

Rapport

01/2004-01-21

Rikstrygdeverket
Utredningsavdelingen

**Endringer i den nederlandske
uføreordningen og erfaringer
fra kampen mot ”den hollandske
syken”**

Forord

I 1996 besøkte Liv Eli Halså Lundeby og Per Kristoffersen ulike institusjoner i Nederland. Bakgrunnen var utviklingen på uførepensjonsområdet i Norge, med innstramninger, men fortsatt vekst i tilgang og bestand. Vi hadde hørt at Nederland slet med de samme problemene, men løste dem annerledes. Det ble skrevet en rapport fra besøket. Interessen for utviklingen i Nederland slapp aldri taket og siden er utviklingen i Nederland fulgt på avstand. Derfor er det skrevet en rapport som dekker utviklingen til og med 2003. At antall uførepensjonister i Norge nå passerer 300 000 (30.11.2003) og nye tiltak er på trappende, indikerer at ordningen og tiltak fortsatt må diskuteres.

Rapporten er skrevet av Per Kristoffersen.

Rikstrygdeverket
Januar 2004

Arild Sundberg
trygdedirektør

Hilde Olsen
avdelingsdirektør

0. SAMMENDRAG	5
1. BAKGRUNN	8
2. DATAGRUNNLAG - UTFORMING AV UFØREORDNINGER	9
2.1 Utforming av uføreordninger	9
3. HISTORIKK – UFØRHET	12
3.1 Utvikling av den nederlandske velferdsstaten	12
3.2 Uføreordning for arbeidstakere - 1967	14
3.3 Offentlig tilleggsordning for uføre - 1977	15
4. INNSTRAMNINGENE	16
4.1 Noen generelle trekk ved trygdesystemet i Nederland i dag	16
4.2 De første reformene (begrensinger i ytelsen)	16
4.3 ”87-reformen”	17
4.4 Nye reformer i begynnelsen av 1990-årene	18
4.5 Administrative reformer	19
4.6 Nye ”avgangs” – tiltak	20
4.7 Nye reformer rettet mot arbeidsgiver	20
4.8. Økt fokus på arbeidsmiljøpolitikk	21
4.9 Har tiltakene hatt de ønskede effektene?	21
4.10 Ny diskusjon og nye tiltak (Donner 1 og 2)	23
5. LIKHETER OG ULIKHETER I UFØREORDNINGEN OG INNSTRAMNINGSPOLITIKKEN I NEDERLAND OG NORGE	27
5.1 Uføreordningene	27
5.2 Likheter og ulikheter i den nederlandske og norske innstramningspolitikken	27
5.3 Nederland – fra fokus på restarbeidsevne til forebygging	28
5.4 Avgangen – langt hardere angrepet i Nederland	29
5.5 Omfattende endringer av administrasjonen	29
5.6 Økt ansvar for arbeidsgiverne	30
6. HVILKE ERFARINGER KAN TREKKES AV DET NEDERLANDSKE EKSEMPEL ?	31

6.1 Utsiktede virkninger og manglende fokus på identifisering av effektive tiltak	31
6.2 Løsninger som ligger nær de gamle blir lett prioritert	32
7. AVSLUTNING - Å SNU STØNADSUTVIKLINGEN ER PROBLEMATISK	34

Endringer i den nederlandske uføreordningen og erfaringer fra kampen mot ”den hollandske syken”.

0. Sammendrag

Nederland har lenge hatt høyt sykefravær og mange uføre sammenlignet med andre europeiske land. I begynnelsen av 1990-årene økte tallene dramatisk. Allerede i 1993 var antall personer som mottok uførestønad steget til over 920 000, tilsvarende ca.12 pst. av yrkesaktiv befolkning. Dette førte til at statsministeren erklærte landet for ”sykt” og truet med å gå av hvis antall uføre personer oversteg 1 million. Samtidig ble det gjennomført en rekke tiltak for å bekjempe det som ble kalt for den "hollandske syken". De høye tallene ble særlig sett i sammenheng med liberale inngangsvilkår og liberal praktisering av reglene i det nederlandske trygdesystemet. Til tross for sterk reformaktivitet over en 15-års periode har det vist seg vanskelig å snu tallet på personer som mottar støtte. Foreløpige tall for oktober 2003 viser at antall uføre er over 980 000.

Historisk er den nederlandske ordningen preget av religiøse interesser som har etterstrebet private løsninger, og ikke av den politiske venstresiden som i mange andre land. Lang debatt mellom religiøse aktører, politiske partier og staten om hvilke rolle de ulike partene skulle spille, bidro også til at den nederlandske velferdsstaten, og særlig uføreordningene ble utviklet seint (1967 og -77). Utviklingen av ordningene, med universelle og høye ytelser, gikk imidlertid langt ut over politikernes intensjoner. Da den økonomiske situasjonen endret seg på midten av 1970, ble kostnadsreduksjon et hovedelement ved reform av systemet.

Det nederlandske trygdesystem har egne uføreordninger for arbeidstakere, inkludert offentlige ansatte, selvstendige næringsdrivende og unge uføre. I hovedsak er det vært arbeidstakerordningen som har vært reformert. Frem til 2003 har ordningen hatt som formål å gi inntektskompensasjon pga uførhet med sikte på delvis eller full tilbakeføring til arbeid. Ytelsen har dermed ikke hatt permanent pensjon som formål, men vært en oppfølgingsytelse for dem som ikke hadde kommet i arbeid etter 52 uker med sykepenge. Det er heller ingen attførings- eller rehabiliteringspengeytelse etter utløpet av sykepenge og det kreves ikke at behandling/attføring skal være prøvd slik det er i den norske ordningen. Nederland har også hatt en lav terskel på 15 % for å bli tilstått en ytelse. Det er derfor mer presist å omtale den nederlandske ordningen som en uførestønad, i motsetning til den norske uførepensjonen som har mer preg av å være pensjonsytelse.

Når det gjelder selve innstramningstiltakene er det også forskjeller mellom de to land. Mens de norske innstramningstiltakene i stor grad har dreid seg om innstramninger i de medisinske vilkår og forutsetningene om at attføring skal være prøvd samt tiltak for å øke avgangen, har de nederlandske reformene bestått i en blanding av tiltak som har berørt de fleste elementene av uføreordningen. Tiltakene synes også hardere med reduksjon i ytelsesnivået og reaktivisering på bakgrunn av nye og mer restriktive regler. Også den norske uførepolitikken har utvidet handlingsfeltet de senere år med IA-avtalen, økt fokus på arbeidsgivere og hvordan det administrative apparatet fungerer (SATS).

I Nederland ble det i løpet av 1990-årene iverksatt tiltak som forsøkte å gjøre noe med alle sider ved uføreordningen:

- Lavere ytelse
- Strengere medisinske kriterier og uførevurdering mot hele arbeidsmarkedet
- Revurdering etter 1 og 5 år
- Reaktiviseringsprogram for alle under 50 år
- Nye regler for beregning av uførestønaden
- Flere tiltak for å øke avgangen fra ordningen
- Innbetaling fra arbeidsgiver til uføreordningen ble differensiert etter bedriftenes uførenivå
- Privatisering ved at arbeidsgiver kunne gå ut av uføreordningen
- Omfattende endringer av administrasjonen og søknadsbehandlingen
- Fokus på arbeidsmiljøpolitikk og arbeidsgivers ansvar for sykefravær og uførepensjonering.

Det viste seg allikevel vanskelig å nå målsettingen om reduksjon i antall uføre. Etter en kort periode med nedgang i antall uføre på midten av 1990-tallet, økte tilgang og antall på nytt. Nye diskusjoner kom i gang og nye tiltak er under innføring.

Til tross for reformene har Nederland beholdt den svært lave terskelen for tilståelse av uførestønad frem til i dag. Fra 2004 blir det innført krav om "helt og varig" uførhet for å ha rett til uførestønad, og laveste uføregrad blir 80 %. Ifølge den nye loven skal verken personer med 30-80 % uførhet eller under 30 % ha rett til stønad. Men innføring av en eller annen stønad for dem med 30-80 % uførhet diskuteres. Samtidig får arbeidsgiver større ansvar for forebygging, tidligoppfølging og forpliktelser om gjennomføring av tiltak for dem som fortsetter å jobbe med nedsatt arbeidsevne i en forlenget og mer fleksibel bruk av sykepengeordningen. Løpende tilfeller under 45 år skal revurderes etter nye og strengere regler. Den kommende reformen medfører at den nederlandske ordningen får et klarere langtidspreg og at formålet med ordningen endres helt.

Også sykepengeordningen har gjennomgått reformer. I 1996 ble den arbeidsgiverbetalte sykepengeperioden utvidet fra 6 uker til 52 uker. Fra 2004 blir perioden utvidet fra ett til 2 år. Ved behov kan perioden utvides i inntil 3 år.

For utenforstående ser det ut til at den nederlandske uføreordningen har gjennomgått radikale og omfattende endringer. De fleste elementene i ordningen er endret, og det er lagt større økonomisk ansvar både på arbeidsgiver og trygdede. Innføring av private løsninger og markedsstyring både i administrasjonen og i selve stønadsordningene styrker dette bildet. Sett i lys av historien, som viser at det alltid har vært tradisjon for private løsninger, fremstår allikevel ikke de nederlandske privatiseringstiltakene som så radikale, men mer som del av en kontinuitet. Forskere peker på at tendensen til å finne frem til løsninger som ligger nær de gamle er et generelt trekk i forbindelse med innstramningstiltak og at det er vanskelig å finne eksempler på virkelig radikale tiltak. I stedet for å forsøke å finne frem til alternative tiltak, blir virkemidler som tar sikte på trimme den eksisterende strukturen som regel foretrukket.

De nederlandske reformene har blitt oppfattet som ekstreme eksempler på å overføre kostnader til arbeidsgiver og til den trygdede, for eksempel ved privatisering av sykepengeordningen og muligheten for arbeidsgiverne til å gå ut av uføreordningen. Samtidig har det blitt påpekt at fokuset på kostnadsreduksjon har gått på bekostning av diskusjon om å finne frem til effektive tiltak og om at arbeidet med å finne frem til de "gode" tiltakene har vært forsømt.

Den viktigste erfaringen fra Nederland er at det er svært vanskelig å snu utviklingen i antall stønadsmottakere og at kampen mot uførhet har blitt en kontinuerlig politikk. Til tross for en rekke tiltak over en 15 års periode, blir det fortsatt hevdet at den "hollandske syken" ikke er kurert. Dette betyr at Nederland har rik erfaring med ulike typer av tiltak - som andre land som vurderer reformer i sin trygdepolitikk - bør dra nytte av.

1. Bakgrunn

Nederland har lenge hatt høye tall for sykefravær og uførhet sammenlignet med andre europeiske land. I begynnelsen av 1990-årene økte tallene dramatisk. Allerede i 1993 var antall uføre steget til over 920 000, tilsvarende ca.12 pst. av yrkesaktiv befolkning. De høye tallene ble særlig sett i sammenheng med ulike trekk ved det nederlandske trygdesystemet, som liberale inngangsvilkår og liberal praktisering av reglene.

Konsekvensene av det høye antall stønadsmottakere var blant annet økt økonomisk belastning på offentlig sektor. Statsministeren erklærte landet for ”sykt” i 1993 og truet med å gå av hvis antall uføre oversteg 1 million samtidig som det ble gjennomført en rekke tiltak for å bekjempe det som ble kalt for den "hollandske syken". På uføreområdet ble det i løpet av 1990-årene iverksatt tiltak som forsøkte å gjøre noe med alle sider ved uføreordningen, fra – inngangsvilkårene – beregningsmåten – avgangen - til måten ordningen administreres på. Reformene ble karakterisert som omfattende og radikale. I de senere år har landet hatt sterk økonomisk vekst, med nedgang i arbeidsløshet og økt sysselsetting. Til tross for innstramningstiltakene og den gunstige økonomiske utviklingen, nærmer antall uføre seg likevel 1 million, og nye reformer er igjen vedtatt.

Rapporten tar utgangspunkt i den historiske bakgrunnen for dagens nederlandske uføreordning. Deretter beskrives innstrammingspolitikken i 1980- og 1990 årene: Hvilke problemer og problemforståelse lå til grunn for endringene, og hvilke reformer ble valgt? De nederlandske reformene har blitt fulgt opp av et bredt evalueringsprogram. På grunnlag av evalueringene og den fortsatte økningen i antall stønadsmottakere blir de nederlandske reformene diskutert. Ett spørsmål er om de er så radikale som det hevdes.

