurd om het tempo van de toename van de AOW-pensioenleeftijd te verhogen vanaf 2016. De AOW-pensioenleeftijd zal al 66 jaar zijn in 2018 en 67 jaar in 2021 (zie Tabel 3). Vanaf 2022 wordt de AOW-leeftijd regelmatig aangepast aan de stijging van de gemiddelde levensverwachting. De verwachte cumulatieve besparing van deze versnelling is ongeveer 2,9 miljard EUR in de periode 2016-2024; de cumulatieve stijgingen van belastinginkomsten en bijdragen bedragen 770 miljoen EUR. Er is een overbruggingsuitkering voor mensen die op 1 januari 2013 al deelnemen aan een vroegtijdige uittrekkingregeling of prepensioenregeling, en die zich niet konden voorbereiden op de versnelde AOW-leeftijdsstijging.

## 5.2. AANVULLEND PENSIOEN

Het aanvullend pensioen is een belangrijke arbeidsvoorwaarde. Ongeveer 90% van de Nederlandse werknemers neemt deel aan de pensioenregeling van de tweede pijler. Voor 20% van de werknemers sluit de werkgever een pensioenverzekering bij een verzekeraar; 80% van de werknemers neemt deel aan een not-for-profit bedrijfstak-, bedrijfs- of beroepspensioenfonds. In 2014 was de omvang van de investeringen door Nederlandse pensioenfondsen meer dan 160% van het bbp. Ongeveer 20% van alle tewerkgestelde personen neemt niet deel aan een aanvullende pensioenregeling; ongeveer 10% van de werknemers en meer dan de helft van de zelfstandigen. Tewerkstelling in een specifiek bedrijf of specifieke sector bepaalt toetreding tot het samengaande pensioenfonds of de verzekeraar. Sociale partners zijn verantwoordelijk voor de vorming en controle van pensioenfondsen. Toegangsregels, voorzieningen en uitkeringen worden bepaald in collectieve onderhandelingen. Momenteel betalen werknemers ongeveer twee derde van de totale bijdragen aan bedrijfspensioenregelingen; een derde wordt betaald door werknemers. Bijdragen zijn fiscaal aftrekbaar en er worden belastingen geheven tijdens de uitbetalingsfase (omkeerregel). Uitkeringen worden betaald in de vorm van een levenslange lijfrente. Vroege of late pensionering is toegelaten, afhankelijk van individuele voorkeuren en het pensioenplan. De meeste bedrijfspensioenen zijn gedefinieerde uitkeringen, wat betekent dat er een zekere uitkeringsverplichting vooraf is bepaald. Ongeveer 90% van de actieve leden heeft een middelloonregeling en 1% een eindloonregeling. Be-

schikbare premiereregelingen (ongeveer 5%) komen nog altijd weinig voor in Nederland, hoewel het aantal de laatste jaren aanzienlijk is gestegen. De andere regelingen zijn een mengeling van de verschillende soorten regelingen.

