

TEN GELEIDE THEMA WAO-FORUM

Sinds de instelling van de commissie-Donner in 2000 tekent zich een politieke meerderheid af voor ingrepen in de WAO. Toch heeft het tot maart van dit jaar geduurd alvorens het kabinet daadwerkelijk met hervormingsvoorstellen is gekomen, met als belangrijkste onderdeel dat de toekomstige WAO beperkt zal worden tot werknemers die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. In september van dit jaar zullen (naar verwachting) de voorstellen in de Kamer behandeld worden. In dit WAO-forum gaan Philip de Jong en Hugo Keuzenkamp nader in op de voorstellen. De Jong doet dit vooral door de voorstellen in historisch perspectief te plaatsen: hoe is de WAO ooit ontstaan, hoe heeft het gebruik ervan – ook internationaal gezien – zo'n hoge vlucht kunnen nemen, hoe is de recente daling van de instroom in de WAO te interpreteren? Keuzenkamp kijkt meer vooruit en gaat in op de rol die private verzekeraars straks krijgen bij risico's op gedeeltelijke en/of tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Volgens hem is onder de huidige kabinetsplannen een duaal bestel – publieke en private uitvoering naast elkaar – minder aantrekkelijk dan men vooraf wellicht zou denken (van de redactie).

De WAO, 1967-2006

Over de opkomst en ondergang van een sociale arbeidsongeschiktheidsverzekering

Philip de Jong

1 Inleiding

Het Nederlandse stelsel van wettelijke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen wordt wel de open zenuw van de Nederlandse politiek genoemd. Dat die aanduiding niet overdreven is, bewees de instelling van de commissie-Donner in de zomer van 2000. De twee grootste coalitiepartijen in het tweede paarse kabinet – PvdA en VVD – vonden weliswaar beiden dat ingrijpen in de WAO (opnieuw) nodig was, maar ze konden geen overeenstemming bereiken over de vereiste maatregelen. Omdat de politiek er niet uit kwam, stelden de sociale partners voor een onafhankelijke commissie een nieuwe opzet voor de WAO te laten ontwerpen. Dit voorstel werd overgenomen door Hans Hoogervorst, de toenmalige staatssecretaris van SZW, en de commissie was een feit.

Het belangrijkste voorstel van de commissie-Donner was om alleen nog werknemers tot de WAO toe te laten die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. Degenen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn zouden, eventueel met aanpassingen, aan het werk moeten blijven.¹ Op werkgevers rust de verplichting voldoende inspanningen te leveren om werknemers met een blijvende beperking aan het werk te houden. Voldoen ze niet aan die verplichting dan moeten ze (minimaal 70% van) het loon blijven doorbetalen. Als zieke werknemers ondanks voldoende inspanningen van hun werkgever geen (aangepast) werk kunnen vinden, worden ze na afloop van het dienstverband behandeld als een werkloze werknemer.

¹ Ook degenen die volledig arbeidsongeschikt zijn maar goede vooruitzichten op herstel hebben, zijn tijdelijk en dus niet duurzaam arbeidsongeschikt.

Het door de commissie-Donner voorgestelde regime is door de SER in grote lijnen overgenomen, maar met wat verzachtende randvoorwaarden. Het huidige kabinet wilde eerst vasthouden aan de strenge aanpak van de commissie-Donner, maar heeft onlangs een versie gepresenteerd die in grote lijnen voor de sociale partners aanvaardbaar is. Daarmee komt het einde in zicht van een stelsel dat in 1967 werd ingevoerd.

Zowel in de commissie-Donner als in de SER was de behandeling van tijdelijk of gedeeltelijk arbeidsongeschikten, degenen dus die nu wel, maar in de toekomst geen gebruik meer kunnen maken van de WAO, het meest heikele punt. Een meerderheid vindt dat als dergelijke werknemers, al dan niet als gevolg van hun gezondheidsproblemen, niet meer aan de slag komen, ze niet op dezelfde ruwe manier behandeld mogen worden als reguliere werklozen die uiteindelijk in de bijstand belanden. Het probleem van arbeidsongeschiktheid die als tijdelijk beschouwd mag worden, is goeddeels opgelost door met ingang van dit jaar de wachttijd voor de WAO te verlengen van één naar twee jaar.² Gedurende deze tijd is de werkgever verantwoordelijk voor de doorbetaling van minstens 70% van het loon. Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (35 tot 80% verlies aan verdiencapaciteit) zal worden ondergebracht in een aparte regeling – de Wet Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten, die ervoor zorgt dat deze groep bij werkloosheid een kleine individuele uitkering houdt, die niet wordt onderworpen aan de middelentoets van de bijstand.

Dat voor de groep met een loonverlies tussen 35 en 80% een aparte regeling getroffen wordt, laat zien dat het begrip 'gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid' in ons land een diep geworteld cultuurgoed is. In veel andere landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau vindt men een verfijnd stelsel van arbeidsongeschiktheidsklassen ongewenst. Immers '(...) partial disability is not conceptually distinguishable from a host of

2 Het eerste jaar van ziekte viel tot 2004 onder de civielrechtelijke verplichting van de werkgever om 70% van het loon door te betalen. Bijna alle werknemers krijgen bij ziekteverzuim dankzij CAO-aanvullingen feitelijk 100% van hun netto-loon doorbetaald. Voor degenen die zich na 1-1-2004 hebben ziek gemeld is eigen risico voor werkgevers verlengd tot twee jaar.

other factors that may make a person more or less successful in labor markets' (Graetz en Mashaw, 1999, p.218).

De grote aandacht voor gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid is een van de gevolgen van een cultuur die gegroeid is dankzij de WAO. Hierna geef ik eerst een beknopte beschrijving van de geschiedenis van de WAO en van de ontwikkeling van het aantal uitkeringsontvangers en uitkeringslasten. De relatieve lasten dalen al sinds 1985 en roepen de vraag op of we nog wel een WAO-probleem hebben. Deze vraag wil ik beantwoorden door middel van een internationale vergelijking van stelsel en uitkomsten. Dan richt ik me op de feminisering van het WAO-risico en op de vraag of de combinatie van zorg en arbeid hieraan heeft bijgedragen. Ik besluit met een bespreking van de recente daling van de instroom in de WAO en de vraag of verder ingrijpen geboden is.

2 De ontwikkeling van beleid en volume

Prehistorie. De WAO is in 1967 ingevoerd. De regeling is uniek ter wereld omdat geen onderscheid gemaakt wordt tussen beroepsrisico's en andere ('sociale') oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Eerder, en elders, bestaan voor deze twee typen risico's aparte verzekeringen; bij ons waren dat de Ongevallenwet (1901) en de Invaliditeitswet (1919). De Ongevallenwet dekte het loonverlies ten gevolge van nauwkeurig omschreven bedrijfsongevallen en beroepsziekten en kende een verfijnd stelsel van uitkeringen, afhankelijk van de omvang van het loonverlies. De maximale uitkering was 80% van het loon. De Invaliditeitswet kende een uitkering die opliep met het aantal verzekeringsjaren, maar alleen volledige arbeidsongeschiktheid dekte. Ook bij een maximaal aantal verzekeringsjaren was de uitkering zeer karig.

