

De arbeidsparticipatie van Nederlandse ouderen en hun gezondheid

Vriend, S., Heyma, A., van der Noordt, M., & Deeg, D. (2016). *Langer doorwerken met arbeidsbeperkingen. Prognose van de arbeidsparticipatie van ouderen tot 2030 in relatie tot gezondheidsontwikkelingen* (SEO-rapport 2016-89). Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

In de afgelopen decennia is de arbeidsparticipatie van Nederlandse ouderen van 55 tot en met 70 jaar aanzienlijk gestegen. Ook de levensverwachting is steeds verder toegenomen. De mogelijkheden om vroegtijdig uit te treden van de arbeidsmarkt zijn aanzienlijk beperkt. Bovendien stijgt de pensioengerechtigde leeftijd steeds verder. Een verbeterde levensverwachting biedt mogelijkheden voor ouderen om langer door te werken, maar in hoeverre vormt de ontwikkeling van gezondheid met leeftijd een belemmering om dat ook daadwerkelijk te doen? In opdracht van het Nederlandse ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid onderzocht SEO Economisch Onderzoek samen met het VUmc hoe de arbeidsparticipatie van ouderen zich naar verwachting zal ontwikkelen in de periode tot 2030, rekening houdend met de rol van gezondheidsontwikkelingen. Uit het onderzoek blijkt dat de arbeidsparticipatie van jongere cohorten naar verwachting tot 2030 zal toenemen. Dat is met name toe te wijzen aan veranderingen in het arbeidsparticipatiegedrag die samenhangen met recente beleidswijzigingen die de mogelijkheden voor vervroegde uittreding hebben beperkt. De invloed van gezondheidsontwikkelingen is beperkt.

begin van de jaren negentig had nog 56% van de 50- tot 65-jarige mannen betaald werk of was daar naar op zoek. In 2012 was dit toegenomen tot 77% van de oudere mannen (Arts & Otten, 2013). In 2016 lag dit inmiddels al op 83% (CBS Statline, 2017a). Onder vrouwen in diezelfde leeftijdscategorie is de stijging nog sterker: van 18% naar 54% in 2012 en verder naar 66% in 2016.

Sinds 1 januari 2013 stijgt de AOW-gerechtigde leeftijd stapsgewijs van 65 jaar naar 67 jaar in 2021. Bovendien is besloten om de pensioengerechtigde leeftijd vanaf 2022 te koppelen aan ontwikkelingen in de levensverwachting. Tevens zijn in Nederland de afgelopen jaren tal van maatregelen genomen om vervroegde uittreding van de arbeidsmarkt te beperken. Er zijn striktere criteria en een langere wachttijd gekomen voor de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, de duur van de werkloosheidsuitkering is verkort, de fiscale bijdrage

aan vroeg- en prepensioenregelingen is afgeschaft en de arbeidskorting voor werkende ouderen is verhoogd. Het stimuleren van langer doorwerken van ouderen staat daarmee hoog op de politieke

De arbeidsparticipatie van ouderen

De arbeidsparticipatie van ouderen in Nederland is de afgelopen decennia aanzienlijk gestegen. In het

agenda. Het is de bedoeling om door het beperken van de mogelijkheden om vroegtijdig uit te treden en het verhogen van de AOW-leeftijd te zorgen dat ouderen langer actief blijven op de arbeidsmarkt.

Of de arbeidsparticipatie uiteindelijk ook in de (verwachte) mate toeneemt als gevolg van de stijging van de pensioengerechtigde leeftijd, is van allerlei factoren afhankelijk. Allereerst spelen beleidsregels hierin een belangrijke rol. Het is dan met name van belang hoe aantrekkelijk vervroegd uittreden is en welke routes daarvoor beschikbaar zijn. Vervroegde uittrading van de arbeidsmarkt kan via verschillende routes plaatsvinden. Men kan uittreden via de mogelijkheden die het sociale zekerheidstelsel biedt, zoals arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand. Een alternatief is om de arbeidsduur op latere leeftijd te beperken en de arbeidsmarkt meer geleidelijk te verlaten via deeltijdwerk. Vervroegde uittrading zonder gebruik te maken van een uitkering behoort uiteraard ook tot de mogelijkheden voor degenen met voldoende eigen vermogen. Voorheen waren er daarnaast nog uitgebreide VUT- en prepensioenregelingen waarlangs men vervroegd kon uittreden. De mate van gebruik van diverse vervroegde uittreedroutes hangt nauw samen met beleid. Daarover is al een uitgebreide wetenschappelijke literatuur beschikbaar, zowel internationaal (Börsch-Supan, 2000; Börsch-Supan & Schnabel 1998), als in Nederland (Euwals, Van Vuuren, & Van Vuuren, 2012; Euwals, Van Vuuren, & Wolthoff, 2010; Kapteyn & De Vos, 1998; Koning & Lindeboom, 2015; Koning & Van Vuuren, 2010).

