

Nadelige gezondheidseffecten van hervorming arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen

De gevolgen van een lagere uitkering kunnen voor de getroffen individuen veel groter zijn dan alleen het verlies aan inkomen. Zo hebben vrouwen door een hervorming van de WAO in de jaren negentig ruim zelfs vijftien jaar later een hogere kans op sterfte. De gezondheidseffecten zijn substantieel en zouden moeten worden meegenomen in de afweging om te gaan snijden in de sociale zekerheid.

ANNE GIELEN

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en senior onderzoeker bij het Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit

PILAR GARCÍA GÓMEZ

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Veel westerse landen hebben de afgelopen jaren een sterke toename gezien in het aantal arbeidsongeschikten dat een beroep deed op de arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen. Zelfs in de Verenigde Staten, een land dat niet bekend staat om zijn genereuze sociale vangnet, is het aandeel arbeidsongeschikten dat een uitkering ontvangt verdubbeld in de laatste dertig jaar (Wise, 2012). Het aandeel arbeidsongeschikten ten opzichte van het aantal werkenden is sinds kort in de VS zelfs hoger dan in Nederland, voorheen de wereldwijde koploper op het gebied van dit arbeidsongeschiktheidsaandeel (Burkhauser en Daly, 2011). In Nederland zijn sinds het midden van de jaren negentig verschillende hervormingen van de – toenmalige – WAO doorgevoerd, met als

resultaat dat het aantal arbeidsongeschikten sinds 2002 elk jaar is afgenomen (CBS, 2013). Hoewel de doelstelling van ‘minder mensen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen’ lijkt te zijn behaald, is het de vraag of de hervormingen hiermee een succes kunnen worden genoemd.

De grote moeilijkheid bij het toewijzen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering is namelijk dat het moeilijk te bepalen is in welke mate iemand ongeschikt is om te werken. Hierdoor kan het gebeuren dat er bij een hervorming van het stelsel – die er met name op is gericht om het aantal arbeidsongeschikten terug te dringen – onterecht mensen uit de arbeidsongeschiktheidverzekeringen worden gezet die vanwege een aandoening wel degelijk recht zouden moeten hebben op een uitkering. Ook kan het gebeuren dat sommige mensen onterecht worden gekort op hun arbeidsongeschiktheidsuitkering terwijl zij recht zouden moeten hebben op een hogere uitkering. Welke gevolgen heeft dit voor deze individuen? Kan het gebeuren dat hun slechte gezondheid hierdoor nog verder achteruit zal gaan? Om hierin inzicht te krijgen is één bepaalde hervorming van de WAO uit het midden van de jaren negentig geëvalueerd, waarbij is gekeken in hoeverre individuen te maken kregen met een verlaagde WAO-uitkering – of zelfs het stopzetten daarvan – en welke gevolgen dat voor hun gezondheid heeft gehad op de lange termijn.

NIEUWE REGELING MET DE TBA

Op 1 augustus 1993 trad de Wet TBA (Terugdringing Beroep op Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) in werking. De belangrijkste wijziging die in dit onderzoek wordt gebruikt, betreft de wijze waarop de verdien capaciteit werd bepaald. Het laatstverdiende loon minus deze verdien capaciteit bepaalt het inkomensverlies dat geleden wordt door de arbeidsongeschiktheid, en is daarmee bepalend voor de hoogte van de uitkering. Waar voorheen gekeken werd naar het gemiddelde loon in vijf beroepen die de arbeidsongeschikte nog zou kunnen uitoefenen, werd met ingang van de TBA de verdien capaciteit bepaald als het gemiddelde loon uit drie beroepen die een individu nog kon uitoefenen. Als gevolg hiervan werd de verdien capaciteit voor veel arbeidsongeschikten hoger: immers, men kon nu de hoogst betalende drie functies nemen, en bovendien was het eenvoudiger om voldoende beroepen te vinden om de verdien capaciteit te bepalen. Een individu werd namelijk volledig arbeidsongeschikt verklaard indien men niet minimaal vijf (na de hervorming drie) beroepen kon aanwijzen die nog beoefend konden worden. Als gevolg daarvan werd het berekende inkomensverlies – en dus de arbeidsongeschiktheidsuitkering – lager. Om de nieuwe uitkeringshoogte op basis van de nieuwe criteria te bepalen, werden alle WAO-gerechtigden onder de 50 jaar herkeurd, per leeftijdscohort. Begonnen werd in 1994 met iedereen jonger dan 35 jaar, in 1995 was vervolgens het cohort 35- tot en met 39-jarigen aan de beurt, en in de jaren 1996/1997 werd het cohort 40–44 herkeurd. Kort voordat in 1997 het cohort 45–49 aan de beurt was, is besloten om deze groep wel te herkeuren maar aan de hand van de oude criteria. Dit had te maken met de zwakke arbeidsmarktpositie van ouderen in Nederland, en de zorg dat velen van hen er niet in zouden slagen opnieuw werk te vinden indien zij niet langer recht zouden hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