Også Norge har hatt en sterk økning i antall uførepensjonister. Fra slutten av 1980-årene har det vært flere endringer. I begge land har det vist seg vanskelig å snu antall stønadsmottakere til tross for flere reformer. Det at problemene langt på vei er like, men løsningene ulike, gjør at det kan være ting å lære. Avslutningsvis diskuteres noen likheter og ulikheter mellom uføreordningene og reformene i de to landene samt erfaringer med den nederlandske reformpolitikken.

Formålet er ikke å sammenligne utviklingen i uførepensjoneringen i de to landene tallmessig eller rent juridisk.

2. Datagrunnlag - Utforming av uføreordninger

Rapporten har sin bakgrunn i et besøk i Arbeids- og Sosialdepartementet, som er ett departement, "College van Toezicht Social Verzekering", CTSV (som var Rikstrygdeverkets's "søsterorganisasjon") og forskningsinstitusjonen Astri i Nederland i 1996. Etter dette har utviklingen i Nederland vært "under observasjon", dels igjennom kontakter i Nederland, litteratur samt opplysninger fra EDB-baserte informasjonssystemer (Eiroline - European Industrial Relations Observatory – on-line og "MISSOC") som er informasjonssystemer om trygdeordningene i EU.

2.1 Utforming av uføreordninger

En uføreordning kan utformes og endres på mange måter. En sammenligning av trygdeordninger mellom land bør baseres på en abstraksjon fra de konkrete ordningene i ulike land. Selv om denne rapporten mer er en historie om Nederland enn en reell sammenligning, kan det være nyttig med begreper som de konkrete ordningene kan holdes opp i mot. Avsnittet nedenfor er basert på: "Comparative Study of the Social Security Systems of Europe. Social Security Basic Concepts av Danny Pieters (D. Pieters 2002 side 88-90).

Den risiko som kompenseres i en uføreordning er som regel tap av inntekt eller arbeidsevne forårsaket av et medisinsk forhold. Sykdom kan føre til nedsettelse av arbeids- eller inntektsevnen, men ikke nødvendigvis. En vurdering av hvor mye arbeids- eller inntektsevnen hos en person er nedsatt, krever et sammenligningsgrunnlag. Det er vanlig å sammenligne med det en referanseperson tjener. Referansepersonen kan være personen selv, før han ble syk. Ofte er det dette sammenligningsgrunnlaget som brukes i sykepengeordninger. Referansepersonen kan også være en person med samme jobb, med lik bakgrunn osv. eller en helt ulik person med arbeid i andre bransjer. Uføreordningene "selv" bruker ofte "høvelig" arbeid om denne vurderingen og definisjonen av høvelig arbeide kan derfor variere fra ordning til ordning og over tid.

Ved vurdering av nedsatt inntektsevne kan en bruke enten en praktisk eller en teoretisk tilnærming. Den praktiske legger vekt på at i et arbeidsmarked med konkurranse og arbeidsledighet, kan selv et lite helseproblem resultere i full tap av inntektsevne. En teoretisk tilnærming, derimot, vurderer den nedsatte inntektsevnen hypotetisk, uten å ta hensyn til situasjonen i arbeidsmarkedet. Vanligvis er det denne tilnærmingen som brukes for å unngå overbelastning av ordningene pga av arbeidsledighet og for å slippe hyppige revurderinger på grunn av endringer i arbeidsmarkedet.

For å bestemme den nedsatte inntektsevnen, eller omvendt hva personen kan gjøre, er det behov for involvering av leger eller eksperter på jobbinnhold og jobbkraft. Som regel er det leger som blir satt til dette.

Det kan også tenkes "uføreordninger" der det er de medisinske forhold i seg selv som kompenseres. Et eksempel på dette er den tidligere norske blinde og vanføreloven som omfattet to persongrupper med alvorlige og varige fysiske funksjonsforstyrrelser (Midlertidig lov om hjelp til blinde og vanføre av 1936). På den andre siden kan en tenke seg ordninger der de medisinske betingelsene er svekket eller tatt helt bort. Da er det nedsatt arbeidsevne som kompenseres. I Norge, på 1970-tallet var det diskusjon om å ta bort det medisinske kravet

helt. Den danske førtidspensjonsordningen tar i 2003 vekk det medisinske kravet og baserer ordningen bare på nedsettelse av arbeidsevnen. Jf. figur 1. (D.Mabett 2002 side 38).

De fleste ordninger skiller mellom en begynnerfase med nedsatt inntektsevne (for eksempel sykepenger, rehabiliteringspenger, og mer varig nedsatt inntektsevne. Disse benevnes da ofte som pensjonsordninger (førtidspensjon, uførepensjon, invalidepensjon osv). Den nye norske ordningen tidsbegrenset uførestønad som iverksettes fra 2004, faller i mellomstusituasjon.

Tabell 1. Utforming av uføreordninger

		Medisinsk årsak	
		Ja	Nei
Nedsatt Inntekts- arbeids- Evne	Ja	Ordning med begge krav	Uten medisinske krav.
	Nei	Kompensasjon for sykdom eller skade	

Både arbeidsevne og sykdom kan operasjonaliseres på ulike måter: Når det gjelder redusert arbeidsevne kan det for eksempel være nedsatt evne til å skaffe seg inntekt eller evne til å utføre et arbeid rent fysisk som skal kompenseres. Det kan også være tap av muligheten for fremtidig inntekt. Dette kan bety at personer uten tidligere inntekt som unge uføre eller hjemmearbeidende kompenseres.

Et annet spørsmål er hvor grensene skal settes? Skal arbeidsevnen være helt bortfalt eller skal også en lav reduksjon av arbeidsevnen rettferdiggjøre kompensasjon? I mange uføreordninger er det ikke krav om fullstendig bortfall, men en viss nedsettelse slik at den uføre skal kunne ha en restarbeidsevne som forutsettes utnyttet i passende arbeid. Denne grensen kan settes ulikt (for eksempel 15 %, 20 %, 50 %, 65 % eller 80 %). Når nedsettelsen av arbeids eller inntektsevnen ikke er total, kommer spørsmålet om hva slags arbeid den uføre skal kunne gjennomføre, hvilke arbeidsmarked vedkommende skal vurderes mot og hvilke forhold som skal tas i betraktning ved overgang til arbeid. Hvor store endringer i arbeid, lønn, kvalifikasjoner, opplæring, sosial status etc. skal en forvente eller kreve at den uføre skal gjennomgå og formuleringen av dette, blir da viktige spørsmål.

Operasjonalisering av den medisinske tilstanden eller sykdommen byr også på mange muligheter: Hvilke tilstander skal defineres som sykdom, og hvordan skal ulike sykdommer avgrenses? Skal man for eksempel definere bestemte lidelser som kvalifiserende, eller skal det lages lister over tilstander som er diskvalifiserende? Et annet spørsmål er hva slags bevis som skal kreves for at det foreligger en kvalifiserende medisinsk tilstand. Skal tilstanden måtte beskrives ved objektive måter for eksempel ved røntgenundersøkelser eller være av en viss alvorlighet og hva skal en si til subjektive plager? Nok et spørsmål gjelder formuleringen av forholdet mellom den medisinske tilstanden og den nedsatte arbeidsevnen. I den norske debatten om uførebegrepet har nettopp ulike årsaksrelasjoner stått sentralt og vært utgangspunkt for innstramninger (Kjønstad 1987).

Historisk sett er uføreordninger ofte importerte ordninger som har blitt tilpasset den historiske og politiske situasjonen i ulike land. Da de første uføreordningene ble etablert for over 100 år

siden tok mange land lærdom av den tyske ordningen. Den Bismarske uføreordningen av 1889 var den første, og ble en modell for mange andre. Den bygde på kompensasjon av nedsatt *inntektsevne* på grunn av *medisinske forhold*. Men inntektsnedsettelsen skulle ikke være total. Det ble forventet at den uføre skulle kunne gjøre annet arbeid. De sentrale spørsmål ble da en vurdering av den medisinske tilstanden, deretter kom spørsmålet om det arbeid den uføre kunne gjøre. I tillegg var den tyske ordningen statlig organisert.

Både den norske og den nederlandske ordningen hentet inspirasjon fra den tyske ordningen og har likhetstrekk med den. Begge land tilpasset ordningen til sin egen situasjon. Som vi skal se er det både likhetstrekk og ulikheter mellom de to ordningene samt at flere av de forhold som ble diskutert ved innføring av de første uføreordningene, fortsatt er under debatt i vår tids reformer.

3. Historikk – uførhet

3.1 Utvikling av den nederlandske velferdsstaten

For å forstå innstrammingspolitikken i Nederland i 1980 og 1990 årene er det nødvendig å ta utgangspunkt i landets historiske og institusjonelle forhold. Mens den politiske venstresiden var viktig for utviklingen av velferdsstaten i mange land, fikk religiøse interesser og arbeidslivets parter avgjørende innflytelse på utformingen av trygdeordningene i Nederland. Dette gjaldt utviklingen av de aller første trygdeordningene rundt århundreskiftet og det gjaldt utviklingen etter 2. verdenskrig.

Påvirkningen fra religiøse interesser resulterte også i at den nederlandske velferdsstaten, og særlig uføreordningen, ble utviklet seint. På den andre siden innebar dette at det var en rekke eksempler å lære av (Tyskland/England) noe som medførte at også Nederland utviklet universelle ordninger med god dekningsgrad. Det viste seg imidlertid at ordningene ble mer kostbare enn forutsatt, og kostnadsreduksjon ble et viktig aspekt ved de innstramningene som ble iverksatt i 1980 og 1990 årene. Tabell 2 gir en oversikt over de viktigste milepæler i nederlandsk og norsk trygdelovgivning vedrørende uførhet.

Tabell 2. Viktige milepæler i Nederland og Norge vedrørende uførhet og (sykdom).

Nederland	Norge
1901: Lov om ulykkesforsikring for arbeidere	1894: Ulykkesforsikringen for fabrikkarbeidere
1913: Lov om uføretrygd	1908: Ulykkesforsikringen for fiskere
1919: Lov om ulykkesforsikring for sjømenn	1909: Lov om sykeforsikring
1921: Ny lov om ulykkesforsikring for arbeidere	1911: Ulykkesforsikringen for sjømenn
1922: Lov om ulykkesforsikring for bønder	1936: Midlertidig lov om hjelp til blinde og vanføre
1930: Lov om syketrygd	1938: Behovsprøvd alderspensjon
1957: Lov om offentlig alderspensjon	1956: Ny lov om syketrygd
1967: Lov om uføreforsikring for arbeidstakere	1957: Lov om alderstrygd
1976: Lov om offentlig uføreforsikring	1960: Lov om uføretrygd
	1960: Lov om attføringshjelp
	1966: Lov om folketrygd

Kilde: Robert Cox 1993, oversatt fra engelsk.

I Europa ble de første trygdeordningene utviklet i to faser: Den første var 1883-1892, den andre 1893-1908 (Cox 1993 side 205). Nederland fikk sin ulykkesforsikring (Workmen's Compensation Act) i løpet av den andre fasen (1901). Denne første ordningen ble komplisert, og var dels administrert av organisasjonene i arbeidslivet og dels av staten. Særlig

de kirkelige (protestantiske og katolske) fagforeninger fikk sterk innflytelse over ordningen fordi de ikke-kirkelige fagforeningene var dårligere organisert. I tillegg var ordningen basert på frivillig medlemskap. Måten ordningen var administrert på ”satte tonen” for utviklingen av nye ordninger.

Flere europeiske land etablerte universelle ordninger rett etter den andre verdenskrig. Men Nederland gjorde ikke dette før i 1960/70 årene. Bakgrunnen var et særegent forhold mellom stat og økonomiske/religiøse interesser (korporatisme). Vanligvis innebærer korporatisme at økonomiske interesser øver innflytelse på statlig politikk. I Nederland besto de korporative institusjonene av religiøse interesser med en sterk anti-statlig ideologi om at velferdspolitikken skulle være et ansvar for ikke-statlige organisasjoner. Denne ideologien holdt seg helt frem til 1960-årene. De religiøse kreftene hadde ikke bare innflytelse på velferdsområdet, men på mange områder, som blant annet de økonomiske. Disse trekkene ved det nederlandske samfunn er sammenlignet med tilsvarende forhold mellom stat og samfunn i USA (Cox 1993 side 208).

De religiøse organisasjonene besto først og fremst av katolikker og protestanter/kalvinister. Begge hadde en ideologi som sto i skarp kontrast til statlig innblanding. Deres prinsipper om ”suverenitet innenfor egne sirkler” (kalvinistene) og prinsippet om ”subsidiaritet” (katolikkene) medførte at statlige oppgaver skulle delegeres til kirkelig og veldedige organisasjoner. Velferdsoppgaver ble særlig sett på som private og kirkelige fremfor statlige oppgaver. Det var derfor ikke regjeringen, men religiøse interesser gjennom politisk organisering og deltakelse i korporative organer som fikk stor innflytelse over velferdspolitikken. Samtidig bidro dette til en lang konflikt mellom regjering, politiske partier og aktørene i arbeidslivet om hvilken rolle de ulike parter skulle spille i velferdspolitikken. Dette forsinket utviklingen av nye velferdsreformer.