Voor 2000 vergoedden hoge aandelenrendementen de indexering van pensioenge-rechtigden en de toename van pensioenverplichtingen. In 2001 en 2002 raakten veel Nederlandse pensioenfondsen ondergefinancierd door dalende aandelenprijzen en negatieve rendementen. Om de funding ratio's te herstellen stegen pensioenbijdragen in de privésector van 10,5% in 2002 tot 14% in 2004 en in de overheidssector van 12% tot 19% van de brutolonen. Ook uitkeringen werden bevroren en pensioenregelingen van de tewerkgestelden werden versoerd, waaronder gedeeltelijk indexering, waardoor het opbouwpercentage wordt beperkt, en een massale verschuiving van eindloonregeling naar middelloonregelingen. Enkele pensioenfondsen moesten zelfs de nominale waarde van uitkeringen verminderen. Financiële risico's werden verschoven naar de deelnemers (Delsen, 2012). Vanaf 2007 vereist het *Financieel Toetsingskader* (FTK) toekomstige uitkeringen (passiva) te disconten met de risicovrije termijnstructuur (swapcurve) van rentevoeten (Beetsma et al., 2015). De pensioen crisis van 2008 was breder en dieper dan de crisis van 2001-2003. In 2009 leidde de daling in waarde van de aandelen tot een onderfinanciering van 85% van de pensioenfondsen. Ook de sterker dan verwachte stijging van de levensverwachting verhoogde pensioenkosten en zette druk op pensioenfondsen. In de jaren die volgden, verminderden de funding ratio's als gevolg van de continue daling van intrestvoeten of ze bleven laag ondanks de hoge activa-opbrengsten op pensioenfondsen. In 2007, in het begin van de financiële crisis, waren de bijdragen net iets meer dan 4% van het bbp. Als reactie op de crisis stegen ze tot meer dan 5% in 2012 en bijna 5,5% van het bbp in 2013, maar ze waren niet voldoende om de financiële gezondheid van de pensioenfondsen te herstellen. Bovendien was de bijdragelast verschoven van werkgevers (van meer dan 80% in 2004 tot 68% in 2010) naar werknemers (De Deken en Maarse, 2013; Beetsma et al., 2015). Ook Beetsma et al. (2015) concluderen dat een verdere stijging van de pensioenbijdrage het Nederlandse concurrentievermogen zou schaden. Bovendien werd de bijdragebasis verminderd. De crisis dwong pensioenfondsen om de onvoorwaardelijke indexering te vervangen door voorwaardelijke indexering afhankelijk van hun financiële gezondheid – de funding ratio. De beleidsreactie op de tweede pensioen crisis verschoof de financiële risico's nog meer naar de deelnemers. De pensioenovereenkomst van 2010 maakte effectief een einde aan het heersende gedefinieerde uitkeringskarakter van de inkomstengerelateerde pensioenen. Opgebouwde rechten en pensioenuitkeringen zullen duidelijker mee bewegen met de financiële gezondheid van de pensioenfondsen en bijgevolg met de ontwikkelingen op de financiële markten. Deze ontwikkelingen verklaren de groei van de derde pensioenpijler bestaande uit vrijwillige spaarplannen en individueel gemaakte voorzieningen, zoals levensverzekering, huisbezit, aandelen of spaarrekeningen.

De plannen van de eerste en tweede pensioenpijler zijn onderling verbonden. Bedrijfspensioenen kunnen alleen worden opgebouwd op de wedde min de AOW-franchise. De tweede pijler betreft de betaling van het bedrijfspensioen boven op de betaling van de AOW. Dus in het geval van pensionering voor wettelijke pensioenleeftijd is de AOW-uitkering nul en moet die worden gecompenseerd. Nu de AOW-pensioenleeftijd verhoogd is, moeten leeftijden in de twee pijlers afgestemd blijven. De verhoging van de pensioenleeftijd betekent ook een vermindering van de opbouwpercentages, die kan aanzetten om vroeg met pensioen te gaan. De pensioenovereenkomst van 2013 van het kabinet met een selectie van de oppositiepartijen versoberde de fiscale facilitering van aanvullende pensioenen in overeenstemming met de beoogde pensioenleeftijd van 67 jaar. De maximum fiscaal gefaciliteerde opbouwpercentages werden verlaagd. Voor middelloonregelingen van 2,25% in 2013, 2,15% in 2014 tot 1,875% in 2015. Voor de eindloonregelingen van 2% in 2013, 1,9% in 2014 tot 1,657% in 2015. Mensen zullen bijgevolg meer jaren moeten bijdragen om aan een volledig pensioen te komen; of een volledig pensioen zal een aanzienlijk lagere pensioenuitkering in verhouding tot het verdiende loon bieden. De overheid motiveerde deze vermindering van het opbouwpercentage door de verhoging van de pensioenleeftijd: mensen kunnen pensioen opbouwen gedurende een langere periode en toch een behoorlijk pensioen bereiken. Het laat ook een daling van de pensioenbijdragepercentages toe. Bovendien bouwen werknemers, vanaf 1 januari 2015, geen pensioen meer op op hun bruto jaarwedde boven de 100.000 EUR. Lage pensioenbijdragen zijn in het belang van de werkgevers (winsten), werknemers (lonen) en het management (beleidsruimte). Van Praag (2015) verwijst naar een 'détournement de pouvoir'. De overheid superviseert niet alleen pensioenen, het is ook de grootste werkgever. Voorwaardelijke indexering, de verminderingen van uitkeringen en verplichte bijdragen komen haar dus goed uit. Gezien dit feit en de marktgebaseerde discontovoet zijn niet alleen de vakbondsbevinging maar ook de grote pensioenfondsen ABP en PFZW, verenigingen van oudere mensen zoals KNVG, NVOG, KBO Brabant, en de ANBO van mening dat het huidige overheidsbeleid niet leidt tot het behoud van het stelsel maar tot een afbraak (Van Praag, 2015).

