

Veranderingen in arbeidsparticipatie en zorggebruik. Een beschrijving van ontwikkelingen van 1997 tot 2008

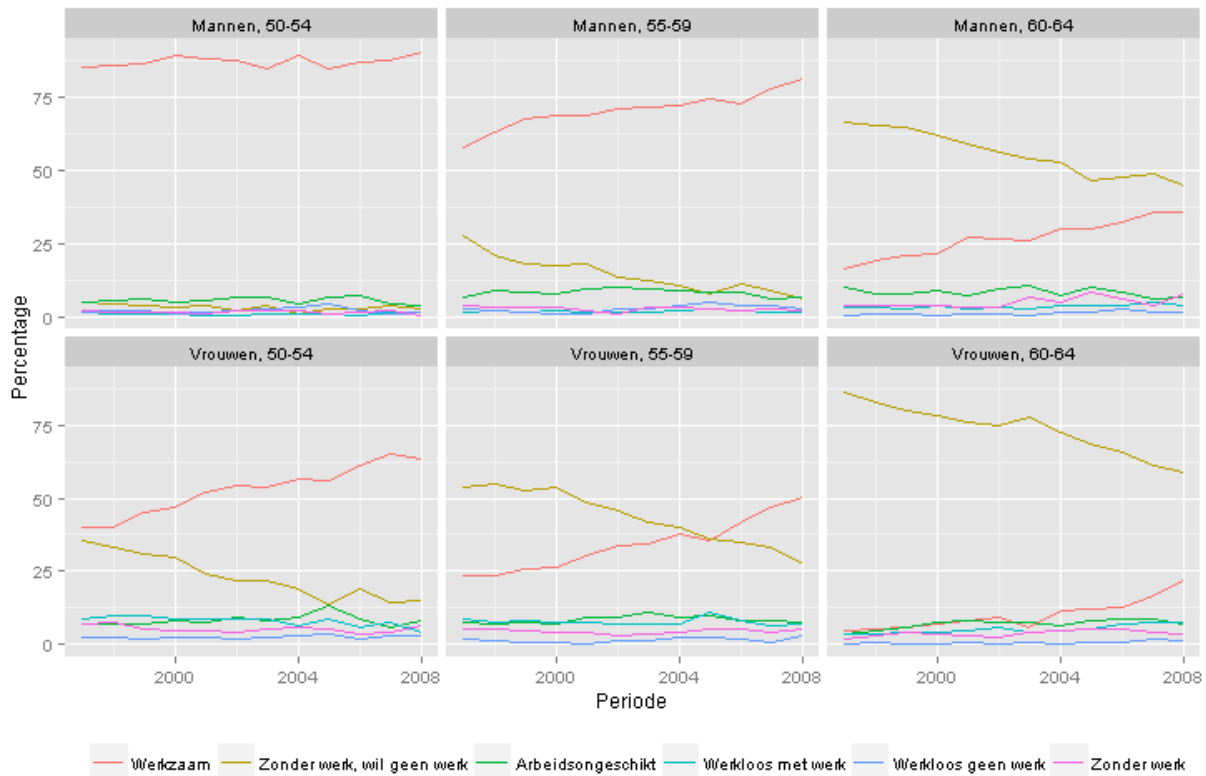
Niels Schenk en Pearl Dykstra
Erasmus Universiteit Rotterdam
Mei 2013

INTRODUCTIE

Onderzoek naar de gevolgen van veranderingen in pensioen- en zorgwetgeving beweegt zich over het algemeen op het macroniveau. Voorbeelden zijn de recente stijging in de levensverwachting van 65-plussers na invoering van marktwerking in de zorg (Van Duin & Nicolaas, 2010) en de rapporten van de Commissie Frijns (2010) en de Commissie Goudswaard (2010) over stijgende pensioenkosten. Studies naar de gevolgen op het microniveau van individuele levens zijn schaars, vaak vanwege een gebrek aan geschikte gegevens, namelijk gegevens over opeenvolgende geboortecohorten. De onderhavige studie beoogt na te gaan in hoeverre en op welke manier veranderingen in pensioen- en zorgwetgeving tot veranderd gedrag (arbeidsmarktpositie, en daarmee samenhangend: gezondheidszorggebruik) tussen geboortecohorten hebben geleid.

