

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/2066/46509>

Please be advised that this information was generated on 2019-04-21 and may be subject to change.

DE HERVORMING VAN DE VERZORGINGSSTAAT IN NEDERLAND: 1982-2003

DOOR | **LEI DELSEN**

Vakgroep Economie, Nijmegen School of Management, Radboud Universiteit Nijmegen, Nederland

INLEIDING

Het voornaamste onderzoeksvraagstuk van de derde conferentie over “The State of the Welfare State anno 1992”, georganiseerd voor het Europees Centrum voor Werknemersvraagstukken (EZA) is: in welke richting(en) evolueren de socialebeschermingsstelsels en hoe wordt deze evolutie van de socialebeschermingsstelsels in de Europese Unie beïnvloed door de economische krachten en de economische redenering? Bij het beantwoorden van deze vraag werd in het project bijzondere aandacht besteed aan de invloed van de Economische en Monetaire Unie en de invloed van de vergrijzing. Deze bijdrage is een update van verslagen van de tweede (2000) EZA-conferentie (De Kam, 2003) en de eerste (1995) EZA-conferentie (Kemperman, 1995) over de hervorming van de verzorgingsstaat en het socialebeschermingsbeleid in Nederland. Feiten en cijfers voor 1998-2003 betreffende de evolutie van de Nederlandse sociale bescherming, met extra aandacht voor de ziekteverzekering en het pensioenstelsel, worden vergeleken met de vorige tendensen, zoals door de organisatoren van deze conferentie werd gevraagd. Ook de vooruitzichten worden geschetst. Door de gegevens in een historisch perspectief te plaatsen, kunnen we niet alleen vaststellen dat er de voorbije decennia belangrijke beleidsverschuivingen hebben plaatsgevonden, maar kunnen we ook de relevante tendensen analyseren. Verder kunnen we, dankzij een selectieve internationale vergelijking, de economische redenering en ideologie achter deze beleidsvormen beoordelen.

De structuur van dit artikel ziet er als volgt uit. In deel 1 worden voor de voorbije twee decennia de macro-economische tendensen toegelicht, alsook de band daarvan met de inkomstenverwerving en uitgaven door de overheid. Enkele belangrijke historische macrogegevens van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel worden in deel 2 onder de loep genomen. Deel 3 gaat dieper in op enkele belangrijke hervormingen in de Nederlandse verzorgingsstaatsregimes van de voorbije 20 jaar. De klemtoon ligt daarbij op veranderingen die tussen 1998 en 2003 werden doorgevoerd. De inhoud en doeltreffendheid van de grondige revisie van de gezondheidszorgsector, het pensioenstelsel en de arbeidsongeschiktheidsstelsels komen hier aan bod.

Deel 4 sluit het artikel af met een aantal persoonlijke bedenkingen over de hervorming van de verzorgingsstaat in Nederland.

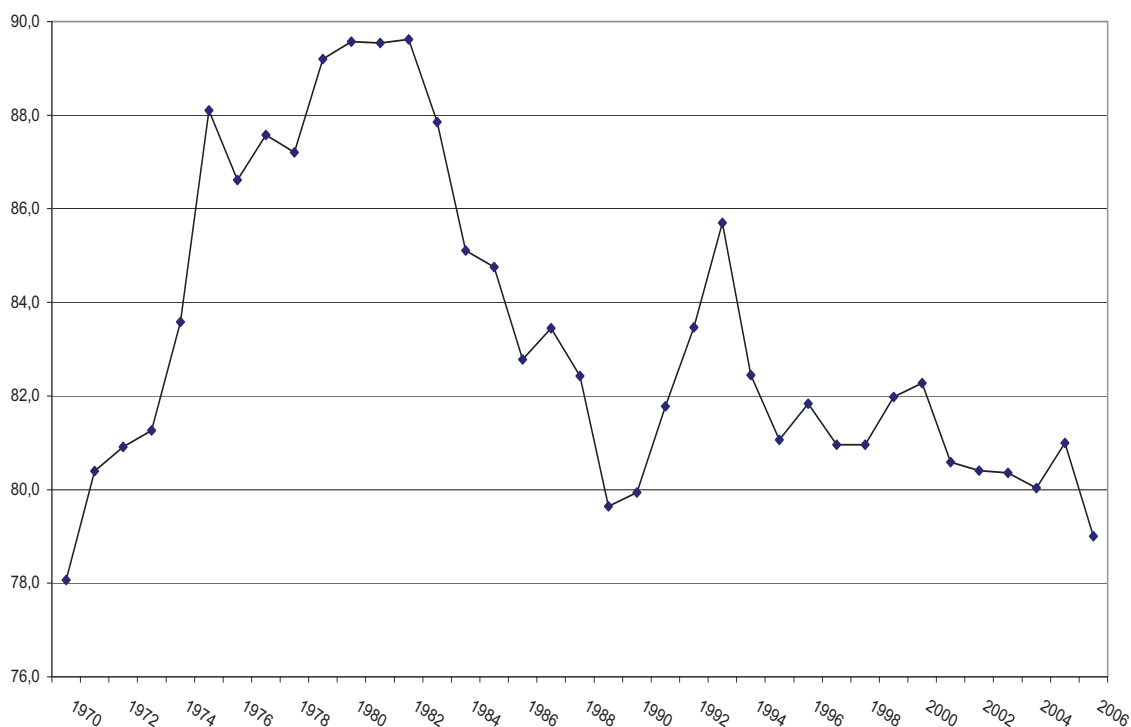
1. MACRO-ECONOMISCHE TENDENSEN EN OVERHEIDSFINANCIEN

De hervorming van de Nederlandse verzorgingsstaat loopt nauw samen met de periodes van groei en van stagnatie. In het begin van de jaren tachtig kende Nederland een diepe recessie. De belasting- en premiedruk lag hoger dan 40% en de netto-overheidsuitgaven bedroegen bijna 50% van het bbp; het EMU-begrotingstekort bedroeg meer dan 6% van het bbp; de loonlasten lagen hoog en de bedrijven waren nauwelijks winstgevend; het werkloosheidscijfer bedroeg in 1982 meer dan 11% en 25% van de beroepsbevolking kreeg een uitkering ("Hollandse ziekte"). In 1982 gaf de eerste regering-Lubbers het startschot voor de fiscale consolidatie en de hervorming van de sociale zekerheid, die tot op heden voortduren.

Hoewel de samenstelling van de opeenvolgende kabinetten verschilt (zie tabel 1), blijkt uit de Nederlandse coalitieakkoorden 1982-2003 een continuïteit wat beleidskwesties betreft: beheersing van de collectieve uitgaven, beperking van het begrotingstekort en een arbeidsmarktbeleid gericht op activering (zie Okma, 2004). In 1982 ontstond ook het duurzame beleid voor loonkostenmatiging om de bedrijven weer winstgevend te maken en banen te creëren.

TABEL 1: MINISTERS-PRESIDENTEN EN SAMENSTELLING VAN DE KABINETTEN IN NEDERLAND SINDS 1982

Installatie kabinet	Minister-president	(partij)	partij-samenstelling	Aandeel meerderheidscoalitie	Links, rechts of centrum
04-11-1982	Lubbers I	CDA	CDA, VVD	81 (54%)	centrum-rechts
14-07-1986	Lubbers II	CDA	CDA, VVD	81 (54%)	centrum-rechts
07-11-1989	Lubbers III	CDA	CDA, VVD	103 (68,7%)	centrum-links
24-08-1994	Kok I	PvdA	PvdA, VVD, D'66	92 (61,3%)	centrum
03-08-1998	Kok II	PvdA	PvdA, VVD, D'66	97 (64,7%)	centrum
22-07-2002	Balkenende I	CDA	CDA, VVD	93 (62%)	centrum-rechts
27-05-2003	Balkenende II	CDA	CDA, VVD	77 (51%)	centrum-rechts

FIGUUR 1: ARBEIDSAANDEEL IN DE TOEGEVOEGDE WAARDE, 1970-2006 (NIVEAU IN %)

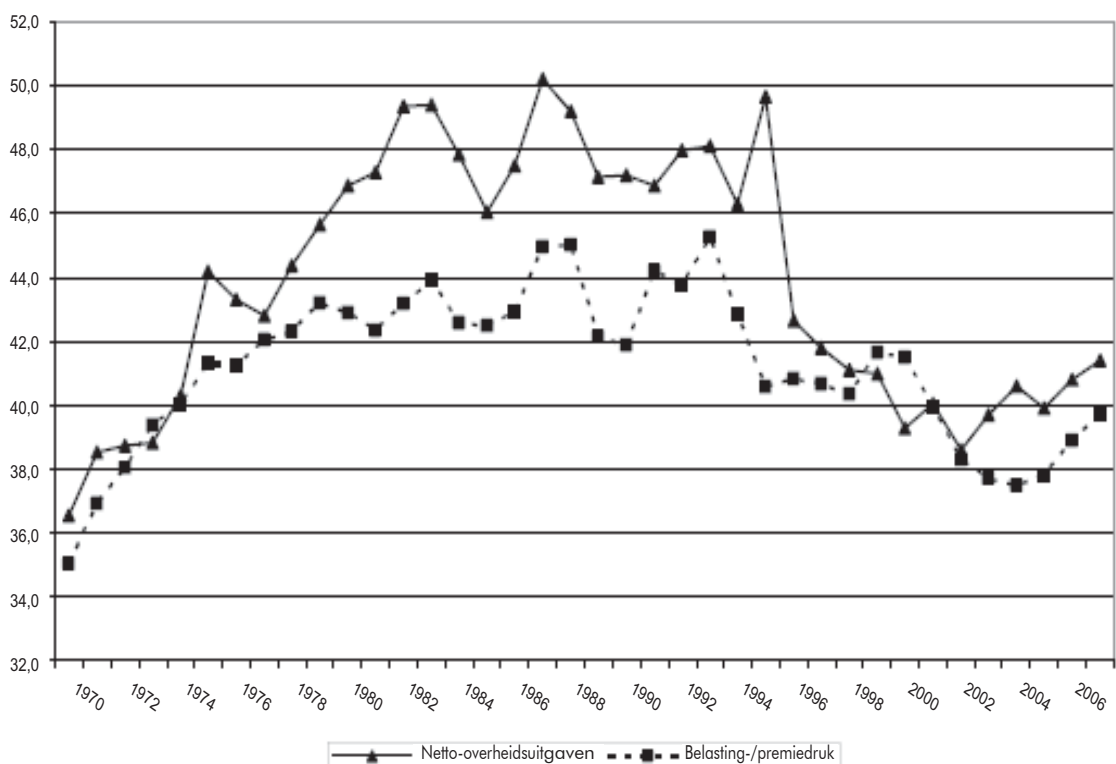
Bron: Centraal Planbureau.

Het aandeel van het arbeidsinkomen bereikte in 1982 een hoogtepunt en de winst zat op een dieptepunt (zie figuur 1). Het aandeel van het arbeidsinkomen wordt in hoge mate door de economische situatie beïnvloed. In de jaren tachtig daalde het aandeel van het arbeidsinkomen, onder invloed van de gestage economische groei, met 10 procentpunt: van 90% tot bijna 80%. In de eerste helft van de jaren negentig ging de teleurstellende economische groei gepaard met een stijgend aandeel van het arbeidsinkomen. Het loonmatigingsbeleid werd nogmaals toegepast. De centrale overeenkomst die in 1993 door de sociale partners werd afgesloten, was een succes. In de tweede helft van de jaren negentig overtrof de Nederlandse economie bijna alle andere Europese economieën (“Nederlands wonder”). Niet alleen scoorde Nederland inzake rendementsverhoging en jobcreatie hoger dan het EU-gemiddelde, maar ook het werkloosheidscijfer daalde fors, tot ongeveer 2% in 2001 – een van de laagste cijfers in de EU (Delsen, 2002). De periode 1994-1999 zou kunnen worden gezien als het spiegelbeeld van de periode 2000-2005. De periode van “economische groei boven het gemiddelde” werd gevolgd door een periode van “economische groei onder het gemiddelde”. Op internationale schaal gezien kende het arbeidsaandeel sinds 1999 een forse stijging (OESO, 2004, p. 32) (1). Na 2000 steeg de werkloosheid in Nederland sneller dan het gemiddelde, namelijk tot ongeveer 4% in 2003 en tot bijna 7% in 2005. De huidige terugval is niet alleen veel groter, maar

(1) Door een herziening van de berekeningen door het Centraal Planbureau (CPB) zakte het arbeidsaandeel in 2001 van 83,4% naar 80,6%.

duurt ook veel langer dan in de vorige conjunctuurcycli vanaf de jaren tachtig en dan in de meeste andere Europese landen (OESO, 2004, p. 25). De scherpe daling van de werkgelegenheid sinds het midden van 2003 en de loonstop voor 2004 en 2005 zouden het arbeidsaandeel moeten doen afnemen en bedrijfsinvesteringen en de groei van de werkgelegenheid in de hand moeten werken. Als gevolg van de herstellende economie in 2006 wordt verwacht dat het arbeidsaandeel en de werkloosheid zullen afnemen.