Naast beleidsregels omtrent (vervroegde) pensionering beïnvloeden de gezondheid van ouderen, de aanwezigheid van arbeidsbeperkingen en de mogelijkheden om op latere leeftijd over te stappen naar minder belastende banen de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie. Gezondheidsproblemen op latere leeftijd kunnen er immers toe leiden dat langer doorwerken tot de gestegen AOW-leeftijd niet (volledig) haalbaar is.

De relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid

Dit onderzoek kijkt enerzijds naar de gezondheidsontwikkelingen bij ouderen en anderzijds naar de effecten van gezondheid op de arbeidsparticipatie

van ouderen. Deze ontwikkelingen worden vervolgens samengenomen om tot prognoses van de arbeidsparticipatie van ouderen tot 2030 te komen.

De relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid werkt twee kanten op. Enerzijds kan een slechte gezondheid de mogelijkheden tot arbeidsparticipatie beperken. Anderzijds kan het hebben van (betaald) werk een effect hebben op de gezondheid van werknemers. Deze wederkerigheid in de relatie tussen arbeid en gezondheid maakt dat het lastig is om de invloed van gezondheid op arbeidsparticipatie eenduidig vast te stellen. De beschikbaarheid van longitudinale gegevens over werkenden en hun gezondheid over een groot aantal jaren is daarvoor cruciaal. Zulke longitudinale gegevens over een langere periode en een afdoende grote groep mensen, zijn in Nederland echter niet voorhanden. Daarom gebruikt dit onderzoek twee gegevensbronnen om beide kanten van de relatie tussen gezondheid en arbeid in kaart te brengen.

Allereerst gebruikt het onderzoek gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) om ontwikkelingen in gezondheid met leeftijd in kaart te brengen. Het LASA-onderzoek is in 1992 gestart met een eerste cohorte van 3107 deelnemers in de leeftijden 55 tot 85 jaar. Op driejaarlijkse meetmomenten worden de deelnemers thuis onderzocht met interviews en tests. In 2002 werd een nieuwe cohorte van ruim 1000 deelnemers in de leeftijd van 55 tot 65 jaar toegevoegd. Dit onderzoek gebruikt gegevens tot en met 2013. Met deze data is een analyse gemaakt van gezondheidsontwikkelingen bij ouderen. Door verwachte gezondheidsontwikkelingen, na rekening te hebben gehouden met verschillen in arbeidsmarktstatus, te projecteren naar de gehele populatie ouderen in Nederland, worden met de tweede dataset de uittreidingsbeslissingen van ouderen geanalyseerd.

De tweede gegevensbron betreft registratie-data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over de gehele Nederlandse bevolking, waar nodig aangevuld met enquêtegegevens. Deze maken het mogelijk om de arbeidsparticipatie en uittreidingsbeslissingen van oudere werknemers te analyseren. De gezondheidsanalyses op de LASA-data zijn vertaald in voorspelde

gezondheidsontwikkelingen voor alle Nederlanders in het analysebestand dat met de CBS-data is geconstrueerd. Deze gezondheidsontwikkelingen zijn vervolgens, tezamen met tal van andere verklarende factoren voor de arbeidsparticipatiebeslissing, opgenomen in een model voor de uitredingsbeslissing van ouderen.

Ontwikkelingen in de gezondheid van ouderen

Verbeteringen in gezondheid zouden langer doorwerken op latere leeftijd mogelijk kunnen maken. Een eerste indicatie voor een verbeterde gezondheid van ouderen is de gestegen levensverwachting sinds het begin van de jaren tachtig (CBS StatLine, 2017b). Een toename van de levensverwachting hoeft echter niet te betekenen dat mensen ook daadwerkelijk langer kunnen doorwerken. Daarvoor telt immers ook de mate waarin arbeidsbeperkingen zich voordoen op latere leeftijd en het effect daarvan op de belastbaarheid van mensen. Als het optreden van arbeidsbeperkingen een overstap naar ander werk met een lagere arbeidsbelasting of een verminderde arbeidsduur vereist, zal de mate waarin dit mogelijk is op de arbeidsmarkt uiteindelijk ook bepalend zijn voor de arbeidsparticipatie van ouderen.