Et annet særegent trekk ved det nederlandske samfunn var ”pillariseringen”. Frem til begynnelsen av 1950-årene var det nederlandske samfunnet lagdelt vertikalt. Arbeidsgiver- og fagforeningene hadde sterke religiøse bånd seg imellom slik at religiøse fagforeninger (for eksempel ”den katolske arbeiderbevegelse”) hadde fellesinteresser med tilsvarende arbeidsgiverforeninger. ”Pillarisering” er beskrevet som ”søylar” som gikk tvers igjennom lagdelingsstrukturen. Den bidro til at arbeiderbevegelsen aldri fikk fotfeste, at fagforeningene ble motstander av en for sentralisert stat, og at det ble vanskelig å komme til enighet om løsninger. Det klasseperspektiv som en finner i andre land og som var viktig for utviklingen av velferds- og trygdepolitikken, finner vi derfor ikke i Nederland.

I 1950 og -60 årene førte flere samfunnsmessige endringer til en rask og omfattende utvikling av velferdsstaten. Også nå skulle det vise seg at de religiøse interessene fikk stor betydning. Det ble satt spørsmålsteget ved den politiske innflytelse de kirkelige/korporative institusjonene hadde. Samtidig ville Regjeringen og staten spille en større rolle i utformingen av trygdepolitikken og utfordret de korporative interessene. En universalisering av trygdepolitikken var en ”fane-sak” for politikere i mange land etter 2. verdenskrig, delvis med utgangspunkt i diskusjoner mellom politikere i eksil i England under krigen. Også folks forhold til kirken og religion hadde endret seg og dermed de forhold som var viktig for å opprettholde ”pillariseringen”. Nedtoning av religiøse forhold (sekularisering) i samfunnet bidro til svekket oppslutning om de religiøse politiske partiene som derfor ble tvunget til å finne nye temaer for å sikre oppslutning. Dette resulterte i et skifte i standpunkt i velferds- og trygdepolitikken blant de religiøse partiene. De religiøse partiene ble i stedet ivrige forkjempere for nye reformer og skapte dermed en politisk konsensus om den videre utvikling

av velferdsstaten som ikke hadde vært til stede tidligere (Cox 1993 side 133). Enigheten la dermed grunnlag for en omfattende utvikling av velferdsstaten, der de religiøse partiene fortsatt hadde stor betydning. Nye profesjonelle grupper (for eksempel legene) som ønsket å delta i utformingen av velferdsstaten, ble også viktige utfordrere til den kirkelige korporative organiseringen av velferdspolitikken.

Utbyggingen av velferdsstaten gikk langt utover de intensjonene politikerne opprinnelig hadde. Det var enighet, både blant politikere på venstre- og høyre siden, om å utvikle et velferdssystem som tilbød et grunnleggende vern. Det system som ble utviklet ga "ekstraavagante stønadsnivåer" som gikk langt over de opprinnelige intensjonene. Årsakene til dette var flere, men den innsats enkelte politikere la for dagen blir sett på som særlig betydningsfull. Gerhard Veldkamp, minister i Sosialdepartementet for "Det katolske parti" i perioden 1961-67, arbeidet for utvidelser av rettighetene i flere retninger. Viktig var sannsynligvis også at diskusjonen foregikk i periode med sterk økonomisk vekst. De økonomiske konsekvensene av utvidelsene av rettighetene var derfor ikke i samme grad i fokus.

Kampen sto først og fremst om innføring av en universell alderspensjon, mens utformingen av uføreordningene ble utsatt (som i Norge). Partene i arbeidslivet var lite interessert i en universell ordning fordi de ikke ønsket å bli belastet de økonomiske kostnadene ved ordninger som omfattet andre enn arbeidstakere. Motstanden ble effektiv nettopp pga de spesielle alliansene mellom fagforeninger og arbeidsgiverorganisasjoner på religiøst grunnlag. Etter en lang kamp ble en universell alderspensjon iverksatt i 1958, men på betingelse av at nye ordninger beholdt sitt arbeidstakerpreg, og at de ble administrert av partene i arbeidslivet og ikke av statlige organer. En uføreordning som (kun) gjaldt arbeidstakere ble satt i verk i 1967, mens en fullstendig uføreordning som omfattet flere grupper, var ikke på plass før i 1977. Dette var en statlig ordning som supplerte arbeidstakerordningen.

3.2 Uføreordning for arbeidstakere - 1967

Uføreordningen var frem til 1960 basert på en ulykkes- og invalideordning samt egne ordninger for bønder og fiskere. Nederland tok utgangspunkt i den tyske modellen, men ønsket ikke den sterke statlige organiseringen som var så viktig i Tyskland. De religiøse kreftene som ønsket å begrense statens rolle, modifiserte den rene tyske modellen og utviklet derfor en administrasjon med utgangspunkt i bransjene i næringslivet. De såkalte "Bedriftsvereinigen" (BV), fikk ansvar for behandling og avgjørelse av krav om uførhet. "BVene" var halvoffentlige selvstendige enheter organisert av arbeidstakere og arbeidsgivere i ulike sektorer i næringslivet. I alt var det 26 bransjer og dermed "BVer". I tillegg ble det utviklet sentrale offentlige organer som skulle ta seg av arbeidstakere uten tilknytning til bransjeorganisasjoner. Disse institusjonene fikk etter hvert også en tilsynsrolle overfor "BVene" og senere også ansvar for administrasjon av alderspensjonen. De første uføreordningene var derfor utelukkende ordninger for *arbeidstakere med en kompleks administrasjon knyttet både til partene i arbeidslivet og det offentlige*.

Etter 2. verdenskrig ønsket politikerne å samle ordningene i et felles program (Van Rhijn Commission nr 2) og la de omfatte flere grupper. De eksisterende ordningene omfattet ikke selvstendig næringsdrivende, "unge uføre" eller husmødre. Etter en lang kamp og sterk motstand fra religiøse allianser, ble en ny uføreordning vedtatt i 1967. Ordningen forble en arbeidstakerordning som ikke omfattet de nevnte grupperingene. Derimot ble ordningen utvidet på andre punkter. Uførebegrepet ble endret slik at uførheten bare ble relatert til

tidligere jobb og ikke til hele arbeidsmarkedet slik det var før. Fordi uførheten ikke ble relatert til hele arbeidsmarkedet, ble det ikke nødvendig å gjennomgå opplæring eller akseptere en annen jobb. I tillegg skulle uførhet oppstått både på arbeidsplassen (yrkes risiko) og utenfor (sosial risiko), kompenseres. Ordningen ble også forbedret når det gjaldt ytelsesnivå. Legene ble viktige aktører ved innføring av en egen medisinsk tjeneste som skulle delta ved behandling av uførekrav.

3.3 Offentlig tilleggsordning for uføre - 1977

Debatten om omfang og hvilke risiko som skulle kompenseres gikk derfor videre. Skulle for eksempel personer som hadde et medisinsk lyte fra fødselen av dekkes av ordningen? I så fall var det ikke snakk om kompensasjon for tap av inntekt, men en kompensasjon for et funksjonstap eller sykdom. Nederland har lenge hatt lav yrkesdeltakelse blant kvinner. Hva med hjemmearbeidende kvinner? Som et kuriosum kan det nevnes at man også diskuterte om "hippier" skulle omfattes av ordningen. Et annet tema var om ordningene skulle administreres privat eller offentlig.

I 1977, etter 10 nye år med diskusjon ble det innført en offentlig ordning som omfattet unge uføre, selvstendige næringsdrivende. Husmødre ble fortsatt ikke dekket av ordningen. Den tidligere sterke motstanden fra de religiøse kreftene opphørte fordi arbeidstakerne hadde fått til en god ordning. For politikerne på venstresiden var utgangspunktet å innføre universelle ordninger med moderate dekningsgrader. Mens katolikkene og protestantene, på grunn av synkende oppslutning, hadde enda mer ambisiøse målsetninger. Resultatet var et tosporet system med en egen ordning for arbeidstakere og en offentlig ordning for selvstendige og unge uføre med dekningsnivå som var mer generøst enn det venstresiden hadde tenkt seg. Likeså førte den korporative strukturen til at det var vanskelig å komme til enighet, og til at det tok tid å få alle ordninger på plass.

Utvidelsene av ordningene gikk, som nevnt, langt ut over de opprinnelige intensjonene. Kanskje også fordi man hadde gode tider og ikke så konsekvensene for kostnadsutviklingen. Den administrasjon som ble innført ble også komplisert, delvis overlappende og dermed kostnadskrevende. Da den økonomiske situasjonen endret seg i midten av 1970-årene, ble *kostnadsreduksjon* etter hvert en viktig målsetting for politikerne.

Frem til 1985 ble det nederlandske trygdesystemet, karakterisert som en blanding av sosialdemokratiske og korporative trekk. Systemet var kjennetegnet ved:

- Universelle ordninger med høye ytelser
- Korporativ organisering av administrasjonen
- Fokus på inntektskompensasjon
- Liberal inngangspolitikk (van der Veen 1998 side 3).

4. Innstramningene

4.1 Noen generelle trekk ved trygdesystemet i Nederland i dag

Før vi kommer inn på innstramningstiltakene fra slutten av 1980-årene, har vi beskrevet det nederlandske trygdesystemet, først og fremst knyttet til uførhet, slik det fremtrer pr. i dag.

Det trygdesystemet som ble bygd opp i Nederland var todelt, et offentlig og et for arbeidstakere. Det offentlige systemet inneholdt universelle ordninger for bosatte i Nederland (alderspensjon, etterlatte og uførhet) mens det var inntektsrelaterte ordninger for arbeidstakere. Disse ga kompensasjon for tap av inntekt i forbindelse med arbeidsløshet, sykdom og uførhet.

Sykepengeordningen har vært endret gjentatte ganger på 1990 tallet. I 1994 ble arbeidsgiverperioden endret fra 2 til 6 uker, og i 1996 utvidet til ett år. De fleste arbeidsgivere forsikrer seg i private forsikringselskaper mot kostnader for sykefravær. Også rehabilitering betales av arbeidsgiver. Sykepenger utgjør 70 % av bruttolønn og er skattepliktig.

Etter 52 uker med sykepenger skjer overgang til uføreordningen. Det kan settes i gang en rekke tiltak under sykepengeperioden, men det er viktig å legge merke til at uføreordningen betraktes som en ”oppfølgingsytelse etter 52 uker med sykepenger” og ikke som en pensjonsordning. Slikt sett er det riktigere å kalle ordningen *uførestønad* enn uførepensjon. Et annet forhold som er viktig å legge merke til er at Nederland ikke har en attførings- eller rehabiliteringspengeordning mellom sykepenger og uførestønaden.

Beregning av uførestønaden har vært gjenstand for en rekke endringer. Tidligere ble den beregnet som andel av lønn før uførheten og utgjorde 70 % av tidligere lønn. Nå er beregningsmåten endret helt (se side 17).

Finansieringen av uførestønaden skjer dels ved bidrag fra arbeidsgiver og arbeidstaker samt tilskudd over statsbudsjettet. Arbeidsgivers avgift er todelt, dels en almen avgift og dels en differensiert avgift som beregnes på bakgrunn av antall personer som har blitt uføre i den samme bedriften de siste årene (premedifferensiering). Ordningen kompletteres med overføring fra statsbudsjettet. De offentlige ordningene blir finansiert over statsbudsjettet.

Administrasjonen er langt mer komplisert enn i de nordiske land. Bransjevise ”Bedrijfsvereniging” administrerte tidligere alle arbeidstakerordningene i tillegg til den offentlige uføreordningen. I dag blir disse ordningene administrert av ”Uitvoering werknemersverzekering (UWV) som er en offentlig organisasjon. Tilsynsorganet CTSV er lagt inn i departementet.

4.2 De første reformene (begrensinger i ytelsen)

Uføreordningen var altså ikke på plass før i slutten av 1970-årene. Dvs. at den nederlandske velferdsstaten knapt var helt utbygd før problemene kom i begynnelsen av 1970-årene med lav økonomisk vekst, økt inflasjon og arbeidsløshet. I en lang periode med høy og vedvarende arbeidsløshet ble uføreordningen et instrument for tidligpensjonering og industriell omstilling. I tillegg kom behovene fra en aldrende befolkning.