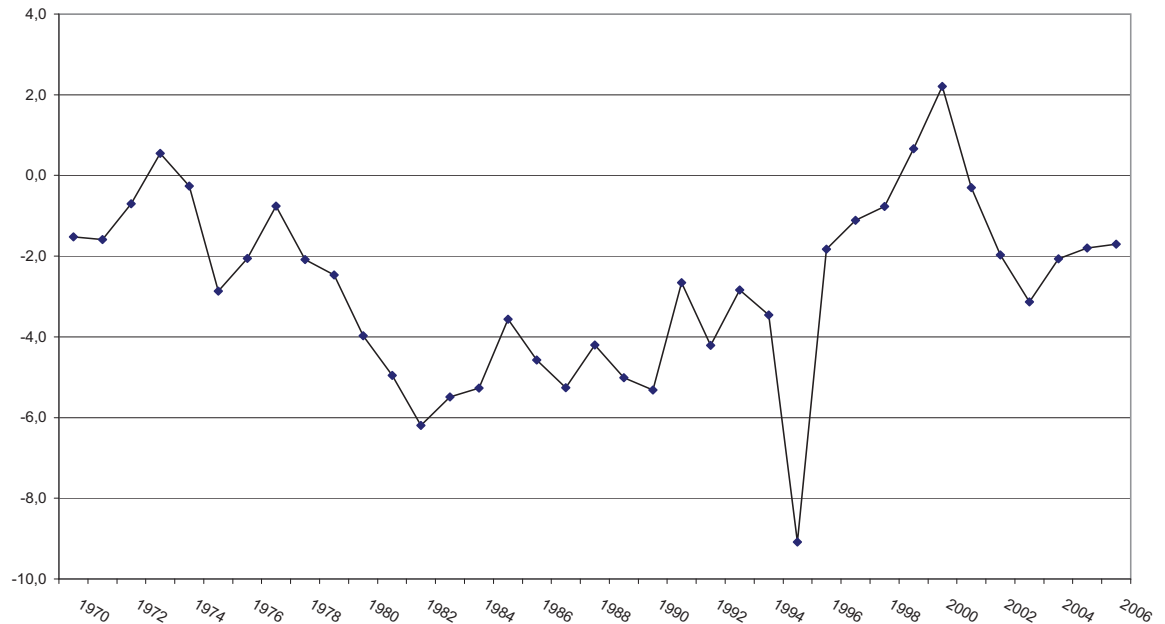
FIGUUR 2: BELASTING- EN PREMIEDRUK EN NETTO-OVERHEIDSUITGAVEN 1970-2006
(% VAN HET BBP)



Bron: Centraal Planbureau.

De overheidsuitgaven als percentage van het bbp daalden van 49% in 1982 tot 39% in 2001 (zie figuur 2). Tijdens de hausse van de tweede helft van de jaren negentig werd een sterke daling geregistreerd. Sinds 1994 wilde de Nederlandse begrotingspolitiek vooral een strikte norm voor overheidsuitgaven bepalen, teneinde het begrotingstekort en de verhouding schuld-bbp te verminderen. De bedoeling was niet alleen om te voldoen aan de Maastricht-criteria, maar ook om de belastingen en socialezekerheidsbijdragen te verlagen en zo de collectieve druk te verlichten en de werkgelegenheid te ondersteunen. Als antwoord op de excessieve belastingdruk, die de doeltreffendheid deed afnemen en de marktwerking ondermijnde, bepaalde de centrale regering plafonds voor de centrale overheid, de sociale zekerheid en de

gezondheidszorgsectoren (OESO, 1998, p. 47; OESO, 2002, p. 37). De uitgaven voor gezondheidszorg behoren tot de hoofdcategorieën van de overheidsuitgaven. Macro-economische beleidsoverwegingen vormen vaak de drijvende kracht achter het gezondheidszorgbeleid en de gezondheidszorghervorming in Nederland. Na 2001 steeg de verhouding uitgaven-bbp opnieuw, tot een geraamde 41,4% in 2006. In het begin van de jaren negentig lag de verhouding van de overheidsuitgaven aanzienlijk hoger dan het EU-gemiddelde. Nu stemt deze verhouding overeen met het EU-gemiddelde. De loonkostenmatiging werd ondersteund door een belastingverlaging en het socialezekerheidsbeleid. In de jaren tachtig vertoont de collectieve belasting- en premiedruk als percentage van het bbp echter een stijgende tendens. Ook hier wordt een opmerkelijke daling geregistreerd in de tweede helft van de jaren negentig. Op basis van het 'Belastingplan 21e eeuw' werden in 2001 de hoogste twee belastingtarieven van 50% en 60% verlaagd tot respectievelijk 42% en 52%. Een ander belangrijk onderdeel van het belastingplan is de verschuiving van de belastingdruk van de directe naar de indirecte belastingen. Het btw-tarief (van 17,5% naar 19%) en de milieuheffingen werden opgetrokken. Deze belastingverhoging wordt overgecompenseerd door een verlaging van de inkomstenbelasting en dus van de belasting op arbeid. Een van de hoofddoelstellingen van de belastinghervorming van 2001 bestond erin om de overgang van uitkering naar werk financieel aantrekkelijk te maken. Voor de werkenden werd een uniforme belastingkorting ingevoerd. Het belastingvrije bedrag, dat tegelijkertijd met het marginale belastingtarief stijgt, werd vervangen door een belastingkorting die voor alle individuen gelijk is. Bij deze belastingherziening door de paarse regering werd een bedrag van 2,3 miljard euro gebruikt als "smeermiddel" om voor deze hervormingen voldoende ondersteuning te krijgen. Dit werd ruimschoots gecompenseerd door bezuinigingen: het surplus nam zelfs toe. De hervorming van de inkomstenbelasting in 2001 verbeterde gemiddeld het bruto-inkomen van de Nederlandse gezinnen met bijna 1,5%. Na 2003 namen de belasting- en premiedruk opnieuw toe (zie figuur 2).

FIGUUR 3: ALGEMEEN VORDERINGENSALDO VAN DE OVERHEID 1970-2006 (NIVEAU IN % VAN HET BBP)

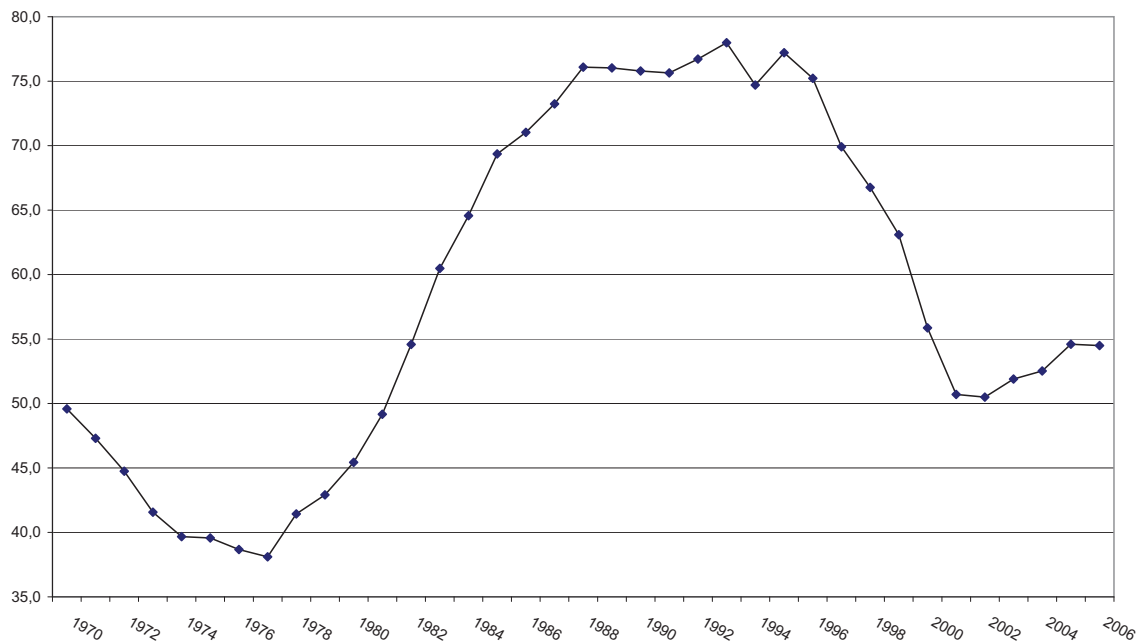
Bron: Centraal Planbureau.

In Nederland werd in de eerste helft van de jaren tachtig een beleid voor een geleidelijke vermindering van het begrotingstekort ingevoerd, onder druk van autonome interne economische overwegingen. Doordat deze maatregelen reeds waren genomen, had de overgang naar de EMU slechts een beperkt zichtbaar effect op de Nederlandse sociale zekerheid. Het EMU-begrotingstekort van de collectieve sector slonk haast onafgebroken: in 1982 bedroeg het nog 6,2% en uiteindelijk zette het zich om in een surplus van 0,7% in 1999 en 2,2% in 2000 (zie figuur 3) (2). Vanuit historisch standpunt is de verbetering van het begrotingsaldo opmerkelijk, want sinds het begin van de jaren zeventig waren geen overschotten meer geregistreerd. Tijdens de regering-Lubbers III (1989-1993) nam het algemene begrotingstekort van de overheid af, terwijl de begrotingstekorten in andere EU-landen snel groter werden. Los van de beleidswijzigingen weerspiegelen deze ontwikkelingen ook de gunstige economische situatie in de tweede helft van de jaren negentig. In de periode 1999-2002 werd de belastingconsolidatie verdergezet teneinde ruimte te scheppen om de verwachte kosten met betrekking tot de vergrijzing van de Nederlandse bevolking te beheren, alsook de daarmee verwante voorziene stijging van de sociale uitgaven, met name voor ouderdomspensioenen en gezondheidszorg (OESO, 1998, p. 56; OESO, 2002, p. 39). Het EMU-lidmaatschap houdt in dat het Nederlandse fiscale beleid een rol speelt bij het stabiliseren van de conjunctuurcyclus: men zou ruimte moeten scheppen voor de werking van de automatische stabilisatoren. Men

(2) In 1995 werden de jaarlijkse subsidies voor woningcoöperaties voor 14,9 miljard euro (4,9% van het bbp) afgekocht.

verwachtte dat het algemene begrotingsevenwicht van de overheid zwaar te lijden zou hebben onder de recessie. In 2001 was er opnieuw een deficit. In 2002 en 2003 werd de verminderde totale belastingdruk, die het resultaat was van de grootschalige belastinghervorming in 2001, duidelijk weer groter. In 2001 werden inkomstenmeevallers gebruikt voor een bijkomende belastingverlaging, die erop was gericht om het arbeidsaanbod te verbeteren: toenemende belastingkortingen en lagere socialezekerheidsbijdragen voor werkgevers die oudere werknemers in dienst nemen.

In 2002 bedroeg het begrotingstekort van de overheid 2,0% van het bbp en in 2003 3,1% (zie figuur 3). Om aan de vereisten van het Stabiliteits- en Groeipact (SGP) te voldoen, was de regering verplicht om een bezuinigingsprogramma in praktijk te brengen terwijl de economie nog zwak was (OESO, 2004, p. 42). Forse bezuinigingen werden doorgevoerd; in 2004 en 2005 werden de lonen in de overheidssector en de uitkeringen bevroren. De negatieve gevolgen van dit pro-cyclische begrotingsbeleid werden nog verergerd door een pensioencrisis. In 2001 en 2002 waren heel wat van de Nederlandse pensioenfondsen ondergefinancierd ten gevolge van de dalende aandelenkoersen en een negatief rendement. Om de fundingratio's te herstellen, stegen de pensioenbijdragen in de privésector van 10,5% in 2002 tot 14% in 2004 en in de overheidssector van 12% tot 19% van de brutolonen, waardoor het loonkostenmatigingsbeleid werd afgeremd. Bovendien deed de regering-Balkenende II beleidsaankondigingen aangaande een grondige hervorming van tal van regelingen van de verzorgingsstaat tegen 2006. De Nederlanders zijn ten eerste aan hun verzorgingsstaat gehecht. Als een regering unilateraal de uitkeringen verlaagt, krijgen rechten in de toekomst geen steun van de publieke opinie (Becker, 2005; 21 minuten.nl, 2005). Als reactie op de loonstop, de stijging van de pensioenpremies en de onzekerheid betreffende de aangekondigde hervorming van de gezondheidszorgsector en de pensioenhervorming, begonnen de Nederlanders privé meer te sparen om het kleinere overheidsvangnet te compenseren. Dit verklaart voor een stuk waarom Nederland nu de langste recessie doormaakt sinds de Tweede Wereldoorlog. Dit illustreert eveneens dat de openbare en particuliere verzekeringen in de sociale zekerheid onderling vervangbaar zijn.

FIGUUR 4: BRUTOSCHULD VAN DE ALGEMENE OVERHEID 1970-2006 (NIVEAU IN % VAN HET BBP)

Bron: Centraal Planbureau.

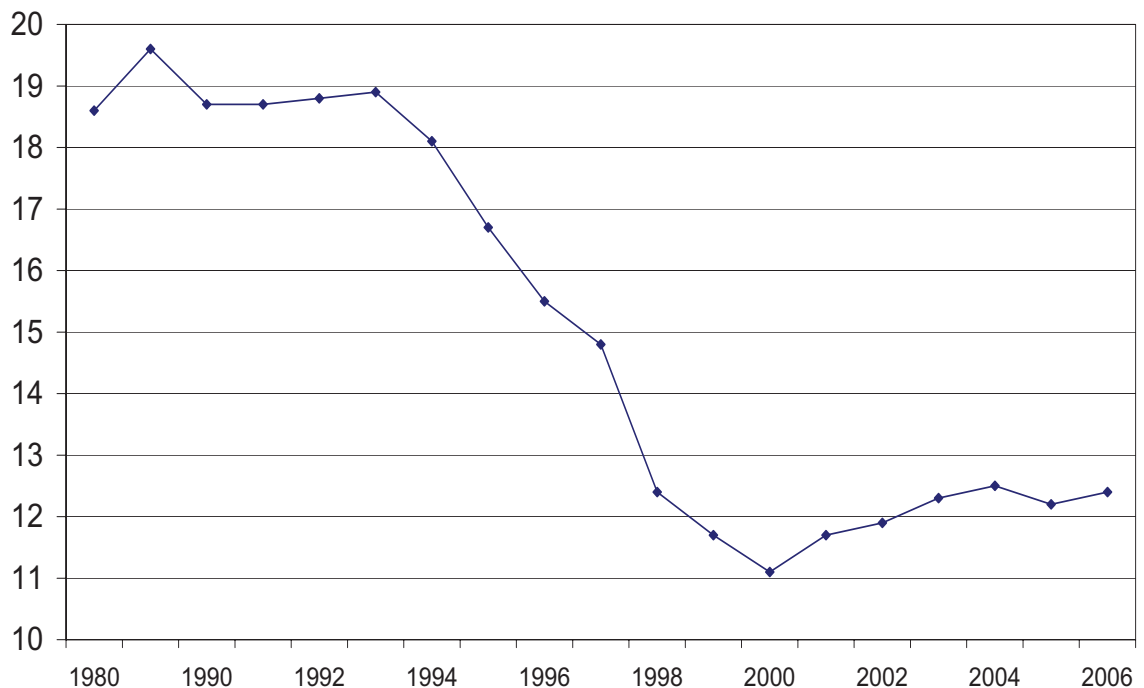
Sinds het midden van de jaren zeventig is de overheidsschuld behoorlijk gestegen: van 38% in 1977 tot 76% in 1988. Deze stijging stabiliseert zich vanaf 1988. In 1993 bereikte de verhouding schuld-bbp een tophoogte (78%). In de tweede helft van de jaren negentig daalde deze verhouding aanzienlijk, tot minder dan 51% in 2001 (zie figuur 4): een doorsneepositie in de EU. In 2002 kondigde het kabinet-Balkenende I de beleidsdoelstelling aan om de overheidsschuld in 25 jaar tijd (één generatie) af te betalen teneinde de stijgende kosten van de vergrijzing te financieren. Deze beleidsdoelstelling is eveneens gekoppeld aan het SGP, want dit eist van de Lidstaten dat ze op middellange termijn komen tot een begrotingsevenwicht of -overschot. Uit de “formule van Domar” over het verband tussen de omvang van het begrotingstekort en de verhouding schuld-bbp, kan worden afgeleid dat het SGP veronderstelt dat de nieuwe EMU-norm voor de verhouding overheidsschuld-bbp wordt bepaald op 0% in plaats van 60% (Delsen, 2001). Ondanks deze beleidsdoelstelling stijgt de verhouding schuld-bbp na 2001 met 4 procentpunten, tot meer dan 54%.