Veldkamp nam de Ongevallenwet, die een beperkt risico dekte, maar in een hoge uitkering voorzag, als model om alle oorzaken van arbeidsongeschiktheid te dekken. Hierdoor kent de WAO een verfijnd stelsel van arbeidsongeschiktheidsklassen, die bij subjectieve aandoeningen moeilijk te hanteren zijn en die een extreem lage toegangsdrempel van 15% verlies aan verdien capaciteit levert. Verder heeft iedere werknemer vanaf de ingang van het dienstverband een volledige dekking. Dit is vanzelf-

sprekend bij een verzekering tegen beroepsrisico's, omdat al op de eerste dag van het arbeidscontract een bouwvakker van de steiger kan vallen. Een wettelijke ongevallenverzekering is ook voor de werkgever van belang, omdat zijn aansprakelijkheid hierdoor beperkt wordt. Maar bij een verzekering die (ook) de sociale risico's dekt is de afwezigheid van een eigen risicoperiode heel ongebruikelijk.³

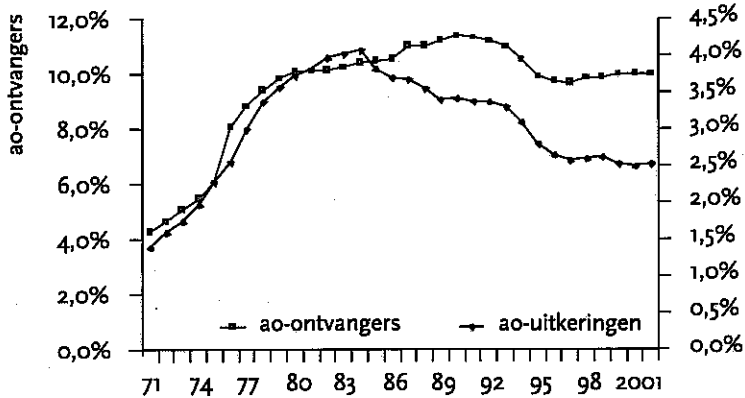
Deze bijzonderheden maakten de WAO op zich al toegankelijk en genereus. Maar daarbij kwamen nog eens een ruime definitie van passende arbeid en een wetsartikel dat stelde dat 'bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid, zoveel doenlijk, rekening gehouden moet worden met de door deze arbeidsongeschiktheid verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid' (artikel 21.2a WAO). Dit laatste artikel werd door de uitvoerders van de WAO veel ruimer geïnterpreteerd dan de wetgever bedoeld had. Het kwam er in de praktijk op neer dat bijna iedere gedeeltelijk arbeidsongeschikte als volledig arbeidsongeschikt beschouwd werd, uitgaande 'van het vermoeden dat er in het algemeen een oorzakelijk verband is tussen de aanwezige werkloosheid en de handicap' (circulaire nr. 575 van de Federatie van Bedrijfsverenigingen, d.d. 25 mei 1973).

De WAO-explosie: 1967-1980. Als gevolg van zijn bijzondere vormgeving kon de WAO al snel gebruikt worden om de pijn van een internationale recessie (oliecrisis) en van industriële herstructurering te verzachten. Met name de traditionele kostwinner – man met een compleet gezin en een lang dienstverband – werd in staat gesteld de WAO te gebruiken als riante regeling voor vervroegde uittreding. Als een van de eerste groepen werden de mijnwerkers na de mijnsluitingen in 1968 'opgevangen' door de toen gloednieuwe WAO. VUT-regelingen bestonden nog nauwelijks. Deze namen pas een grote vlucht na 1980.

De uitkeringssom stijgt van 1,4% van het BBP in 1971 tot 2,3% in 1975. In 1976 wordt de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) ingevoerd

3 In Bakkum en Desczka, 2002, worden de arbeidsongeschiktheidsregelingen in tien Europese welvaartsstaten, Japan en de V.S. met elkaar vergeleken. Nederland blijkt dan het enige land te zijn dat voor de verzekering van sociale arbeidsongeschiktheidsrisico's geen zogenoemde referteperiode kent.

Figuur 1 AO-ontvangers als percentage van de beroepsbevolking en AO-uitkeringen als percentage van het BBP, 1971-2002



Bron: CBS, Statline en UWV, Kroniek der sociale verzekeringen (2002)

waardoor ook zelfstandigen en jonggehandicapten van een basisuitkering verzekerd zijn. In figuur 1 wordt van AO-uitkeringen en AO-ontvangers gesproken, omdat deze na 1976 alle (AAW-)uitkeringen omvatten.

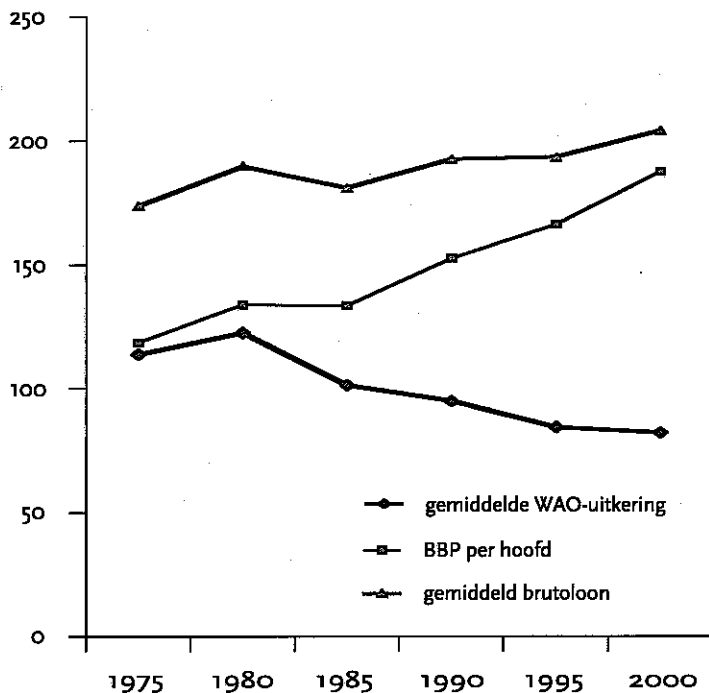
De invoering van de AAW leidt in 1976 tot een sprong in het relatieve aantal uitkeringsontvangers van circa 2 procentpunt. De uitgaven hebben in 1980, met 3,7% van het BBP, bijna hun hoogste punt bereikt. De invloed van de invoering van de AAW op de uitgaven is kleiner, omdat de AAW een basisverzekering is, met het minimumloon als grondslag.