Den politiske diskusjon som fulgte gjaldt, foruten sykdom og uførhet, også ordningene knyttet til arbeidsløshet og sosialhjelp. Antall syke og uføre hadde økt langt sterkere enn forutsatt. Det høye antallet uføre ble i tillegg til omstillinger og behov i næringslivet sett i sammenheng med at dekningsgraden var høy og at uførhet ble definert vidt. Det ble også slått fast at økningen i antall uføre ikke kunne la seg forklare med endringer i helsetilstanden hos den nederlandske befolkning.

De første innstramningstiltakene kom i 1980-årene. I 1984 ble ytelsesnivået redusert fra 80 % til 70 % av siste inntekt (opp til et visst tak). Fra 1986 ble ikke ytelsen lenger indeksert etter økningen i prisnivået, men etter en lønnsindeks.

4.3 "87-reformen"

Mot slutten av 1980-tallet ble det igjen introdusert nye reformer. Den viktigste var ønsket om å fjerne det som het "arbeidsmarkedskomponenten" i uføregradfastsettelsen. Vurderingen av uførheten tok hensyn til de problemer delvise uføre hadde med å finne arbeid. Selv personer med små helseproblemer kunne tilstå full uførepensjon (dvs. en praktisk uførevurdering, jf. 2.1 side 7). Den nye loven skilte mellom det å ikke finne en jobb pga uførhet, og det å ikke finne en jobb pga arbeidsløshet. Uførestønaden skulle fra 1987 bare dekke den delen av inntektstapet som skyldtes uførhet. Var inntektstapet større enn det uføregraden tilsa pga et vanskelig arbeidsmarked, skulle resten dekkes igjennom andre ytelser (tidsbegrenset arbeidsledighetstrygd) som ble samordnet med uførestønaden. Formålet med endringen var å oppmuntre til resysselsetting av delvise uføre.

Det ble også bygd opp et sinnrikt EDB- basert stillingssystem der søkerens funksjonsevne ble vurdert mot stillinger i arbeidsmarkedet. Systemets formål var fastsettelse av grad og ytelse og ikke så mye tilbakeføring til arbeid. Det var derfor ikke krav at søkeren skulle ta jobbene eller at de var ledige, bare at de fantes i arbeidsmarkedet.

Reformen i 1987 ble regnet som en stor reform. Målsetting var å begrense tilgangen med 50 %. Målsettingen ble senere justert ned fordi det viste seg at reformen ga begrensede effekter på tilgang og antall uføre (Aarts 1996 side 60). De manglende effektene resulterte i nye diskusjoner, og at nye reformer ble iverksatt.

To grupper kom særlig i fokus. Legene som vurderte uførhet, og arbeidslivets parter som hadde ansvar for selve administreringen av ordningen:

- Trygdelegene

Trygdelegene ble anklaget for en liberal vurdering av krav om uførepensjon. Mange ble tilstått 100 % uførepensjon selv om de hadde en betydelig restarbeidsevne. Til tross for intensjonene med ordningen, ble det pr. definisjon forutsatt at folk med liten uførhet ikke ville få jobb, og de ble i stedet tilstått 100 % uførestønad. Legene på sin side ga uttrykk for at de ikke ville politisere behandlingen av krav om uførestønad og at de var nødt til å være liberale.

- Administrasjonen

Også arbeidslivets parter og deres interesser knyttet til løsning av arbeidsløshetsproblemet, ble offentlig diskutert. Krav om uførestønad ble, som nevnt, behandlet av de såkalte "BV'ene" der representanter for ansatte- og arbeidsgivere satt i styret. Arbeidsgiverne så det

som beleilig med en ordning som kunne ta over i forbindelse med omstrukturering og nedbemanning av bedrifter. Fagforeningene, på sin side, var tilfreds med å kunne sikre oppsagte arbeidere en god ytelse frem til pensjonsalderen. Fokuset ved søknadsbehandlingen var derfor først og fremst rettet mot korrekt utbetaling i tide, framfor en vurdering av rehabilitering og tilbakegang til arbeidslivet. Når en ytelse var tilstøtt var det også vanlig at den varte frem til pensjonsalderen. Til tross for målsettingen om å understøtte overgang til nytt arbeid, ble spørsmålet om revurdering eller manglende tilbakegang til arbeidslivet ikke definert som problem.

4.4 Nye reformer i begynnelsen av 1990-årene

”87-reformen” ble grundig evaluert (Aarts & De Jong 1992). Evalueringen viste at reformen ikke hadde endret ved de grunnleggende forhold. Arbeidsmarkedets parter hadde fortsatt mulighet til å påvirke innvilgelsespolitikken. Målsettingen om reduksjon i antall uføre var derfor vanskelig å få til, og ønsket om mer radikale reformer ble fremsatt. Den rolle arbeidsmarkedets parter hadde i innvilgelsespolitikken ble satt på dagsorden. Gjennom TV-overførte parlamentshøringer av aktørene i søknadsbehandlingen fikk befolkningen for første gang innsyn i hvordan krav om uførestønad ble avgjort. Høringene bekreftet det den tidligere evalueringen hadde kommet frem til. I 1992 og -93 ble det derfor implementert en rekke tiltak, der samfunnet ble kalt sykt og statsministeren truet med å gå av hvis antall uføre overskred 1 million.

Selv om debatten særlig gjaldt arbeidslivets parter og hvordan avgjørelsen av uføresaker ble foretatt, gjaldt den også arbeidstakernes arbeidsetikk. Det ble hevdet at det som forhindret effekter av reformen i 1987, var at ingen så at de hadde gevinster av endringer. Det ble derfor behov for å innføre mer individuelt ansvar og konfrontere aktørene, særlig arbeidsgiverne, med de reelle kostnadene for uførhet, etter prinsippene om at den som forurenser må betale.

De målsettingene som særlig styrte endringene på begynnelsen av 1990-tallet var:

- Begrensning av statlig utgifter
- Forhindre tilbaketrekking fra arbeidslivet
- Øke deltakelsen i arbeidsmarkedet
- Forbedre kvaliteten ved administrasjonen.

Den første omgangen med reformer var særlig rettet mot reduksjon av tilgangen og økning av avgangen:

- Strengere medisinske inngangsvilkår
- Sterkere mobilitetskrav. Vurdering mot hele arbeidsmarkedet, ikke bare tidligere arbeid
- Revurdering etter 1 og 5 år
- Reaktiviseringsprogram for alle under 50 år mot nye regler
- Nye beregningsregler.

Sykdomsbegrepet ble strammet inn slik at det nå skulle være et direkte og objektivt årsaksforhold mellom den medisinske tilstand og den nedsatte inntektsevnen.

Vurdering av uførheten skulle nå også skje mot generelt passende arbeid, i stedet for mot tidligere jobb. Hensikten med dette var å øke mobiliteten og de arbeidsmulighetene den uføre måtte akseptere.

Som nevnt var det lite som stimulerte til avgang fra ordningen. For å øke avgangen ble det innført obligatoriske revurderingstidspunkter for alle, først etter 1 år, deretter etter 5 år. I tillegg ble det innført et særlig program for reaktivisering av alle uføre under 50 år. Revurderingen skulle skje i forhold til de nye, og mer restriktive reglene.

I 1993 ble beregningsreglene for stønaden endret helt. Tidligere ble uførestønaden fastsatt i forhold til lønn forut for uførheten, og utgjorde 70 %. Uførestønaden ble nå delt i to bestående av en tidsbegrenset inntektsavhengig stønad og deretter en lavere inntektsuavhengig stønad. Den inntektsavhengige stønaden utgjør 70 % av lønn. Både varigheten av den inntektsavhengige stønaden og nivået på den inntektsuavhengige ble gjort avhengig av alder på uføretidspunktet. Jo lavere alder, jo kortere tid med den første stønaden og lavere inntektsuavhengig stønad. Denne består av 70 % av en "minstelønn" pluss et tillegg avhengig av alder. Den inntektsavhengige stønaden blir betalt i inntil 6 år, den andre inntil pensjonsalder (65 år).

De nye beregningsreglene innebar at dekningsnivået ble lavere over tid og at alder fikk betydning for stønadsnivået. Med de nye reglene (og gradering ned til 15 %) fikk mange en svært liten inntekt igjennom ordningen. Som tidligere nevnt, det var ikke inntektssikring som var målsettingen, men kompensasjon for uførhet. Var inntektstapet større enn det uførheten tilsa på grunn av et vanskelig arbeidsmarked, skulle resten dekkes gjennom arbeidsledighetstrygd som ble samordnet med uførestønaden til maksimalt 70 % av tidligere lønn. Var rettighetene til arbeidsledighetstrygd brukt opp gjensto sosialhjelp.

En bonus/malus (bot) ordning rettet mot arbeidsgivere ble også innført. Denne ga arbeidsgiver en bonus når en ufør ble ansatt (minst ett år). Mens en bot måtte betales når en arbeidstaker ble ufør. Dette var blant de første reformene for å øke arbeidsgiveres interesse for forebygging. Ordningen ble fjernet etter få år fordi ingen brukte ordningen.

Reformene førte til en nedgang i tilgang og antall uføre i midt på 1990-tallet. I denne perioden ble det observert en lavere søkning til ordningen samt høyere avslagsprosent som reduserte tilgangen til ordningen. I tillegg var det en økning i avgangen på grunn av reaktiviseringsprogrammet (Aarts & De Jong 1996 side 66). For første gang i ordningens historie, gikk antall uføre ned i forhold til året før (1994).

4.5 Administrative reformer

Men reformene stoppet ikke med dette. Som nevnt ble selve administreringen og organiseringen av uførepolitikken nå satt på dagsorden. En parlamentarisk komite ble satt ned for å evaluere både implementerings- og styringsstrukturen. Komiteen kom med sterk kritikk av "BV-ene" som ble beskyldt for å ha misbrukt formålet med uføreordningen ved å overføre kostnadene for den industrielle omstillingen til samfunnet, og for være for passive med hensynet til tilbakeføring av uføre til arbeidsmarkedet.

Også koordinering- og tilsynsoppgavene var i hendene på arbeidsmarkedets parter og det ble derfor uttrykt behov for å skille selve administreringen av ordningen fra tilsynet med den. Det ble også annonsert at konkurranse og markedsstyring ville bli innført i administrasjonen.

Resultatet var en debatt om omorganisering av administrasjonen og implementering av administrative tiltak igjennom hele 1990-tallet. Både nye administrasjon og overordnede styringsorganer vokste frem fra de gamle. En vesentlig del av denne diskusjonen gjaldt spørsmålet om hvilke administrative forhold som kunne la seg privatisere og hva som ikke var egnet for privatisering. Debatten gjaldt blant annet hvordan man skulle organisere søknadsbehandlingen. I den første fasen var særlig private løsninger mye brukt, mens det etter hvert ble diskutert modeller som var i spekteret fra helt private - til helt offentlige. Debatten endte med en beslutning om at behandling og avgjørelse av krav måtte ivaretas av det offentlige. Departementet var i tvil om private organer ville være i stand til å avgjøre krav på en nøytral og objektiv måte. "BVene" ble først slått sammen og deretter opphevet helt i 1997. Fra 2000 ble derfor de 5 gjenværende "BVene" omgjort til en statlig organisasjon (med 30 underkontorer) med oppgave å ta seg av søknadsbehandlingen (UWV).

Som del av de administrative reformene ble den største av "BVene" slått sammen med den tidligere medisinske tjenesten. Denne ble omdannet til en helt ny helsetjeneste for arbeidslivet. Tjenesten ble privatisert og gjort uavhengig av det statlige organ som skulle behandle og avgjøre søknader om uførestønad (Hermans 2001 side 110, Beljaars & Prins 2000 side 8).

I tillegg ble det utviklet egne organisasjoner med ansvar for koordinering og overvåking (LISV og CTSV).

Den valgte løsningen med en fullstendig offentlig ordning for søknadsbehandlingen, representerte et paradigmeskifte i forhold til den første perioden på 1990-tallet som gikk langt i retning av at alt kunne privatiseres (Hermans 2001).

4.6 Nye "avgangs" – tiltak

Senere på 1990-tallet kom nok en runde med reformer. Disse var først og fremst rettet mot å lette overgangen fra uførhet til arbeid. Tiltakene gjaldt lønns subsidier til arbeidsgivere som beholdt ansatte, eller som ansatte nye med hel eller gradert uførestønad, lønns supplement til uføre (over 50 år) samt garantiregler som gjorde det mulig for uføre som tok arbeid å komme tilbake til uføreordningen innen 5 år (frysordning).

De nevnte tiltakene ble utvidet ytterligere i forbindelse med en ny lov om rehabilitering i 1998. Siktemålet var å styrke arbeidslivets parters ansvar for økt sysselsetting blant uføre. Tiltakene omfattet først og fremst dekning av utgifter til arbeidsgivere ved opplæring eller rehabiliteringstiltak i bedriften. Det ble også innført en ordning der staten skulle betale utgiftene til sykepengen når uføre ble syke. Bakgrunnen var at en økning av sysselsettingen blant uføre vil kunne øke sannsynligheten for sykefravær.