Nederlandse bedrijfstakpensioenfondsen zijn verplicht om een eenvormig bijdragepercentage te heffen. Ook in bedrijfspensioenfondsen wordt het toegepast. Alle deelnemers betalen hetzelfde bijdragepercentage, ongeacht hun leeftijd of levensverwachting. Ook de pensioenopbouwpercentages zijn eenvormig (*doorsneesystematiek*). De overheid is van mening dat dit leidt tot herverdeling van jongere naar oudere werknemers, aangezien de bijdragen door de jongere werknemers langer in het fonds blijven en meer kapitaalopbrengsten opleveren. Dit heeft een invloed op het draagvlak voor het stelsel. Het beperkt ook de invoering van opties en beperkt keuzes. Er worden twee alternatieven beschouwd: een systeem van degressieve pensioenopbouw (dalend met de leeftijd) en een eenvormig bijdragepercentage of een

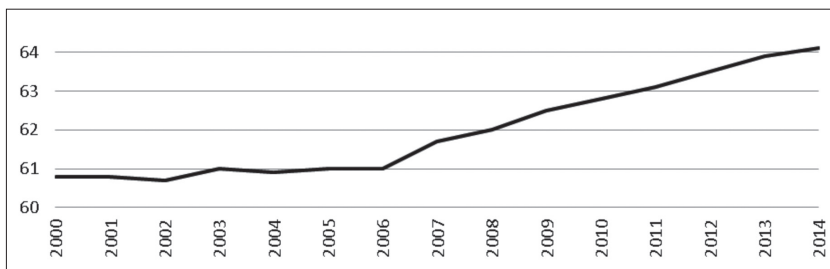


progressieve bijdrage (stijgend met de leeftijd) en een vlak opbouwpercentage. Het Kabinet is voorstander van de eerste optie (Klijnsma, 2015b). Afschaffing van de eenvormige bijdrage en opbouwpercentages zal oudere werknemers aanzetten om minder uren te werken of vroeger met pensioen te gaan.

### 5.3. VERVROEGDE UITTREDING

De huidige gemiddelde pensioenleeftijd is lager dan de wettelijke pensioenleeftijd (65 jaar tot 2013) in Nederland. Effectieve gemiddelde pensioenleeftijd was stabiel op 61 jaar tussen 2000 en 2006 (zie Figuur 6). In 2007 steeg die tot 61,7 jaar en tot 64,1 jaar in 2014. Deze sterke stijging van de laatste jaren heeft te maken met de fundamentele hervormingen in de vervroegde-uittrekings- en pensioenregelingen. In 2006 werd het fiscale voordeel voor de omslaggefinancierde vrijwillige vervroegde uittrekking (VUT) en de kapitaalgedekte prepensioenregelingen afgeschaft. Deze afschaffing had als doel de arbeidsmarktparticipatie van oudere werknemers te verhogen. Nederlandse werknemers konden nog steeds vervroegd met pensioen gaan door gebruik te maken van de *Levensloopregeling*, ingevoerd in 2006 om de druk op informele zorg te verlichten en arbeidsmarktparticipatie te verhogen. De levensloopregeling bood werknemers de gelegenheid om – belastingvrij – te sparen om periodes van onbetaalde verlof te financieren. In 2010 kondigde de regering-Rutte I de afschaffing aan van de levensloopregeling, die vervangen zou worden door een nieuwe Vitaliteitsregeling (VR). In 2012 besliste de regering-Rutte II echter de VR niet in te voeren om begrotingsredenen (zie Delsen en Smits, 2014). De impact ervan op de gemiddelde pensioenleeftijd is beperkt, aangezien het deelnamepercentage aan de levensloopregeling laag was. De enige overblijvende weg voor vroegtijdige uittrekking met een socialezekerheidsuitkering is de invaliditeitsuitkering (De Deken en Maarse, 2013). De stijging van het aantal invaliditeitsuitkeringen in 2014 na een decennium van dalingen lijkt dit te bevestigen (zie Deel 2.3.).

