

Gezondheid en de uittreedroutes van oudere werknemers

Om de kosten van de vergrijzing te kunnen dragen, streeft de overheid naar een zo hoog mogelijke arbeidsparticipatie van ouderen. De vraag rijst of de gezondheid van inactieve ouderen een knelpunt vormt bij hervormingen om de onbenutte arbeidscapaciteit onder ouderen te activeren.

Bovenberg (2010) laat zien dat Nederlandse ouderen langer leven in een goede gezondheid en dat het daarom onnodig is dat ouderen vroeg worden afgeschreven voor de arbeidsmarkt. Hij merkt op: "Een 72-jarige van nu heeft dezelfde sterfttekans en is dus eigenlijk biologisch net zo oud als een 65-jarige in de tijd van Drees." Op soortgelijke wijze is het relevant om te weten of werklozen, arbeidsongeschikten en andere inactieven met een leeftijd tussen 60 en 64 jaar biologisch net zo oud zijn als de werkenden in diezelfde leeftijdsgroep. Immers, het succes van hervormingen om de arbeidsparticipatie onder ouderen te verhogen en de politieke steun hiervoor hangt mede af van de gezondheidssituatie van de inactieve ouderen.

Een hogere arbeidsparticipatie van ouderen draagt bij aan de houdbaarheid van de verzorgingsstaat. De overheid heeft dan ook diverse maatregelen genomen om de arbeidsdeelname van ouderen te verhogen. Voorbeelden zijn de afschaffing van de fiscale voordelen van VUT en prepensioen vanaf 1 januari 2006 en de invoering van de doorwerkbonus voor personen van 62 jaar en ouder vanaf 1 januari 2009. Ook de voorgestelde verhoging van de AOW-leeftijd maakt het onaantrekkelijk om vroeg met pensioen te gaan en stimuleert een hogere arbeidsdeelname van ouderen. Tevens geeft een verhoging van de AOW-leeftijd werkwillende oudere werknemers het recht om langer door te werken, doordat pensioenontslag voor de AOW-leeftijd verboden is (Heemskerk, 2009).

Mogelijk hebben inactieve ouderen gezondheidsbeperkingen waardoor zij niet kunnen werken tot aan de pensioengerechtigde leeftijd.

Deze bezorgdheid geldt uiteraard voor arbeidsongeschikten, maar ook voor vervroegde uittreeders, die mogelijk vanwege gezondheidsproblemen de arbeidsmarkt hebben verlaten.

Om hier inzicht in te krijgen vergelijken Kalwij *et al.* (2010) de gezondheid van personen met verschillende uittreedroutes door

gebruik te maken van sterftetekansen. Een sterftetekans is een objectieve maatstaf voor gezondheid, in tegenstelling tot, bijvoorbeeld, het gebruik van de zelfgerapporteerde gezondheid, welke een veel gehanteerde subjectieve maatstaf voor gezondheid is. Mensen beoordelen in dit geval zelf of ze hun gezondheid slecht, matig, goed of heel goed ervaren. Een gevaar van deze maatstaf is dat mensen bij het invullen van hun gezondheidssituatie hun arbeidsmarktpositie rechtvaardigen. Bijvoorbeeld, wanneer iemand niet werkt kan hij dit min of meer aan zichzelf en de buitenwereld verantwoorden door het rapporteren van een lagere gezondheid. De gezondheid van actieve en inactieve ouderen kan dan niet objectief vergeleken worden.

Het onderzoek vindt plaats met behulp van het Inkomens Panelonderzoek 1989–2007 (IPO) en de Doodsoorzakenstatistiek 1997–2008 (DO), geconstrueerd door het CBS. Het IPO bevat de inkomens- en arbeidsmarktpositie van een representatieve steekproef onder Nederlandse huishoudens, de DO bevat de doodsoorzaken van alle Nederlanders die overleden zijn tussen 1997 en 2008. Met deze data worden uittreedroutes en overlijdenskansen na de leeftijd van 65 jaar aan elkaar gerelateerd. In het IPO worden personen geselecteerd die gedurende de periode 1996–2007 de leeftijd van 65 jaar bereiken. Zo zijn er voor het oudste cohort, geboren in 1931, data over twaalf jaar en voor het jongste cohort, geboren in 1942, data over één jaar beschikbaar. De oudere jaren 1989 tot 1996 van het IPO worden gebruikt om voor alle 65-plussers de uittreedroute te bepalen. De analyses zijn gebaseerd op 9.618 personen, van wie er 1.147 overleden zijn gedurende de periode 1997–2008.