Een eerste onderzoeksvraag is daarmee of voor oudere werkenden bepaalde gezondheidsaspecten meer op gaan spelen en of deze een arbeidsbeperking opleveren. Met behulp van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) zijn de ontwikkelingen in gezondheid van oudere werkenden onderzocht. Verschillende gezondheidsuitkomsten zijn van belang. Deze zijn onder te verdelen in algemene gezondheid (zoals subjectieve zelf-beoordeelde gezondheid), arbeidsgerelateerde gezondheid (welke in verband kan worden gebracht met de arbeidsbelasting van werknemers) en gezondheidsgerelateerde arbeidsbeperkingen die consequenties hebben voor het uitvoeren van werk. Niet elke gezondheidsuitkomst varieert met leeftijd en niet voor iedere gezondheidsmaat geldt dat een verslechtering problemen voor de arbeidsparticipatie oplevert.

Functionele beperkingen en chronische ziekten zijn gezondheidsaspecten die het meest gaan

opspeken naarmate de leeftijd vordert. Het percentage personen met ten minste één functionele beperking stijgt met leeftijd, van ongeveer 16% onder 55-jarigen tot 47% op 70-jarige leeftijd. De aanwezigheid van chronische ziekten speelt bij 40% van de LASA-respondenten van 55 jaar en neemt toe tot 74% op 70-jarige leeftijd. De kans op alle onderzochte chronische ziekten, waaronder osteoartrose, hartziekten, chronische longziekten, diabetes en kanker, neemt toe met leeftijd, met uitzondering van reumatoïde artritis. Bij depressieve klachten en de algemene gezondheidsbeleving is echter nauwelijks een ontwikkeling met leeftijd waar te nemen. Gemiddeld heeft zo'n 9% van de personen in de leeftijd van 55 tot 70 jaar te maken met een klinische depressie. Tot slot is wel nog een lichte stijging met leeftijd te zien in het percentage personen met een ziekenhuisopname en in het aantal gebruikte medicijnen.

De hiervoor beschreven gezondheidsontwikkelingen met leeftijd zijn puur beschrijvend van aard: er heeft daarin nog geen correctie voor arbeidsmarktstatus plaatsgevonden. Om geschatte ontwikkelingen in gezondheid te kunnen gebruiken in de verklaring van de uitredingsbeslissing van oudere werkenden is deze correctie voor arbeidsmarktstatus wel cruciaal. Door zogenaamde paneldata modellen te schatten, waarin gebruik wordt gemaakt van de variatie over tijd voor bepaalde personen, kan hier wel voor worden gecorrigeerd. Deze analyses kunnen worden vertaald in gezondheidsprofielen: voorspelde patronen in de gezondheid met het stijgen van leeftijd voor alle personen in de leeftijd van 55 tot 70 jaar. Deze gezondheidsprofielen zijn input voor de berekening van gezondheidsmaten ter verklaring van de uitredingsbeslissing van oudere werkenden.

Wordt er gekeken naar verschillen in de gezondheidsontwikkeling tussen achtereenvolgende geboortecohorten, dan lijken die er nauwelijks te zijn, anders dan samenhangend met een steeds hoger opleidingsniveau, waardoor de gezondheid gemiddeld toeneemt in de tijd. Er is dus geen sprake van een sterke verandering in het gemiddelde gezondheidsniveau bij een bepaalde leeftijd en opleidingsniveau, waardoor het makkelijker zou worden om langer door te werken.

Ontwikkelingen in de arbeidsparticipatie

Figuur 1 laat de participatiegraad naar leeftijd zien voor verschillende geboortecohorten. Het betreft de participatie van personen in de leeftijd van 55 tot 70 jaar die vanaf 55-jarige leeftijd gevolgd konden worden in gegevens over de periode van 1999 tot en met 2013 en die op 55-jarige leeftijd werkzaam waren. De jongste cohorten zijn daarbij weggelaten, omdat zij slechts een of enkele jaren zijn geobserveerd. Over de cohorten heen is een stijgende trend in arbeidsparticipatie bij dezelfde leeftijd te zien. Bovendien is er sprake van een steeds scherpere daling in het aandeel participerende personen rond de pensioengerechtigde leeftijd. Daardoor is de participatiegraad vanaf de pensioengerechtigde leeftijd ongeveer gelijk voor de vijf oudste geboortecohorten die tot die tijd zijn geobserveerd. Er lijkt tot en met 2013 daarom (nog) geen sprake te zijn van substantieel langer doorwerken na de pensioengerechtigde leeftijd.