**FIGUUR 6:** EFFECTIEVE PENSIOENLEEFTIJD IN NEDERLAND, 2000-2014



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline.

Stijgende pensioenleeftijd en percentages arbeidsmarktparticipatie van oudere werknemers gaan gepaard met gevolgen voor de verdeling. Het leidt tot negatieve selectie op de arbeidsmarkt. Degenen die het zich kunnen veroorloven, wellicht de productievere mensen, zullen nog steeds vroeg met pensioen gaan, terwijl de lagere kant van de arbeidsmarkt, de minder productieve, genoodzaakt is om te blijven werken. Bovendien ontstond een nieuw structureel probleem. Het werkloosheidspercentage bij de ouderen (60-65 jaar) verdubbelde tussen het begin van 2009 (4%) en het begin van 2015 (10%). Langdurige werkloosheid (> 1 jaar) van ouderen verdriedubbelde. In 2014 was meer dan de helft van alle langdurig werklozen tussen 45 en 65 jaar; een vierde tussen 55 en 65 jaar. De impact op de effectieve pensioenleeftijd van de recente hervormingen in de eerste en tweede pensioenpijlers kunnen beperkt of zelfs negatief zijn. De reden is dat de verhoging van de pensioenleeftijd en de gepaard gaande daling van opbouwpercentages de beloning om te blijven werken kunnen verminderen. Door compenserende welvaart- en opbouweffecten zijn er hoogstens bescheiden effecten van een verhoging van de normale pensioenleeftijd op het arbeidsaanbod. Sociale zekerheid speelt twee rollen in de beslissing om met pensioen te gaan of te blijven werken. De welvaarteffecten, *d.i.* hogere welvaart van sociale zekerheid, zal individuen aanzetten om meer te verbruiken van alle goederen, waaronder vrije tijd, en vroeg met pensioen gaan. De opbouweffecten, *d.i.* de beslissing om te blijven werken, hangt af van de verhoging van de pensioenbesteding door een jaar langer te werken, tegenover de waarde van een extra jaar vrije tijd (Coile en Gruber, 2000).

## 6. PERSPECTIEF

Decentralisatie naar de gemeenten maakt proefprojecten wenselijker en haalbaarder voor het ontwerp van doeltreffende lokale beleidsmaatregelen. De transactiekosten voor de gemeenten in verband met de *quid pro quo* benadering – workfare, nalaten om samen te werken of de vereiste informatie te verschaffen wordt bestraft met sancties zoals verlagingen van uitkeringen of volledige opschorting – in sociale bijstand zijn aanzienlijk en worden ook als ondoeltreffend beschouwd. Het gebruik van inzichten uit de gedragseconomie kan bijdragen tot een meer doeltreffende en doelmatige herinrichting van de verzorgingsstaat. Het toenemende aantal Nederlandse gemeenten die van plan zijn experimenten te doen met een basisinkomen voor sociale bijstand ontvangers, past hierin. De Wet Werk en Bijstand van 1965 was het kroonstuk, het sociale veiligheidsnet, van de Nederlandse verzorgingsstaat. Het basisinkomen kan het kroonstuk worden van de participatiesamenleving.