4.7 Nye reformer rettet mot arbeidsgiver

Men reformperioden var fortsatt ikke over. I tillegg til nevnte tiltak rettet mot arbeidsgivere ble det i 1998 innført ytterligere tiltak rettet mot arbeidsgiver. Innbetaling til uføreordningen skulle nå differensieres etter bedriftens/bransjens uførenivå. I tillegg kom det en ordning som gjorde det mulig for arbeidsgiver å gå ut av den lovpålagte ordningen (opting-out). Arbeidsgiver kunne betale uførestønaden selv eller forsikre seg. Etter 5 år skulle det offentlige

overta kostnadene. Hensikten var igjen å få arbeidsgivere mer interessert i forebygging av uførhet. Dvs. at privatisering ikke bare skjedde på det administrative området, men også i forhold til stønadene.

4.8. Økt fokus på arbeidsmiljøpolitikk

Parallelt med innføring av reformene på uføreområdet på 1990-tallet, ble det gradvis satt fokus på arbeidsmiljøpolitikk. Utviklingen begynte med innføring av det europeiske rammedirektiv på helse- og sikkerhetsområdet i 1989 som tok sikte på å stimulere nasjonalstatene til å skape sunnere arbeidsplasser. Dette gjaldt også Nederland. Ifølge rammedirektivet ble arbeidsgivere nødt til å gjennomføre kartlegging og risikovurdering av arbeidsplassene. Arbeidsgiverne ble fra 1984 forpliktet til å bruke "Helsetjenesten for arbeidslivet" eller ha en tjeneste selv. Denne tjenesten skulle tilby tjenester som risikovurdering, sosio-medisinsk og yrkesmessig rehabilitering av syke arbeidstakere samt ha ansvar for periodiske medisinske, psykologiske undersøkelser av arbeidstakere. Også her var siktemålet å gi arbeidsgivere større ansvar for forebygging og reintegrering ved blant annet å bruke helsetjenesten. Tjenesten skal kvalitetssikres og godkjennes av staten.

Arbeidsmiljøloven ble stegvis endret etter 1994 og en komplett ny lov ble vedtatt i 1999. Loven definerer eksplisitt de ulike partenes rolle (arbeidsgivere, arbeidstakere, Arbeidstilsyn osv), og sikter mot å forbedre sikkerheten på arbeidsplassene så vel som arbeidstakernes helse og velvære. Den sies å være unik fordi den inkluderer psyko-sosiale risiki i tillegg til de tradisjonelle områder for arbeidsmiljøpolitikk. Loven favoriserer kollektive/preventive tiltak fremfor individuelle/behandlerende tiltak og den forsøker å knytte arbeidsmiljøpolitikk sammen med trygdepolitikk. Nylig er loven supplert med avtaler mellom partene i arbeidslivet på bransjenivå, dvs. en nederlandsk intensjonsavtale. Avtalen tar sikte på å forbedre arbeidsmiljøet på områder som stress og arbeidspress, støy, tunge løft og repeterende arbeid. Avtalen er også fulgt opp med ulike virkemidler for å forebygge og redusere problemene på nevnte områder (Geurts 2000 side 89).

4.9 Har tiltakene hatt de ønskede effektene?

Nederland har nå gjennomgått en 15- års periode med reformer som har fulgt på hverandre i raskt tempo. Nye tiltak har blitt fjernet når en har skjønnet at de ikke ble brukt, som for eksempel "bonus/malus" ordningen. I stedet er mer hensiktsmessige alternativer innført.

Reformene har vært rettet mot de fleste elementene i uføreordningen. I den første delen av 1990-årene var reformene primært individrettede, med målsetting om å begrense tilgangen og styrke avgangen, samt redusere ytelsesnivået. Siktemålet syntes i stor grad å bære preg av ønske om å "revitalisere" målsettingen om at uførestønadene ikke skulle oppfattes som en varig pensjonsordning samt kostnadsreduksjon. Deretter kom en periode med administrative endringer og ulike tiltak som fokuserte på forebygging og arbeidsgivernes rolle.

Det er sannsynligvis fortsatt tidlig å vurdere effektene av alle disse endringene. Nederland har også satt i gang en rekke evalueringsprosjekter, hvorav noen allerede er ferdige. Det generelle bildet er at tiltakene har hatt liten effekt for utviklingen i antall stønadsmottakere: Antall stønadsmottakere er i ferd med å stige igjen, og Nederland ligger fortsatt høyt sammenlignet med andre land. De iverksatte tiltakene for å redusere tilgangen og øke avgangen fra ordningen synes å hatt begrenset effekt, i tillegg vil den demografiske utviklingen fremover,

bidra til å forverre situasjonen ytterligere (Occupational disability: A Dutch disease? Eiroline 1999). Foreløpige tall for oktober 2003 viser at antall uføre totalt utgjør over 980 000. Jf. tabell 4 side 20.

Evalueringen av reaktiviseringsprogrammet i perioden 1994-97 viste at 28% av dem som fikk uførestønaden revurdert, fikk lavere pensjon eller gikk helt ut av ordningen. Siktemålet med reaktiviseringen var også å få folk i arbeid. De fleste gikk imidlertid over på arbeidsledighetstrygd og ikke til arbeid. Av dem som ble revurdert som helt eller delvis i stand til å jobbe kom 22 % tilbake i arbeid. Målsettingen var 50% (Beljaars & Prins 2000 side 12).

Reformene hadde virkning på kort sikt. Antall uføre gikk ned rett etter reformene i 1993 og hevdes å være resultat av de skjerpede inngangsvilkår og av reaktiviseringsprogrammet av uføre under 50 år. Nedgangen skulle vise seg å være foreløpig.

Også virkningene av de senere reformene for å øke overgangen av uføre til arbeid er i evalueringene vurdert som beskjedne. Relativt få arbeidsgivere har tatt i bruk de ordningene som kom med den nye rehabiliteringsordningen. Ett år etter dens iverksettelse er det bare 8% av arbeidsgiverne som har tatt i bruk de tiltak ordningen tilbyr.

Regjeringen hadde som målsetting at 5% av arbeidsstyrken skulle bestå av personer med uførhet. Dette er ikke oppnådd enda. Det hevdes at sysselsettingen blant (delvis) uføre fremdeles er lav og at tiltakene for å øke overgangen til arbeid ikke har gitt de forventede resultater (Beljaars & Prins 2000 side 12).

Innføring av de nye reglene for revurdering etter henholdsvis 1 og 5 år i 1993 viste også at reaktivisering er vanskelig. De første evalueringene av programmet viste ingen klar tendens. Ved revurderingen på ettårs tidspunktet var det uføre som både gikk ned og opp i uføegrad. Tallene fra 5 års revurderingen viste at det var langt færre som da endret sin situasjon enn ved ett-års revurderingen.

Det hevdes også at få arbeidsgivere foreløpig har gått ut av den offentlige uføreordningen. Det rapporteres også om at arbeidsgiverne kjøper forsikringer for å beskytte seg mot svingninger i arbeidsgivernes innbetalinger (Beljaars & Prins 2000 side 12).

Resultatene av endringer av arbeidsmiljøloven og bruk av den nye bedriftshelsetjenesten er foreløpig også blandede. Undersøkelser viser at det er økende interesse blant arbeidsgivere til å forbedre arbeidsmiljøet (Beljaars & Prins 2000 side 13), men også at arbeidsgivere foreløpig i liten grad bruker den lovpålagte helsetjenesten for å forbedre arbeidsmiljøet.

Undersøkelser viser også at arbeidsgivere prøver å unngå ansettelse av "høy risiko arbeidstakere" med hensyn til sykdom og uførhet for å redusere risikoen for økonomisk belastning. For å stoppe siling av arbeidstakere på helsemessig grunnlag ved nyrekruttering er det innført en ny lov for å forhindre slike vurderinger i forbindelse med ansettelser.

Fra slutten av 1990-årene har det blitt mer og mer klart at virkningene av alle tiltakene har vært relativt begrensede. Tilgangen og antall uføre økte på nytt fra 1997, og antall uføre nærmer seg nå 1 million som tidligere på 1990 tallet forårsaket hete diskusjoner og statsministerens trussel om avgang. Det blir fokusert på at det har skjedd en dreining i

sammensetningen av nye uføre i 1990 – årene, med økt innslag av kvinnelige arbeidstakere og unge med psykiske problemer (Eiroline 2001/05).

Økningen forklares delvis med sterk økonomisk vekst, redusert arbeidsløshet og en økende arbeidsstyrke, blant annet økt yrkesdeltakelse blant kvinner. Men økningen i antall uføre har vært sterkere enn veksten i arbeidsstyrken og blir også sett i sammenheng med stress og økte belastninger i arbeidslivet. Studier viser også at legene synes det er vanskelig å følge opp de strengere medisinske vilkår som ble vedtatt tidligere på 1990-tallet.

Evalueringene viser at reformpolitikken i Nederland har hatt "begrenset suksess" (Beljaars & Prins 2000 side 14), og at den ikke "har gitt de virkninger i praksis som ble forutsatt av regjeringen" (Geurts, Kompier & Grundemann 2000 side 90-93). Det gis også uttrykk for at resultatene med hensyn til å øke arbeidsgivers ansvar, heller ikke synes å ha vært overbevisende og at kampen mot "den hollandske syken" må fortsette. Nederlandske forskere påpeker at reformpolitikken har blitt et *kontinuerlig fenomen* (Beljaars & Prins 2000 side 3).

4.10 Ny diskusjon og nye tiltak (Donner 1 og 2)

Manglende reduksjon i tilgang og i antall uføre har nok engang ledet til diskusjoner. Fokuset har på nytt blitt rettet mot arbeidsgiverne. Arbeidsgiverne ga uttrykk for at den nye lovgivningen hadde gjort arbeidsgivers økonomiske ansvar stort og at årsakene til sykdom og uførhet ofte lå utenfor arbeidsplassen. De var uenig i påstander om at økt arbeidspress var viktige grunner til sykdom og uførhet. Arbeidsgiverne etterlyste derfor andre tiltak som for eksempel strengere medisinske vilkår.

Myndighetene, på sin side, observerte at andelen som ble tilstått uførestønad varierte uforholdsmessig mellom ulike bransjer i næringslivet. De foreslo derfor strengere reaksjoner overfor arbeidsgivere som ikke fulgte opp sykmeldte aktivt, samt inspektører som skulle følge opp reintegreringsarbeidet i store bedrifter. Fagforeningene rettet på nytt fokus mot arbeidsmiljø og tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet (Geurts, Kompier & Grundemann 2000 side 98).

En regjeringsoppnevnt komité (Donner-komiteen) kom med nye forslag til tiltak i 1999. Forslagene tok utgangspunkt endringen i sammensetningen av nye uføre. En helt ny gruppe som kom i fokus var unge uføre uten tidligere tilknytning til arbeidslivet. Diskusjonen gjaldt særlig tiltak som kunne redusere tilgangen og på legens rolle ved vurdering av krav om uførestønad, særlig i saker begrunnet med psykiske lidelser. Særlig arbeidsgiverne mente at medisinske revurderinger burde gjøres oftere, strengere og med mer "objektive" kriterier. For å sikre større objektivitet i avgjørelsen ble det også foreslått å innføre en "second opinion" fra en annen lege, i tillegg til trygdelegen. Særlig oppmerksomhet skulle vies saker begrunnet i psykiske lidelser. Regjeringen fremmet ønske om å diskutere problemene knyttet til psykiske lidelser med partene i arbeidslivet og rehabiliteringsinstitusjonene. Blant annet ble det pekt på behov for å utvikle mer effektive forebyggings- og reintegreringstiltak overfor nevnte grupper (Geurts, Kompier & Grundemann 2000 side 95).

Den andre Donner-komiteen ble nedsatt i juni 2000. Bakgrunnen var økt press om tiltak fra partene i arbeidslivet. Komiteen kom med en enstemmig innstilling til nye reformer våren 2001 der viktige premisser for en drastisk reformering av uføreordningen var forebygging og reintegrering med sterkt fokus på både arbeidsgivers og arbeidstakers ansvar. I budsjettet for

2003 fremmet regjeringen forslaget fra Donner-komiteen. Forslaget er nå vedtatt og skal tre i kraft fra 1. januar 2004 (Trends in Social Security 2/2003).