In de jaren tachtig en negentig gaven de regeringen voorrang aan “gezonde” overheidsfinanciën. Men kan stellen dat Nederland de vruchten plukt van het feit dat de beslissing om de nodige bezuinigingen en aanpassingen uit te voeren, zo vroeg werd genomen. Het aanpassings- en hervormingsproces van de Nederlandse verzorgingsstaat wordt gezien als een succesvol proces van beleidsleren (zie bv. Visser en Hemerijck, 1997). Het sociaaleconomische beleid dat in de jaren tachtig en negentig wordt gevolgd, heeft echter verre gaande gevolgen. De Nederlandse

regering is overrijverig bij het hervormen van de verzorgingsstaat. De beleidsmakers vergeten of veronachtzamen systematisch bepaalde gevolgen op lange termijn. Dynamische inefficiëntie is het gevolg. Investerings in fysiek en menselijk kapitaal worden opgeofferd om het begrotingstekort van de overheid of de overheidsschuld te verminderen (Delsen, 2002, pp. 191-193). Recente berekeningen door het Centraal Planbureau bevestigen dit eens te meer (Webbink, 2004). In 1982 werden opleidingen aan de universiteit teruggebracht van 5 naar 4 jaar, om te bezuinigen. Dit benadeelde het welzijn in het algemeen, want de besparingen van de overheid wogen niet op tegen het inkomstenverlies van de universiteitsverlaters. In feite was het niet alleen nadelig voor de economische groei, maar ook voor de overheidsinkomsten in de toekomst, met een groter bedrag dan de oorspronkelijke besparingen. Deze resultaten plaatsen de beleidsdoelstelling van “gezonde” overheidsfinanciën in een ander perspectief. Ze wijzen ook op de complementering van de verzorgingsstaat en de markt. De Nederlandse verzorgingsstaat heeft, net als alle andere verzorgingsstaten, niet alleen een sociale functie, maar ook een uitgesproken economische functie in de markteconomie. Een verzorgingsstaat is niet alleen een kostenfactor, maar ook een investering.

2. MACROGEGEVENS VAN HET NEDERLANDSE SOCIALEZEKERHEIDSSTELSEL

Een deel van de hierboven vermelde vermindering van de overheidsuitgaven houdt verband met de socialezekerheidsuitgaven. In de jaren tachtig lagen de cijfers voor de socialezekerheidsuitgaven exclusief gezondheidszorg boven het OESO-gemiddelde. Netto gezien lagen de cijfers vrij laag in vergelijking met de andere EU-landen. Sinds 1982 proberen de Nederlandse regeringen de socialezekerheidsuitgaven als percentage van het bbp te doen dalen. In 1980 bedroeg het percentage van de socialezekerheidsuitgaven (exclusief gezondheidszorg) bijna 19% en in het begin van de jaren tachtig was de kaap van de 20% overschreden. Ten gevolge van het bezuinigingsbeleid van de kabinetten-Lubbers daalde het aandeel in 1993 geleidelijk weer tot ongeveer 19% (zie figuur 5). De sterkste daling van het aandeel van de sociale zekerheid in een korte periode vond plaats tijdens de eerste ambtstermijn van de regering-Kok, namelijk van 18% in 1994 tot 12% in 1998, gedeeltelijk als gevolg van de gunstige economische situatie. In 2000 was het percentage van de socialezekerheidsuitgaven gezakt tot 11% en onlangs is het weer tot 12% gestegen.

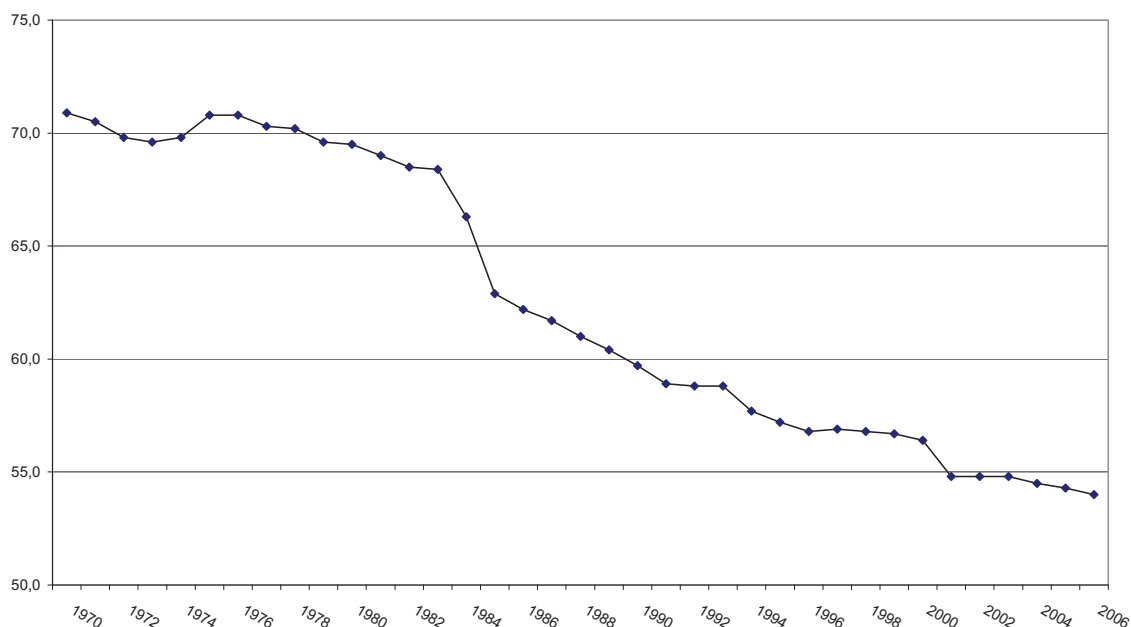
FIGUUR 5: SOCIALE ZEKERHEID 1980-2006

Bron: Centraal Planbureau.

De ratio van de socialezekerheidsuitgaven is het product van het aandeel van het inkomen uit arbeid, de uitkerings-/afhankelijkheidsratio (i/a-ratio) en de gemiddelde uitkeringen als een percentage van het gemiddelde loon (vervangingsratio). In de jaren zeventig was de vervangingsratio met ongeveer 70% vrij constant (zie figuur 6). Vanaf 1983 steeg het verschil tussen het inkomen uit arbeid en de uitkeringen aanzienlijk. De vervangingsratio zakte tot 60% in 1990 en tot een geraamde 55% in 2006. Sinds het midden van de jaren tachtig beoogt de hervorming van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel, met de uitdrukkelijke steun van de publieke opinie en de politici, een beperking van het morele risico. In de jaren tachtig wilde men met de verminderingen van de collectieve uitgaven, inclusief de uitgaven voor sociale zekerheid, vooral de overheidsfinanciën consolideren en de sociale zekerheid rendabeler maken door het niveau van de toelagen te verlagen (prijsmaatregelen). In 1983 werd het toelagepercentage, d.w.z. de vervangingsratio, verlaagd en de brutotoelagen werden losgekoppeld van de gemiddelde stijging van de lonen volgens collectieve arbeidsovereenkomsten. De uitkeringen worden tweemaal per jaar aangepast op basis van een raming van het gemiddelde loon in alle sectoren van de economie. Om de vraag naar arbeidskrachten te stimuleren werden de wettelijke nominale minimumlonen in 1984 met 3% verminderd en tot in 1990 bevroren. Dit "ontkoppelingsbeleid" impliceert dat volgens de overheid het sociale doel "toenemende werkgelegenheid" voorrang heeft op het sociale doel "inkomensbescherming". Tot 1988 werd dit beleid gerechtvaardigd door de wens van de overheid om

de uitgaven in de collectieve sector te beperken en daardoor de ongunstige sociaal-economische situatie te verbeteren. In de jaren negentig werden verschillende criteria ingevoerd, namelijk de “i/a-ratio” tussen “inactieve” uitkeringstrekkers en “actieve” werkende personen (zie Asscher-Vonk et al., 2000, pp. 153-154). Voor 1993, 1994 en 1995 werden nogmaals de lonen bevroren op het niveau van 1992. In 1986 werden de uitkeringen voor ziekte, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid verminderd van 80% tot 70% van het verdiende brutoloon. Deze vermindering stimuleerde het arbeidsaanbod. Door deze bezuinigingen konden ook de uitgaven worden beperkt en de belastingwig worden verkleind.

FIGUUR 6: VERVANGINGSRATIO, 1970-2006

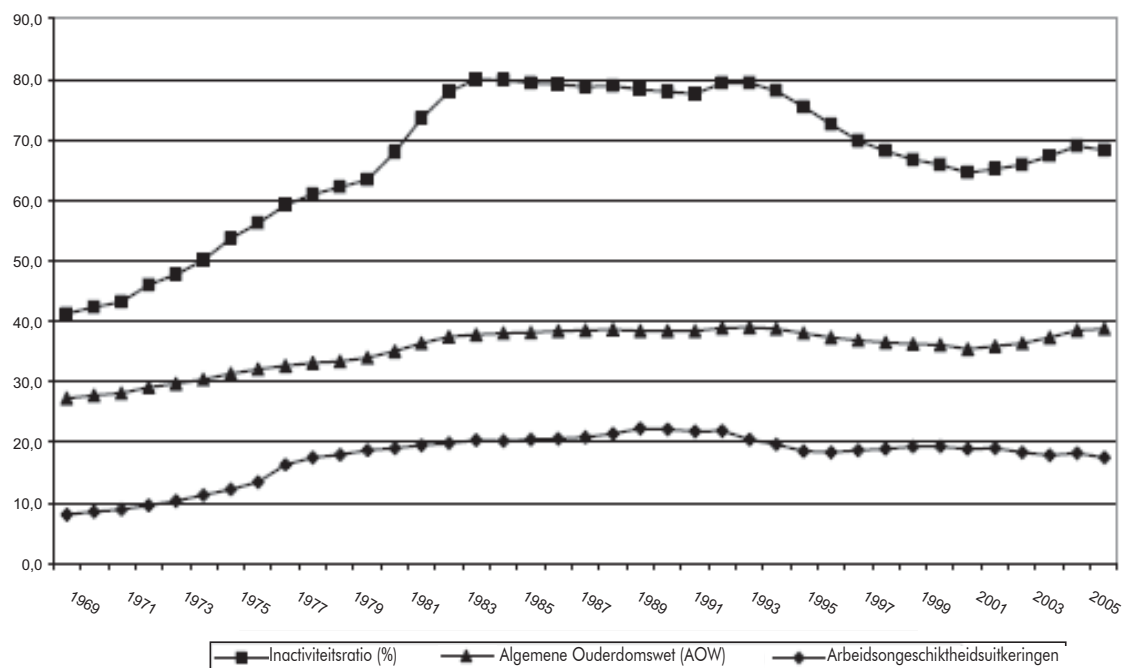


Bron: Centraal Planbureau.

Tijdens de jaren negentig werden volumemaatregelen voornamelijk genomen om de uitgaven voor sociale zekerheid te verminderen. Om de langdurige werkloosheid te doen afnemen kreeg het actieve arbeidsmarktbeleid meer aandacht; er kwamen extra Melkert-banen en de Speciale Afdrachtskorting (SPAK) en de Vermindering Langdurig Werklozen (VLW) werden ingevoerd. SPAK bood de werkgever een subsidie voor elke laagbetaalde werknemer (minder dan 115% van het volledige wettelijke minimumloon) op de loonlijst. In 2001 werd de SPAK afgelast. VLW geeft werkgevers een speciale korting voor elke langdurig werkloze die wordt aangeworven met een loon dat minder dan 130% van het wettelijke minimumloon bedraagt. In 2001 werd de VLW uitgebreid tot oudere werklozen; het maximumloonniveau werd opgetrokken tot 150% van het wettelijke minimumloon. Er werd meer klemtoon gelegd op boetes en fraudebestrijding. In 1996 werd een nieuwe wet op

administratieve boetes van kracht: wie vrijwillig werkloos is, krijgt geen werkloosheidsuitkering en wie de regels met de voeten treedt of een baan weigert aan te nemen, krijgt minder uitkering. De tweede paarse regering verschoof de prioriteit van de vraagzijde van de arbeidsmarkt – voldoende banen voor laaggeschoolde werknemers – naar de aanbodzijde – meer kwantiteit en kwaliteit van de arbeidskrachten. Werkprikkelers werden belangrijk, zoals de hervorming van de inkomstenbelasting, waarmee wordt gestreefd naar een betere werkgelegenheid op de bodem van de arbeidsmarkt (wegwerken van werkloosheids- en armoedevallen), alsook de herinschakeling van inactieve uitkeringstrekkers (“sluitende aanpak”). De bedoeling van deze sluitende aanpak bestond erin, langdurige werkloosheid te voorkomen en mensen minder afhankelijk te maken van sociale uitkeringen. Werklozen die er niet in slagen om op eigen kracht werk te vinden, krijgen binnen de 12 maanden een aanbod dat hen weer aan het werk moet krijgen. Er werden drempels ingevoerd. Verder werd het gelijkwaardigheidsbeginsel sterker benadrukt: er werd een strikter verband gelegd tussen de betaalde premie en het niveau van de uitkering. Ook werden door privatisering financiële stimulansen in de sociale zekerheid ingevoerd; zo werd de ervaringsmeting ingevoerd in de ziekteverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werknemers. De hoofdbedoeling van de hervorming verschoof met andere woorden van “zuivere kostenreductie” naar “verlaging van het hoge inactiviteitspeil”. In 2002 werd de sollicitatieplicht voor oudere werklozen (57,5 jaar en ouder) weer ingevoerd. In 2004 en 2005 werden nogmaals de uitkeringen bevroren. In de voorbije jaren werden werkgelegenheid en activering als een beleidsdoelstelling van de regering-Balkenende zelfs nog belangrijker.