Sterftetekansen

Tabel 1 geeft de sterftetekansen na de leeftijd van 65 jaar per arbeidsmarktpositie op 58- en 62-jarige leeftijd. Bijvoorbeeld, na de leeftijd van 65 jaar is de kans dat iemand binnen een jaar overlijdt, gegeven dat hij op 58-jarige leeftijd arbeid in loondienst verrichtte, gemiddeld 1,9 procent. Tevens wordt de verdeling van de arbeidsmarktposities weergegeven. Zo werkt 29,3 procent op de leeftijd van 58 jaar in loondienst. Tussen de leeftijd van 58 en 62 jaar daalt de arbeidsparticipatie van 37 procent naar 16 procent. Het aantal vroeg gepensioneerd stijgt daarente-

**Een hogere
arbeidsparticipatie
van ouderen draagt
bij aan de
houdbaarheid van
de verzorgingsstaat**

ADRIAAN S. KALWIJ
Universitair docent aan de
Universiteit Utrecht

ROB J.M. ALESSIE
Hoogleraar aan de
Rijksuniversiteit Groningen

MARIKE G. KNOEF
Promovendus aan de
Universiteit van Tilburg
en onderzoeker bij
CentERdata

gen met ruim 22 procentpunten. De sterftkans is relatief laag voor overige inactieven. Dit komt voornamelijk omdat in deze groep relatief veel vrouwen zitten en vrouwen, zoals bekend, een hogere levensverwachting hebben dan mannen. Arbeidsongeschikten hebben een duidelijk hogere sterftkans dan personen met andere arbeidsmarktposities. Zij overlijden, net als werklozen, relatief vaak aan hart- en vaatziekten.

Arbeidsmarktposities, inkomens en gezondheid zijn aan elkaar gerelateerd. Vervroegd uitreden verlaagt bijvoorbeeld het inkomen. Tabel 2 geeft de sterftkans voor de 25 procent rijkste ouderen, de 25 procent armste ouderen en de twee tussenliggende inkomenskwartielen. Personen in het onderste kwartiel van de inkomensverdeling blijken een ongeveer twee maal hogere sterftkans te hebben dan personen in het hoogste inkomenskwartiel. Dit is consistent met literatuur uit andere Europese landen (Von Gaudecker en Scholz, 2007; Kalwij *et al.*, 2009). Zo vinden Kalwij *et al.* (2009) dat 65-jarige mannen en vrouwen met een inkomen van twee maal de mediaan ongeveer een 2,5 jaar hogere resterende levensverwachting hebben dan mannen en vrouwen die alleen een AOW-inkomen ontvangen. Inkomen is het meest gecorreleerd met hart- en vaatziekten en het minst met kanker. Dit is consistent met onderzoek van Huisman *et al.* (2005) voor Europa. Zij rapporteren hogere sterftkans voor lagere educatieniveaus, afgezien van prostaat- en longkanker voor mannen en longkanker voor vrouwen.

Arbeidsongeschikten

Om sterftkans van personen met verschillende uitredroutes eerlijk te vergelijken wordt in Kalwij *et al.* (2010) een zogenaamd *competing risk model* geschat, dat de duur tot overlijden aan een hart- en vaatziekte, kanker of een overige ziekte modelleert. Het gaat om een multivariate analyse, zodat er rekening wordt gehouden met het feit dat verschillende eigenschappen van personen ieder een apart effect op de overlijdenskans kunnen hebben. Het model controleert voor de kenmerken geslacht, leeftijd, inkomen, huwelijkse staat, cohort, huiseigendom en de arbeidsmarktposities tussen de leeftijd van 58 en 65 jaar. Tevens houdt het model rekening met het feit dat de sterftkans voor hart- en vaatziekten, kanker en overige doodsoorzaken onderling afhankelijk zijn. Zo kan iemand bepaalde eigenschappen hebben, waardoor hij zowel een hogere kans heeft op een hart- en vaatziekte als op kanker.