Den nye ordningen bryter sterkt med den gamle. Søknadsbehandlingen vil resultere i 3 muligheter:

- Søkeren blir vurdert som helt og varig ufør. Helt og varig ufør er de som tilstås stønad med uføregrad mellom 80 til 100 %
- Søkeren blir vurdert som delvis ufør, dvs. uføregrad mellom 80 % og 35 %. Disse er ikke berettiget til stønad. Arbeidsgiveren kan forsikre risikoen hos privat forsikring som må akseptere den uføregrad som er satt.
- Søkeren blir vurdert som delvis ufør, dvs. med uføregrad under 35 %. Søkeren beholder sin (delvise lønn), men får ingen kompensasjon.

I de nye reglene har bare dem med uføregrad over 80 % rett til uførestønad. Det heter også uførheten skal være varig. Med varig menes at det ikke kan forventes forbedring av uførheten innen 5 år. Tanken er at de som er delvis uføre eller har en sykdom som ikke er varig, skal fortsette sitt arbeidsforhold. Arbeidsgiver skal ha ansvar for å tilrettelegge arbeidet slik at det er mulig å forsette arbeidet med en delvis uførhet, alternativt finne jobb i en annen bedrift. Personer uten jobb vil, som andre arbeidsledige, få arbeidsledighetstrygd. Det forutsettes også at den uføre skal være aktiv i sin egen reintegrering og vedkommende skal kunne ta annet passende arbeid ned til 70 % av siste lønn.

For personer med uføregrad mellom 30 og 80 %, legges det opp til at arbeidsgiver kan forsikre seg i privat forsikringsselskap som må akseptere den uføregraden som er fastsatt av de offentlige myndighetene.

De nye reglene skal gjelde for dem som blir syke etter 1. januar 2004 (Trends in Social Security 3/2003). Alle løpende tilfeller under 45 år skal revurderes etter de nye og strengere reglene. Dette tilsvarer over 200 000 personer.

Finansieringen skal i høyere grad skje igjennom staten og arbeidsgivers bidrag til WAO-ordningen reduseres noe. I tillegg er det foreslått å overføre uførhet som skyldes yrkesskade til privat forsikring samt avskaffing av premiedifferensieringen (Trends in Social Security 2/2003).

Samtidig skal den arbeidsgiverbetalte sykepengeperioden utvides fra ett til 2 år. En arbeidstaker som blir syk etter 1. januar 2004, kan søke uførestønad etter 91 uker, i stedet for 39 uker. Hvis det er behov for lengre rehabilitering kan perioden strekkes til inntil 3 år.

De nye reglene innebærer flere endringer: Systemet med revurderinger forsvinner i og med at forslaget krever at uførheten skal være varig. I tillegg kommer avskaffing av reintegreringsloven som sørget for yrkesrettet attføring av uføre. Det samme gjelder reglene for å kombinere trygd med arbeidsinntekt. Reglene innbærer også endringer i arbeidsledighetstrygden i og med at personer med en viss uførhet skal ha rett til arbeidsledighetstrygd.

De nye reglene legger opp til at en får alt eller ingen ting. Det ser ut til å være generell oppslutning om lovendringen, særlig prinsippene om at arbeidsgiver må ta større ansvar for reintegreringen. Kompensasjonsnivået i den nye varige ordningen diskuteres (fra 70 til 75% av tidligere lønn). Det påpekes at hvis nivået blir relativt høyt vil det kunne øke presset på det apparatet som avgjør søknadene, fordi stønadsnivået kan friste personer til å overdrive sin uførhet. Det tviles på at trygdelegene er i stand til å forhindre dette. Forskere hevder at ”portvoktere” som arbeider under tidspress og begrenset informasjon bidrar til liberal tildelingspraksis. Bestemmelsen av kriterier som ”varighet” er nødvendigvis en skjønsmessig vurdering. Hvordan dette skal kunne fastsettes er enda uklart, men utvikling av lister over sykdommer med prognoser, har vært diskutert. Det forventes derfor at de nye reglene ikke vil redusere antall uføre.

Det blir også pekt på at de nye reglene kan bidra til å øke antall personer som mottar arbeidsledighetstrygd. Også her er det, som nevnt, foreslått regelendringer for at delvis uføre personer skal kunne tilstås arbeidsledighetstrygd (Eiroline 2001/05). Det økonomiske rådet i Nederland (SER) har diskutert innføring av en egen ytelse for dem som ikke er fullt uføre (30-80 %), betalt av privat forsikring (C. Prinz 2003 side 153).

De nye reglene innebærer at Nederland går fra den ene ytterlighet til den andre. Fra å kompensere uførhet helt ned til 15 %, vil det nå bare være de som ikke har restarbeidsevne eller svært liten restarbeidsevne som har rett på uførestønad. Dvs. at formålet med ordningen endres, og at det gamle prinsippet om at en skal kunne arbeide ved siden av stønaden forlates. Konsekvensen er at større andel av risikoen ved uførhet faller på den (delvis) uføre og arbeidsgiverne.

Nedenfor er tall for tilgang og bestand siste 10 år mv. vist for Nederland og Norge. Samt en tabell som viser utviklingen i de 3 uføreordningene WAO,WAZ,WAJONG i Nederland de seneste år (tabell 4).

Tabell 3. Uførerater i perioden 1993-2000 i Nederland. 1)

	Nye	Uførerisiko	Antall	Uføreprøsent	Avgang
1993	104	16,5	921	13,5	96
1994	79	12,3	894	13,1	105
1995	73	11,2	860	12,4	107
1996	83	12,6	855	12,1	88
1997	88	13,2	865	11,9	79
1998	120	14,2	905	12,0	93
1999	106	14,6	923		84
2000	117		953		88
2001	118		978		92
2002	108		992		93

1) Tabellen gjør rede for arbeidstakerordningen (WAO), inkludert ordningene for selvstendige (WAZ) og fødte uføre (WAJONG)

Fra 1998 inkluderer tallene statsansatte (16 500)

Uførerisiko: Antall nye tilfeller i WAO per tusen av yrkesbefolkningen året før.

Uføreprøsent: Antall mottakere i WAO i prosent av yrkesaktiv befolkning

Avgang: Alle avsluttede tilfeller
 Alle de absolutte tallene er x 1000.
 Kilde:LISV

Tabell 4. Antall mottakere fordelt på de 3 nederlandske ordningene. 1999-2003.

År	”WAO” (Arb.stakere)	”Waz” (Selvstendige)	”Wajong” (Unge uføre)	I alt
1999	743 700	56 900	121 500	922 100
2000	768 300	56 500	127 400	952 200
2001	791 300	55 800	130 600	977 700
2002	801 500	56 200	134 300	992 000
2003 (okt.)1)	789 200	56 700	137 400	983 300

1) Foreløpige tall.

Kilde: UWV, Amsterdam, Desember 2003. UWV.nl

Tabell 5. Uførerater i perioden 1993-2000 i Norge. 1)

	Nye	Uførerisiko	Antall	Uføreprøsent	Avgang
1993	20	7,7	232	8,3	24
1994	23	9,0	234	8,3	22
1995	25	9,6	236	8,3	23
1996	25	9,4	239	8,4	22
1997	28	10,7	247	8,6	22
1998	33	12,5	258	9,1	22
1999	34	12,8	270	9,6	22
2000	30	11,5	280	9,9	20
2001	25	9,8	285	10,0	20
2002	27	10,3	292	10,2	20

1) Uførerisiko: Antall nye tilfeller per tusen av yrkesbefolkningen året før.

Uføreprøsent: Antall mottakere i prosent av yrkesaktiv befolkning

Avgang: Alle avsluttede tilfeller

Alle de absolutte tallene er x 1000

Kilde: RTV

5. Likheter og ulikheter i uføreordningen og innstrammingspolitikken i Nederland og Norge

5.1 Uføreordningene

Den nederlandske uføreordningen er ”tosporet” med en ordning for arbeidstakere (WAO) og egne ordninger for selvstendige (WAZ) og ”unge uføre (Wajong). Fra 1998 omfatter arbeidstakerordningen (WAO), også offentlige arbeidstakere.

Uføreordningene i Nederland og Norge er og fortsetter å være ganske ulike. I Nederland har uførestøtaden hatt som formål å gi inntektskompensasjon pga uførhet med siktemål om delvis eller full tilbakegang til arbeid. Ytelsen var dermed ikke betraktet som en permanent pensjon, men som en oppfølgingsytelse for dem som ikke har klart å komme i arbeid under sykepengeperioden. Den norske uførepensjonsordningen har alltid hatt et sterkere preg av å være en langtids pensjonsytelse med liten vekt på avgangen. En annen viktig forskjell har vært graderingen. I Nederland har uførestøtaden vært gradert ned til 15 %. Den norske har 50 % som nederste grense.

En annen viktig forskjell mellom Nederland og Norge er at Nederland ikke har noen rehabiliteringspengeytelse etter utløpet av sykepenger. Det er også viktig å legge merke til at det ikke er krav om at behandling/attføring skal være prøvd slik det er i den norske ordningen. Den norske ordningen har et videre omfang ved at den i tillegg til kompensasjon for tap av inntektsevne også kompenserer tap av evne til å utføre arbeid. Dvs. at både husmødre og personer som er født eller blir uføre tidlig, omfattes av samme ordning. Det er derfor mer presist å omtale den nederlandske ordningen som en uførestønad, mens den norske klarere er en pensjonsytelse. Den tidligere omtalte lovendringen som trer i kraft 1. januar 2004 medfører imidlertid at den nederlandske ordningen for dem med uførhet over 80 % får et klarere langtidspreg. I forhold til disse blir det ikke, som tidligere, lagt vekt på revurderinger og tilbakeføring til arbeid. I langt sterkere grad blir det nå lagt vekt på forebygging av uførhet igjennom tidligoppfølging i en forlenget og mer fleksibel bruk av sykepengeordningen under arbeidsgivers ansvar.

Ordningene har også fellestrekk. Begge gir kompensasjon for tap av inntektsevne med en medisinsk årsak. Legene er derfor viktige aktører i begge ordninger, men på ulik måte. I den nederlandske ordningen er behandlende lege ikke involvert i behandling av søknader i det hele tatt. Derimot har trygdeadministrasjonen egne ansatte leger. Trygdelegene i Nederland har også en mindre fremtredende rolle i og med i og med at søknaden blir avgjort av et team bestående både av lege, arbeidskonsulent og jurist. Trygdelegens oppgave har vært å beskrive funksjonsevne hos søkeren.

5.2 Likheter og ulikheter i den nederlandske og norske innstrammingspolitikken

Utviklingen i tilgang og antall uførepensjonister i Nederland og Norge på 1990-tallet viser sterke likhetstrekk ved at tilgang og antall uførepensjonister økte på nytt etter en periode med reformer på begynnelsen av 1990-tallet. I begge land er økningen i tilgang vesentlig sterkere for kvinner enn for menn.

I begge land har reduksjon av kostnadene vært viktige elementer bak reformene, men det synes likevel som om Nederland har fokusert sterkere på kostnadene ved den økte uførheten, særlig igjennom gjentatte endringer i ytelsesnivå og nye beregningsregler. Det sterke fokuset på kostnadsreduksjon må sees på bakgrunn av at ordningen ved etableringen inneholdt flere kostnadsdrivende utvidelser som egentlig ikke var tilsiktet (Cox 1993 side 170). Når de økonomiske problemene dukket opp for alvor ble det tydelig at landet hadde bevilget seg mer generøse ordninger enn det var rom for. Kostnadsreduksjon ble derfor et sentralt anliggende for politikerne.

Et fellestrekk i problemforståelsen er det økte innslaget av uføre med muskel- og skjelett lidelser og psykiske lidelser. Det kan se ut til Nederland er særlig opptatt av behandlingen av søknader begrunnet i psykiske lidelser. En høy forekomst av psykiske lidelser blir sett i sammenheng med sterke krav til intensitet og tempo i det nederlandske arbeidsliv.

Når det gjelder selve innstramningstiltakene er inntrykket at forskjellene mellom de to land er mer markert. Mens de norske innstramningstiltakene i stor grad har dreid seg om innstramninger i de medisinske vilkår og forutsetningene om at attføring skal være prøvd samt tiltak for å øke avgangen, har de nederlandske reformene bestått i en blanding av tiltak som har berørt de fleste elementene av uføreordningen. Tiltakene synes også hardere med reduksjon i ytelsesnivået og reaktivisering på bakgrunn av nye og mer restriktive regler. Også den norske uførepolitikken har utvidet handlingsfeltet de senere år med IA-avtalen, økt fokus på arbeidsgivere og hvordan det administrative apparatet fungerer (SATS). De viktigste forskjellene er beskrevet nedenfor.

5.3 Nederland – fra fokus på restarbeidsevne til forebygging

En viktig forskjell mellom Norge og Nederland er at mye av debatten og endringene i Norge har dreid seg om sykdomsbegrepet, mens den nederlandske politikken har rettet større fokus på restarbeidsevnen (inntektsevnen). Selv om begge land har gjennomført endringer i de medisinske vilkår, er det først og fremst Norge som har benyttet denne strategien igjennom flere justeringer på 1990-tallet.