Zoals in figuur 1 te zien is hebben zich aanzienlijke verschuivingen in de arbeidsparticipatie voorgedaan. Vooral de arbeidsparticipatie van vrouwen tussen de 50 en 59 is vanaf 1998 enorm toegenomen. Ook de arbeidsparticipatie van oudere mannen is tussen 1998 en 2008 met ongeveer 20% toegenomen (van ongeveer 40 naar 60 procent voor mannen tussen de 55 en 64). Onze initiële veronderstelling was dat de verschuiving in arbeidsparticipatie en de onderliggende beleidsveranderingen die deels verantwoordelijk worden geacht voor deze verschuivingen ook een verandering in zorggebruik met zich mee zou hebben gebracht. Welke beleidsveranderingen precies een verandering in zorggebruik hadden moeten teweegbrengen, is lastig aan te geven. Er zijn in de periode 1997 – 2008 bijzonder veel beleidswijzigingen geweest (zie bijvoorbeeld De Vos, Kapteyn, & Kalwij, 2011 voor een overzicht van de vele veranderingen in de WAO), die allemaal hun uitwerking hadden kunnen hebben op arbeidsparticipatie en daarmee ook zorggebruik. Omdat het zo lastig is om op voorhand beleidsmaatregelen aan te wijzen die tot een verandering in zorggebruik hadden moeten leiden, hebben wij ons in eerste instantie gericht op het verband tussen arbeidsparticipatie en zorggebruik.

De analyses zijn uitgevoerd op basis van het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) dat jaarlijks wordt uitgevoerd door het CBS. In de analyses zijn populatiegewichten gebruikt om de samenstelling van de cross-sectionele steekproeven representatief te maken voor mannen en vrouwen tussen de 50 en 64 jaar in de respectievelijke jaren. Deze cross-sectionele steekproeven maken het POLS uitermate geschikt om vast te stellen in hoeverre er een verband bestaat tussen veranderingen in arbeidsparticipatie en veranderingen in zorggebruik omdat ze informatie bevatten over verschillende cohorten op verschillende tijdstippen. Hierdoor is het mogelijk om (oudere) mannen en vrouwen in dezelfde levensfase voor en na veranderingen in wetgeving met elkaar te vergelijken.



Figuur 1: verandering in beroepsstatus van cohorten mannen en vrouwen uitgesplitst naar leeftijdsgroep.