Onlangs werd voorgesteld om huisvesting, hypotheeken, pensioenen en gezondheidszorg te koppelen (Bovenberg en Van Ewijk, 2012; Asbeek Brusse en Van Montfort, 2012). De pensioenovereenkomst van 2013 van het Kabinet-Rutte II met een selectie van de oppositiepartijen omvat werknemers de gelegenheid bieden om een deel van hun pensioenbijdrage te gebruiken om hun huishypotheek af te be-

talen. Het Kabinet onderzoekt de haalbaarheid van deelnemers die pensioenbijdrage gebruiken om hun hypotheekschuld af te lossen, en het gebruik van een deel van het opgebouwde pensioen voor hypotheekaflossing. De eerste optie zal een aanzienlijke impact hebben op de pensioenrechten op de pensioenleeftijd. In de tweede optie zal een deel van het lagere pensioen worden geneutraliseerd door de lagere kosten voor levensonderhoud na pensionering. Thuiszorg, verleend door familieleden of professionele zorgverstrekkers, is het belangrijkste alternatief voor intramurale zorg. Veel oudere mensen blijven graag zo lang mogelijk thuis, ook al gaat hun gezondheid achteruit. Rouwendal en Thomese (2010) concluderen, op basis van Nederlandse gegevens, dat oudere huiseigenaars effectief een aanzienlijk lager overgangsperscentage naar geïnstitutionaliseerde zorg hebben dan huurders. Deze sterke voorkeur bij oudere huiseigenaars faciliteren zal een matigend effect hebben op de vraag naar langdurige zorg en het beperkt de kosten van langdurige intramurale zorg. Een omgekeerde hypotheek laat oudere huiseigenaars toe te lenen tegen overwaarde en overwaarde te gebruiken terwijl ze in hun huis blijven wonen (Dillingh, Prast, Rossi en Urzi Brancati, 2015). Een overwaarde kan worden gebruikt om pensioeninkomen aan te vullen of grote uitgaven, bijvoorbeeld aanpassingen aan de woning, te betalen of extra thuiszorg te regelen. Het huis kan worden verkocht om intramurale zorg te financieren (Bovenberg en Van Ewijk, 2012; Asbeek Brusse en Van Montfort, 2012). In overeenstemming met het SER-advies (SER, 2015) wil de overheid, in de volgende vijf jaar (tegen 2020), meer keuzevrijheid en meer personalisering realiseren in de tweede pensioenpijler. Dit zal een betere link met huisvesting en zorg toelaten (Klijnsma, 2015b). Mensen zijn zich niet altijd volledig bewust of hebben geen volledig beeld van de (toekomstige) gevolgen van een keuze die ze nu maken. Keuzes in verband met ouderdom zijn complex. Extra opties verhogen het risico om de verkeerde keuze te maken. Keuzemogelijkheden betekent niet voor elk wat wils. Uit de op sociaal en psychologisch gedrag gebaseerde financieringsliteratuur en ervaring met bestaande opties in gezondheidszorg (KPMG, 2014) en pensioenplannen (Delsen, 2015) kan worden geconcludeerd dat slechts een kleine minderheid van de deelnemers extra opties in de aanvullende pensioenregelingen zal gebruiken. Behalve verdelingsproblemen brengen opties ook privacy-issues en aanzienlijke transactiekosten voor alle partijen met zich mee.

*(Vertaling)*

---

**BIBLIOGRAFIE**

Asbeck Brusse, W. en van Montfort, C.J. (red.), *Wonen, zorg en pensioenen. Hervormen en verbinden*, Den Haag, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2012.

Beetsma, R., Constandse, M., Cordewener, F., Romp, W. en Vos, S., *The Dutch pension system and the financial crisis*, CESifo DICE Rapport 2 (juni), 2015.

Blanchard, O. en Leigh, D., Groeivoorspelfouten en Begrotingsmultipliers, IMF Werkdocument WP/13/1, Washington, Internationaal Monetair Fonds, 2013.

Bovenberg, A.L. en van Ewijk, C., The future of multi-pillar Pension systems, in A.L. Bovenberg, C. van Ewijk en E. Westerhout (eds.), *The Future of Multi-Pillar Pensions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2012.