Frem til 2004 har Nederland hatt en lav terskel for å få uførepensjon (15 %). Noe av begrunnelsen for fokuset på restarbeidsevnen i Nederland kan være den lave terskelen. Når denne er lav blir det ikke så sentralt å spørre om det foreligger sykdom eller om den uføre er syk nok for å ha krav på en ytelse. At målsettingen med ordningen er å oppnå delvis eller full tilbakegang til arbeidslivet, gjør det mer sentralt å fastslå hvilken uføregrad personen har og hvor mye personen kan arbeide ved siden av. I den nederlandske ordningen er det trygdelegenes og arbeidskonsulentenes oppgave å fastslå hvilke funksjoner den uføre kan utføre og hva slags arbeidsevne vedkommende har. At det var vurderingen av restinntektsevne som var det sentrale, kom også frem gjennom måten innstramningene av uføreordningene ble foretatt på i 1987. Reformen hadde som målsetting å fjerne det som ble kalt arbeidsmarkedskomponenten fra uføreordningen. Problemet var at arbeidsmarkedet gjorde det vanskelig å finne arbeid til dem som var delvis uføre og at personer med liten uførhet ble tilstått 100 % uførepensjon. Dette er nå endret i og med de nye reglene om laveste uføregrad på 80 %, og fokuset har skiftet fra restarbeidsevne til forebygging.

Det kan være grunn til å peke på at den siste lovendringen i Nederland om å innføre strengere objektive kriterier på sykdom og at uførheten skal være permanent har sterke likhetstrekk med den tidligere norske uføretrygdloven av 1960 med strenge krav til sykdommens ytringsform

og uførhetens størrelse. I denne loven måtte det foreligge alvorlige og varige objektive registrerbare symptomer på sykdom samt at laveste uføregrad var 2/3.

I Norge har vekten i større grad ligget på sykdomsvurderingene i forbindelse med tilståelse av uførepensjon. Vurderingen av restinntektsevnen har først vært sentral etter at det medisinsk er godtgjort at personene er minst 50 % ufør. Fokuset har vært å fastslå om en person er så syk at uførepensjon kan tilstås. På mange måter kan det se ut til at Nederland stilte spørsmål om hva den uføre kan gjøre på tross av sin uførhet, har Norge stilt spørsmål om hva som feiler den uføre og hva det er vedkommende ikke kan gjøre på grunn av sin uførhet.

Forskjellen skal likevel ikke overdrives. I Nederland har det også blitt stilt strengere krav til objektive funn, samt at legenes rolle på nytt er under diskusjon. I Norge har det blitt presisert at det skal legges mer vekt på vurderingen av restinntektsevne og funksjonsmuligheter.

En annen viktig forskjell er attføringskravet som ikke finnes i Nederland. I Norge har dette vært justert flere ganger, og nye endringer vil komme i 2004 (lovfesting av plikt til å vurdere yrkesrettet attføring så tidlig som mulig og senest ved utgangen av sykepengeperioden).

5.4 Avgangen – langt hardere angrepet i Nederland

Begge land har sett den lave avgangen fra ordningen som et problem. Men problemet har blitt angrepet med flere virkemidler og klart hardere i Nederland. Nederland har fokusert sterkere på at målsettingen med ordningen ikke nødvendigvis skal være en permanent ytelse, obligatorisk revurdering av den uføre to ganger samt et eget reaktiviseringsprogram. I reaktiviseringsprogrammet skjedde også revurderingen mot de nye og strengere reglene som ble innført i 1993. Selv om de over 50 år ble unntatt, innebar dette en hardere linje overfor de som hadde en ytelse. Det samme ser en i den siste reformen der alle under en viss alder skal revurderes mot de nye og strengere reglene. I Norge har reaktiviseringsprogrammet hatt et langt sterkere preg av et frivillig tilbud.

Det klart sterkere fokuset på å få folk ut av uføreordningen i Nederland må sees på bakgrunn av den tidligere liberale tildelingspolitikken og at derfor jakten på "falske uføre" ble viktig i Nederland. Den nederlandske reformen som iverksettes i 2004 innebærer imidlertid at avgangen fra ordningen ikke på samme måte vil være i fokus.

5.5 Omfattende endringer av administrasjonen

Det er også et inntrykk at Nederland tidligere fokuserte på trygdesystemet og ordningen i seg selv som årsak til stønadsutviklingen. De omfattende endringene av administrasjonen i Nederland må ses på bakgrunn av de historiske forutsetningene med en kompleks og til dels overlappende struktur. Den private organiseringen med utgangspunkt i arbeidslivets parter samt manglende innsyn for myndighetene gjorde det helt nødvendig med grunnleggende administrative endringer. Behovet for å rydde, øke innsynet og kontrollen var derfor betydelig. Samtidig tok den nye strukturen utgangspunkt i den gamle, noe som sannsynligvis resulterte i behov for gjentatte reformer før intensjonen med omorganiseringen ble oppnådd. Resultatet av de nederlandske administrative reformene er at den delen av administrasjonen som gjelder søknadsbehandlingen har blitt svært lik den norske.

I Norge har ikke selve organisering av hjelpeapparatet som årsaksfaktor bak uføretviklingen i samme grad vært har vært fremme i diskusjonen. Men ansvarsreformen i 1994 da yrkesmessig attføring ble overført til arbeidsmarkedsmyndighetene, etablering av en ny arbeidslivstjeneste samt ny diskusjon om samordning av hjelpeapparatet (SATS) viser at organisatoriske endringer, i økende grad, er viktige elementer for å begrense tilgangen.

5.6 Økt ansvar for arbeidsgiverne

Den viktigste forskjell mellom Nederland og Norge er kanskje at Nederland utviklet virkemidler som gjør arbeidsgiver mer direkte økonomisk ansvarlig for risikoen for uføret, for å styrke arbeidsgivernes interesse for å forebygge. Samtidig ser det ut til at Nederland fortsetter diskusjonen om nye tiltak rettet mot arbeidsgiverne.

Begge land har utviklet intensjonsavtaler med partene i arbeidslivet (jf. side 16). Den norske intensjonsavtalen mellom partene i arbeidslivet og staten med større fokus mot arbeidsgivere samt utvikling av en egen tjeneste rettet mot arbeidsgivere, representerer et klart brudd i forhold til tidligere.

6. Hvilke erfaringer kan trekkes av det nederlandske eksemplet ?

Formålet med denne rapporten har ikke bare vært å beskrive den nederlandske ordningen og innstramningstiltakene, men også trekke frem noen erfaringer fra den nederlandske reformpolitikken.

Nederland har blitt sett på som et land som har lyktes i kampen mot ”den hollandske syken” igjennom mange og til dels radikale tiltak. Allikevel har det vist seg vanskelig å få til varig nedgang i tilgang og antall uføre. I kjølvannet av reformene og erkjennelsen av manglende effekter på stønadsutviklingen er det særlig to forhold som har blitt diskutert: Det blir satt spørsmålsteget ved hvor hensiktsmessig reformene har vært i forhold til å begrense stønadsutviklingen og hvor radikale de nederlandske reformene egentlig er.

6.1 Utilsiktede virkninger og manglende fokus på identifisering av effektive tiltak

Prinsippet om at ”forurenser må betale” var en viktig ide bak reformene i Nederland. Intensjonen var å styrke interessen for utvikling av et forebyggende arbeidsmiljø ved overføring av kostnader for sykefravær og uførhet til arbeidsgivere.

Det nederlandske eksempelet viser imidlertid at arbeidsgivere handlet annerledes. Mange arbeidsgivere overførte kostnadene til forsikring slik at kostnadene ble mindre synlige. Undersøkelser viste at bedriftene, som resultat av overføring av ansvar og kostnader, tok helsemessige hensyn i sin rekrutteringspolitikk. Resultatet var økt utstøting/utestenging av nye grupper med helseproblemer. Bedriftenes rekrutteringspolitikk på medisinsk/helsemessig grunnlag førte igjen til iverksetting av en ny lov for å motvirke en selektiv rekrutteringspolitikk. Konsekvensen var at trygdesystemet ble mer komplisert (Klosse 2001 side 190).

Overføring av ansvar og høyere kostnader til arbeidsgivere ledet også til ny diskusjon av skillet mellom ”yrkesmessig og sosial risiko”. Arbeidsgiverne oppfattet det som urettferdig at de måtte betale for uførhet forårsaket av forhold som lå utenfor arbeidsplassen og ivret for andre typer av tiltak som for eksempel innstramninger i de medisinske vilkår. Arbeidsgiverne argumenterte også for at de ikke vil ha ansvar for sykdom/uførhet i mer enn 2-3 år (i dag inntil 5 år), hvis antallet uføre fortsatte å stige.

De nederlandske reformene har også blitt definert som ekstreme eksempler på å overføre kostnader til arbeidsgiver og til den trygdede (Kuptsch 2001 side 13). Fra internasjonalt hold har Nederland blitt kritisert for å fokusere sterkt på budsjettmessige argumenter der utgiftene til trygder stort sett har blitt oppfattet som finansielle problemer, mens en bredere ”sosio-politisk” debatt har manglet (Ploug & Kvist 1994 side 115).

De manglende virkningene på arbeidsgivernes atferd og vridning mot forebygging samt den manglende virkning på uføreutviklingen har ført til kritikk av reformpolitikken. Selv om det har vært ønske å utvikle en forebyggende strategi, har reduksjon av kostnadene for staten vært det primære. Kritikere hevder at fokuset på kostnadsreduksjon har gått på bekostning av aktivitet for å finne frem til effektive virkemidler og at det er viktig å utvikle en

sammensetning av flere tiltak som fokuserer på at folk blir selvforsørget (Hoskins 2001, Kuptsch 2001, Klosse 2001 side 179-180).

6.2 Løsninger som ligger nær de gamle blir lett prioritert

Det generelle inntrykket er at den nederlandske uføreordningen har gjennomgått radikale og omfattende endringer. De fleste elementene i ordningen er endret og det er lagt større økonomisk ansvar både på arbeidsgiver og trygdede. Innføring av private løsninger og markedsstyring både i administrasjonen og i selve stønadsordningene styrker dette bildet. I tillegg til endringer av uføreordningen, har endringer i reglene for arbeidsledighetstrygd, sykepenger og sosialhjelp ført til at innstrammningene i Nederland er karakterisert som radikale og som en "fundamental rekonstruksjon av hele det nederlandske trygdesystem".

Allikevel kan det være grunn til å spørre om den nederlandske innstrammingspolitikken er så radikal som den synes for utenforstående. Nederlandske forskere har pekt på at det er tradisjon for private løsninger og at statens rolle er ambivalent og har alltid vært det. Sett med utgangspunkt i den nederlandske historie, "er reformene mindre radikale enn det de ser ut til". Forskerne hevder at prinsippene om privatisering har kommet tilbake, men nå uten de tidligere tiders religiøse trekk (Wirdum 1998 side 102) og at kontinuitet derfor kanskje er sterkere enn bruddet med fortiden (Van der Veen 1998 side 17).

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at ansvaret (både for sykepenger og uførhet) fortsatt ligger hos staten som garanterer en obligatorisk ordning, mens det er de private partene som implementerer ordningen. Dvs. at det ikke er snakk om fullstendig privatisering. Privatiseringstiltakene betyr ikke at myndighetene gir fra seg kontroll, men er forsøk på å få kontroll. Til dette bruker myndighetene markedsløsninger (for eksempel privatisering av sykepengeordningen og muligheten til å gå ut av uførestønad).

Det blir også pekt på at reformene i den nederlandske uføreordningen har likhetstrekk med tidligere ordninger på sykepenger som inneholdt risikorelatert finansiering av ordningen og muligheten til å gå ut av ordningen (Wirdum 1998 side 102).

Som nevnt har det vært diskusjon om organisering av søknadsbehandlingen i gjennom hele 1990-tallet. Dette er en annen illustrasjon på ambivalensen mellom stat og marked i Nederland. Fra forslag om full privatisering, ble det bestemt at søknadsbehandlingen skulle foretas av en offentlig institusjon fra 2002. Med dette håpet Nederland på å få en enklere administrativ struktur og bedre kontroll med stønadsutviklingen (Hermans 2001 side 110). Uførestønadens historie (jf. 3.1) viser at det i Nederland har vært en permanent kamp om hvilken rolle de private og staten skal ha. Ofte har løsningen vært private eller halvoffentlige løsninger. Som tidligere vist tok Nederland opprinnelig utgangspunkt i den "bismarkske" uføreordningen, men uten den statlige organiseringen som kjennetegnet den tyske modellen. Dette er nå snudd helt på hodet. Den offentlige løsningen som nå er valgt blir derfor karakterisert som et paradigmeskifte i forhold til diskusjonen på 1990-tallet da alt skulle privatiseres (Hoskins 2001). Slik sett er kanskje den mest radikale reformen i Nederland nettopp valget av en offentlig ordning for søknadsbehandlingen.