FIGUUR 7: INACTIVITEITSCIJFERS, 1969-2006



Bron: Centraal Planbureau.

Tijdens de jaren zeventig steeg de verhouding van het aantal uitkeringstrekkers (inactiviteit) ten opzichte van het aantal tewerkgestelden (activiteit) – de i/a-ratio – van 41 tot 63 in 1980 (zie figuur 7). In de tweede helft van de jaren tachtig was de stijging zeer fors en in 1984 (80) werd een hoogtepunt bereikt (80). Daarna daalde het percentage geleidelijk aan, tot 78 in 1992. In het begin van de jaren tachtig lag de i/a-ratio in Nederland lager dan in de omliggende landen, maar boven het niveau van het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De diepe recessie van 1981-1982 leidde tot fors gestegen cijfers voor werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. In 1985 had Nederland een van de hoogste i/a-ratio's in de EU. Ten gevolge van de recessie van 1992-1993 nam de i/a-ratio weer toe. Tijdens de hausse in de tweede helft van de jaren negentig daalde de ratio tot 65. Door de recente crisis steeg de i/a-ratio weer tot 69. Na 1985 kenden de werkgelegenheid en de inactiviteit in Nederland een relatief gunstige ontwikkeling. Dit maakte dat ook de i/a-ratio zich gunstig ontwikkelde in vergelijking met andere landen. Daardoor is de Nederlandse i/a-ratio momenteel een van de laagste in de EU (Delsen, 2002, pp. 46-47). Figuur 7 toont eveneens dat een behoorlijk deel – meer dan de helft – van de i/a-ratio betrekking heeft op de gerechtigden op een ouderdomspensioen. Deze inactiviteitsratio vertoont een stijgende tendens, van 27 in 1969 tot bijna 39 in 2006; ook de conjunctuurcyclus speelt een rol. Dit beeld geldt ook in ruime mate voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (ziekte inbegrepen). De verhouding arbeidsongeschiktheidsuitkering/activiteit vertoont een ontwikkeling in krommen. Tussen 1969 en 1990 steeg deze verhouding van 8 tot 22 en daalde daarna geleidelijk tot 18 in 2006. Gemeten in voltijdse equivalenten, verdubbelde in Nederland het volume van de inactieve gerechtigden op socialezekerheidsuitkeringen tussen 1969 en 1995: van 2,0 miljoen tot bijna 4,2 miljoen. Tussen 1995 en 2006 bleef dit volume tamelijk stabiel, hoewel de conjunctuurcyclus een duidelijke invloed had. De daling in de i/a-ratio is met andere woorden hoofdzakelijk te danken aan de werkgelegenheidsgroei. Het Nederlandse werkgelegenheidswonder in de jaren negentig kan voor een groot deel aan de deeltijdse banen worden toegeschreven. Deeltijdse tewerkstelling zou het effectieve arbeidsaanbod in termen van gewerkte uren kunnen doen afnemen. Dit is evenwel niet het geval. Na de eerste helft van de jaren tachtig stijgt het totale aantal gewerkte uren in Nederland gestaag, ondanks het kleine aantal uren dat een werknemer werkt. Gemeten in voltijdse equivalenten bedroeg de werkgelegenheidsgraad in 2000 60%, tegenover 50% in de tweede helft van de jaren tachtig en 62% in 1970 (OESO, 2002, p. 27). Een relatief jonge bevolking en de oorspronkelijk lage participatiegraad bij vrouwen zorgde voor een onaangesproken voorraad arbeidskrachten – deels voor flexibele, deeltijdse arbeid.

3. DE VOORNAAMSTE HERVORMINGEN VAN DE SOCIALE BESCHERMING

Deel 3 legt de klemtoon op de voornaamste hervormingen van het Nederlandse socialebeschermingssysteem die sinds 1998 werden doorgevoerd. In paragraaf 3.1 wordt de hervorming van de gezondheidszorg besproken, in paragraaf 3.2 komt de pensioenhervorming aan bod, paragraaf 3.3 handelt over de hervorming van de

arbeidsongeschiktheidsverzekering, paragraaf 3.4 is een bespreking van de huisvesting, in paragraaf 3.5 worden de veranderingen in de bijstand en de werkloosheidsverzekering onder de loep genomen en paragraaf 3.6 tot slot geeft een beeld van de administratieve hervorming van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel.

3.1. GEZONDHEIDSZORG

Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel wordt gekenmerkt door de mengeling van overheids- en privéfinanciering, het overheersende privéaanbod en de overlegbenadering van het beleid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004). In Nederland bestaan drie verzekeringstakken naast elkaar, die samen vier hoofdstelsels voor de Nederlandse gezondheidszorgverzekering bevatten. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een nationale verplichte verzekering die langdurige verzorging in een verpleeghuis, psychiatrische instelling of ziekenhuis dekt. De AWBZ-zorg wordt in hoofdzaak gefinancierd door inkomensafhankelijke bijdragen, overheidssubsidies en eigen bijdragen. Dit vertegenwoordigt 40% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. In 2001 en 2002 bedroeg de bijdragevoet 10,25% voor de eerste belastbare inkomensschijf van 22.000 EUR. De nationale Ziekenfondswet (ZFW) voorziet de verplichte verzekering voor medische kosten voor werknemers en uitkeringstrekkers onder een inkomensdrempel (33.000 EUR in 2005) en hun personen ten laste. Sinds 2000 zijn ook zelfstandigen die slechts beperkt winst maken, door de ZFW gedekt. Het aspect werknemersverzekering is geleidelijk aan verdwenen. Het ZFW-programma dekt de basisgezondheidszorg. Meer dan 63% van de bevolking is onder het ZFW-programma (Ministerie van Volksgezondheid, 2005) verzekerd. De uitkeringen gebeuren in natura. Los van de premies dienen ook bijdragen per dienst te worden betaald. In 2000 bedroeg de ZFW-bijdragevoet 8,1% voor de eerste belastbare inkomensschijf van 25.000 EUR. In de jaren zeventig waren er 60 onafhankelijke ziekenfondsen, 25 in het begin van de jaren negentig en in 2004 was hun aantal tot 22 gedaald.

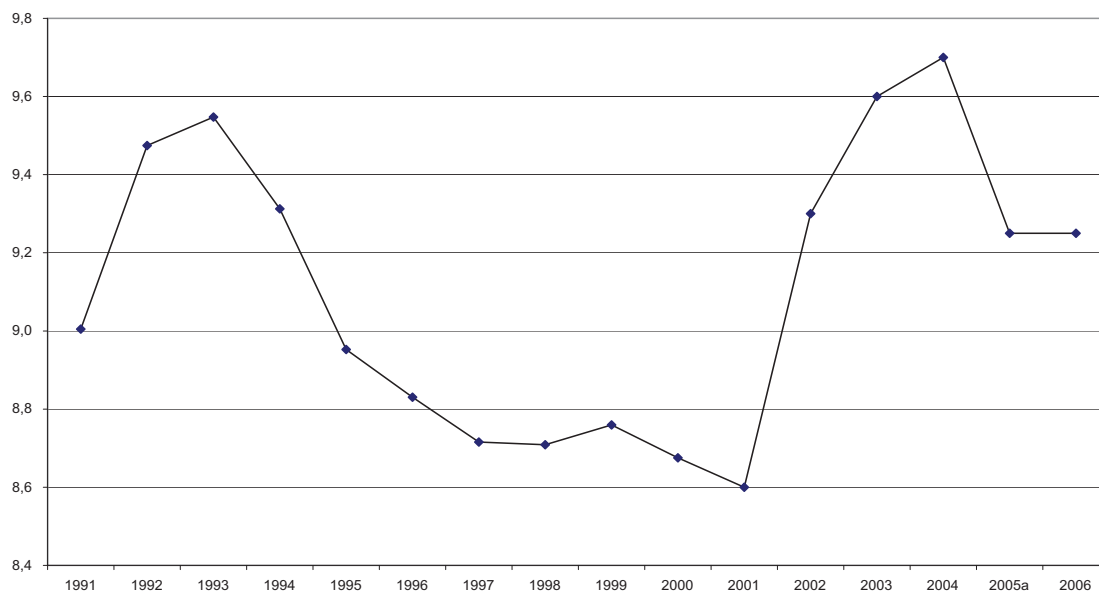
TABEL 2: FINANCIERING VAN DE NEDERLANDSE ZORGSECTOR, 1990-2005 (MILJARD EURO)

	1990	1993	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ZFW	7,1	7,2	7,4	12,6	13,7	15,2	16,0	16,1	16,5
AWBZ	6,8	11,3	12,2	14,7	16,1	18,4	20,0	21,2	22,0
Overheids- subsidies	2,3	2,6	2,7	1,9	2,2	2,4	2,5	2,5	0
Totaal	16,2	21,1	22,3	29,2	32,0	36,0	38,5	39,8	38,5
collectief	(75%)	(79%)	(83%)	(83%)	(84%)	(84%)	(84%)	(84%)	(83%)
Privé- verzekering	5,3	5,5	4,7	5,8	6,1	6,8	7,3	7,4	7,8
Totaal	21,5	26,6	27,0	35,0	38,1	42,8	45,8	47,2	46,3

Bron: Centraal Planbureau.

Het grootste en zelfs nog groeiende aandeel van de Nederlandse gezondheidszorg wordt door collectieve middelen, waaronder AWBZ en ZFW, gefinancierd (zie tabel 2). Mensen met een inkomen dat hoger ligt dan de ZFW-drempel, kunnen onverzekerd blijven of een ziekteverzekering nemen. Vrijwillige particuliere verzekering voor basis- en bijkomende risico's dekt nog eens 30% van de Nederlandse bevolking. Dat verklaart waarom volgens internationale normen een groot deel particulier is gefinancierd (zie tabel 2). De particuliere verzekeringssector is een vrije, concurrerende markt. Particuliere verzekeraars zijn echter wel verplicht om een standaardpakketpolis (WTZ) aan te bieden, die vergelijkbaar is met de ZFW en waarvan de bijdragevoeten door de wet zijn bepaald. Behalve hun premies betalen particulier verzekerden ook forfaitaire solidariteitsbijdragen aan de ZFW, de zogenaamde MOOZ-bijdrage, en aan het WTZ-stelsel. In 2000 bedroeg het MOOZ-eenheidstarief 188 EUR per persoon per jaar. Verplichte sociale regelingen (IZA, IZR, DGPV) dekken werknemers van provinciale en lokale overheden en de politie (5% van de bevolking). Het verzekeringspakket is breder dan het ZFW-pakket. Ruwweg 1,5% van de Nederlandse bevolking heeft geen ziekteverzekering (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004). Het naast elkaar bestaan van een risicoafhankelijke particuliere verzekering en een inkomensafhankelijke sociale verzekering leidt tot substantiële ongelijkheden tussen de verschillende inkomensgroepen, wat de financiering van de gezondheidszorg betreft (OESO, 2000, p. 103). Solidariteit, universele toegang, gelijke behandeling en goede kwaliteit van de gezondheidszorgdiensten zijn de hoofddoelstellingen van de Nederlandse gezondheidszorg. In de jaren negentig zijn ook professionele autonomie, keuze van de patiënt en tevredenheid van de patiënt belangrijke beginselen. Internationaal gezien zijn de prestaties van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel vrij goed. De Nederlanders zijn relatief tevreden over hun stelsel (zie OESO, 2000).

FIGUUR 8: UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG 1991-2006 (% VAN HET BBP)



Bron: Centraal Planbureau.

In euro gerekend verdubbelden de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland tussen 1990 en 2004. Uitgedrukt als een percentage van het bbp worden de uitgaven voor gezondheidszorg sterk beïnvloed door de situatie van de conjunctuurcyclus en werd geen opmerkelijke stijging geregistreerd. Tussen 1990 en 2006 schommelden de uitgaven voor gezondheidszorg tussen 8,6% en 9,7% van het bbp (zie figuur 8). In 1990 waren de uitgaven voor gezondheidszorg goed voor 9% van het bbp; tijdens de economische baisse van 1992 en 1993 steeg dit cijfer tot 9,5% van het bbp en tijdens de hausse na 1994 daalde het weer, tot 8,6% in 2001. Onder invloed van de recente economische teruggang steeg het uitgavenpercentage van de gezondheidszorg in 2004 opnieuw tot 9,7%. De uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het bbp houden in Nederland min of meer gelijke tred met het OESO-gemiddelde. In de jaren tachtig en negentig bleven de uitgaven voor gezondheidszorg in vergelijking met het EU-gemiddelde goed onder controle, dankzij een strikte afdekking. Het uitgavenplafond dat sinds 1994 voor de gezondheidszorgsector werd bepaald, rantsoeneerde de gezondheidszorg en op verschillende domeinen ontstonden wachtlijsten (OESO, 2000, pp. 86-95). Deze begrotingsbeperkingen impliceren dat het bepalen van prioriteiten in de gezondheidszorg van doorslaggevend belang is geworden. Hieruit mag ook worden afgeleid dat kostendrukking en kwaliteitsbeperking wel eens met elkaar in strijd zouden kunnen zijn.