CBS, *Gezondheid en zorg in cijfers 2014*, Heerlen/Den Haag, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014.

Chkalova, K., Goudswaard, A., Sanders, J. en Smits, W., *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt. De focus op flexibilisering*, Den Haag, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015.

Coile, C. en Gruber, J., Social security and retirement, *NBER Working paper 7830*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2000.

Commissie Goudswaard, *Een sterke tweede pijler: Naar een toekomstbestendig stelsel van aanvullende pensioenen*, Den Haag, Commissie Toekomstbestendigheid Aanvullende Pensioenregelingen, 2010.

CPB, *Vergrijzing verdeeld; toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën*, CPB Bijzondere Publicatie 86, Den Haag, Centraal Planbureau, 2010.

CPB, *Macro Economische Verkenning 2016*, Den Haag, Centraal Planbureau, 2015.

Da Roit, B. en de Klerk, J., Heaviness, intensity, and intimacy: Dutch elder care in the context of retrenchment of the welfare state, *Medicine Anthropology Theory*, 1 (1), pp. 1-12, 2013.

De Deken, J. en Maarse, H., Pensioenen, gezondheidszorg en langdurige zorg. Nederland, asisp country document, 2013.

de Graaf-Zijl, M., Smits, W., Snoek, F. en De Vries, R., Steeds meer ontmoedigde terugtrekking van arbeidsmarkt sinds crisis, *Economisch Statistische Berichten*, 100 (4722), pp. 688-689, 2015.

de Mooij, R.A., *Reinventing the welfare state*, CPB Special Publication nr. 60, Den Haag, Centraal Planbureau, 2006.

Delsen, L., Staatsschuld van nul is onverstandig, *Economisch Statistische Berichten*, 85 (4284), 967, 2000.

Delsen, L., De hervorming van de verzorgingsstaat in Nederland: 1982-2003, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 48 (4), pp. 633-666, 2006.

Delsen, L., Crisis: overheid moet meer lenen, *Aelementair*, 8 (4), pp. 12-16, 2009.

Delsen, L., Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Welfare state reform in the Netherlands: 2003-2010, *NiCE Working Paper* 12-103, Nijmegen Center for Economics (NiCE), Institute for Management Research, Nijmegen, Radboud University, 2012.

Delsen, L., Keuzemogelijkheden binnen en tussen pensioenregelingen: niet voor elk wat wils, *Beleid en Maatschappij*, 42 (2), pp. 122-143, 2015.

Delsen, L. en Smits, J., The rise and fall of the Dutch savings schemes, *Netspar Discussion Paper No. 02/2014-008*, Tilburg, Netspar, 2014.

Dillingh, R., Prast, H., Rossi, M. en Urzi Brancati, C., The psychology and economics of reverse mortgage attitudes, *Design Paper 38*, Netspar industry paper series, Tilburg, Netspar, 2015.

Esping-Andersen, G., *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.

Stichting van de Arbeid, *Pensioenakkoord voorjaar 2010*, Den Haag, Stichting van de Arbeid, 2010.

Stichting van de Arbeid, *Uitwerkingsmemorandum pensioenakkoord 2010 en beleidsagenda 2020*, Den Haag, Stichting van de Arbeid, 2011.

Gielen, A. en García-Gómez, P., Nadelige gezondheidseffecten van hervorming arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen, *ESB Dossier Activerende sociale zekerheid*, 47065, maart, pp. 38-42, 2015.

Klijnsma, J., Brief over flexibele AOW, Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2015a.

Klijnsma, J., *Hoofdpijnen van een toekomstbestendig pensioenstelsel. Brief van staatssecretaris Klijnsma (SZW) aan de Tweede Kamer over de hoofdpijnen voor een toekomstige inrichting van het stelsel van aanvullende pensioenen in Nederland*, Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2015b.

KPMG, *Evaluatie Zorgverzekeringswet*. Eindrapportage, KPMG Plexus, 2014.

Mercer, *Melbourne Mercer Global Pension Index*, Melbourne, Australian Centre for Financial Studies, 2015.