Utgangspunktet for denne rapporten var at en uføreordning kan endres på mange måter. Men når endringer faktisk foretas blir det ofte tatt utgangspunkt i eksisterende ordning og reformer blir definert ut fra denne. Løsninger som er like de gamle kan derfor lett bli resultatet. De

nederlandske privatiseringstiltakene blir forståelige i lys av den nederlandske historien, som viser at det alltid har vært tradisjon for private løsninger.

Samtidig er det grunn til å peke på at tendensen til å finne frem til løsninger som ligger nær de gamle, er et generelt trekk i forbindelse med innstramningstiltak. Europeiske forskere peker på at det er vanskelig å finne eksempler på radikale tiltak og at innstramningstiltak som regel blir ”forfulgt forsiktig”. I stedet for å forsøke å finne frem til alternative tiltak, blir virkemidler som tar sikte på trimme den eksisterende strukturen som regel foretrukket (Pierson 1996 side 143-179).

Tendensen til å velge tradisjonelle løsninger fører til at det ikke "eksplorerer" tilstrekkelig i alternative tiltak og at det derfor kan være vanskelig å finne frem til virkelige effektive tiltak. I Nederland er dette viktige erfaringer i forbindelse med reformpolitikken. Til tross for iverksetting av en rekke tiltak, har en likevel fått en debatt om at arbeidet med å finne frem til de "gode" tiltakene har vært forsømt (Hoskins 2001, Kuptsch 2001, Klosse 2001).

7. Avslutning - Å snu stønadsutviklingen er problematisk

Erfaringen fra Nederland er at det er svært vanskelig å snu utviklingen i antall stønadmottakere. Til tross for en rekke tiltak over en 15 års periode, blir det fortsatt hevdet at den "hollandske syken" ikke er kurert. Som nevnt, har begge land gjennomført innstramminger i de medisinske vilkår. En måte å forstå valg av slike virkemidler på er også at legitimitetshensyn er viktige og at medisinenes funksjon er å sette grenser. På den andre siden er dette problematisk fordi uførhet alltid vil være vanskelig å definere og legene som portvakter settes til umulige oppgaver (Stone 1984). Dvs. at selve uførebegrepet kan være en årsak til at det er så vanskelig å stramme inn på en uføreordning.

Diskusjonen kan ikke bare begrenses til legens rolle. Det er like viktig å forstå selve uførebegrepets funksjon i en tid der stadig flere blir syke og uføre samtidig som det er lite som tyder på helsetilstanden har blitt verre. Både i Nederland og i Norge blir det pekt på dette paradokset. Da er det mer nærliggende å snu problemstillingen å peke på at dagens krav i arbeidslivet har gjort det vanskelig å få eller beholde arbeid med en eller annen lidelse. Uførebegrepet er en relasjonell størrelse som tar opp i seg ulike samfunnsmessige endringer og påvirkes både av endringer i arbeidsmarkedet, av medisinske forhold og holdningsmessige endringer. Innstramning i uførebegrepet vil i liten grad bidra til å begrense tilgangen av nye uføre. Ifølge dette perspektivet er det "kliniske uførebegrepet" i seg selv en viktig årsak til veksten i antall uføre i mange land og til at innstramminger uthules (Stone 1984 side 127).

Det siste endringen i Nederland, som begrenser uførestønadene til personer med en uførhet over 80 %, og som iverksettes fra 2004, er i denne sammenheng av interesse. Om denne reformen vil bidra til å redusere antall stønadmottakere, kommer til å være et spørsmål i flere år enda. Men det har allerede reist seg kritiske røster om at også denne reformen kan stå i fare for ikke å gi tilsiktet effekt (jf. side 23).

En viktig del av den nederlandske politikken har vært å legge større ansvar på arbeidsgiverne, men det har vist seg vanskelig å vri arbeidsgivernes atferd mot forebygging. Samtidig ser det ut til at denne politikken fortsetter.

Det har også kommet frem at selv om reformene i Nederland har blitt oppfattet som radikale, er reformene mindre radikale når en ser dem i sammenheng med historien, og at til tross for den omfattende reformaktiviteten, har også Nederland blitt kritisert for ikke å finne frem til virkelige effektive tiltak.

Det er samtidig grunn til å peke på at den økte uførepensjoneringen ikke er et særegent problem for Nederland og Norge, men et generelt internasjonalt problem. At mange land (Tyskland, Sveits, Italia og Danmark) nylig har gjennomført betydelige reformer i sine uføreordninger, indikerer også at generelle/internasjonale forhold ligger bak (Kuptsch & Zeitzer 2001 side 205).

Den nederlandske uføreordningen og debatten om den er ganske unik i Europa - og den er langt fra ferdig. Nederland har ikke bare satt uførepolitikk øverst på den politiske agenda, men også satt igang en rekke evalueringsprosjekter, og forskningsmiljøene er trukket inn i diskusjonen av nye tiltak. Nederland tilbyr dermed etterhvert detaljert erfaring med ulike typer av tiltak - som andre land som vurderer reformer i sin trygdepolitikk - bør dra nytte av.

Litteratur:

Aarts, Leo J.M , Burkhauser, Richard V. & De Jong, Philip R.: *Curing the Dutch Disease. An international Perspective on Disability Policy Reform*. International Studies on Social Security. Volume 1. Avebury 1996

Beljaars Pim & Prins Rienk: *Combatting a Dutch disease: Recent reforms in sickness and disability arrangements in the Netherlands*. Astri Research and Consultancy Group, Leiden, The Netherlands. November 1996

Beljaars Pim & Prins Rienk: Disability programme reforms and labour market participation in the Netherlands (1990-2000): Principles, measures and outcomes in a decade of combating high disability rates. Paper to the ISSA conference "Social security in the global village", Helsinki, 25-27 september 2000

Bragstad, Torunn: *Geografisk variasjon i tilgang av nye uførepensjonister 1980-1997 etter fylke*. Rikstrygdeverket 06/2000

Bragstad, Torunn, Kolstø, Geir & Kristoffersen, Per: *Faglig rapport fra ISSA's andre internasjonale forskerkonferanse*. Jerusalem 25-28 januar 1998. RTV, intern rapport 2/99

Bruusgaard Dag & Brage Søren: "Hva har trygd med medisin å gjøre?", i (Eds) Bay, Ann-Helen: *Virker velferdsstaten*. Høyskoleforlaget AS 2001

Cox, Robert H.: *The Development of the Dutch Welfare State*. University of Pittsburgh Press 1993

De Jong, Philip R.: *Reforming Social policy: Learning from the Dutch Experience*. Revised paper to the Swiss Society of Statistics and Economic, Fribourg 25-26 March 1999

Drøpping, Jon Anders, Hvinden, Bjørn & Oorschot, Wim van: "Reconstruction and Reorientation: Changing Disability Politics in the Netherlands and Norway". *European Journal of Social Security*, Volume 2/1, 35-68, 2000

Esping-Andersen, Gøsta: "Politics Without Class? Postindustrial Cleavages in Europe and America", in *Politics Without Class? Postindustrial Cleavages in Europe and America* (Paper). 1996 pp 1-43

Esping-Andersen, Gøsta: *The three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press 1990

Geurts Sabine , Michiel Kompier & Grundemann Robert: *Curing the Dutch disease? Sickness absence and work disability in the Netherlands*. International Social Security Association, Geneva 2000. *International Social Security Review*, Vol. 53, 4/00

Hagen, Kåre: "The Interaction of Welfare States and Labour Markets: The Institutional level" in (Ed) Jon Eivind Kolberg. *The Study of Welfare State Regimes*. M.E.Sharpe, Inc. 1992

Hatland, Aksel: *Folketrygdens fremtid*. Universitetsforlaget, Oslo 1984

Hoel, Virginia: *Sykefravær, arbeidsuførhet og arbeidsmiljø: Erfaringer med politikktutvikling i Nederland*. Upublisert rapport. Desember 1995

Hvinden Bjørn: *Attføring i uføresaker, praktisk virkemiddel eller uforpliktende symbol? I "Trygd som fortjent"* Red: Aksel Hatland. Ad Notam. Oslo 1991

Johnson Georg Espolin: *Sykdomsbegrepet i folketrygdloven*. Artikkel i Afteposten 5/9-2000

Leibfried, S. & Pierson, P: "Semisovereign Welfare States: Social Policy in a Multitiered Europe", in (Eds) Leibfried, S. & Pierson, P. *European Social Policy – Between Fragmentation and Integration*. The Brookings Institution 1995 pp 43-77

Kersbergen, Kees van: "Contemporary Christian Democracy and the Demise of the Politics of Mediation", in (Eds) Kitscelt, Herbert & Lange, Peter, Gary. *Continuity and Changes in Contemporary Capitalism*. Cambridge University Press pp1-21

Kristoffersen, Per: *Utviklingen i uførepensjonsordningen på 1990-tallet – endring i praksis?* RTV- rapport 7/99

Kjønstad, Asbjørn: *Årsaker til økning i antall uførepensjonister, om en revurdering av uførhetsbegrepet*. Det 9. Nordiske sosialforsikringsmøte, Oslo 1976. Universitetet i Oslo

Kjønstad, Asbjørn: *Norwegian Social Law*. Norwegian University Press 1987

Kuption, Christiane & Zeitzer, Ilene R: "Public Disability Programs under New Complex Pressures" in (Ed) Dalmer D. Hoskins. *Social Security at the Dawn of the 21st Century*. International social security series; v.2. ISSA. Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey. 2000

Lijphart, Arendt: *Comparative Politics and the Comparative Method*. The American Political Science Review. Vol 65 1971

Mabett Deborah: *Definitions of Disability in Europe: A comparative analysis*. A project funded by the European Commission, Employment and Social Affairs. Final Report. Brunel University UK 2002

Oorschot Wim van: *The reconstruction of the Dutch social security system 1980-2000: Retrenchment and modernization*. Tilburg University

Pierson, Paul: "The New Politics of the Welfare State", *World Politics* 48, January 1996

Pieters, Danny: *Comparative Study of the Social Security Systems of Europe*. Social Security Basic Concepts. Instituut voor Social Recht of the Katholieke Universiteit, Leuven. European Master in Social Security 2002-2003.

Ploug Niels & Kvist Jon: *Recent Trends in Cash Benefits in Europa. Social Security in Europe 4*. The Danish National Institute of Social Research. Copenhagen 1994

Prins Rienk & Theo J. Veerman: *Disability due to mental disorders in the Netherlands* Summary of an explorative study, including some cross-national figures. Astri Research and Consultancy Group, Leiden, The Netherlands. Desember 1998

Prinz Christopher: *Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people*. OECD 2003.

Seip, Anne-Lise: *Sosialhjelpsstaten blir til*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1994

Seip, Anne-Lise: *Veiene til velferdsstaten*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1994

Stendahl, Sara: *Welfare State in Transition? The case of the Swedish sickness insurance*. Paper presented at the 2nd International Research Conference on Social Security, ISSA, Jeruzalem, 25-28 January 1998

Stone Deborah: *The Disabled State*. New Hampshire 1984

Sundby Per : Legens dilemma som trygdens forvalter: Hjelper eller kontrollør

Terum Lars Inge & Trude B. Nergård: "Uførepensjon og likebehandling", i (Eds) Bay,Ann-Helen: *Virker velferdsstaten*. Høyskoleforlaget AS 2001

Van der Veen, Romke: *An organised future? A review and analysis of the reform of the Dutch welfare state 1985-1997*. Paper presented at the 2nd International Research Conference on Social Security, ISSA, Jeruzalem, 25-28 January 1998

van Wirdum, Renee: *Netherlands The Context of Change. Social Security Reform in the Netherlands*. International Social Security Association, Geneva 1998. International social Security Review, Vol. 51, 4/98

Vaage, Kjell: *Et inkluderende arbeidsliv – tilstrekkelig for å redusere talet på nye uførepensjonister? Kommentar til Sandmannutvalgets innstilling*. Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen. Særtrykk frå: Økonomisk forum, 55(1),6-9, 2001

NOU 1990:17. Uførepensjon

NOU 1977:14. Folketrygdens uførebegrep

St meld nr 39 1991-92. Attføringsmeldingen

St meld mr 50 1998-99. Utjamningsmeldinga.

NOU 2000:27. Sykefravær og uførepensjonering (Sandmann-rapporten)