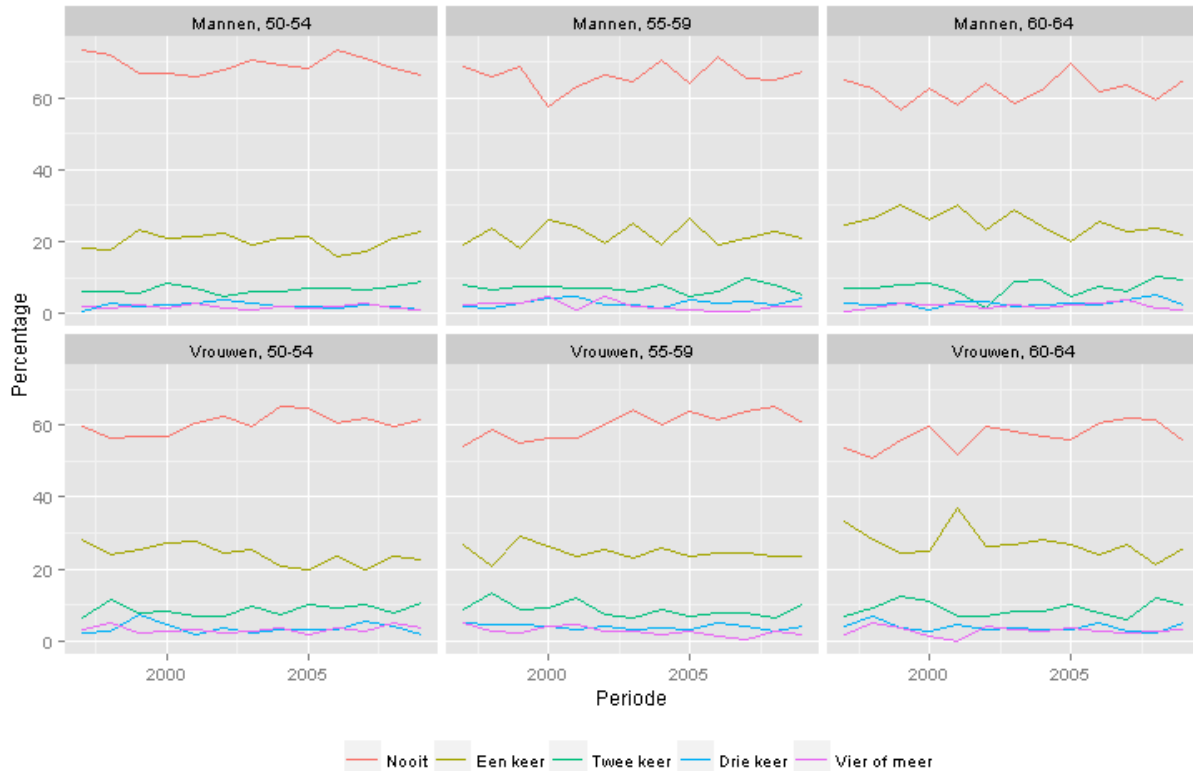
METHODEN

Zorggebruik werd op twee manieren gemeten. Respondenten werden gevraagd of ze in het afgelopen jaar naar de huisarts of naar de specialist waren geweest. Met behulp van logistische regressieanalyses werden zowel huisartsenbezoek als specialistenbezoek gebruikt als afhankelijke variabelen. In de analyses werd onderscheid gemaakt in de sociale status van respondenten. Respondenten werden geclassificeerd als werkend, werkloos, arbeidsongeschikt, gepensioneerd of als huisvrouw/man. Dit verschilt enigszins van figuur 1 omdat er in figuur 1 geen onderscheid wordt gemaakt binnen de groep zonder werk. Hierdoor zouden gepensioneerden en huisvrouwen/mannen niet van elkaar te onderscheiden zijn.

In de analyses werden interacties tussen sociale status en tijd (jaar van survey) opgenomen. Als er veranderingen in wetgeving zijn geweest waarvan verondersteld kan worden dat ze zowel arbeidsparticipatie als zorggebruik hebben beïnvloed, dan moet het zo zijn dat het verband tussen sociale status en zorggebruik over tijd is veranderd. Met het strenger worden van de criteria voor instroom in de WAO kan er bijvoorbeeld verwacht worden dat de overgebleven meer selecte groep arbeidsongeschikten vaker gebruik zouden maken van zorg dan voor het beperken van de instroom. De

analyses bevatten ook de leeftijd van de respondent om te controleren voor eventuele verschillen in leeftijden tussen de verschillende cross-secties van het POLS.

RESULTATEN



Figuur 2: Huisartsbezoek in het afgelopen jaar van cohorten vrouwen en mannen per leeftijdsgroep.