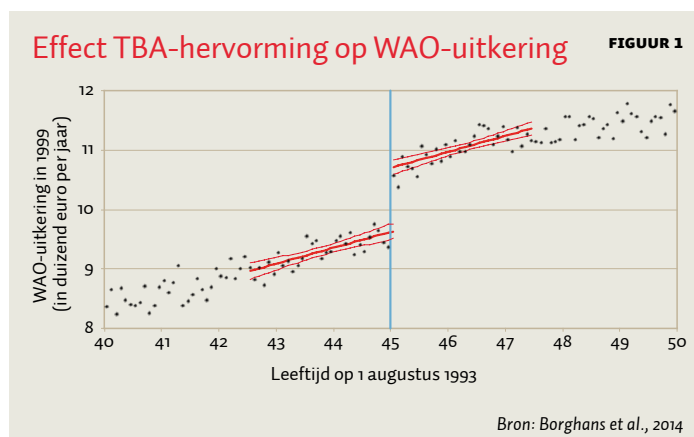
Figuur 1 toont het effect van de TBA-hervorming nadat de herkeuringen afgerond waren (Borghans *et al.*, 2014). Hiervoor is gebruik gemaakt van CBS-data (García-Gómez en Gielen, 2014). De arbeidsongeschiktheidsuitkering is gemiddeld genomen 1.076 euro lager na de herkeuringen als gevolg van de nieuwe regels. De gemiddelde uitkering voor een individu die ten tijde van de hervorming nog net geen 45 jaar oud was, bedraagt 9.635 euro, terwijl de gemiddelde uitkering voor iemand die precies 45 was op het moment van de

hervorming 10.711 euro bedraagt. Het verschil tussen deze twee individuen is slechts het marginale leeftijdsverschil, dat ertoe heeft geleid dat de ene persoon onder de nieuwe, strenge regels herkeurd is, terwijl voor de andere de oude regels van toepassing waren. Daarnaast heeft de hervorming ertoe geleid dat sommige mensen niet langer recht hadden op een uitkering. Voor de

Nadelige gezondheidseffecten kunnen optreden indien de nieuwe baan niet aansluit bij de gezondheidsproblemen van het individu

individuen onder de 45 jaar leidde dit tot een 3,8 procentpunt hogere uitstroom dan voor de individuen van 45 jaar en ouder (een uitstroom van 11 respectievelijk 7 procent). Onderzoek van Borghans *et al.* (2014) heeft laten zien dat ongeveer de helft van de uitstromers snel daarna een nieuwe baan heeft gevonden.

De vraag is nu in hoeverre de hervorming van de WAO gevolgen heeft gehad voor de gezondheid van deze mensen. Enerzijds is het mogelijk dat de ‘activering’ door het werk, en het sociale netwerk dat men via het werk krijgt, positieve consequenties heeft gehad op de gezondheid van mensen. Soortgelijke effecten



De extra kosten van ziekenhuisopnames zijn substantieel en dienen in ogenschouw te worden genomen bij de afweging of een hervorming van de sociale zekerheid gewenst en effectief is

zijn ook gevonden in de literatuur over pensionering en gezondheid (Rohwedder en Willis, 2010; Mazzonna en Peracchi, 2012; Bonsang *et al.*, 2012). Anderzijds kunnen nadelige gezondheidseffecten optreden indien de nieuwe baan niet aansluit bij de gezondheidsproblemen van het individu. Om dit te onderzoeken wordt gekeken naar individuen in de leeftijdscategorie 40–49 die ten tijde van de hervorming een WAO-uitkering ontvingen (nieuwe instroom in de WAO sinds de hervorming is niet meegenomen in het onderzoek omdat