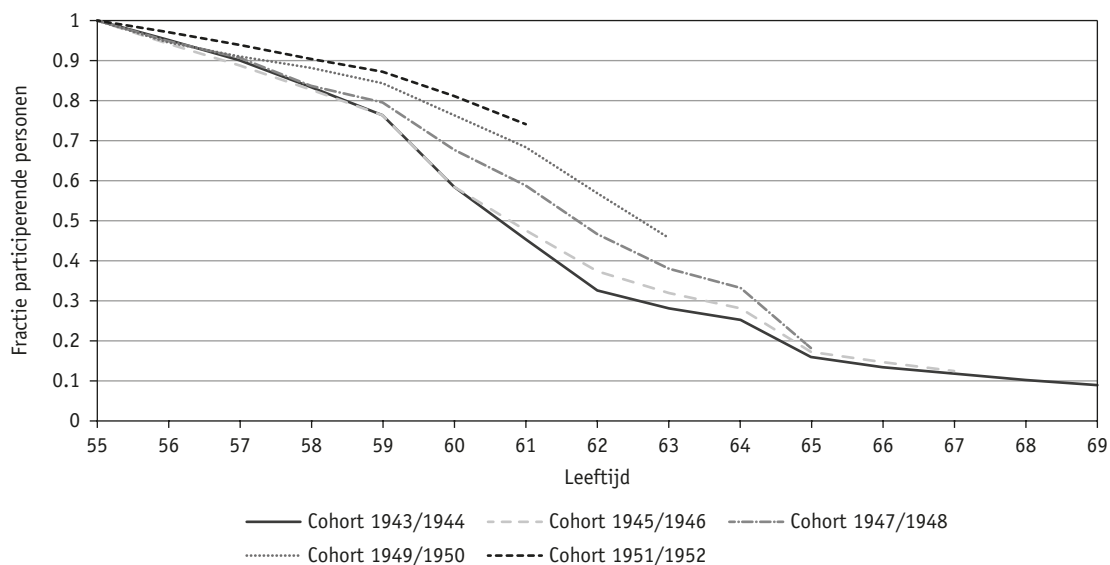
Ook de uitteertroutes per cohorte en naar leeftijd zijn in kaart gebracht. Daaruit is een verminderd

gebruik van arbeidsongeschiktheid als uitteertroute te zien, naarmate naar jongere cohorten wordt gekeken. Dat hangt samen met diverse beleidswijzigingen die sinds het einde van de jaren negentig zijn doorgevoerd en de toegang tot arbeidsongeschiktheidsuitkeringen hebben bemoeilijkt. De uitstroom richting werkloosheid is over het algemeen vrij stabiel over de cohorten, afgezien van de uitschieters in de laatste jaren bij de jongere cohorten. Deze uitschieters hangen samen met de toegenomen werkloosheid als gevolg van de crisis vanaf 2008. Tot slot neemt vroegtijdige uitteertrading in overige richting af, bijvoorbeeld door verminderd gebruik van vroeg- en prepensioenregelingen, naarmate naar jongere cohorten wordt gekeken. De mogelijkheden van vervroegde pensionering zijn in de afgelopen twee decennia aanzienlijk beperkt.

Om na te gaan in welke mate gezondheidsaspecten een rol spelen in de uitteertradingbeslissing, is een participatiemodel geschat dat de duur tot uitteertrading vanaf 55-jarige leeftijd verklaart uit allerlei persoonskenmerken, baankenmerken en de verwachte gezondheidsontwikkeling. In dit model zijn de diverse uitteertroutes expliciet gemodelleerd

Figuur 1.