De commissie-Dekker stelde in 1987 de invoering van een grotere marktwerking in de gezondheidszorg voor, als oplossing voor al te veel regels en bureaucratie, een gebrek aan doeltreffendheid en onvoldoende ontvankelijkheid voor veranderingen en de uiteenlopende behoeften van de bevolking. Ook werd een nationale verzekering voorgesteld. De invoering van het marktmechanisme in de gezondheidszorg zou in strijd kunnen zijn met het principe van billijkheid en gelijkheid van behandeling en zelfs de doeltreffendheid ervan is niet altijd bewezen (OESO, 2000, p. 105). Als we de Nederlandse gezondheidszorgsector met andere nationale stelsels vergelijken voor wat de manier betreft waarop deze de antiselectie hebben opgelost en de individualisering hebben aangepakt, blijkt dat een volledige revisie zelden nodig is of niet de gewenste resultaten oplevert. De openstelling van de ziekteverzekeringmarkt voor particuliere verzekeringsmaatschappijen draagt nauwelijks bij tot een betere kwaliteit. De kostendrukking is evenmin bewezen. De openbare gezondheidszorg gaat achteruit, maar tegelijkertijd stijgen de particuliere uitgaven voor gezondheidszorg. Alles in aanmerking genomen wordt aan gezondheidszorg wellicht meer geld uitgegeven (zie De Gier et al., 2004). Het feit dat de nationale totale overheids- en privé-uitgaven voor sociale zekerheid, inclusief gezondheidszorg, als percentage van het bbp min of meer gelijk zijn, wijst erop dat de voorkeuren inzake sociale zekerheid vrij homogeen zijn. Dat betekent dat de privatisering van de sociale zekerheid en de invoering van de marktwerking niet leidt tot een lager uitgaventotaal, maar tot substitutie-effecten. De uitgaven voor gezondheidszorg kunnen zelfs stijgen. Dit is zeer zeker van toepassing op het Nederlandse socialezekerheidsstelsel en op de gezondheidszorgsector in het bijzonder. De concurrentie tussen verzekeraars komt tot uiting via risicoselectie als reactie op de antiselectie, om goede risico's te kunnen verzekeren. Dit gebeurt ten koste van zowel de sociale doeltreffendheid als de

rechtvaardigheid. Andere oplossingen voor antisectie zijn autoselectie en verplichte solidariteit (Delsen, 2002, pp. 143-145).

Een aantal van de voorstellen van de commissie-Dekker van 1987 werd in de ZFW opgenomen. Een forfaitaire bijdrage voor ziekteverzekering, die de inkomensafhankelijke bijdrage aanvult en door het individuele ziekteverzekeringsfonds wordt vastgelegd. De idee die daarachter schuilt, is dat efficiëntere fondsen lagere forfaitaire bijdragen zouden opleggen. Bovendien hebben verzekerden nu het recht om van fonds te veranderen. De concurrentie tussen fondsen onderling werd in 1992 nog versterkt om fondsen de kans te geven om op nationale schaal te werken (zie De Kam, 2003). De maatregelen waren ondoeltreffend. Sinds 1993 werden de inkomensafhankelijke bijdragen over de fondsen verdeeld op een ex ante naar risico gewogen basis, om de verzekeraars stimulansen te geven om de kosten te drukken. In 1997 werd in de ZFW een eigen bijdrage ingevoerd om morele risico's tegen te gaan, en de forfaitaire bijdrage werd verlaagd. Dit leidde niet tot een opmerkelijke vermindering van de consumptie van medische diensten. De doeltreffendheid ervan is beperkt door de lage prijselasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg; bovendien is de eigen bijdrage in strijd met de billijkheidsbeginselen. In 1999 werd ze weer afgeschaft (OESO, 2000, p. 99). Gedeeltelijk als reactie op de wachtlijsten steunden werkgevers de oprichting van privéklinieken voor arbeidsgeneeskundige aandoeningen. Dokters openden privéklinieken. De overheid vreesde dat dit zou leiden tot een tweedeling in de gezondheidszorg, waarbij mensen die bereid zijn extra te betalen, in staat zouden zijn om voor te dringen. In februari 1999 werd de werking van onafhankelijke privéklinieken gereguleerd (OESO, 2000, p. 100) en werden de privéklinieken onderdeel van de door de staat gecontroleerde planning van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Vanaf het midden van de jaren negentig voerde de overheid geleidelijk aan meer concurrentie in op het vlak van dienstverlening in de langdurende zorg (AWBZ). Voor meer doeltreffendheid en een meer klantgerichte benadering werd in de thuiszorgsector een klein gedeelte van de begroting doorgeschoven naar de ziekteverzekeraars, die van andere zorgverstrekkers dan de traditionele thuiszorgorganisaties zorg konden kopen. De 25 nieuwkomers tussen 1994 en 1996 concentreerden zich op de meest winstgevende thuiszorgpakketten, met een oneerlijke concurrentie met de traditionele thuiszorgorganisaties tot gevolg. In 1997 werd het experiment een halt toegeroepen door nieuwkomers uit de markt te bannen en van de bestaande nieuwe organisaties te eisen dat ze hetzelfde pakket aanboden als de traditionele organisaties. In 1996 werd voor blijvende zorg (AWBZ) een systeem van individuele persoonlijke budgetten ingevoerd dat mensen met een zorgindicatie in staat stelde om voor hun eigen hulpverlening te zorgen, onder bepaalde voorwaarden. Dit leidde tot een grotere flexibiliteit van de blijvende zorg en tot een beter evenwicht tussen vraag en aanbod (OESO, 2000, p. 98). In 2000 werden in de AWBZ persoonlijke budgetten voor thuiszorg voor ouderen en fysiek en mentaal gehandicapten opgenomen (OESO, 2002, p. 134). Op die manier is de zorgverstrekking niet alleen beter aan de noden aangepast en is de tevredenheid bij de

patiënten groter, ook drukt dit de kosten, inclusief voor thuisverpleging. De administratieve kosten gingen echter de hoogte in (OESO, 2002, p. 108). Bovendien voelde niet iedereen zich goed in de rol van "berekende burger" of zorgconsument. Een- vierde weet wel hoe hij dit persoonlijke AWBZ-budget goed moet beheren (Okma, 2004, p. 15).

In 1998 kondigde de tweede paarse coalitieregering aan dat ze zou overwegen of, met betrekking tot de vergrijzing, de voorbereiding van verregaande veranderingen op lange termijn in het nationale ziekteverzekeringsstelsel wensbaar is, rekening houdende met de stelsels die in andere EU-landen worden gebruikt; het resultaat was het beleidsrapport "Vraag aan bod" (Ministerie van VWS, 2001). In dat document concludeerde de Nederlandse regering dat er een ruime consensus bestaat voor de omzetting van het huidige, gecentraliseerde en aanbodsafhankelijke stelsel in een gedecentraliseerd en vraagafhankelijk stelsel, een van de kernelementen van haar plannen. Dit beleidsrapport volgde de aanbeveling van de Sociaal-Economische Raad (SER, 2000) om de verschillende bestaande types van gezondheidszorgverzekering te vervangen door één enkele gezondheidszorgverzekering voor de hele bevolking. Dit werd gezien als een *conditio sine qua non* voor een degelijke werking van een systeem van gecontroleerde concurrentie op het vlak van gezondheidszorg. In 2003 kondigde het tweede kabinet-Balkenende zijn voornemen aan om een voor iedereen verplichte standaardverzekeringpolis in te voeren. De uiteindelijke bedoeling ligt hierin dat men tegen 2006 wil verschuiven naar een stelsel van gecontroleerde concurrentie, waarbij de daadwerkelijke mate van reglementering en concurrentie varieert volgens de verschillende sectoren (OESO, 2002, pp. 110-113). De regering vervult dan niet langer haar coördinerende rol. De ziekteverzekeraars en gezondheidszorgverstrekkers onderhandelen over de prijzen en het volume van te leveren gezondheidszorg. Er wordt een zelfregelend systeem ingevoerd waarbij patiënten, ziekteverzekeraars en gezondheidszorgverstrekkers stimulansen krijgen om een efficiënte verstrekking van kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg te garanderen en de kosten te drukken.

Volgens de plannen van 2001 zou de AWBZ ook geleidelijk aan worden opgenomen in de basisverzekering. Het plan van 2004 van de tweede regering-Balkenende bepaalde dat een deel van de verantwoordelijkheid voor langdurige bejaardenzorg en zorg voor mensen met chronische aandoeningen naar de lokale overheden wordt verschoven; dit wordt gerechtvaardigd door het feit dat deze dienst goed aansluit bij andere diensten van de lokale overheden. In 2004 werd aangekondigd dat een deel van de AWBZ onder de verantwoordelijkheid zou vallen van de lokale overheden, zodat er nog slechts één aanspreekpunt op lokaal niveau zou zijn voor een brede waaier van lokale diensten, waaronder verkeer, huisvesting, zorg en bijstand (Okma, 2004, p. 27). Op die manier kunnen de lokale overheden diensten op maat leveren. Vanaf 2006 komt er een duidelijke scheiding van de verantwoordelijkheden in de gezondheidsdiensten en welzijnsvoorzieningen. De medische verzorging blijft tot de bevoegdheid van de AWBZ behoren. De overheid blijft verantwoordelijk voor de gezondheidszorgdiensten voor de kwetsbaardere bevolkingsgroepen, terwijl de

lokale overheden op lokaal niveau voor een samenhangend gezondheidszorg- en welvaartsbeleid moeten zorgen. Bijstand in de vorm van thuishulp, vervoer, thuis geleverde maaltijden, enz. wordt gedekt door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In de jaren zestig en zeventig werd een regionale decentralisering vastgesteld; in de jaren tachtig en negentig was er een functionele decentralisering en in het begin van de 21e eeuw verschoven de taken opnieuw van de centrale overheid naar het niveau van de lokale of provinciale overheden, met inbegrip van het zorgbeheer voor bejaarden en chronisch zieken. Dit ging gepaard met strengere vereisten en beleidskaders bepaald door de centrale overheid, wat het onduidelijke “eindmodel” in het beleid (Okma, 2004, p. 22) illustreert.

Op 1 januari 2006 is een nieuwe verplichte particuliere ziekteverzekering voor noodzakelijke geneeskundige behandeling ingevoerd. Dat maakt een einde aan het onderscheid tussen de verplichte gezondheidszorgverzekering (ZFW) en de particuliere ziekteverzekering. Het Ministerie van Volksgezondheid hoopt dat de afschaffing van het onderscheid tussen overheids- en particuliere ziekteverzekering de gezondheidszorgmarkt voor iedereen toegankelijker zal maken. Het nieuwe stelsel streeft naar een vrije marktwerking om de concurrentie op de zorgmarkt te doen toenemen. Daardoor wordt de zorgkwaliteit beter en kan de zorgprijs dalen. Bovendien wordt het voor de consument eenvoudiger om van verzekeraar te veranderen. De voornaamste bestanddelen van het nieuwe basisverzekeringstelsel zijn:

- de basisverzekering dekt een standaardpakket van noodzakelijke zorg dat vergelijkbaar is met de huidige ZFW. De dekking wordt door de overheid vastgelegd. Zorgverzekeraars bepalen de manier waarop ze deze verstrekken: verschillen in persoonlijk eigen risico. Dit eigen risico kan 500 EUR belopen en gaat gepaard met premiekortingen;
- zorgverzekeraars moeten klanten aanvaarden, ongeacht hun leeftijd of medische achtergrond. Het is de verzekeraars niet toegestaan om hogere premies te eisen van ouderen of van mensen die meer medische verzorging nodig hebben. Voor klanten met een hoger risico worden zij gecompenseerd door de nationale fondsen (risico-egalitatie);
- zorgverstrekkers concurreren met elkaar op het vlak van prijs en kwaliteit;
- de nominale premie bedraagt ongeveer 1.100 EUR per jaar. Elke zorgverzekeraar bepaalt het niveau;
- om te vermijden dat de hogere basispremie ongewenste gevolgen heeft voor het inkomen, ontvangt ongeveer tweederde van alle verzekerden van het belastingkantoor een inkomensafhankelijke zorgtoeslag;
- de verzekeringsnemer heeft recht op een jaarlijkse no-claimvergoeding van max. 255 EUR, die reeds in de ZFW is opgenomen;
- kinderen jonger dan 18 jaar hoeven geen nominale verzekeringspremie te betalen (die wordt door de overheid betaald).

De verzekeringsmaatschappijen kunnen voorkeursarrangementen met de verstrekkers en collectieve contracten afsluiten. Het stelsel zet verzekeringsmaatschappijen ertoe aan om voor de klanten te vechten, meer bepaald door actief gezondheids-

zorg te kopen. In dat verband werd in 2003 de Diagnose Behandeling Combinaties ingevoerd. De burgers worden gezien als kritische klanten die jaarlijks kunnen bepalen wie hun zorgverzekeraar wordt.