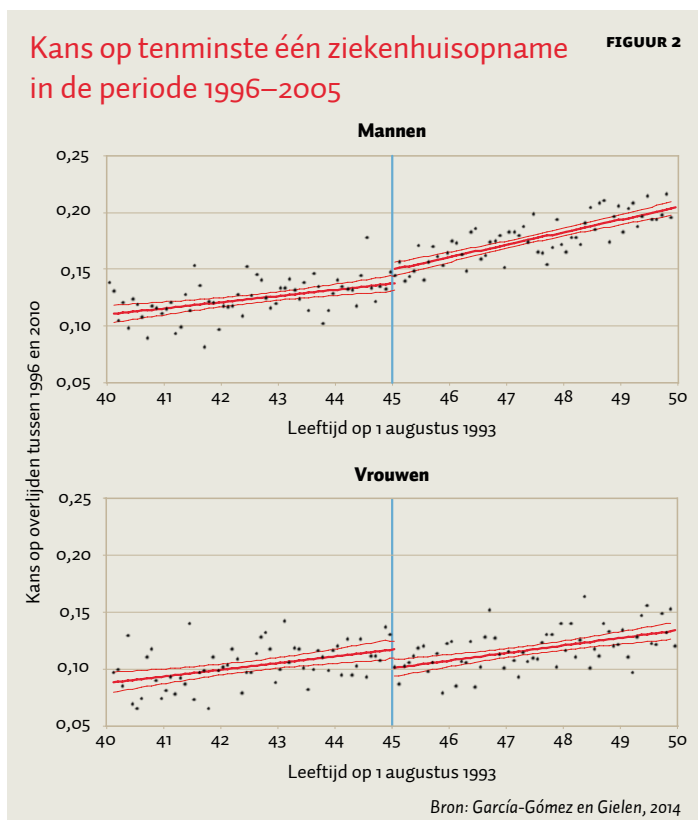
op hen andere regels van toepassing waren), waarbij de gezondheid van het cohort 40–44 vergeleken wordt met de gezondheid van het cohort 45–49, waarbij gecontroleerd wordt voor leeftijdseffecten op gezondheid. De studie lijkt de eerste die het causale effect meet van wijzigingen in de arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen op de gezondheid van mensen.

ZIEKENHUISOPNAMES

Figuur 2 toont de gemiddelde kans op ten minste één ziekenhuisopname vanaf het moment van herkeuring tot en met 2005. Het is duidelijk te zien dat de TBA-hervorming geen effect heeft gehad op ziekenhuisopnames voor mannen: de kans op een opname is even hoog voor mannen die onder de nieuwe regels herkeurd zijn als voor mannen die onder de oude regels herkeurd zijn. Echter, voor vrouwen is er een zeer zorgwekkend effect zichtbaar: vrouwen onder de 45 jaar die te maken kregen met de strengere herkeuringsregels als gevolg van de TBA hebben een significant hogere kans op een ziekenhuisopname dan vrouwen van 45 jaar en ouder die onder de meer soepele regels herkeurd werden. Meer specifiek blijkt een verlaging van de WAO-uitkering van 1.000 euro te leiden tot een 4,2 procentpunt (7 procent) hogere kans op ten minste één ziekenhuisopname in de periode 1996–2005. Merk op: voor sommigen betekent dit een uitkeringsverlaging, terwijl het voor anderen een uitkeringsbeëindiging inhoudt. Het gaat met name om opnames voor mentale aandoeningen en aandoeningen aan het zenuwstelsel, spijsverteringsstelsel en aan het houdings- en bewegingsapparaat. Dit zijn typisch arbeidsgerelateerde aandoeningen (Krause *et al.*, 2001), die het gevolg lijken te zijn van de geforceerde terugkeer naar de arbeidsmarkt. Voor vrouwen die geen nieuw werk vinden, bestaan deze effecten niet. Deze extra kosten van ziekenhuisopnames zijn substantieel en dienen daarom in ogenschouw te worden genomen bij de afweging of een hervorming van de sociale zekerheid gewenst en effectief is.