Stabilisatie en uitkeringsverlaging na 1980. Begin jaren tachtig heeft 10% van de beroepsbevolking een AO-uitkering (zie figuur 1). Daarnaast stijgt de werkloosheid van 3,6% in 1980 naar 9,2% in 1984. Om de uitkeringslasten te beperken, voert het eerste kabinet-Lubbers een serie bezuinigingen op de sociale uitkeringen door, met als finale een verlaging van de bruto-uitkeringspercentages van 80 naar 70% in 1985. De opeenvolgende maatregelen hebben tot resultaat dat de netto koopkracht van de gemiddelde WAO-uitkering tussen 1980 en 1985 met 20% daalt. Dit wordt geïllustreerd in figuur 2. Daarna blijft de gemiddelde uitkering dalen. In 2000 is de reële waarde van de gemiddelde uitkering met 33% gedaald ten opzichte van 1980. Deze daling

staat in schril contrast tot de stijging van de gemiddelde welvaart die tussen 1980 en 2000 met 40% toeneemt. Ook het gemiddelde reële brutoloon stijgt in die periode, maar dankzij gedurende loonmatiging slechts met 7%, van 190 naar 204 gulden per dag.

De afname van de reële waarde van de WAO-uitkeringen is het resultaat van wettelijke maatregelen, van een daarmee samenhangende, strengere keuringspraktijk en van wijzigingen in de samenstelling van de WAO-populatie. Door wettelijke maatregelen zijn de uitkeringspercentages stapsgewijs verlaagd; eerst van 80 naar 70% (bij volledige arbeidsongeschiktheid). Vanaf 1993 is het uitkeringspercentage afhankelijk van de leeftijd en het loon, zodat de wettelijke uitkering als percentage van het loon voor jongeren en mensen met een hoger salaris aanzienlijk lager dan 70% is. Deze WAO-gaten zijn voor de meeste werknemers via CAO-

Figuur 2 Gemiddeld brutoloon, BBP per hoofd en gemiddelde WAO-uitkering (per dag, in gulden van 1995) 1975-2000



aanvullingen gerepareerd, maar meestal is dit ten koste gegaan van eerder bestaande aanvullingen op de 70%-uitkering. Daarmee is het gemiddelde effectieve uitkeringspercentage, ondanks de bijna universele dekking van het WAO-gat, toch lager komen te liggen.

Al met al is uitkeringsverlaging het enige effectieve beleidsinstrument geweest in de periode 1980-1993. Dit werd vaak 'prijnsbeleid' genoemd. Men vergeet dan dat dit beleid via het inkomenseffect ook de het volume beïnvloedt.⁴

Andere wettelijke maatregelen die in 1993 zijn ingegaan, hebben ertoe geleid dat men bij de poort van de WAO strenger beoordeeld wordt. Zo wordt de mate van arbeidsongeschiktheid nu gemeten door vast te stellen wat mensen met gezondheidsbeperkingen nog kunnen verdienen in 'gangbaar werk'. Dat kan iedere functie op de Nederlandse arbeidsmarkt zijn. Als een leraar door een ongeval zijn intellectuele capaciteiten verliest, maar nog wel eenvoudig handwerk (bijvoorbeeld bij de plantsoendienst) kan doen, dan wordt hij sinds 1993 als gedeeltelijk arbeidsongeschikt beschouwd. Voordien had hij een uitkering op basis van volledige arbeidsongeschiktheid gekregen, omdat dergelijke werkzaamheden voor een leraar, gezien zijn opleiding en arbeidsverleden, niet 'passend' waren.

Hierdoor betreffen WAO-toekenningen steeds vaker uitkeringen op basis van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Het percentage WAO-toetreders dat een gedeeltelijke WAO-uitkering krijgt, is toegenomen van 20% in 1980 tot 45% in 2002. Dit alleen al verlaagt de gemiddelde uitkering aanzienlijk. Ook is de samenstelling van de WAO-populatie veranderd. Terwijl in 1980 de modale WAO een oudere, mannelijke, laaggeschoolde kostwinner met rugklachten en een lang dienstverband was, is dat nu een vrouw met psychische klachten, met een relatief kort arbeidsverleden en een parttime baan. Als door deze veranderingen WAO-toetreders, meer dan voorheen, afkomstig zijn uit groepen met een lager dagloon dan drukt ook dit de gemiddelde uitkering naar beneden.

4 Zie Aarts & De Jong (1992, pp. 299-303) en Bound & Burkhauser (1999, pp.3478-3485).

3 Internationale vergelijking

Afwijkend stelsel. Sinds de invoering van Veldkamps WAO is Nederland een buitenbeentje. Tot 1987 hadden we de meest soepele, de meest genereuze en de breedst gedefinieerde arbeidsongeschiktheidsverzekering ter wereld. We hadden dan ook het grootste aantal ontvangers van een WAO-uitkering als percentage van de (beroeps)bevolking. In het buitenland is alleen het beroepsrisico zo royaal verzekerd als bij ons het brede WAO-risico. Maar bedrijfsongevallen en beroepsziekten (*risques professionnels*) vormen een beperkt en helder afgebakend risico, dat dan ook in veel landen gedragen wordt door particuliere verzekeraars. De soepelheid en generositeit van ons stelsel is vanaf 1987 door een continue reeks van maatregelen zover teruggedrongen dat de wettelijke bescherming tegen het beroepsrisico bij ons inmiddels slechter is dan in onze buurlanden. Overigens zou volgens door de commissie Donner aangehaalde schattingen maar 7,5% van de huidige WAO'ers onder de beroepsrisicoregeling vallen die in de meeste Europese landen gebruikt wordt (Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid, p. 133). Een deel van de overige WAO'ers zouden in die landen vallen onder de algemene arbeidsongeschiktheidsverzekering die de *risques sociaux* dekt. Een ander deel zou niet voor een uitkering in aanmerking komen, bijvoorbeeld omdat hun verlies aan verdien capaciteit te gering is.

In veel landen worden arbeidsongeschiktheidsuitkeringen gereserveerd voor degenen die als volledig arbeidsongeschikt beschouwd kunnen worden.⁵ Een volledige dekking wordt daar pas bereikt na een zekere opbouwperiode. In de landen die wel gedeeltelijke uitkeringen verstrekken, is het aantal arbeidsongeschiktheidsklassen beperkt en de toegangsdrempel hoger. De Nederlandse drempel van 15% arbeidsongeschiktheid is extreem laag.

⁵ Volgens een OESO-rapport waarin de arbeidsongeschiktheidsregelingen in 20 landen worden vergeleken kennen 9 geen gedeeltelijke uitkeringen; 5 kennen een klasse van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid en 6 kennen meerdere klassen of een glijdende schaal, waaronder Nederland. Van die laatste eisen drie een minimaal capaciteitsverlies van 50%; in Zwitserland kent een drempel van 40% en Zweden van 25% (OESO, 2003, p. 67).