Een concurrerender en efficiënter gezondheidszorgstelsel zou ertoe moeten bijdragen dat de wachtlijsten korter worden. Om de wachtlijsten te doen slinken heeft de overheid meer fondsen voorzien en de zorgverstrekkers een grotere verantwoordelijkheid gegeven bij het toewijzen van deze extra fondsen. Van de verzekeraars wordt verwacht dat ze met ziekenhuizen en andere gezondheidszorgverstrekkers onderhandelen om specifieke wachtlijsten weg te werken (OESO, 2002, p. 107). Willen de consumenten hun doelstellingen bereiken, dan moeten ze op de verzekeraars druk uitoefenen opdat deze diensten met meerwaarde verstrekken. De consumenten zouden toegang moeten hebben tot informatie over de kwaliteit van de diensten die door hun verzekeraars worden verstrekt. Informatieasymmetrie speelt daarbij een rol: inlichten om te overtuigen in plaats van inlichten om te informeren (OESO, 2004, p. 76). Niet alleen volgens de economische theorie van de rationele keuze, maar ook volgens de klassieke psychologische theorie van de menselijke motivatie wordt ervan uitgegaan dat keuzes maken goed is, en hoe meer keuzemogelijkheden er zijn, hoe beter. Herhaaldelijk werd aangetoond dat mensen graag keuzemogelijkheden hebben en dat het feit dat ze keuzemogelijkheden hebben, de intrinsieke motivatie kan doen toenemen en de prestatie kan verbeteren. Meer keuze betekent doorgaans dat beter op verschillen in individuele voorkeur kan worden ingespeeld en dat derhalve de gemiddelde individuele tevredenheid groter kan zijn. Mensen zijn zich niet volledig bewust van of hebben geen volledig beeld van de gevolgen (in de toekomst) van een keuze die ze nu bijvoorbeeld voor hun pensioen of socialezekerheidsdekking maken. Hoewel een economie die (meer) keuzemogelijkheden biedt, volgens de gangbare tendens beter is, is het niet uitgesloten dat mensen uiteindelijk van oordeel zijn dat extra keuzes eenvoudigweg het risico dat verkeerde keuzes worden gemaakt, doen toenemen (Delsen et al., 2006). Critici stellen dat de nieuwe verplichte particuliere ziekteverzekering duurder, herverdelend en bureaucratisch zal zijn en ertoe zal leiden dat sommige mensen niet verzekerd zijn (zoals in de V.S. het geval is). De hogere bijdragen aan de gezondheidszorg zouden tot gevolg kunnen hebben dat mensen met een lager inkomen hun keuzes maken op basis van de prijs en niet op basis van de kwaliteit of de behoefte.

3.2. PENSIOENHERVORMING

Het Nederlandse driepijlerpensioenstelsel, waarin de sociale partners een centrale rol spelen, is zeer goed ontwikkeld en uniek in Europa. Het wettelijke basispensioen, de Algemene Ouderdomswet (AOW) zorgt voor een forfaitair basispensioen vanaf de leeftijd van 65 jaar. Dit is een verplicht basisouderdomspensioen voor ingezetenen van de leeftijd van 15 tot 65 jaar. De overheidspensioenuitkering is een omslaggefinancierde (pay-as-you-go) regeling, gefinancierd door door werknemers en zelfstandigen betaalde bijdragen. De vervangingsratio in de tweede pijler omvat de AOW-franchise. Ten gevolge van de "loskoppeling" tussen AOW-uitkeringen en

lonen in de jaren tachtig en negentig en ook in 2004 en 2005, sluipt de privatisering binnen. De daling van het basispensioen wordt niet volledig door de tweede pensioenpijler gecompenseerd. In 1997 startte de eerste regering-Kok met het gedeeltelijk financieren van het basispensioen door de creatie van een AOW-spaarfonds (126 miljard EUR tegen 2020), om tegen de tijd dat de babyboomgeneratie met pensioen gaat, de tijdelijk hoge uitgaven te dekken. De tweede pijler heeft betrekking op de collectieve aanvullende beroepspensioenregeling en wordt volledig via kapitaaldekking (funding) gefinancierd. De oprichting van en controle over pensioenfondsenvalt onder de verantwoordelijkheid van de sociale partners. In Nederland kunnen zowel het aantal deelnemers als het aantal gerechtigden op beroepspensioen tot de hoogste in de EU worden gerekend. De hoge dekking (meer dan 90% van de werknemers) houdt voor een deel verband met de wettelijke uitbreiding van sectorgebonden, collectieve arbeidsovereenkomsten tussen vakbonden en werkgeversorganisaties tot alle leden van die industrietakken. Ook ligt het niveau van de beroepspensioenen vrij hoog, in vergelijking met andere landen. Ze zijn goed voor 40% van het inkomen van een gepensioneerde, het overheidspensioen voor nog eens 40% en individuele pensioenen voor 20%. De uitbreidende derde pensioenpijler bestaat uit eigen spaargeld en individuele voorzieningen, zoals een levensverzekering, het bezitten van een huis, aandelen of spaarrekeningen.

Met het akkoord van Wassenaar van 1982 komt VUT (vrijwillig vervroegd uittreden) ter sprake bij het collectief onderhandelen, alsook loonmatiging, collectieve arbeidstijdverkortening en de promotie van deeltijdse arbeid, als een manier om de bestaande werkgelegenheid te herverdelen en de werktijd te verkorten, na de enorme stijging van de structurele werkloosheid in de jaren zeventig, en als een manier om jeugdwerkloosheid te bestrijden. Deze VUT-regelingen werden besproken als onderdeel van collectieve overeenkomsten. In de jaren negentig werd, om de participatiegraad van oudere werknemers te verhogen en de druk op de jongere werknemers te verminderen, begonnen met de omzetting van de pay-as-you-go-regelingen voor vervroegde uittreding in via fondsvorming gefinancierde individuele prepensioenstelsels. In 1998 bevatte de helft van alle collectieve overeenkomsten schikkingen om de VUT-regelingen te vervangen door flexibele pensioenstelsels. Bovendien werd het niveau van de VUT-uitkering verlaagd en de VUT-leeftijd werd verhoogd van 60 tot 61 of 62 jaar. In de tweede helft van de jaren negentig kwamen de overheid en de sociale partners tot een overeenkomst om VUT geleidelijk aan te vervangen door uit kapitaal gefinancierde en actuariael neutrale prepensioenregelingen, geïntegreerd in de beroepspensioenen. Nu kan nog slechts 2% van de werknemers van VUT gebruik maken; prepensioen is van toepassing op 87% en overgangsregelingen lopen in 2015 af (OESO, 2005, p. 12). De overheid heeft beslist om de fiscale ondersteuning voor regelingen voor vervroegde uittreding en prepensioen per 1 januari 2006 af te schaffen. Ter vervanging voert de overheid voor de Levensloopregeling belastingverlichting in. Werknemers komen in aanmerking voor belastingverlaging om te sparen voor onbetaald verlof, dat ze tijdens verschillende fasen van hun loopbaan kunnen opnemen. Werknemers kunnen tot 210% van hun jaarloon sparen en komen in aanmerking voor een extra belastingverlaging als ze verlof

nemen. Zo kunnen werknemers drie jaar onbetaald verlof financieren tegen 70% van hun gebruikelijke loon. De Nederlandse werknemers staan zeer positief tegenover vervroegde uittreding. Dit verlof is geen recht. Gezien de scherpe leeftijds-/loonprofielen met lonen die boven het productiviteitspeil liggen, zullen werkgevers alleen instemmen als er economische winst te halen valt uit het toestaan van het opnemen van opgespaard verlof, wat een bijkomende stimulans betekent om van de regeling voor vervroegde uittreding gebruik te maken. De levensloopspaarregeling kan een alternatieve manier worden om vervroegd uit te treden.

Op het vlak van pensioenen is Nederland een model voor de rest van de EU: het land is beter uitgerust om schokken van buitenaf en demografische ontwikkelingen te doorstaan. Het Nederlandse pensioenstelsel wordt gekenmerkt door het feit dat het gedeeltelijk uit kapitaal wordt gefinancierd, met als gevolg dat de vergrijzing in Nederland niet tot grote pensioenproblemen leidt. Dit is wel het geval in vele andere EU-landen, waar het pensioen volledig door een pay-as-you-go-regeling wordt gefinancierd. Het verzamelde pensioenkapitaal is het hoogste in de EU. Het percentage werknemers dat aan de tweede pensioenpijler, de beroepspensioenregelingen, deelneemt, en het percentage gerechtigden op pensioen zijn eveneens de hoogste, tegen een relatief lage kostprijs, doordat de regeling verplicht is (zie Delsen, 2002).

Tot in 2004 behoort de meerderheid van de in de tweede pensioenpijler verzekerde individuen (ongeveer 65%) in Nederland tot een eindloonregeling. Dit stelsel is niet alleen voor onbepaalde duur geldig, het subsidieert ook carrièremakers ("omgekeerde solidariteit"). Het houdt de ontwikkeling tegen van een vierde pensioenpijler ("actief oud worden"), aangezien zowel terugzetting - wanneer een oudere werknemer tijdelijk een stap terugzet en verantwoordelijkheden en loon inlevert - als deeltijds werken voor oudere werknemers een aanzienlijke vermindering van pensioenrechten inhouden. Dit is niet het geval met een middelloonregeling, aangezien het pensioen is gebaseerd op het loon dat een werknemer tijdens zijn volledige carrière verdiende. In december 1997 gingen regering en sociale partners een overeenkomst aan voor de modernisering en kostendrukking van de tweede pensioenpijler. Het aantal werknemers die tot een middelloonregeling behoren, steeg van 23% in 1995 tot 32% bij het begin van 1999.

TABEL 3: EVOLUTIE VAN DE VOORNAAMSTE INDICATOREN VAN PENSIOENFONDSEN IN NEDERLAND, 1997-2003

	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Activa (miljard euro)	448	447	473	460	405	364	318
Gemiddelde funding ratio	114	108	127	141	150	142	135
Aandelen in totale activa (%)	47,5	42,3	48,7	48,5	49,9	40,1	37,0
Rendement (percentage)	10,3	-7,7	-2,6	2,5	15,5	14,2	15,3

Bron: PVK.

Gemeten in activawaarde is de Nederlandse pensioenmarkt een van de grootste in Europa. Momenteel bedragen de activa van de privépensioenverzekeringsfondsen 110% van het BBP (zie tabel 3). Risicovolle investeringen in aandelen leveren mogelijk betere resultaten dan obligaties op de lange termijn; ze maken de fondsen echter ook kwetsbaarder en afhankelijk van de beurs. In de jaren negentig slonken de reserves, want de pensioenverplichtingen stegen, de bijdragen werden verlaagd en de rentevoet van de kapitaalmarkt daalde. Lage pensioenpremies zijn in het belang van de werkgevers (winst), werknemers (loon) en de directie (beleidsruimte). De pensioenen werden in toenemende mate gefinancierd door het rendement van het geïnvesteerde vermogen in plaats van door premies van actieve leden. Vóór de krach van 2000 was dit geen probleem. Het hoge rendement van eigen vermogen betaalde de prijsindexering (inflatie) en de toename van de pensioenverplichtingen. In 2001 en 2002 waren ten gevolge van de scherpe daling van de aandelenkoersen en de negatieve rendementen, 300 pensioenfondsen ondergefinancierd. In de tweede helft van de jaren negentig lag het jaarlijkse rendementspercentage van Nederlandse pensioenfondsen om en bij de 15%. Na 1999 daalde het rendement en werd negatief in 2001 (-2,6%) en 2002 (-7,7%). In 2003 lag het gemiddelde rendement opnieuw boven de 10% (zie tabel 3). De gemiddelde funding ratio daalde van 150% in 1999 tot 108% in 2002, tot het peil van het midden van de jaren negentig. Na 2002 stegen de waarden van de aandelen en de kredietwaardigheid opnieuw. Dit betekende evenwel niet het einde van de Nederlandse pensioen crisis. Om de funding ratio's in de privésector te herstellen stegen de premies van 10,5% in 2002 tot 14% in 2004; in de overheidssector van 12% tot 19% van de brutolonen. De Nederlandse werkgevers betalen ongeveer driekwart van de totale bijdragen in de beroepspensioenregelingen; een kwart wordt door de werknemers betaald. Ook de uitkeringen werden bevroren en de pensioenregelingen voor werknemers werden vereenvoudigd, waaronder gedeeltelijk geïndexeerd, waardoor de pensioenopbouw werd beperkt, en er deed zich een massale verschuiving voor van eindloon- naar middelloonregelingen. Ongeveer 98% van de Nederlandse pensioenen zijn voorzieningen met gegarandeerd pensioen, wat betekent dat een zekere winstverplichting vooraf wordt bepaald. Binnen de gegarandeerdpensioenregelingen vond

onlangs een enorme verschuiving plaats van eindloon- naar middelloonpensioenregeling. In 2004 was 77% van de leden gedekt door een middelloonregeling; in 2003 was dit nog slechts 37%; in 1998 25%; in 1993 26%. De reden voor deze verschuiving was kostendrukking. Beschikbarepremieregelingen zijn in Nederland echter nog zeldzaam, hoewel ze steeds vaker voorkomen: 0,2% in 1993, 0,3% in 1998 en nu meer dan 2%. De eindloonregelingen zakten van 72% in 1993 naar 67% in 1998 en 57% in 2000, tot 20% in 2004. De sociale partners zijn voorstanders van een stabilisering of zelfs inkrimping van de pensioenbijdragen. De pensioenrechten hangen steeds meer van de indexering af. De facto houdt dit een verdere verschuiving naar een beschikbarepremieregeling in. In de nabije toekomst wordt de pensioenleeftijd besproken.

3.3. ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING

In Nederland bestaan verschillende arbeidsongeschiktheidsstelsels. De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) dekt arbeidsongeschiktheid van werknemers en werklozen. Sinds 1998 verstrekken de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen (WAZ) en de Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten (WAJONG) uitkeringen die zijn gebaseerd op het geldende minimum bijstandsniveau. De verplichte verzekering voor zelfstandigen - de WAZ - werd in 2004 afgeschaft. WAJONG dekt jongeren en is een sociale voorziening. Nederland is het enige EU-land met een algemeen arbeidsongeschiktheidsprogramma dat geen onderscheid maakt tussen op het werk opgelopen letsels en elders opgelopen letsels. Er waren plannen om afstand te doen van het unieke stelsel voor arbeidsongeschiktheid ongeacht de oorzaak. In 2004 werden plannen om een nieuw stelsel voor arbeidsongevallen en beroepsziekten (Extra Garantierегeling Beroepsrisico's - EGB) opgeschort. OESO (2005, p. 18) beveelt een arbeidsongevallenregeling aan die een onderscheid maakt tussen ongeschiktheid door een arbeidsongeval en algemene ongeschiktheid. Het voorkomt ongevallen- en arbeidsongeschiktheidsfactoren achter het grote aantal invaliditeitsuitkeringstrekkers.