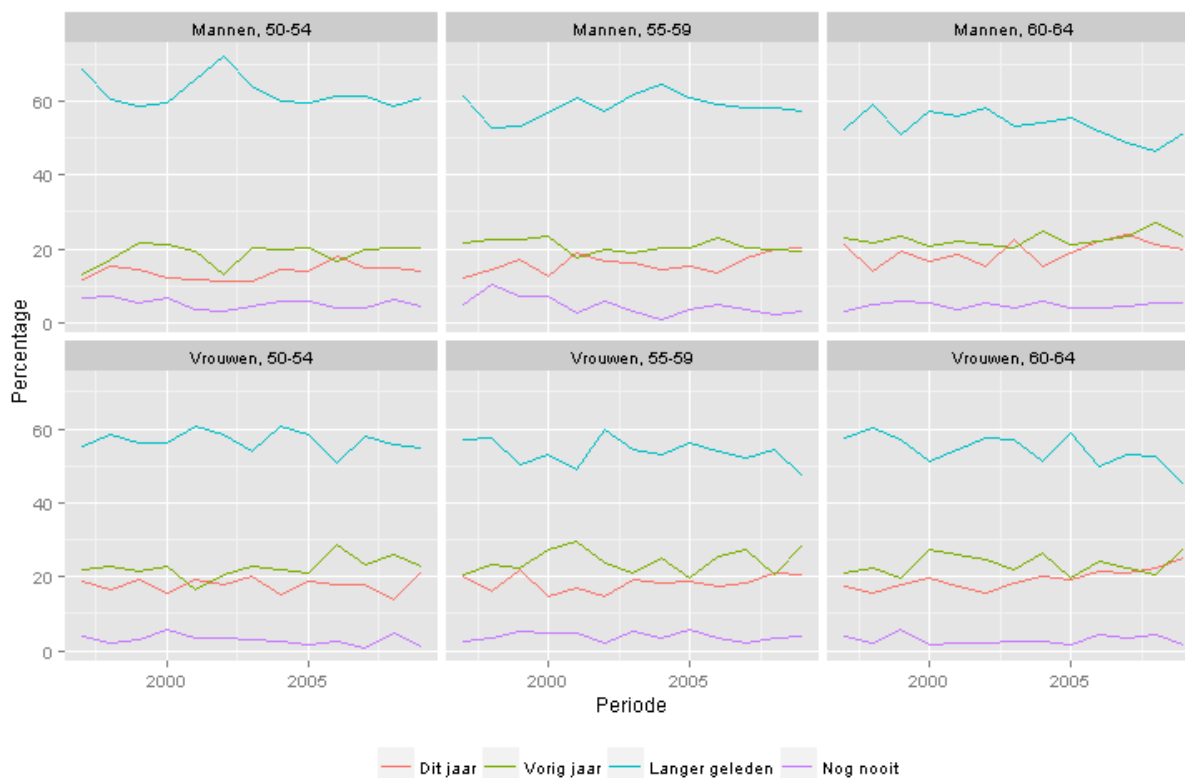
Zoals in figuur 2 te zien, is huisartsenbezoek zo goed als constant gebleven over de jaren. Hoewel zowel arbeidsongeschikte mannen als vrouwen een aanzienlijk grotere kans hebben om naar een huisarts te zijn geweest in het afgelopen jaar vergeleken met werkenden, is deze kans niet veranderd over de tijd. Dit blijkt uit de analyses gerapporteerd in tabel 1. Het constant blijven van deze kans over tijd is opvallend omdat het 'dichtschroeven' van uittrederoutes van ouderen de categorie arbeidsongeschikten selectiever heeft gemaakt. Het is dus duidelijk niet zo dat deze meer selectieve groep ouderen een groter beroep doet op de huisarts als voorheen, vergeleken met de groep werkenden.

Tabel 1. Voorspelling van huisartsbezoek en bezoek aan medisch specialist in het afgelopen jaar voor mannen en vrouwen tussen de 50 en 64 jaar. Analyses zijn gewogen op basis van populatiegewichten.