STERFTE

De negatieve gezondheidseffecten voor vrouwen blijken zich niet alleen te vertalen in een hogere kans op ziekenhuisopnames, maar ook in een hogere sterftkans. Figuur 3 laat zien dat er tot en met 2010 meer vrouwen zijn gestorven die onder de strenge regels herkeurd zijn. Het verschil met de vrouwen die onder de oude regels zijn herkeurd is 1,4 procentpunt, ofwel 13 procent. Her-



schaling van dit effect naar de verandering in de arbeidsongeschiktheidsuitkering laat zien dat een verlaging in de uitkering van 1000 euro de sterftekans van vrouwen zeventien jaar na de hervorming met 2,6 procentpunt ofwel 23 procent vergrootte. Ook dit zijn substantiële gezondheidskosten die zouden moeten worden meegenomen in een kosten-batenanalyse wanneer over een dergelijke hervorming besloten wordt. Voor mannen daarentegen is enkel een klein positief effect van de hervorming op sterfte zeventien jaar later te zien (figuur 3).

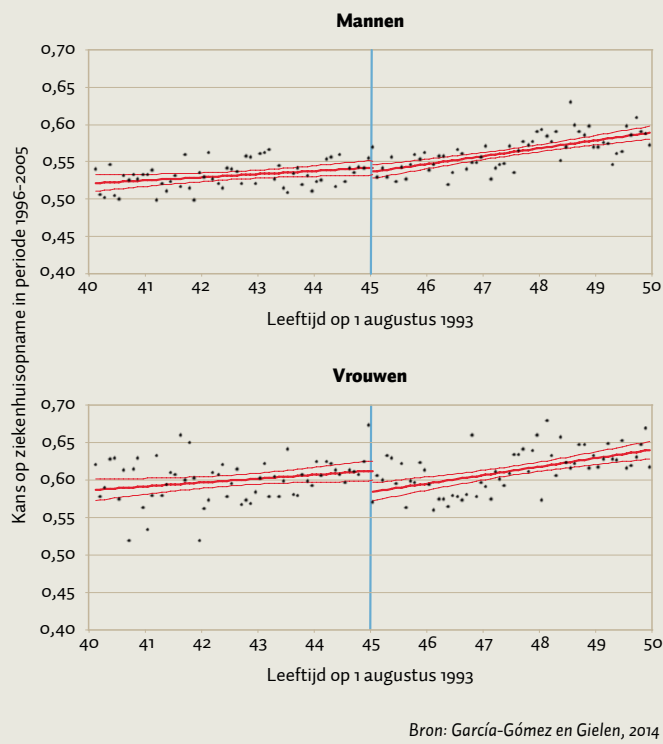
MOGELIJKE VERKLARINGEN

De verschillende gezondheidseffecten voor mannen en vrouwen zijn moeilijk precies te verklaren, maar wel kunnen enkele factoren aangewezen worden die hierbij een rol spelen. Allereerst blijkt dat de gevonden gezondheidseffecten afhankelijk zijn van de sociaal-economische status van mensen: de positieve gezondheidseffecten voor mannen blijken zich te concentreren onder mannen met een hoog inkomen (voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid), terwijl de negatieve gezondheidseffecten voor vrouwen zich concentreren onder vrouwen met lage inkomens. Mogelijk zijn er grote verschillen tussen het soort beroep dat deze mannen en vrouwen uitoefenen (zoals dat lagere functies vaak een zwaardere fysieke inspanning vereisen), die mogelijk leiden tot de verschillende gezondheidseffecten. Helaas is het niet mogelijk om dit te testen, aangezien de huidige data geen informatie verschaffen over de beroepsgroepen.