Jongere cohorten participeren langer, maar alleen tot de pensioengerechtigde leeftijd (arbeidsparticipatie indien werkend op 55-jarige leeftijd)



Bron: SEO Economisch Onderzoek, bewerking van CBS-microdata (Vriend, Heyma, van der Noordt, & Deeg, 2016)

(arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of overige uittreding, waaronder vooral vroegtijdige pensioering). De schattingsresultaten van dit model laten zien dat de invloed van gezondheid op uitstroom in elk van de richtingen verandert met leeftijd. De invloed van gezondheid wordt groter naarmate men de pensioengerechtigde leeftijd nadert. Het geschatte effect van gezondheid op uittreding is echter in omvang beperkt. Dat heeft in dit onderzoek waarschijnlijk vooral te maken met de beperkte hoeveelheid variatie in de gezondheidsmaten, omdat die gebaseerd zijn op voorspellingen van gezondheid en slechts in beperkte mate op de daadwerkelijk geobserveerde gezondheid.

Tevens laten de schattingsresultaten zien dat de kans op vervroegde uittreding lager is voor vrouwen dan voor mannen. Dit kan vermoedelijk deels worden verklaard door selectiviteit in de groep vrouwen die op 55-jarige leeftijd nog werkzaam zijn: vrouwen die eerder zouden uittreden, zijn op hun 55 jaar al niet meer aan het werk. Personen met een partner stromen iets sneller uit richting arbeidsongeschiktheid, maar juist minder snel richting een WW- of bijstandsuitkering. Hoofdkostwinners met een partner voelen vaak inkomensverantwoordelijkheid en proberen derhalve zo lang mogelijk door te werken. Verder is het recht op bijstand in Nederland afhankelijk van het inkomen van de partner, waardoor het voor mensen met een verdienende partner minder toegankelijk is als uittreedroute. Voor laagopgeleiden zijn hogere uitstroomkansen in alle richtingen ten opzichte van middelbaar opgeleiden te zien, terwijl hoger opgeleiden met name een lagere kans hebben op uitstroom richting werkloosheid en in overige richting. Dit hangt mogelijk samen met het beroepsniveau dat mensen uitoefenen en de arbeidsbelasting die daarmee gepaard gaat. In lagere beroepen kan langer doorwerken minder aantrekkelijk zijn, los van het inkomen dat er mee wordt verdiend. Bovendien zijn werknemers in lagere beroepen door een kortere initiële opleiding vaak al eerder begonnen met werken.

Personen met een flexibel dienstverband (in plaats van een vast of tijdelijk arbeidscontract) stromen vaker uit richting werkloosheid (WW of bijstand), maar minder vaak richting arbeidsongeschiktheid of in overige richting. Dit kan enerzijds samenhangen met verschillen in inkomenshoogte naar type dienstverband, waardoor zich verschillen in

vermogensopbouw en dus in mogelijkheden tot vervroegde uittreding kunnen voordoen. Anderzijds spelen instituties een rol, omdat de route richting een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor mensen met een vast dienstverband anders verloopt dan voor personen met een flexibel dienstverband. Een hoger brutojaarinkomen gaat gepaard met lagere kansen op uitstroom uit werk, met name in de richting van arbeidsongeschiktheid. Een kortere arbeidsduur (aantal werkuren per week) is gecorreleerd met een hogere kans op uittreding. Dit kan bijvoorbeeld optreden wanneer uittreding geen abrupte beslissing is, maar geleidelijk via een verkorting van de arbeidsduur verloopt. Tot slot zijn er flinke verschillen in de uitstroomkansen volgens bedrijfsgrootte en de sector waarin men werkzaam is.

Prognoses van de arbeidsparticipatie van Nederlandse ouderen tot 2030

Het geschatte arbeidsparticipatiemodel kan de trends in de arbeidsparticipatie van ouderen in de periode van 1999 tot en met 2013 goed benaderen. Met prognoses is vervolgens een beeld geschetst van de arbeidsparticipatie van ouderen in de leeftijd van 55 tot 70 jaar tot 2030. Jongere cohorten treden naar verwachting later uit in de periode tot 2030. Daarnaast zijn enkele scenario's doorgerekend, waarin de achtergrondkenmerken en sociaaleconomische omstandigheden waaronder oudere werknemers hun uittredingsbeslissing nemen, zijn gevarieerd. Daaruit komt naar voren dat veranderingen in achtergrondkenmerken (opleidingsstructuur, gezondheid) en sociaaleconomische omstandigheden (het geven van mantelzorg, koopkrachtontwikkelingen) slechts een relatief beperkte invloed uitoefenen op de toename van de arbeidsparticipatie.