Het aantal arbeidsongeschikten bedraagt ongeveer 10% van de bevolking in de werkende leeftijd. Verder liggen de dekking en de uitkeringen relatief hoog (OESO, 2002, pp. 71-72). Sinds het begin van de jaren negentig werd een aantal privatiseringsmaatregelen genomen om het gebruik van arbeidsongeschiktheidsstelsels als ontslagmiddel te ontraden en om de werkorganisatie te wijzigen om ziekte en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. De financiële risico's verschoven via ervaringsmeting naar de bedrijven (zie Delsen, 2002; De Kam, 2003; OESO, 2005, p. 78). Bij het begin van 1996 werd de Ziektewet bijna volledig geprivatiseerd. Op enkele uitzonderingen na - zoals tijdelijke werknemers en thuiswerkers - werd de openbare Ziektewet afgeschaft. Sinds de invoering op 1 maart 1996 van de Wet Uitbreiding Loondoorbetaling bij Ziekte (WULBZ), dienen werkgevers aan hun zieke werknemers 70% van hun gewone loon uit te betalen en dat, een volledig jaar lang. Na een jaar worden werknemers in ziekteverlof naar de arbeidsongeschiktheidsverzekering overgedragen. De werkgever kan dit risico bij een privéverzekeraar laten verze-

keren; ongeveer 80% deed dat ook. De premie wordt dan gebaseerd op bestaande ziekteverlofstatiestieken van het bedrijf. Het ziekteverzuim is aanzienlijk afgenomen. Andere gevolgen zijn risicoselectie bij de aanwerving, langere proefperiodes en meer tijdelijke contracten. Op 1 januari 1998 werd de Wet Premiedifferentiatie en Marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (PEMBA) van kracht om het aantal arbeidsongeschikten te beperken. Door premiedifferentiatie vermindert het morele risico, aangezien werkgevers de gevolgen van hun gedrag niet langer op een collectief fonds kunnen afwenden. De PEMBA-wet van 1998 leverde echter niet het verwachte resultaat op. Om risicoselectie bij aanwerving te voorkomen werd in 1998 de Wet op de Medische Keuringen (WMK) van kracht. Deze wet verbiedt medische controles vóór de aanwerving. Om het insider-outsiderprobleem aan te pakken, zijn werkgevers sinds 2002 vrijgesteld van het betalen van een aantal socialezekerheidsbijdragen indien ze een gehandicapte in dienst nemen, en sinds 2004 zijn ze vrijgesteld van het betalen van het vaste gedeelte van de bijdrage voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor hun huidige werknemers van 55 of ouder en voor alle nieuwe werknemers van 50 of ouder. De geplande hervorming van de arbeidsongeschiktheidsverzekering (2006) biedt de werkgevers meer stimulanzen om gedeeltelijk arbeidsongeschikten in dienst te nemen of te houden. De PEMBA-wet zal worden afgeschaft.

Om risicoselectie door het PEMBA-beleid te voorkomen werd op 1 juli 1998 de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet-REA) van kracht. Deze Wet-REA moet het de werkgevers gemakkelijker maken om gehandicapte werknemers in dienst te nemen of te houden. Werkgevers zijn nu verantwoordelijk voor de reïntegratie van hun eigen personeel en kunnen een standaardbedrag of aangepaste compensatie krijgen wanneer ze een gehandicapte in dienst nemen of een gehandicapte een nieuwe functie geven in de onderneming. De Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten garandeert tevens dat een werkgever die een gehandicapte in dienst neemt, niet het risico loopt, hogere kosten te hebben voor ziekte en arbeidsongeschiktheid. De Wet-REA van 1998 had weinig effect en zal worden vervangen door lagere socialezekerheidsbijdragen voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten.

Met de Wet Verbetering Poortwachter van april 2002 worden de rechten en plichten van werknemers en werkgevers tijdens het eerste jaar dat een werknemer arbeidsongeschikt is, aangescherpt. De nieuwe hervorming concentreert zich op de samenwerking tussen werkgever en werknemer en legt striktere wederzijdse verplichtingen op aangaande reïntegratie-inspanningen. Enerzijds lopen werkgevers die niet voldoende meewerken om mensen aan het werk te houden, het risico dat ze het loon van de werknemer een extra jaar dienen te betalen; anderzijds lopen werknemers die niet bijdragen tot hun reïntegratie in het arbeidsproces, het risico dat ze worden ontslagen of dat hun loon wordt verlaagd. Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) treedt op als Poortwachter.

In 2001 stelde de commissie-Donner een verregaande herziening van het arbeidsongeschiktheidsstelsel voor, waardoor het nog alleen voor volledig en permanent arbeidsongeschikten van toepassing is. De gedeeltelijk arbeidsongeschikten worden gedekt door een verplichte particuliere werkgeversverzekering gebaseerd op ervaringsmeting. Tijdelijk arbeidsongeschikten worden behandeld als zieken en zijn gedekt door de loonbetalingsverplichting van de werkgever. In 2001 vroeg het kabinet-Kok II de tripartiete Sociaal-Economische Raad (SER) om advies aangaande een herziening van de regeling voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. De voorstellen van de SER in 2002 voor een nieuwe arbeidsongeschiktheidsregeling werden door Balkenende II goedgekeurd en worden van kracht op 1 januari 2006; ze zijn van toepassing op personen die na 1 januari 2004 arbeidsongeschikt werden. De huidige stelsels blijven van kracht voor wie reeds een arbeidsongeschiktheidsuitkering kreeg. De werkgever dient gedurende een periode van twee jaar ziektegeld te betalen. Een verzekering afsluiten is mogelijk. Na twee jaar wordt beoordeeld of een gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering zal worden betaald; er wordt een strengere definitie van volledige arbeidsongeschiktheid toegepast en ook de criteria voor de bepaling van nog uitvoerbare banen worden strenger.

Met deze uitgebreide hervorming van de regeling voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wil men de (ten opzichte van andere landen eenvoudige) toegang beperken en bij de gerechtigden arbeidskrachten mobiliseren. In het verlengde van het Beveridge-rapport uit 1942 legt deze wet de klemtoon op werk. De inkomensbescherming wordt minder belangrijk. De nieuwe stelsels bevatten drie groepen van mensen:

- mensen met minder dan 35% arbeidsongeschiktheid (voordien 15%); zij krijgen niet langer een uitkering. De arbeidsbetrekking blijft behouden en de werkgever dient de werkplek aan te passen als dat noodzakelijk is. De werkgevers moeten een particuliere verzekering nemen of voor de publieke verzekeraar (UWV) kiezen, en zij dragen de kosten voor deze eerste groep;
- mensen die volledig arbeidsongeschikt (80-100%) zijn. Alleen deze groep krijgt nog uitkeringen van een overheidsregeling. Ze krijgen een arbeidsongeschiktheidsuitkering ten belope van 70% van hun eindloon. Vanaf 2006 komen volledig arbeidsongeschikte werknemers met weinig vooruitzichten op herstel in aanmerking voor een WIA-uitkering (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen). Gedurende de eerste vijf jaar ondergaan ze jaarlijks een medisch onderzoek om eventueel herstel vast te stellen. De WIA-uitkering bedraagt 70% van het laatste loon van de werknemer. Voor mensen die voor langere tijd van een WIA-uitkering afhankelijk zijn, wordt het inkomen later niet meer verminderd;
- gedeeltelijk arbeidsongeschikten met 35-80% inkomensverlies worden gecompenseerd op voorwaarde dat ze voor ten minste 50% van het arbeidsgeschiktheidspercentage tewerkgesteld blijven.

De meeste collectieve arbeidsovereenkomsten vullen het ziektegeld van werknemers aan tot 100% van het loon. Onlangs stelde de regering een wettelijke verplichting voor om ziektegeld tijdens het tweede jaar ziekte te beperken tot 70% van het inkomen. In het Sociaal Akkoord van 2004 werd een overeenkomst bereikt voor 170% voor de twee jaren samen. Voor personen die niet volledig en permanent arbeidsongeschikt zijn, werd de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) ingevoerd. De gerechtigden ontvangen een loonsubsidie indien ze werken, een uitkering in het andere geval. De werkgevers moeten het risico van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid onder de WGA dekken bij een particuliere verzekeringsmaatschappij of bij de publieke verzekeraar UWV; ze kunnen ook het risico zelf dragen.

Werkgevers en werknemers gingen akkoord om schikkingen te treffen om het ziektegeld tijdens het tweede jaar ziekte te verminderen. Dit zette de regering ertoe aan om een wet bedoeld om het ziektegeld het tweede jaar te beperken tot 70% van het laatste loon, te laten varen. Indien er vanaf 2006 jaarlijks niet meer dan 25.000 gevallen van volledige arbeidsongeschiktheid zijn, zal de overheid met terugwerkende kracht de arbeidsongeschiktheidsuitkering in juli 2007, met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006, optrekken tot 75% van het laatste loon. In dat geval schaft de regering de hogere premies voor werkgevers die veel werknemers arbeidsongeschikt laten verklaren, af. De PEMBA-boete wordt afgeschaft.

3.4. HUISVESTING

Huiseigenaars krijgen veel subsidies. Hypotheekrentes zijn fiscaal aftrekbaar. Het huisvestingsmarktbeleid waarin deze gunstige fiscale aanpak van schuldfinanciering voor door de eigenaar bewoonde woningen is opgenomen, ondermijnt de economische doeltreffendheid en versterkt de conjunctuurcyclus. De huisvestingsprijzen vertonen een stijgende tendens en er zijn grote schommelingen in prijzen, als reactie op de variaties in de vraag. De betaalbaarheid van huisvesting ging erop achteruit. Dit heeft ook gevolgen voor de huurders, voor zover zij niet door huursubsidies worden gecompenseerd. De bestaande inkomensafhankelijke huursubsidie verzacht/verzwakt de impact van hoge prijzen voor sommige huurders en beperkt de mobiliteit. De kans is klein dat de sociale doelstellingen worden bereikt. Het geleidelijk wegwerken van belastingsubsidies voor eigen woningen werd besproken en voorgesteld (OESO, 2004, pp. 47-51).

3.5. SOCIALE BIJSTAND EN WERKLOOSHEIDSVZERKERING

De Nederlandse sociale bescherming steunt steeds meer op de stelling dat werkgelegenheid de beste vorm van sociale bescherming is. Beleidsmakers passen op de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt de wet van Say toe. Sinds januari 2004 vervangt de Wet Werk en Bijstand de Algemene Bijstandswet van 1996. In principe zou iedereen in Nederland zijn best moeten doen om in eigen levensonderhoud te voorzien; kan iemand dat niet, dan heeft hij door deze wet recht op een minimum-

inkomen. Een betaalde baan wordt beschouwd als het ultieme doel. De vrijstelling van de sollicitatieplicht voor alleenstaande ouders met kinderen van onder de 5 jaar, werd afgeschaft. Lokale overheden kregen op beleids- en financieel vlak meer speelruimte voor het activeren van langdurig werklozen en andere gerechtigden op sociale verzekering. In deze wet werd “passende arbeid” door “algemeen geaccepteerde arbeid” vervangen. Een individueel actieplan levert oplossingen op maat, waaronder sollicitatiegesprekken, werkervaringskansen of plannen voor sociale integratie. “Instroombeperking” en “uitstroombevordering” vormen de hoofddoelstelling. Weigering om mee te werken of de vereiste informatie te verstrekken wordt gesanctioneerd door vermindering of volledige opheffing van de uitkeringen.

Om de morele risico's aan banden te leggen overweegt de paarse regering premie-differentiatie in de werkloosheidsregeling (OESO, 2000, p. 66). In verband met de Wet Werkloosheid (WW) werden in 2000 en 2002 nieuwe maatregelen aan vraagzijde overwogen, namelijk: de werkgevers betalen een gedeelte van de werkloosheidsuitkering van ontslagen oudere werknemers; ervaringsmeting. Om de tewerkstelling van oudere werknemers in de hand te werken, voerde de regering in 2004 voor oudere werklozen (57,5 jaar of ouder) opnieuw de sollicitatieplicht in en de WW-ervoluitkering werd afgeschaft. In 2004 werd de de zogeheten vervoluitkering, de uitkering die volgt op de WW-uitkering, bedoeld als overbrugging tot aan het pensioen voor oudere werklozen, afgeschaft. De standaard eerstefasewerkloosheidsuitkering wordt 2 tot 5 jaar lang uitgekeerd, afhankelijk van de leeftijd en het arbeidsverleden. De duur van de standaard WW-uitkering is afhankelijk van heel het arbeidsverleden in plaats van de laatste 5 jaar. In 2005 keurde de regering de aanbeveling van de SER aangaande de toekomst van de Wet Werkloosheidsverzekering goed. De maximumduur wordt van 5 jaar tot 38 maanden teruggebracht. Om in aanmerking te komen voor een werkloosheidsuitkering moet een persoon in de loop van de voorbije 36 weken - in plaats van de voorbije 39 weken voordien - 26 weken hebben gewerkt. De eerste twee maanden bedraagt de uitkering 75%, daarna 70%. Mensen die aan de vereiste van 26 weken voldoen, maar niet minstens 52 dagen loon hebben gekregen gedurende minstens vier van de vijf voorbije jaren, krijgen slechts gedurende 3 maanden een uitkering (OESO, 2005, p. 83).

3.6. HERVORMING VAN DE ADMINISTRatieve STRUCTUUR VAN DE SOCIALE BESCHERMING

Sinds de publicatie van het zogenaamde “Rapport-Buurmeijer”, in 1993, stond de administratieve structuur centraal in het debat over de hervorming van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel. De conclusie van dit rapport was dat een gebrekkige administratie van de sociale verzekering en de ontoereikende samenwerking tussen de bestuurders duidelijk aan de oorsprong liggen van de kritieke situatie van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Zo werd de hoge betrokkenheid van de sociale partners bij de uitvoering van de sociale zekerheid beschouwd als een belangrijke factor voor het misbruik van sommige voorzieningen, vooral dan in de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Een aantal opeenvolgende wijzigingen van die

structuur in het voorbije decennium hebben geleid tot een regeling waarin de invloed van de sociale partners drastisch werd verminderd. Er werd een aantal concurrentie-elementen ingevoerd en de verantwoordelijkheden werden verschoven naar de werkgevers en de werknemers (individueel) om te komen tot een grotere doeltreffendheid, hoewel het stelsel nog steeds in herziening is. In 1995 werd de bipartiete Sociale Verzekeringsraad (SVr) ontbonden. De nieuwe en onafhankelijke Commissie toezicht maatschappelijke verzekeringen (Ctsv) houdt toezicht op de tenuitvoerlegging van de sociale zekerheid. In 1997 werd het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de werknemersverzekeringen, de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor de zelfstandigen (WAZ) en de Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG). Het Lisv haalde de werknemersverzekeringen weg bij de bedrijfsverenigingen en droeg ze over aan vijf met elkaar concurrerende Uitvoeringsinstellingen (UVI's).