Om de schattingsresultaten van het model inzichtelijk te maken, wordt een referentiepersoon gekozen. De referentiepersoon is een getrouwde man, geboren in 1931, met een mediaan gestandaardiseerd huishoudinkomen, wonend in een huurhuis en werkzaam op de arbeidsmarkt tot de leeftijd van 65

Arbeidsongeschikten hebben een duidelijk hogere sterftkans dan personen met andere arbeidsmarktposities

jaar. Voor de referentiepersoon wordt op de leeftijd van 65 jaar de kans berekend dat hij overlijdt voor de leeftijd van 75 jaar. Vervolgens wordt deze sterftkans van de referentiepersoon vergeleken met de sterftkans van een aantal personen met dezelfde kenmerken als de referentiepersoon, behoudens een andere uitredroute uit arbeid.

Tabel 3 presenteert de resultaten en laat zien dat de referentiepersoon op de leeftijd van 65 jaar een kans van 13,25 procent heeft om te overlijden voordat hij de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt. Voor iemand die de laatste drie jaar voor de leeftijd van 65 jaar arbeidsongeschikt is geworden, ligt dit percentage 12,67 procentpunten hoger, zodat de kans op overlijden voor de leeftijd van 75 jaar bijna 26 procent is. Een werkende man

die op 62-jarige leeftijd arbeidsongeschikt wordt en arbeidsongeschikt blijft tot de leeftijd van 65 jaar, heeft dus een bijna twee maal hogere kans op overlijden voor de leeftijd van 75 jaar dan iemand die tot zijn 65e jaar is blijven werken. De uitsplitsing naar doodsoorzaken laat eenzelfde verhoging zien in de kansen op overlijden aan kanker en hart- en vaatziekten. Overige uitredroutes zoals werkloosheid, vervroegde pensionering of overige inactiviteit zijn niet significant gerelateerd aan een hogere sterftkans na de leeftijd van 65 jaar. Afgezien van arbeidsongeschikten, hebben inactieve ouderen in vergelijking met werkende ouderen dus gemiddeld gesproken geen slechtere gezondheidspositie ten opzichte van hart- en vaatziekten, kanker en overige doodsoorzaken. Wel moet opgemerkt worden dat dit onderzoek voorbij gaat aan de lichamelijke vereisten van bepaalde beroepen, de zware beroepen discussie. Van Kippersluis *et al.*

Tabel 1

Sterftekansen na leeftijd 65 per arbeidsmarktpositie op de leeftijd van 58 en 62 jaar (in procenten).

Arbeidsmarkt-positie	Aandeel	Sterftekansen per doodsoorzaak ¹			
		Alle oorzaken	Kanker	Hart- en vaatziekten	Overige doodsoorzaken
Leeftijd 58 jaar					
Arbeid in loondienst	29,3	1,9	1,0	0,5	0,4
Zelfstandige	7,6	2,2	1,5	0,4	0,3
Werkloos	11,2	2,4	0,9	0,9	0,7
Arbeidsongeschikt	13,1	3,2	1,1	1,0	1,1
Pensionering	14,4	2,0	0,9	0,5	0,6
Overig inactief	24,4	1,5	0,7	0,4	0,4
Leeftijd 62 jaar					
Arbeid in loondienst	10,6	2,0	0,9	0,6	0,5
Zelfstandige	5,8	2,1	1,4	0,4	0,3
Werkloos	8,9	2,3	0,9	0,8	0,7
Arbeidsongeschikt	14,3	3,3	1,2	1,1	1,0
Pensionering	36,6	2,0	1,0	0,5	0,5
Overig inactief	23,7	1,4	0,6	0,4	0,4

¹ Sterftkans is gedefinieerd als de kans op overlijden binnen een jaar.

Bron: Kalwij *et al.* (2010)

Tabel 2

Sterftekansen voor personen ouder dan 65 jaar, naar inkomen op de leeftijd van 65 jaar (in procenten).

	Inkomen ¹	Alle oorzaken	Kanker	Hart- en vaatziekten	Overige doodsoorzaken
Eerste kwartiel	11.208	3,0	1,1	1,0	0,8
Tweede kwartiel	15.438	2,0	0,9	0,5	0,6
Derde kwartiel	19.251	1,7	0,9	0,4	0,4
Vierde kwartiel	32.320	1,6	0,8	0,4	0,4

¹ Gemiddeld gestandaardiseerd huishoudinkomen op leeftijd 65, in prijzen van 2005.