De meeste landen definiëren arbeidsongeschiktheid in termen van verlies van arbeidscapaciteit. De omvang van de fysieke en mentale beperkingen indiceren dan het inspanningsniveau van betrokkene. In Duitsland wordt dit niveau gemeten in uren per week. Kan iemand niet meer dan acht uur per week gangbare arbeid verrichten dan wordt hij of zij als volledig arbeidsongeschikt beschouwd. Nederland behoort met Zwitserland tot de weinige landen waar de resterende arbeidsmogelijkheden worden vertaald in termen van het loon dat met deze resterende capaciteit nog zou kunnen worden verdiend.⁶ Verdien capaciteit is als concept superieur, maar moeilijker uit te voeren en in de praktijk onrechtvaardig. Zo werkt het huidige systeem voor degenen die tussen één en anderhalf keer het minimumloon verdienen als een tombola. Als ze een klein capaciteitsverlies oplopen, zijn er veel gangbare functies te duiden die ongeveer evenveel opleveren als hun oude baan. Ze hebben dan geen verlies aan verdien capaciteit en komen niet in aanmerking voor een WAO-uitkering. Is het verlies iets groter dan zakt hun productiviteit al gauw onder het niveau van het minimum uurloon. Geen enkele functie is dan nog gangbaar en om loontechnische redenen zijn ze volledig arbeidsongeschikt. Een criterium dat niet naar het loonverlies kijkt maar naar het verlies aan arbeidscapaciteit leidt daarom bij een laag loon tot minder willekeurige uitkomsten.

Nederland kent – in een vergelijking met tien Europese landen, de Verenigde Staten en Japan – de meest uitgebreide ontslagbescherming bij ziekte.⁷ Ook bestaat nergens anders zo'n strikte scheiding tussen behandeling en controle als bij ons. Deze scheiding leidt tot een sterkere betrokkenheid dan elders van sociaalverzekeringsgeneeskundigen in de uitvoering van de WAO en zijn voortraject. De curatieve sector is hierdoor meer dan elders georiënteerd op ziekte en genezing in plaats van op het herstel van het vermogen tot het leveren van arbeidsprestaties.⁸

6 Van 20 onderzochte OESO-landen gebruiken dertien arbeidscapaciteit als criterium (OESO, 2003, p. 202).

7 Bakkum en Desczka, 2002, pp.15-16.

8 In Van Lieshout (2003) wordt gesteld: 'Ten algemene bestaat de indruk dat de reguliere zorg in kennis over arbeidsgerelateerde aandoeningen tekortschiet.' (p. 20).

Tot slot blonk Nederland uit door een gebrek aan belangstelling voor reïntegratie. In de jaren 1967-1980 was een cultuur gegroeid waarin de WAO vooral wordt gebruikt ter verschaffing van inkomenszekerheid aan werknemers met een verminderde arbeidscapaciteit. Het hele stelsel raakte georiënteerd op de opvang van werknemers die het arbeidsproces verlieten. In veel andere landen is de bescherming van de WAO gericht op herstel en behoud van arbeidsvermogen en daarmee op economische zelfstandigheid. Pas sinds de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (in april 2002) is een regime ontstaan dat reïntegratie beloont.

Afwijkende uitkomsten. Jongeren (jonger dan 45) en vrouwen lopen in Nederland een hoger WAO-risico dan elders. Dit laat de al eerder aangehaalde OESO-studie laat zien. Uit deze studie zijn in tabel 1 zes kengetallen overgenomen voor twaalf landen buiten Nederland. De cijfers zijn uit 1999. Het gaat om de uitkeringslasten, het aantal uitkeringsontvangers, hier als percentage van de bevolking in de leeftijdscategorie 20-64 jaar, (vergelijk figuur 1), de groei van het aantal ontvangers in de jaren negentig, het AO-instroompercentage en de proportie vrouwen en 45-plussers in de AO-instroom.

Zowel qua uitgaven als qua volume heeft Nederland bovengemiddelde AO-lasten. Alleen in Polen zijn de lasten nog groter. In Polen is een deel van de sociale pijn die de transitie naar een markteconomie opleverde, afgekocht met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. De Scandinavische landen, met name Noorwegen, komen in de buurt van de Nederlandse omvang.⁹ Ook daar maken bijzondere kenmerken de arbeidsongeschiktheidsverzekering relatief aantrekkelijk. Zo is in Noorwegen de pensioengerechtigde leeftijd 67 en de Noren kennen geen VUT.

De procentuele groei in de periode 1990-1999 laat een grote internationale variatie zien. De Nederlandse groei was, dankzij de ingrepen van 1993, gering. In Duitsland is de groei veel forser. Dit valt toe te rekenen aan de eenwording: de voormalige DDR kwam immers onder het arbeidsongeschiktheidsregime van de West-Duitse *Rentenversicherung*

9 De cijfers voor Finland zijn vergelijkbaar met die van Zweden. Zie Gould (2003). Finland deed echter niet mee aan het OESO project.

te vallen, hetgeen tot een vloed aan nieuwe uitkeringen leidde. Opmerkelijk is de sterke groei in het V.K., de V.S. en Zwitserland.¹⁰ Ook al groeide het volume nauwelijks meer, de instroom was in 1999 nog steeds 57% hoger dan het OESO-gemiddelde. Alleen in Noorwegen en in het V.K. is de AO-kans nog hoger dan bij ons. In het V.K. bestaat de instroom voor de helft uit een bijstandsregeling. In Italië is het aan-

Tabel 1 Enkele gegevens over AO-uitkeringslasten, AO-ontvangers en AO-instromers in Nederland en 12 andere OESO-landen en het OESO-gemiddelde, 1999

	AO-uitkeringen als percentage BBP	AO-ontvangers als % van de bevolking, 20-64 jaar	Procentuele groei AO- ontvangers, 1990-1999	AO-instromers per 1000 in de bevolking, 20-64 jaar	Percentage vrouwen onder AO- instromers	Percentage ouder dan 45 onder AO- instromers
Nederland	2,65	9,1	5,0	10,4	54	46
België	1,06	6,0	3,0	5,9	(a)	(a)
Denemarken	2,28	7,6	0,7	5,7	55	79
Duitsland	1,01	4,3	31,6	5,3	33	85
Frankrijk	0,83	4,7	2,0	4,8	42	85
Italië	0,95	5,5	-39,2	7,1	28	88
Noorwegen	2,36	9,1	12,7	12,1	56	74
Polen	3,28	12,7	26,0	7,9	40	64
Spanje	1,24	4,7	-11,6	5,8	..	84
V.K.	1,27	6,6	57,1	12,9	38	60
V.S.	0,71	4,7	43,4	6,0	44	69
Zweden	2,05	8,1	12,0	7,6	55	75
Zwitserland	1,83	5,2	38,1	6,0	47	69
OECD (17) (b)	1,42	6,4	12,3	6,6	42	70

(a) onbekend

(b) ongewogen gemiddelden, inclusief Australië, Canada, Oostenrijk en Portugal

Bron: OESO, 2003, tabellen 2.1, 4.4 en 4.8 en grafieken 3.13 en 4.2

deel bijstand zelfs 83%. Daar is nauwelijks meer sprake van een sociale verzekering.