Mot, E., *The Dutch system of long-term care*, CPB Document Nr. 204, Den Haag, Centraal Planbureau, 2010.

OESO, *Economic Survey of the Netherlands 1999-2000*, Parijs, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, 2000.

OESO, *Economic Survey of the Netherlands 2002-2003*, Parijs, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, 2002.

OESO, *Economic Survey of the Netherlands 2010-2000*, Parijs, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, 2010.

OESO, *Economic Survey of the Netherlands 2012-2000*, Parijs, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, 2012.

OESO, *Economic Survey of the Netherlands 2014-2000*, Parijs, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, 2014.

OESO, *How does health spending in the Netherlands compare?*, Parijs, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, 2015.

Okma, K.G.H., Marmor, T.R. en Oberlander, J., Managed competition for Medicare? Sobering lessons from the Netherlands, *The New England Journal of Medicine*, 365 (4), pp. 287-289, 2011.

Reinhart, C. M. en Rogoff, K. S., Growth in a Time of Debt, *American Economic Review*, 100 (2), pp. 573-578, 2010.

Rouwendal, J. en Thomese, F., *Homeownership and demand for long-term care*, Netspar Discussion Paper 11/2010-068, Tilburg, Netspar, 2010.

Sapir, A., Globalization and the Reform of European Social Models, *Journal of Common Market Studies*, 44 (2), pp. 369-90, 2006.

Schut, E., Sorbe, S. en Høj, J., Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands, *OECD Economics Department Working Papers*, Nr. 1010, OECD Publishing, Parijs, 2013.

SER, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, Sociaal-Economische Raad, 2000.

SER, *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*, Advies 0803, Den Haag, Sociaal-Economische Raad, 2008.

SER, *Toekomst pensioenstelsel*, Advies 15/1, Den Haag, Sociaal-Economisch Raad, 2015.

Titmuss, R.M., *Social policy: an introduction*, Londen, Allen & Unwin, 1974.

Trienekens, J., van der Vlugt, G., Jeurissen, P. en Germin, M., Analyse stijging zorguitgaven, *Economisch Statistische Berichten*, 97 (4643), pp. 534-537, 2012.

van Praag, B., Desastreus beleid voor pensioenen, *NRC Handelsblad*, 6 mei, 2015.

van Strien, F. en Bagheloe-Datadin, R., Ontwikkeling en financiering van de zorglasten sinds 2006, *De Nederlandse Economie 07*, Den Haag, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015.

Verhoeven, I. en E. Tonkens, Wat de overheid van burgers wil: de framing van de veranderende verzorgingsstaat in England en Nederland, *Social Policy and Society*, 12 (3): 415-426, 2013.

# INHOUDSTAFEL

## REALISATIE VAN DE PARTICIPATIESAMENLEVING. HERVORMING VAN DE VERZORGINGSSTAAT IN NEDERLAND: 2010-2015

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	767
<b>2.</b>	<b>MACRO-ECONOMISCHE ACHTERGROND EN OVERHEIDSFINANCIEN</b>	768
2.1.	ECONOMISCHE GROEI .....	768
2.2.	OVERHEIDSFINANCIEN .....	769
2.3.	SOCIALE ZEKERHEID EN DE ARBEIDSMARKT .....	771
<b>3.</b>	<b>DE EERSTE STAPPEN NAAR EEN PARTICIPATIESAMENLEVING</b>	773
<b>4.</b>	<b>HERVORMING GEZONDHEIDSSYSTEEM</b>	777
4.1.	VAN DRIE NAAR VIER COMPARTIMENTEN .....	777
4.2.	CURATIEVE GEZONDHEIDSZORG .....	780
4.3.	LANGDURIGE ZORG .....	782
<b>5.</b>	<b>HERVORMING VERVROEGDE-UITREDINGS- EN PENSIOENSTELSELS</b>	785
5.1.	BASISPENSIOEN .....	785
5.2.	AANVULLEND PENSIOEN .....	787
5.3.	VERVROEGDE UITTREDING .....	790
<b>6.</b>	<b>PERSPECTIEF</b>	791
	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	793