	Bezoek huisarts vrouwen		Bezoek huisarts mannen		Bezoek medisch specialist vrouwen		Bezoek medisch specialist mannen	
Leeftijd	1.000	[0.986,1.014]	1.026***	[1.012,1.040]	1.009	[0.992,1.026]	1.025**	[1.007,1.044]
Jaar								
1998	ref.		ref.		ref.		ref.	
1999	0.933	[0.694,1.254]	1.009	[0.788,1.293]	1.047	[0.756,1.449]	1.040	[0.742,1.458]
2000	0.994	[0.737,1.340]	1.050	[0.823,1.340]	0.902	[0.644,1.264]	0.934	[0.661,1.319]
2001	0.964	[0.714,1.303]	1.088	[0.849,1.395]	0.951	[0.676,1.339]	0.933	[0.662,1.314]
2002	0.782	[0.578,1.056]	0.918	[0.718,1.175]	0.839	[0.590,1.195]	0.890	[0.631,1.254]
2003	0.884	[0.648,1.206]	0.887	[0.697,1.130]	0.911	[0.642,1.293]	0.934	[0.663,1.316]
2004	0.772	[0.567,1.049]	1.027	[0.809,1.303]	0.838	[0.586,1.197]	0.881	[0.629,1.234]
2005	0.835	[0.604,1.155]	1.040	[0.813,1.329]	0.800	[0.553,1.159]	0.908	[0.643,1.283]
2006	0.783	[0.563,1.089]	0.925	[0.724,1.182]	0.879	[0.599,1.291]	1.036	[0.732,1.467]
2007	0.768	[0.545,1.082]	0.986	[0.765,1.272]	0.832	[0.555,1.248]	1.130	[0.790,1.615]
2008	0.779	[0.550,1.102]	1.079	[0.835,1.396]	0.818	[0.541,1.236]	1.092	[0.764,1.560]
Sociale status								
Werkt	ref.		ref.		ref.		ref.	
Werkloos	1.927	[0.750,4.947]	1.149	[0.511,2.583]	0.364	[0.119,1.114]	1.156	[0.368,3.631]
Arbeidsongeschikt	2.488**	[1.337,4.629]	2.058***	[1.408,3.009]	1.918*	[1.136,3.238]	1.353	[0.883,2.073]
Gepensioneerd(58-64)	1.210	[0.701,2.088]	1.025	[0.724,1.452]	0.536	[0.279,1.029]	1.150	[0.708,1.866]
Huisvrouw/man	1.090	[0.824,1.442]	1.444	[0.942,2.213]	0.889	[0.639,1.238]	0.967	[0.560,1.667]
Sociale status * tijd								
Werkt*tijd	ref.		ref.		ref.		ref.	
Werkloos*tijd	0.930	[0.821,1.052]	0.960	[0.864,1.068]	1.177*	[1.023,1.354]	0.982	[0.840,1.149]
Arbeidsongeschikt*tijd	0.970	[0.893,1.053]	1.006	[0.951,1.065]	1.012	[0.941,1.089]	1.078*	[1.016,1.145]
Gepensioneerd*tijd	1.000	[0.931,1.073]	0.989	[0.944,1.037]	1.083	[0.997,1.177]	0.985	[0.922,1.052]
Huisvrouw/man*tijd	0.988	[0.951,1.027]	0.977	[0.920,1.038]	1.023	[0.977,1.071]	1.037	[0.961,1.119]
N	107699		107699		105783		105860	

Odds ratio's; 95% betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$



Figuur 3: Bezoek aan medisch specialisten in het afgelopen jaar van cohorten vrouwen en mannen per leeftijdsgroep.