Daarnaast lijkt de aard van de aandoening van belang bij het verklaren van de verschillende effecten voor mannen en vrouwen. Vrouwen leiden gemiddeld genomen vaker aan mentale problemen, terwijl mannen gemiddeld genomen vaker vanwege fysieke problemen – zoals hart- en vaatproblemen of problemen van het bewegingsapparaat – in de arbeidsongeschiktheidsverzekering terechtkomen (UWV, 2006). Mentale problemen bleken moeilijker te diagnosticeren door de nieuwe regels van de TBA: sinds invoering van de TBA is een duidelijk zichtbare beperking om te werken niet meer voldoende om een WAO-uitkering aan te vragen en er moet een duidelijke medische diagnose gesteld zijn, iets wat bij mentale problemen niet altijd makkelijk is. Daardoor was het na de hervorming moeilijker om te kwalificeren voor de WAO wanneer men een mentale aandoening had. Te zien is dan ook dat de TBA een veel groter uitstroomeffect heeft gehad onder vrouwen dan onder mannen (Borghans *et*

Sterftekans in periode 1996–2010

FIGUUR 3



al., 2014). Dit betekent dat de ‘marginale’ man die niet langer recht had op een WAO-uitkering, een betere gezondheid had dan de ‘marginale’ vrouw die de WAO moest verlaten. Deze initiële verschillen in gezondheid zouden ertoe kunnen leiden dat re-integratie in het arbeidsproces gemiddeld genomen minder schadelijk is geweest voor mannen dan voor vrouwen. Helaas ontbreekt de beschikking over voldoende informatie aangaande de precieze aandoening om dit te testen.

CONCLUSIES

Een hervorming van de arbeidsongeschiktheidsregelingen gericht op het terugbrengen van het aantal arbeidsongeschikten kan welvaartsvergroting zijn indien alleen mensen tot re-integratie in het arbeidsproces worden aangezet die ook daadwerkelijk in staat zijn om te werken. Wanneer de hervorming zodanig groot is dat ook mensen met een ernstige gezondheidsaandoening gedwongen worden terug te keren naar de arbeidsmarkt, dan kunnen er additionele negatieve

welvaartseffecten optreden via de veranderingen in de gezondheid die dit teweegbrengt. Dit is niet alleen onwenselijk vanuit een humaan oogpunt, maar het leidt ook tot extra zorgkosten die mogelijk een deel van de besparingen op de sociale zekerheid teniet doen. Een beter zicht op deze mogelijke gezondheidseffecten is van groot belang voor het definiëren van effectief en efficiënt overheidsbeleid.

De TBA-hervorming uit het midden van de jaren negentig heeft grote negatieve consequenties gehad

voor de gezondheid van vrouwen. Niet alleen is de kans op een ziekenhuisopname groter sinds de herkeuringen, maar ook is zeventien jaar na de hervorming de overlevingskans significant lager. Voor mannen zijn er geen negatieve effecten gevonden. Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen mannen en vrouwen is het type gezondheidsaandoening, waardoor mannen gemiddeld genomen minder hard geraakt werden door de hervorming dan vrouwen. Toekomstige onderzoek zou moeten uitwijzen of dit zo is.

LITERATUUR

Bonsang, E., S. Adam en S. Perelman (2012) Does retirement affect cognitive functioning? *Journal of Health Economics*, 31, 490–501.

Borghans, L., A.C. Gielen en E.F.P. Luttmer (2014) Social support substitution and the earnings rebound: evidence from a regression discontinuity in disability insurance reform. *American Economic Journal: Economic Policy*, 6(4), 1–39.

Burkhauser, R.V. en M.C. Daly (2011) *The declining work and welfare of people with disabilities: what went wrong and a strategy for change*. Washington DC: American Enterprise Institute Press.

CBS (2013) Aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen daalt in tien jaar met 175 duizend. *CBS Webmagazine*, 29 oktober.

García-Gómez, P. en A.C. Gielen (2014) Health effects of containing moral hazard: Evidence from disability insurance reform. *IZA Discussion Paper*, 8386.

Krause, N., J.W. Frank, L.K. Dasinger et al. (2001) Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 464–484.

Mazzonna, F. en F. Peracchi (2012) Ageing, cognitive abilities and retirement. *European Economic Review*, 56(4), 691–710.

Rohwedder, S. en R.J. Willis (2010) Mental retirement. *Journal of Economic Perspectives*, 24(1), 119–138.

UWV (2006) *Kroniek van de sociale verzekeringen*. Amsterdam: UWV.

Wise, D.A. (2012) *Social security programs and retirement around the world: Historical trends in mortality and health, employment, and disability insurance participation and reforms*. Chicago: The University of Chicago Press.