Bron: Kalwij *et al.* (2010)

Tabel 3

Kans op overlijden voor het bereiken van de 75-jarige leeftijd, conditioneel op overleven tot en met de leeftijd van 65 jaar (in procenten).

Arbeidsmarktpositie	Alle oorzaken	Kanker	Hart- en vaatziekten	Overige doods-oorzaken
Referentiepersoon: arbeid in loondienst tot en met 64 jaar	13,25	5,15	4,17	3,93
Afwijking sterftেকansen ten opzichte van referentiepersoon (in procentpunten).				
Arbeidsmarktpositie leeftijd 62–64 jaar.				
Zelfstandige	0,03	0,66	-0,97	0,34
Werkloos	-2,07	0,05	-0,97	-1,15
Arbeidsongeschikt	12,67*	4,53*	3,21	4,93*
Overig inactief	-3,26	-0,32	-1,49	-1,45
Pensionering (voor leeftijd 65)	-2,14	-0,01	-1,18	-0,95

* Significant op vijfprocentniveau.

Bron: Kalwij *et al.* (2010)

(2010) laten bijvoorbeeld zien dat personen die zware arbeid verrichten een slechtere gezondheid rapporteren.

Conclusie

Het succes van hervormingen om de arbeidsparticipatie van ouderen te verhogen hangt mede af van de gezondheidssituatie van de ouderen die inactief zijn op de arbeidsmarkt. Door middel van sterftেকansen wordt op een objectieve manier gemeten of de gezondheid van inactieve ouderen slechter is dan die van werkende ouderen.

Uit de resultaten van Kalwij *et al.* (2010) blijkt dat alleen de gezondheid van arbeidsongeschikte ouderen gemiddeld slechter is dan die van werkende ouderen. Arbeidsongeschiktheidsregelingen functioneren dus gemiddeld goed bij het selecteren van ouderen met relatief slechte gezondheidspolitities. Werkloze ouderen, ouderen die vervroegd zijn uitgetreden, en overige inactieve ouderen hebben dezelfde sterftেকansen na de leeftijd van 65 jaar als werkende ouderen, hetgeen impliceert dat de hervormingen ter verhoging van de arbeidsparticipatie van deze ouderen, gemiddeld gesproken, niet gehinderd worden door gezondheidsbeperkingen.

Beleid voor de duurzame inzetbaarheid van werknemers in fysiek zware beroepen is echter noodzakelijk. Wellicht zijn er vanaf bepaalde leeftijden transities nodig van zware naar minder zware functies. Wanneer dit mogelijk is en wanneer hieraan wordt voldaan, hoeven naar aanleiding van de bovenstaande resultaten gezondheidspolitities geen belemmering te vormen bij de inzet van de arbeids-capaciteit onder zestig-plussers.

LITERATUUR

Bovenberg, L. (2010) FNV schrijft ouderen te vroeg af. *Me Judice*, 3, 27 januari.

Heemskerk, M. (2009) *De arbeidsdeelname van oudere werknemers*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Huisman, M., A.E. Kunst, M. Bopp, J.-K. Borgan, C. Borrell, G. Costa, P. Deboosere, S. Gadeyne, M. Glickman, C. Marinacci, C. Minder, E. Regidor, T. Valkonen en J.P. Mackenbach (2005) Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *The Lancet*, 365, 493–500.

Kalwij, A.S., R.J.M. Alessie en M.G. Knoef (2009) Individual income and remaining life expectancy at the statutory retirement age of 65 in the Netherlands. *Netspar Discussion Paper Series*, 09/2009(033).

Kalwij, A.S., R.J.M. Alessie en M.G. Knoef (2010) Pathways to retirement, income and cause specific mortality risks in The Netherlands. *Netspar Discussion Paper Series*, 08/2010(033).

Kippersluis, H. van, O. O'Donnell, E. van Doorslaer en T. van Ourti (2010) Socioeconomic differences in health over the life cycle in an egalitarian country. *Social Science & Medicine*, 70(3), 428–438.

Von Gaudecker, H. en R. Scholz (2007) Differential mortality by lifetime earnings in Germany. *Demographic Research*, 17(4), 83–108.