Ook de frequentie van contact met medisch specialisten gerapporteerd in figuur 3 is over het algemeen genomen niet veranderd. Arbeidsongeschikte vrouwen hebben een aanzienlijk grotere kans dan werkende vrouwen om naar de medisch specialist te zijn geweest (zie tabel 1). Deze kans is echter niet veranderd over de jaren. Eerder zagen we dat deze groep ook een verhoogde kans had om contact met de huisarts te hebben gehad in het afgelopen jaar en dat die kans door de jaren heen min of meer constant is gebleven. De resultaten suggereren verder dat werkloze vrouwen in 2007 en 2008 een grotere kans dan werkende vrouwen hadden om naar de medisch specialist te zijn geweest terwijl dit verschil in eerdere jaren niet aanwezig was. Dit patroon van verschil tussen werklozen en werkenden vinden we niet onder werkloze mannen. Wel hebben arbeidsongeschikte mannen sinds 1998 een steeds grotere kans om contact te hebben gehad met de medisch specialist in vergelijking met werkende mannen. Dit komt niet omdat werkenden minder vaak naar de specialist zijn geweest maar omdat arbeidsongeschikte mannen vaker naar de medisch specialist zijn gegaan. Dit zou erop kunnen wijzen dat het selectiever worden van de groep arbeidsongeschikten ervoor heeft gezorgd dat, in tegenstelling tot bij huisartsenbezoek, deze selectievere groep vaker naar de medisch specialist is gegaan.

CONCLUSIE

De resultaten zijn nogal raadselachtig. Gezondheidszorggebruik – gemeten als de kans op huisartsbezoek of bezoek aan een medisch specialist – lijkt eigenlijk nauwelijks veranderd te zijn over een periode van 10 jaar. Dat was wel de veronderstelling. Er zijn verschillende wetswijzigingen geweest met betrekking tot zowel de gezondheidszorg als de arbeidsmarkt. De zorgsector is bijvoorbeeld de laatste jaren enorm gegroeid en het is aanzienlijk moeilijker geworden om aanspraak op de WAO te doen. Ondanks al dit soort veranderingen op het macroniveau is er op het microniveau vrijwel niks veranderd.

De algemene patronen zouden onderliggende veranderingen kunnen verhullen. Het had zo kunnen zijn dat er gemiddeld genomen niet veel veranderd is (hetgeen de figuren laten zien) maar dat de onderliggende verbanden tussen sociale categorieën en zorggebruik wel veranderd zijn. Een verschuiving in zorggebruik van/naar bepaalde categorieën kan betekenen dat er met de gemiddelden die hier beschreven worden niet veel veranderd is. Ook dat blijkt met uitzondering van arbeidsongeschikte mannen en werkloze vrouwen niet het geval te zijn. Vrijwel alle sociale groepen die in onze analyses werden onderscheiden hadden in 1997 dezelfde kans op huisartsbezoek of bezoek aan een medisch specialist als in 2008.

Het zou zo kunnen zijn dat wanneer rekening wordt gehouden met de expansie van de gezondheidszorg, de kans op zorggebruik zelfs is *afgenomen*. Er is immers meer aanbod terwijl het gebruik of individueel niveau gelijk blijft. Hoewel dit een interessant gegeven zou zijn, blijft het dan zo dat die kans voor iedereen is afgenomen, en niet verschillend is voor mensen die wel/niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Controleren voor een toename van zorgaanbod kan ons dus iets leren over de kans op zorggebruik, maar niet over de veranderende relatie tussen arbeidsparticipatie en zorggebruik.

LITERATUUR

- Commissie Frijns/Commissie Beleggingsbeleid en Risicobeheer (2010). *Pensioen: "Onzekere zekerheid". Een analyse van het beleggingsbeleid en het risicobeheer van de Nederlandse pensioenfondsen*. Eindhoven: Commissie Frijns.
- Commissie Goudswaard/Commissie Toekomstbestendigheid Aanvullende Pensioenregelingen (2010). *Een sterke tweede pijler: Naar een toekomstbestendig stelsel van aanvullende pensioenen*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Van Duin, C., Nicolaas, H. (2010). Bevolkingsprognose 2009–2016: Omslag naar lagere groei. *Bevolkingstrends*, 1e kwartaal 2010, 14-21.
- De Vos, K., Kapteyn, A., & Kalwij, A. (2011). Disability insurance and labor market exit routes of older workers in the Netherlands. *NBER Working Paper No. 17053*. <http://www.nber.org/papers/w17053>.

DANKWOORD

De analyses die aan dit manuscript ten grondslag liggen, zijn mogelijk gemaakt door financiële steun van Stichting Instituut Gak.