De AO-instroom is bij ons bovendien jonger dan waar ook ter wereld.

¹⁰ Zie voor de ontwikkelingen in de V.S. Stapleton & Burkhauser (2003) en in de V.K. Burchardt (1999).

Daarnaast hebben AO-regelingen overal een laag herstelpercentage.¹¹ Een relatief jonge instroom gecombineerd met een jaarlijks herstelpercentage van 4% betekent dat de gemiddelde verblijfsduur in de WAO bij ons langer is – en de impliciete toekomstige financieringslast hoger is – dan die in andere landen.

Ook is het percentage vrouwen disproportioneel hoog. Alleen Scandinavische landen met een al lang bestaande hoge arbeidsparticipatie van vrouwen kennen vergelijkbare percentages. Vrouwelijke werknemers hebben daar ook een hoger 'WAO-risico' dan hun mannelijke collega's. Het verschil is echter minder groot en de vrouwelijke WAO-treders in Scandinavië zijn ouder dan bij ons en gemiddeld even oud als hun mannelijke collega's.

De cijfers in tabel 1 weerspiegelen de weerbarstigheid van het WAO-probleem, ook in andere landen. De vaagheid van het begrip arbeidsomgeschiktheid maakt het tot een ventiel dat aan sociale problemen, zoals structurele werkloosheid, een geruisloze uitweg biedt. Het vereist wel dat overtolligheid gemedicaliseerd wordt. We zagen dit bij ons in de jaren zeventig gebeuren en later in het V.K., in Polen en in Zweden. Het probleem met deze oplossing is dat werkloosheid die door arbeidsongeschiktheid wordt 'opgelost' veel structureler is dan officiële werkloosheid. De kans om uit arbeidsongeschiktheid te ontsnappen is veel lager dan uit werkloosheid, zodat de impliciete schuld die met deze oplossing gecreëerd wordt groter en hardnekkiger is.

Bij ons was de oplossing die de ziekteroute bood tot 1994 sneller en geruislozer dan elders, omdat de uitkeringen hoger waren, de werkgever geen eigen risico had en de sociale partners verantwoordelijk waren voor de uitvoering van Ziektewet en WAO.

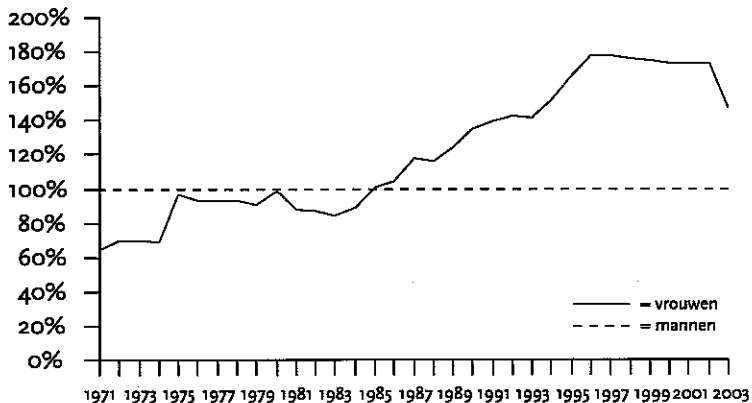
¹¹ Zie OESO, 2003, p. 59.

4 Het hoge WAO-risico van jongere vrouwen

Een van de redenen waarom de gemiddelde leeftijd van WAO-toetreders bij ons zoveel lager is dan elders, is het hoge WAO-risico van vrouwen jonger dan 45. In figuur 3 is het verloop van de verhouding tussen het WAO-risico van vrouwen ten opzichte van dat van mannen getekend.¹²

Tot 1975 was het WAO-risico van vrouwen een stuk lager dan dat van mannen. Tussen 1976 en 1985 is het gelijk of iets lager en vanaf 1985 komt het WAO-risico van vrouwen boven dat van mannen uit. Het relatieve risico van vrouwen stijgt tot 1996. Tussen 1996 en 2002 is het ca. 75% hoger dan dat van mannen. In 2003 daalt het abrupt.

Figuur 3 WAO-risico van vrouwen als percentage van het WAO-risico van mannen, 1971-2003



Bron: Einerhand & Van der Stelt (2004), eigen bewerking

In tabel 2 zijn voor 2001 de geslachts- en leeftijdspecifieke WAO-risico's weergegeven. We zien dat zowel bij mannen als bij vrouwen het risico stijgt met de leeftijd, maar de stijging is bij mannen sterker dan bij vrouwen. De discrepantie in risico neemt af met de leeftijd: in de jongste klasse (15-24 jaar) is het WAO-risico voor vrouwen bijna drie

¹² Het WAO-risico is gedefinieerd als het aantal nieuwe uitkeringen WAO in jaar t gedeeld door de betreffende beroepsbevolking in jaar $t-1$.

keer zo groot dan voor mannen. In de oudste klasse (55-64 jaar) hebben vrouwen een 1,5 keer groter risico. Deze met de leeftijd afnemende discrepantie kan duiden op een combinatie van een generatie-effect en een zogenaamd *healthy worker effect*: de vrouwen die het werk niet staken en de herinstreedsters zijn wellicht gezonder dan degenen die uit de arbeidsmarkt stappen. Bovendien geldt per definitie dat bij een cohortsgewijze stijging van de arbeidsparticipatie het *healthy worker effect* afneemt.

Niet alleen is het WAO-risico bij jongere vrouwen twee à drie keer zo groot als bij jongere mannen, de vrouwelijke beroepsbevolking is ook jonger. Dat wil zeggen dat het aandeel van de jongere leeftijdsklassen bij vrouwen groter is dan bij mannen. Zo is 45% van de werkende vrouwen jonger dan 35 tegen 38% van de werkende mannen.

Tabel 2 WAO-risico naar leeftijd en geslacht in 2001

	Mannen	Vrouwen	Verhouding v/m
15-24	0,25	0,70	2,80
25-34	0,60	1,61	2,68
35-44	1,03	2,03	1,97
45-54	1,62	2,75	1,70
55-64	2,51	3,68	1,47
Totaal	1,11	1,95	1,76

Bron: UWV, Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid 2001 en CBS, Statline

Jongere vrouwen hebben dus een relatief hoog WAO-risico en deze hoge risicogroep is relatief sterk vertegenwoordigd in de beroepsbevolking. Dit samen leidt ertoe dat de WAO-instroom bij ons jonger is dan elders.

Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid. De arbeidsparticipatie van vrouwen is tussen 1980 en 2000 gestegen van 32% naar bijna 60%. Deze stijging was geconcentreerd bij vrouwen met partner en kinderen. De arbeidsparticipatie van vrouwen met een compleet gezin (partner en kind) is toegenomen van 16% in 1980 tot 58% in 1998 (Thio *et al.*, 2004, p. 44). Vrouwen stoppen in veel mindere mate dan vroeger met werken na de geboorte van de kinderen (Steenhof, 2000).

De sterke vertegenwoordiging van jongere leeftijdsgroepen in de vrouwelijke beroepsbevolking is dus het gevolg van een cohortsgewijs toegenomen aantal vrouwen dat blijft werken, ook als er al een kostwinner is en als er kinderen komen.

Interessant genoeg is bij dezelfde groep vrouwen (met partner en kind) het WAO-risico het sterkst gedaald: van 2% in 1980 naar 1,4% in 1998 (Thio *et al.*, 2004, p. 48). Dit zou het vermoeden kunnen wekken dat de combinatie van zorg en arbeid – vaak aangeduid als ‘dubbele belasting’ – geen oorzaak is van het relatief hoge WAO-risico van vrouwen. Eerder onderzoek (Van der Giezen, 2000) concludeerde al dat de WAO-instroom bij vrouwen met en zonder kinderen gelijk is.

WAO-toetreding kan echter alleen worden waargenomen bij vrouwen die ervoor gekozen hebben te blijven werken. Dit betekent dat WAO-risico's, zoals die in tabel 2, gebaseerd zijn op selectieve waarneming: vrouwen die arbeid en zorg niet wensen of weten te combineren en daarom stoppen met werken, staan niet (meer) bloot aan het WAO-risico. De conclusie dat kinderen voor werkende moeders geen belastende factor zijn kan dan het gevolg zijn van het eerder genoemde *healthy worker effect*: werkende moeders vormen een groep die, gemiddeld genomen, gezonder zijn en hebben daarom een relatief laag WAO-risico. Als gezondheid van invloed is op het oorzakelijke verband tussen kinderen en WAO-risico dan leidt de aanwezigheid van dit selectie-effect tot een onzuivere vaststelling van dit verband.¹³

In tabel 3 worden de resultaten van multivariate analyse van de kans op WAO-toetreding weergegeven. Zonder correctie voor het *healthy worker effect* wordt het eerdere door Van der Giezen gevonden resultaat bevestigd: het effect van thuiswonende kinderen op het WAO-risico van vrouwen is nul.¹⁴ Na correctie blijkt de aanwezigheid van kinderen een significante kansverhogende invloed te hebben. Simulatie met behulp van deze resultaten laat zien dat kinderen het WAO-risico van een 35-jarige, getrouwde of samenwonende, vrouw met een gemiddelde gezondheid,

13 Zie Bratberg *et al.*, 2002, voor een eerder onderzoek met Noorse data.

14 De verwachte kans op arbeidsparticipatie is gebruikt als indicator voor het *healthy worker effect*. Zie Thio *et al.* (2004).

werkzaam in een middenfunctie met 30% verhogen. Dit betekent dat moeders die gestopt zijn met werken voor de WAO een hoogrisicogroep vormen. Bij mannen is de aanwezigheid van kinderen niet van invloed op het WAO-risico.

Verder kan uit de analyseresultaten in tabel 3 worden afgeleid dat de aanwezigheid van een partner het WAO-risico van vrouwen halveert. Voor mannen is de aanwezigheid van een levenspartner nog zegenrijker: bij hen neemt de kans met tweederde af. Blijkbaar wordt een deel van de risicoverlagende invloed van een levenspartner weggenomen door de zorgtaken die zijn aanwezigheid oproept.

Het dragen van de primaire verantwoordelijkheid voor het huishoudinkomen ('kostwinner') is ook van invloed: vrouwelijke kostwinners hebben een 50% lagere WAO-instroomkans; mannelijke een 80% lagere kans. Werken op een hoog functieniveau leidt bij mannen tot een 70% lagere WAO-kans. Bij vrouwen heeft dit geen effect. Ook is het kansverhogende effect van een laag functieniveau bij mannen veel groter dan bij vrouwen.

Tabel 3 Probit analyse kans op WAO-instroom in 1998

	Vrouwen		Mannen	
	<i>Correctie voor healthy workers:</i>			
	Nee	Ja	Nee	Ja
Constante	-1,234 *	-1,604 *	0,188 *	-1,130 *
Leeftijd	-0,062 *	-0,103 *	-0,135 *	-0,216 *
Leeftijd kwadraat + 100	0,096 *	0,157 *	0,202 *	0,317 *
1 of meer kinderen	0,000	0,223 *	0,029	-0,033
Partner	-0,440 *	-0,379 *	-0,292 *	-0,430 *
Fysieke beperkingen	0,251 *	0,286 *	0,041 *	0,064 *
Ervaren psychische gezondheid	0,554 *	0,547 *	0,961 *	0,950 *
Arbeidsduur	-0,002	-0,002	-0,005	-0,006
Functieniveau laag	0,396 *	0,386 *	0,589 *	0,555 *
Functieniveau midden (= ref.)	---	---	---	---
Functieniveau hoog	0,113 *	0,086	-0,453 *	-0,463 *
Kostwinner	-0,336 *	-0,334 *	-0,594 *	-0,632 *

* significant op 95%

Bron: Thio et al., 2004, pp. 78-84

Deze analyse leert dat het relatief hoge WAO-risico van vrouwen is toe te schrijven aan de belastende combinatie van arbeid en zorg en aan de verschillende werking van opleiding en functieniveau.¹⁵ In veel opzichten lijkt betaalde arbeid voor vrouwen nog steeds zwaarder te zijn dan voor mannen. Als de overheid serieus werk wil maken van het reservoir van niet (meer) werkende moeders dan zal zij bereid moeten zijn de budgetten voor voorzieningen die arbeid en zorg beter combineerbaar maken drastisch te verhogen. Nu worden vermijdbare kosten in de WAO gemaakt.

5 De recente daling van het WAO-risico

Dankzij de drastische ingrepen van 1993 daalde de WAO-kans tussen 1990 en 1995 van 1,7 naar 1,0%. Daarna steeg deze weer tot 1,4% in 2001. Wat de oorzaken zijn van deze laatste stijging is onduidelijk.