Tot in 1994 waren de administratie van de sociale zekerheid en de publieke arbeidsvoorzieningsorganisatie duidelijk onderscheiden, maar dan werd met die traditie gebroken en beide functies van de verzorgingsstaat werden de weg van de samenwerking opgeleid. Op 1 januari 2002 werd de Wet-SUWI (Structuren Uitvoering Werk en Inkomen) uitgevaardigd. De SUWI-operatie, die in 1998 van start ging, is het culminatiepunt van dit veelomvattende proces. De SUWI-operatie wil duidelijke verantwoordelijkheden bepalen en de talrijke actoren de gepaste (financiële) stimulansen geven, met name door concurrentie-elementen toe te voegen, teneinde de administratie van de sociale zekerheid en de arbeidsvoorzieningsorganisatie doeltreffender, klantvriendelijker en efficiënter te maken. Dat veronderstelt een grondige reorganisatie van de administratieve structuur. Aanvragen voor uitkeringen moeten door privéoperators worden behandeld en alle activiteiten (betalen van uitkeringen, reïntegratie) zouden door één enkel agentschap moeten worden uitgevoerd. De klemtoon ligt op preventie en reïntegratie van uitkeringsgerechtigden op de arbeidsmarkt. Met andere woorden: werk boven inkomen. Op lokaal en regionaal niveau worden organisaties voor reïntegratie en organisaties voor de administratie van de sociale zekerheid (beoordelingen aanvragen premie-inning en uitkeringsverzorging) ondergebracht in 131 Centra voor Werk en Inkomen (CWI's). Daarbij hebben alle partijen de bedoeling om mensen zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. De centra nemen in het socialezekerheidsstelsel een sleutelpositie in. In deze centra kunnen mensen een aanvraag voor sociale uitkeringen indienen en een baan zoeken (reïntegratie). Voor werkgevers is dit de plaats waar ze werknemers kunnen vinden. Zowel de particuliere reïntegratieorganisaties als de overheidsorganisaties voor claimbeoordeling zijn in deze CWI's actief. De kerngedachte hierachter is de klantgerichte idee van een uniek aanspreekpunt voor alle verwante diensten.

Waar mogelijk worden concurrentie-elementen ingevoerd. Taken die worden beschouwd als niet-geschikt voor concurrentie (claimbeoordelingen, premie-inning en uitkeringsverzorging), worden nog steeds door overheidsorganisaties uitgevoerd.

Door voor de reïntegratieorganisaties concurrentie-elementen in te voeren, meent men tot een grotere doeltreffendheid te zullen komen. In januari 2002 werden de vijf bipartiete UVI's samengesmolten tot één overheidsorgaan, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), waardoor de invloed van de sector wordt afgezwakt. Het UWV is verantwoordelijk voor het beoordelen van het recht op uitkeringen, het innen van de sociale bijdragen en het betalen van de werkloosheids- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. In de nieuwe situatie ligt het toezicht in handen van het Ministerie van Sociale Zaken. De sociale partners worden eigenlijk uit de huidige administratie van de sociale zekerheid uitgesloten en de tripartiete Raad voor Werk en Inkomen (RWI) heeft nog slechts een beperkte adviserende rol (De Gier et al., 2004).

4. **BELEIDSCONCLUSIES EN AANBEVELINGEN**

Met het cappuccinomodel voor de sociale zekerheid in Nederland - bestaande uit basisuitkeringen (koffie), verplichte verzekering (melk) en vrijwillige verzekering (cacao) - ligt de klemtoon steeds meer op de cacao, ten koste van de koffie. De recente beleidswijziging door het tweede kabinet-Balkenende houdt in dat men nog meer afstand neemt van het Rijnlandmodel en steeds meer de richting van het Angelsaksische model uitgaat. Nederland lijkt dan ook steeds meer op de Verenigde Staten, als we kijken naar het stijgende aantal gevallen waarbij patiënten in beroep gaan omdat ze zich tekortgedaan voelen of te lang moeten wachten (Okma, 2004, p. 15). De Nederlandse verzorgingsstaat gaat steeds meer de kant van het Beveridge-model uit. In Nederland steunen de beleidswijzigingen inzake de verzorgingsstaat eerder op een dogma dan op argumenten. "Om kosten te drukken heb je steeds weer een hervorming nodig", daar komt de herziening van het Nederlandse socialebeschermingsbeleid van de voorbije twee decennia op neer. Uit de Nederlandse ervaring blijkt tevens dat hervormingen van de sociale bescherming een averechts effect sorteren. Kostenbeheersing leidt tot minder doeltreffendheid en kwaliteit. Het invoeren van markten en kostendrukking zijn vaak tegenstrijdig. Wie de noodzaak van een hervorming van de sociale bescherming wil beoordelen, heeft een duidelijk beeld van de beleidsdoelstelling nodig: efficiëntie, doeltreffendheid en/of gerechtigheid? Bovendien moet ook de vraag hoe deze doelstellingen het best worden bereikt, worden beantwoord.

Door de EMU neemt de nood aan sociale bescherming toe terwijl aan de andere kant de EMU de kwaliteit van de sociale omgeving en de middelen om deze bescherming te financieren, aan banden legt (Delsen, 2001). Competitieve deregulering en belastingverlaging zullen voor de concurrerende landen leiden tot lagere lonen dan gewenst en een lager socialebeschermingsniveau dan gewenst, dat wil zeggen undershooting van de verzorgingsstaat. Deze ondervoorziening van verzekering en het te lage aanbod van collectieve goederen zijn blijkbaar in Nederland aanwezig: op het vlak van sociale bescherming is er een enorme kloof tussen de beleidsdoelstellingen en de voorkeuren van de burgers. Het huidige overheidsbeleid wordt slechts met mate ondersteund. 80% van de Nederlandse bevolking wil verandering

en verkiest een coherente samenleving. Als we specifieke maatregelen bekijken, is dit echter minder het geval. Aangaande de werkloosheids- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zou de meerderheid ervoor kiezen om bij werklozen de druk om werk te vinden te verhogen. Ze willen de uitkeringen echter niet verder verlagen voor diegenen die de financiële steun echt nodig hebben. Om er zeker van te zijn dat het staatspensioen ondanks de vergrijzing betaalbaar blijft, is er een duidelijke voorkeur voor een toename van het aantal werkuren per week, eerder dan voor een verlaging van de pensioenuitkering of verhoging van de pensioenleeftijd (Beckers, 2005; 21 minuten.nl, 2005).

Aangezien een groot deel van de arbeidskosten in Europa uit belastingen en premies bestaat, is er een rechtstreeks verband tussen de macro-economische concurrentiepositie en de sociale bescherming. Economen stellen vaak vast dat er tussen het sociale beleid en de economische resultaten een zekere spanning bestaat. Allerhande sociale doelstellingen nastreven zou een rem zetten op de economie en daarom de economische en werkgelegenheidsgroei dwarsbomen. Er bestaat geen empirisch bewijs voor Okuns "wisselwerking" in de Europese Unie tussen billijkheid en efficiëntie. Integendeel: billijkheid versterkt de efficiëntie en prestaties, een positieve relatie (Ederveen en De Mooij, 2003). De neoklassieke economen en beleidsmakers zijn erop uit om de overheidssector in te krimpen en vergeten daardoor dat het behoud van een goed socialezekerheidsstelsel geen last is, maar een essentieel onderdeel van een markteconomie: het maakt de uitbreiding van de markt mogelijk. Tussen overheid en markt bestaat er een zekere complementariteit: het verschaffen van sociale verzekering door de overheid beschermt tegen de gevolgen van externe economische risico's (Rodrik, 1997). De verzorgingsstaat is een investering en geen kostenfactor. Een sterk nationaal concurrentievermogen wordt voorafgegaan door een periode van hoge sociale uitgaven. Dat laatste houdt in dat de oorzakelijkheid gaat van sociale uitgaven naar concurrentievermogen, en niet omgekeerd. Hoge uitgaven voor sociale zekerheid scheppen een omgeving met minder sociale conflicten en zorgen voor betere stimulansen om risico's te nemen; ze vormen een volmacht voor de bereidheid van ondernemingen om te investeren in menselijk kapitaal (zie Delsen, 2002; De Grauwe en Polan, 2003). De overheid maakt marktgroei mogelijk. Dit druist in tegen de traditionele ideeën achter de neoklassieke economische theorie, waarbij regeringen de markten en de groei daarvan schade berokkenen. Agell (1999) besluit op basis van zijn onderzoek naar het verband tussen de openheid van de westerse landen en de arbeidsmarktinstellingen, dat de globalisering van de economische activiteit zal leiden tot een toenemende vraag voor verschillende vormen van starheid van de arbeidsmarkt. De conclusie is dat verzorgingsstaat en markt elkaar aanvullen. Een gezond socialezekerheidsstelsel maakt uitbreiding van de markt mogelijk en is van het grootste belang voor de kleine open economie van Nederland (Delsen, 2002). Daarom moet de discussie over de inkrimping van de verzorgingsstaat niet gaan over de omvang van de verzorgingsstaat dan wel over de structuur en functies ervan in kapitalistische economieën.

(Vertaling)

BIBLIOGRAFIE

Agell, J., On the benefits from rigid labour markets: norms, market failures, and social insurance, *The Economic Journal*, 109, februari, pp. F143-F164, 1999.

Asscher-Vonk, I., Delsen, L., Pennings, F. en Sparrius, C., Social security in the Netherlands, in J. van Vugt et al. (eds.) *Social Security and Solidarity in the European Union. Facts, Evaluations, and Perspectives*, Physica Verlag, Heidelberg, pp. 143-162, 2000.

Becker, J., *De Steun voor de Verzorgingsstaat in de Publieke Opinie, 1970-2002. Een Analyse van Trends in Meningen*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2005.

De Kam, F., Welfare state in transition. The case of the Netherlands, in J. Pacolet (ed.) (2003) *The State of the Welfare State Anno 1992 and Beyond*, ETUI/HIVAK.U.Leuven, Toronto/Leuven, APF-Press, pp. 39-365, 2003.

Delsen, L., EMU and the social environment, *The European Journal of Social Quality*, Vol. 3, Nr. 1/2, zomer, pp. 70-89, 2001.

Delsen, L., *Exit Polder Model? Socioeconomic Changes in the Netherlands*, Praeger Publishers, Westport, 2002.

Delsen, L., Benders, J. en Smits, J., Choices within collective agreements à la carte in the Netherlands, *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 44, Nr. 1, maart, pp. 51-72, 2006.

De Gier, E. en Ooijens, M., *Dutch Welfare State Reforms: From a Passive to an Active Welfare State?*, Werkdocumenten nr. 321, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 2004.

De Gier, E., A. de Swaan en M. Ooijens (eds.), *Dutch welfare reform in an expanding Europe. The neighbours' view*, Het Spinhuis, Amsterdam, 2004.

De Grauwe, P. en Polan, M., *Globalisation and Social Spending*, CESifo Working Paper Nr. 885. Center for Economic Studies and Ifo Institute for Economic Research, Munchen, 2003.

Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *New foundations for health care with a solid future. Preliminary national report on Health Care and Long Term Care*, Den Haag, 2005.

Ederveen, S. en de Mooij, R., *Social Europe*, European Network of Economic Policy Research Institutes. Occasion Paper, Nr. 5, Brussel (<http://www.enepri.org>), 2003.

Kemperman, M., The State of the Welfare State anno 1992: the Netherlands, in J. Pacolet en K. Versieck (eds.) *The State of the Welfare State Anno 1992*, vol. 3, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Nota Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, vergaderjaar 2000-2001, 27855, nr. 1-2, Tweede Kamer der Staten Generaal, Den Haag, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Ziekteverzekering in Nederland*, Den Haag, 2004.

OESO, *Economic Survey of the Netherlands 1997-1998*, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, Parijs, 1998.

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

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

OESO, *Economic Survey of the Netherlands 2004*, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, Parijs, 2004.

OESO, *Ageing and Employment. Nederland*, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, Parijs, 2005.

Okma, K.G.H., *De beleidsagenda voor de gezondheidszorg in de komende decennia: vragen voor beleid en onderzoek*, SISWO, Amsterdam, 2004.

Rodrik, D., The 'paradoxes' of the successful state, *European Economic Review*, Nr. 41, pp. 411-442, 1997.

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

Visser, J. en Hemereijck, A., "A Dutch miracle". *Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1997.

Webbink, D., *Returns to university education. Evidence from an institutional reform*, CPB Discussion Papers Nr. 34, CPB Bureau voor Economische Beleidsanalyse, Den Haag, 2004.

INHOUDSTAFEL

DE HERVORMING VAN DE VERZORGINGSSTAAT IN NEDERLAND: 1982-2003

INLEIDING	633
1. MACRO-ECONOMISCHE TENDENSEN EN OVERHEIDSFINANCIEN	634
2. MACROEGEGEVENS VAN HET NEDERLANDSE SOCIALEZEKERHEIDSTELSEL	641
3. DE VOORNAAMSTE HERVORMINGEN VAN DE SOCIALE BESCHERMING	645
3.1. GEZONDHEIDSZORG	646
3.2. PENSIOENHERVORMING	652
3.3. ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING	656
3.4. HUISVESTING	659
3.5. SOCIALE BIJSTAND EN WERKLOOSHEIDSVERZEKERING	659
3.6. HERVORMING VAN DE ADMINISTRATIEVE STRUCTUUR VAN DE SOCIALE BESCHERMING	660
4. BELEIDSCONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	662
BIBLIOGRAFIE	664