De totale groei van de arbeidsparticipatie wordt in dit onderzoek mogelijk nog onderschat, omdat het effect van een verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd sinds 1 januari 2013 niet in de analyses is meegenomen. De beschikbare gegevens betreffen immers cijfers tot en met 2013, het jaar waarin de pensioengerechtigde leeftijd voor het eerst is verhoogd. Die verhoging leidt naar verwachting tot een verhoging van de werkelijke uittredingsleeftijd, omdat voor alle Nederlanders geldt dat zij pas vanaf een steeds hogere leeftijd recht krijgen op het Algemene Ouderdomspensioen (AOW).

Conclusies en aanbevelingen

Gezondheid speelt een beperkte maar significante rol in de uittredingsbeslissing van oudere werknemers in de leeftijd van 55 tot 70 jaar. Gegeven de verwachte gezondheidsontwikkeling met het stijgen van de leeftijd, blijkt uit prognoses dat de arbeidsparticipatie van jongere cohorten tot 2030 zal toenemen. Dit is echter vooral het gevolg van een veranderend arbeidsparticipatiegedrag over cohorten dat deels is veroorzaakt door beleidswijzingen in het recente verleden. Gezondheidsontwikkelingen lijken nauwelijks invloed te hebben op de arbeidsparticipatie van ouderen.

De relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid kan twee kanten op werken. In de modellering van arbeid en gezondheid moet daar rekening mee worden gehouden. In dit onderzoek is noodgedwongen gekozen voor een aanpak waarin de gezondheidsontwikkeling, gegeven de arbeidsmarktsituatie, is geschat op basis van het ene bestand (LASA-onderzoek) en gebruikt in een analyse van de uittredingsbeslissing van oudere werknemers op basis van een ander bestand (registratiegegevens bij het CBS). Dat heeft tot gevolg dat de voorspelde gezondheid gebaseerd is op een beperkt aantal verklarende variabelen en nauwelijks op daadwerkelijk geobserveerde gezondheidsmaten. De gezondheidssituatie varieert daardoor beperkt in het uittredingsmodel, hetgeen leidt tot een onderschatting van het effect van gezondheid op arbeidsparticipatie van oudere werknemers. De wederkerige relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie zou idealiter geschat moeten worden op basis van voldoende longitudinale gegevens over gezondheid en arbeidsparticipatie van dezelfde personen over een langere periode. Met een vergrijzende bevolking en een steeds belangrijkere rol voor gezondheid in de (arbeids)participatie van mensen, is het de moeite waard om aandacht te geven aan het creëren van zo'n longitudinaal gegevensbestand.

Sandra Vriend

Arjan Heyma

SEO Economisch Onderzoek, Amsterdam

Bibliografie

- Arts, K., & Otten, F. (2013). *Sociaaleconomische trends 2013: Stijgende arbeidsparticipatie en minder uittreding bij ouderen*. Den Haag: Centraal bureau voor de Statistiek.
- Börsch-Supan, A., & Schnabel, R. (1998). Social security and declining labor-force participation in Germany. *American Economic Review*, 88(2), 173-178.
- Börsch-Supan, A. (2000). Incentive effects of social security on labor force participation: Evidence in Germany and across Europe. *Journal of Public Economics*, 78(1-2), 25-49.
- CBS Statline. (2017a). *Arbeidsdeelname; kerncijfers: beroepsbevolking en niet-beroepsbevolking naar geslacht en leeftijd, 2003-2016*.
- CBS Statline. (2017b). *Gezonde levensverwachting; vanaf 1981: levensverwachting naar geslacht en leeftijd, 1981-2015*.
- Euwals, R., Van Vuuren, D., & Wolthoff, R. (2010). Early retirement behaviour in The Netherlands: Evidence from a policy reform. *De Economist*, 158(3), 209-236.
- Euwals, R., Van Vuuren, A., & Van Vuuren, D. (2012). The decline of substitute pathways into retirement: Empirical evidence from the Dutch health care sector. *Social Security Review*, 65(3), 101-122.
- Kapteyn, A., & De Vos, K. (1998). Social security and labor-force participation in the Netherlands. *American Economic Review*, 88(2), 164-167.
- Koning, P.W.C., & Lindeboom, M. (2015). The rise and fall of disability insurance enrollment in the Netherlands. *Journal of Economic Perspectives*, 29(2), 151-172.
- Koning, P.W.C., & Van Vuuren, D.J. (2010). Disability insurance and unemployment insurance as substitute pathways. *Applied Economics*, 42(5), 575-588.