Voorlopige UWV-cijfers laten zien dat van 2002 op 2003 het aantal WAO-toetreders met 28% gedaald is. Ten opzichte van 2001 is het aantal zelfs 36% lager. Interessant is dat in 2003 ook het relatieve WAO-risico van vrouwen ten opzichte van mannen gedaald is (zie figuur 3): terwijl van 2002 op 2003 bij mannen het WAO-risico met 23% afnam, is het bij vrouwen 35% gedaald. Een naar verhouding groot deel van de daling komt dus voor rekening van vrouwelijke werknemers.

Mogelijke oorzaken. Over de oorzaken van deze recente spectaculaire daling wordt druk gespeculeerd. Door velen wordt verwezen naar de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter die een zieke werknemer en zijn werkgever onderwerpt aan een strikt protocol om langdurig verzuim te voorkomen. Lukt dat niet, en moet na negen maanden ziekte bij het UWV een WAO-uitkering worden aangevraagd, dan dient die aanvraag vergezeld te gaan van een reïntegratieverslag waarin wordt verantwoord welke reïntegratie-inspanningen zijn geleverd en waarom deze (nog) niet tot werkherwinning geleid hebben. Aan de beoordeling

¹⁵ Vanzelfsprekend is dit geen uitputtende analyse. Ander onderzoek wijst op verschillen in herstelgedrag en in een andere benadering van vrouwen door bedrijfs- en verzekeringsartsen. Zie De Rijk et al., 2002 voor een uitgebreid overzicht van onderzoeken naar vrouwen en de WAO.

van de WAO-claim gaat dus een toets van het reïntegratieverslag vooraf. Als hieruit blijkt dat werkgever of werknemer in gebreke is gebleven, kan dit tot een sanctie leiden. De werkgever kan worden verplicht het loon vier tot twaalf maanden langer dan normaal door te betalen.¹⁶ De werknemer kan een korting op de WAO-uitkering krijgen als hij al tot de WAO wordt toegelaten.

Betrokken partijen, zoals arbodiensten en de poortwachters van de WAO (verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen) claimen dat dit nieuwe ziekteverzuimregime de gemelde daling van de WAO-instroom veroorzaakt heeft. Het is ongetwijfeld een relevante factor, maar er zijn ook andere factoren in het spel, zoals de neergaande conjunctuur en de omstandigheid dat de premiedifferentiatie in de WAO pas vanaf 2003 volledig is gaan werken. Uit hoofde van de wet Pemba (Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheid) wordt de eerste vijf jaar van het verblijf in de WAO gefinancierd met premies die per bedrijf verschillen naar rato van het door dat bedrijf gerealiseerde WAO-risico. Pemba is vanaf 1998 cohortsgewijs ingegroeid: in 1998 betrof het alleen de financiering van de uitkering aan nieuwe ('eerstejaars') WAO'ers. De rest werd uit de landelijk uniforme basispremie betaald. Het jaar daarop waren het de eerstejaars van 1999 en de tweedejaars van 1998. Na vijf jaar (in 2003) heeft Pemba zijn structurele niveau bereikt en hebben de premies hun volle werking gekregen. Zo steeg de gemiddelde (gedifferentieerde) pembapremie van 0,30% van de premieplichtige loonsom in 1998 naar 2,38% in 2003 en de maximale premie van 1,12% tot 8,52%.

Ook het feit dat het UWV vanaf 2002 de WAO als publiek monopolie uitvoert kan een rol spelen. In het UWV zijn vijf uitvoeringsinstellingen (uvi's) opgegaan die elk hun eigen cultuur hadden en verschillend presteerden. Met de komst van het UWV, dat onder contract met het ministerie van SZW werkt, zijn duidelijke prestatiedoelstellingen afgesproken. Een daarvan betreft het terugdringen van de instroom in de WAO. De organisatie werkt uniformer en doelgerichter dan de voormalige

¹⁶ Tot 2004 was de loondoorbetalingsperiode bij ziekte maximaal twaalf maanden. Met ingang van dit jaar is die periode 24 maanden.

uvi's in hun bonte verscheidenheid deden. De vorming van het UWV heeft daarom mogelijk geleid tot een meer nauwgezette wijze van beoordeling van WAO-claims, met een lagere instroom als resultaat.

De invloed van de conjunctuur op het WAO-risico is een interessante puzzel. In een dalende conjunctuur neemt het verzuimpercentage af.¹⁷ In de eerste plaats zijn werknemers in een recessie minder geneigd zich ziek te melden, omdat ziekteverzuim hun baan in gevaar kan brengen. In de tweede plaats zullen werkgevers bij de selectie van overtollig personeel de gezondheid en het verzuimverleden als indicator van productiviteit mee laten wegen. Hierdoor zal de gemiddelde gezondheid van de achterblijvers toenemen. Dit leidt tot een lager ziekteverzuim.¹⁸ Het verzuimpercentage is het product van verzuimfrequentie en verzuimduur. Onduidelijk is of frequentie en duur van het ziekteverzuim op dezelfde manier afhangen van de conjunctuur. Het is plausibel te veronderstellen dat de verzuimfrequentie positief gecorreleerd is met de conjunctuur: in een conjuncturele neergang neemt de verzuimfrequentie af en vice versa.

Maar het valt te betwijfelen of dit ook geldt voor de verzuimduur. Zo blijkt uit onderzoek in de V.S. dat het (langer durende) arbeidsongeschiktheidsrisico negatief samenhangt met de conjunctuur.¹⁹ De reden hiervoor is dat mensen met gezondheidsbeperkingen die met ontslag bedreigd worden eerder geneigd zijn voor de relatieve zekerheid van een arbeidsongeschiktheidsuitkering te kiezen. Het zou dus kunnen zijn dat korte verzuimduren positief en lange verzuimduren negatief met de conjunctuur samenhangen. Waar het omslagpunt ligt, is vooralsnog onduidelijk.

Beleidsimplicaties. Of de daling van de WAO-instroom duurzaam is, valt te betwijfelen. Het WAO-risico daalde ook tussen 1980 en 1985 met een kwart en tussen 1990 en 1995 met 40%.²⁰ Daarna nam het risico

17 Zie Lindner en Veerman (2003).

18 Bovendien is de werkdruk tijdens een recessie geringer. Daar staat tegenover dat een kwetsbare arbeidspositie stress op kan roepen (Bäckman, 1998, p.16).

19 Zie bij voorbeeld Kreider (1999) en Black et al. (2002).

20 Zie UWV, Kroniek van de sociale verzekeringen 2002, p.98.

echter weer toe, zij het dat de toppen steeds lager zijn komen te liggen. Als de WAO, tegen de plannen van het kabinet en de adviezen van de SER in, in zijn huidige vorm zou blijven bestaan, zou het WAO-risico om een aantal redenen ook nu weer kunnen groeien. In de eerste plaats zal de economische groei in de nabije toekomst weer toenemen. Voorzover de huidige daling het gevolg is van een slechte conjunctuur neemt het risico bij een conjuncturomslag weer toe. Ten tweede zijn de huidige effecten van Pemba en Poortwachter mogelijk schrikeffecten. Werkgevers en werknemers zullen de discretionaire ruimte van het nieuwe Poortwachterregime gaan verkennen en deze vervolgens naar eigen voorkeur gebruiken. Of het UWV voldoende tegenkracht zal kunnen ontwikkelen om oneigenlijk gebruik te sanctioneren moet worden afgewacht. Ten derde zal de druk op de WAO toenemen doordat andere vluchtwegen uit betaalde arbeid moeilijker begaanbaar worden. Onder druk van de geboortegolf sneuvelen VUT en WW als regelingen voor vervroegde uittreding die voor de gebruikers goedkoop zijn omdat ze door anderen betaald worden. Dit zal bij oudere werknemers hernieuwde belangstelling voor de WAO doen ontstaan. Bij actuariel evenwichtiger flexibele pensioensystemen is het des te aantrekkelijker vervroegde uittreding te laten financieren door de WAO. Arbeidsongeschiktheid zorgt er immers voor dat de pensioenopbouw kosteloos wordt voortgezet, omdat het pensioenfonds de betaling van de pensioenpremie overneemt. De keuze tussen een regulier vervroegd pensioen met een flinke actuariële korting of een WAO-uitkering als overbrugging naar een volledig pensioen is dan gauw gemaakt.²¹ De WAO zal dan zijn kwetsbare rol als sociaal ventiel blijven spelen.

6 Afschaffing als redding van de WAO

Buitenlandse ervaringen leren dat een sociale verzekering die alleen volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid dekt niet de behoefte aan gedeeltelijke uitkeringen oproept, maar aan een hogere uitkering. Terwijl het ontbreken van gedeeltelijke uitkeringen geen issue is, zijn nut en noodzaak van bestaande stelsels van gedeeltelijke uitkeringen in

²¹ Uit De Jong & Thio, 2002, blijkt dat gedeeltelijke uitkeringen nu al vaak dienst doen als partiële VUT.

de landen die deze kennen wel onderwerp van discussie. Dit komt omdat er geen helder algoritme bestaat dat op basis van een beperkt aantal persoonskenmerken de resterende verdiencapaciteit kan bepalen. De bepaling hiervan is inherent complex en subjectief. De zeven arbeidsongeschiktheidsklassen die wij sinds 1967 kennen, suggereren een schijn van exactheid die in werkelijkheid nooit kan worden waargemaakt. Ze maken de WAO onnodig week en brengen daarmee de dekking van degenen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn in gevaar. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten verdienen alle steun om economisch zelfstandig te blijven, maar niet in de vorm van een arbeidsloos inkomen.

Het huidige kabinetsvoorstel verdient ondersteuning, omdat het een goede dekking biedt bij catastrofale vormen van arbeidsongeschiktheid en bij mildere vormen het accent legt op bevordering van economische zelfstandigheid. Ongetwijfeld zal de officiële werkloosheid door de voorgenomen stelselwijziging toenemen. Maar een hoger werkloosheidspercentage doet politiek meer pijn en versterkt het gevoel van urgentie. De WAO van Veldkamp heeft ons geleerd dat onder een medische deken uitkeringsafhankelijkheid zich ontwikkelt tot een chronische ziekte. Genezing komt in zicht als het huidige complexe stelsel vervangen wordt door een verzekering met een heldere risicodefinitie. De dekking van degenen die die verzekering het meest nodig hebben is dan voor de toekomst gewaarborgd.

Auteur

Philip de Jong is bijzonder hoogleraar Economische Orde en Sociale Zekerheid, Universiteit van Amsterdam en partner in Aarts, de Jong, Wilms & Goudriaan Public Economics b.v., (APE), Den Haag.

Literatuur

- Aarts, L. en P. de Jong (1992) *Economic Aspects of Disability Behavior*. Amsterdam-New York: Elsevier Science.
- Aarts, L. *et al.* (2002) *Met de beste bedoelingen. WAO 1975-1999: trends,*

- onderzoek en beleid*. Doetinchem: EBI .
- Bäckman, O. (1998) *Longitudinal Studies on Sickness Absence in Sweden*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.
- Bakkum, H. en S. Desczka (2002) *De Nederlandse WAO in internationaal perspectief*. Werkdocument, 241. The Hague: Ministry of Social Affairs and Employment.
- Black, D. *et al.* (2002) The impact on economic conditions on participation in disability programs: evidence from the coal boom and bust. *American Economic Review*, 92(1), blz. 27-50.
- Bound, J. en R.V. Burkhauser (1999) Economic Analyses of Transfer Programs Targeted on People with Disabilities, in O. Ashenfelter en D. Card (eds.), *Handbook of Labor Economics*, 3. Amsterdam-New York: Elsevier Science.
- Bratberg, E. *et al.* (2002) The Double Burden, do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women? *European Sociological Review*, 18 (2), blz. 233-249.
- Burchardt, T. (1999) *The Evolution of Disability Benefits in the UK: Re-weighing the basket*. CASE paper, 26. London: London School of Economics.
- Einerhand, M. en Henk van der Stelt (te verschijnen) Growing disability rates: The gender Issue. *International Social Security Review*.
- Giezen, A.M. van der (2000) *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: LISV.
- Gould, R. (2003) Disability Pensions in Finland, in Prinz, C. *et al.*, *European Disability Pension Policies*, Aldershot U.K: Ashgate.
- Graetz, M.J. en J.L. Mashaw (1999) *True Security: Rethinking American Social Insurance*. New Haven: Yale University Press.
- Jong, P. de en Vincent Thio (2002) *Donner versus Veldkamp*. APE rapport, 53 (te verkrijgen via www.ape.nl).
- Kreider, B. (1999) Social security disability insurance: applications, awards and lifetime income flows. *Journal of Labor Economics*, 17(4), blz.784-827.
- Lieshout, P.A.H. van (2003) *Sociale zekerheid en zorg*. SZW.
- Lindner, H. en T. Veerman (2003) *Nederland wordt beter. De effecten van beleid en conjunctuur op het ziekteverzuim*. Ongepubliceerd paper. Den Haag/Leiden.
- OESEO (2003) *Transforming Disability into Ability*. Parijs: OECD.
- Rijk, A. de *et al.* (2002) *Geen kwestie van motivatie maar van situatie*. Universiteit van Maastricht.

- Stapleton, D.C. en R.V. Burkhauser (eds.) (2003) *The Decline in Employment of People with Disabilities: A Policy Puzzle*. Kalamazoo, MI, V.S.: W.E. Upjohn Institute.
- Steenhof, L. (2000) *Werkende moeders*. Maandstatistiek van de bevolking, (4). Den Haag, CBS.
- Thio, V. et al. (2004) *Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid bij vrouwen*. APE rapport, (100) (te verkrijgen op www.ape.nl).