

Overdruk

Mens en Onderneming

NOVEMBER 1966

Nederlands
Instituut
voor
Praeventieve
Geneeskunde



TWEEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT XXe JAARGANG — AFLEVERING 6

TNO

24591

Enkele aspecten van het stijgend ziekteverzuim (III)

door H. Philipsen *)

III. De verzuimgelegenheid, 'eigen risico' en het verzuimpatroon

In het voorafgaande heb ik getracht aannemelijk te maken, dat de soms meer dan gemiddelde stijging van het aantal ziekmeldingen bij de 'psychische ziekten', de aandoeningen van het bewegingsapparaat en de ziektevetongevallen veroorzaakt wordt door veranderingen in de verzuimnoodzaak en de opvattingen daarover. De met elkaar in overeenstemming zijnde stijgingen in de twee grootste categorieën van aandoeningen, nl. die van de ademhalingswegen en die van het spijsverteringsstelsel zou men nu kunnen beschouwen als maatstaf voor het 'normale' toenamepercentage in de jaren na 1954. Voor de drie grote leeftijdscategorieën bedraagt de toename:

Leeftijd	1955/6	1962/3	Vershil
15—24 jaar	0,69	0,79	+ 15%
25—44 jaar	0,75	0,91	+ 21%
45 jaar en ouder	0,57	0,71	+ 25%

Zoals ik al eerder vermeld heb, bedraagt de gemiddelde orde van grootte van de stijging 20 procent. Daarnaast verdient vermelding, dat in de oudere leeftijdscategorieën de ziektedrempel verhoudingsgewijs sneller lager is komen te liggen dan in de jongste. Tegengesteld aan wat wel eens verondersteld wordt, kan men hieruit de conclusie trekken, dat niet in het bijzonder de jongeren voor de stijging verantwoordelijk zijn.

De verklaring voor deze toename kan zoals gezegd gevonden worden in veranderingen in de verzuimnoodzaak, -gelegenheid en/of -behoefte. Wat de verzuimnoodzaak betreft, is het natuurlijk niet uitgesloten, dat de stijging puur een gevolg is van een algemeen maatschappelijke verlaging van de ziektedrempel, veroorzaakt door wijzigingen in het gezondheidsgedrag en niet beïnvloed door factoren, die inwerken op de verzuimgelegenheid en -behoefte. Dit zou echter een nogal speculatieve en schrale conclusie zijn. Bovendien is er cijfermateriaal, dat ook andere veronderstellingen ondersteunt. Daarom wil ik nu eerst het probleem van de verzuimgelegenheid aan de orde stellen. Bij de *verzuimgelegenheid en -mogelijkheid* gaat het om alle gewoonten, maatregelen en opvattingen, welke het financieel en maatschappelijk risico bepalen, dat de zieke loopt bij een ziekmelding. Achtereenvolgens zal ik nu in het kort aandacht besteden aan drie vraagstukken, die men grosso modo onder het hoofd verzuimgelegenheid kan laten vallen:

*) Drs. H. Philipsen, wetenschappelijk medewerker van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO.

- de controle bij ziekte en de organisatie van de gezondheidszorg;
- de conjunctuur en
- de uitkeringsvoorwaarden.

De controle bij ziekte en de organisatie van de gezondheidszorg

De twee zaken, in de kop van deze paragraaf verenigd, bestrijken vanzelfsprekend twee afzonderlijke gebieden, omdat men de controle niet gemakkelijk als een deel van de gezondheidszorg kan zien. Burger noemt de controle dan ook het koekoeksei in de sociale geneeskunde¹⁸). Toch zijn zeker organisatorisch beide gebieden verwant, al was het alleen maar omdat de in Nederland ver doorgevoerde scheiding van controle en behandeling een organisatorisch vraagstuk van de eerste orde is.

Ten aanzien van de controle stelt men zich al deceniën de vraag of de controle alleen gezien moet worden als een maatschappelijk wenselijke, medische bepaling van de arbeidsongeschiktheid, of dat de wijze van controle daarnaast een efficiënte bijdrage levert of kan leveren tot verzuimbepaling.

Op deze laatste vraag kan alleen systematisch onderzoek een antwoord geven. Dergelijk onderzoek is echter nauwelijks voorhanden. De reden hiervoor ligt gedeeltelijk in de zeer grote moeilijkheden waarvoor een onderzoeker zich op dit gebied gesteld ziet bij het maken van een opzet. Men kan controlesystemen niet met vrucht vergelijken, wanneer men niet weet te abstraheren van a) de ondernemingsstructuur, waarbinnen de ziekmelding plaatsvindt en b) de persoonlijkheid en gewoonten van de controlerend geneesheer.

Aan deze twee voorwaarden wordt zelden voldaan. De best geslaagde pogingen vindt men bij M. J. W. de Groot en J. de Groot, terwijl ook de studie van Holthuis ten aanzien van het totale probleem aandacht verdient¹⁹). Vat ik de uitkomsten van dit en ander onderzoek samen, dan kom ik tot de volgende twee stellingen.

— *Het is onwaarschijnlijk, dat de wijze van controle een remmende werking heeft op het aantal ziekmeldingen.* Ook van een scherpe eerste dagcontrole in vergelijking met andere manieren van controle staat in het geheel niet vast, dat deze mensen zou 'afschrikken' (als ik dat politonele woord mag gebruiken) om thuis te blijven²⁰). Een dergelijk effect ligt ook op theoretische gronden niet voor de hand. De man met klachten beslist veelal zelf in samenwerking met zijn familie of hij ziek wordt. Ook bij lichte aandoeningen kan de controlerende instantie de ziekmelding niet ongedaan maken, tenzij de patiënt niet thuis is, of iets van dien aard. De controlerend geneesheer kan dan vanzelfsprekend wel een bepaalde ziekte duur voorstellen.

— *Het is daarom wel zeer waarschijnlijk, dat de wijze van controle invloed heeft op de duur van de afwezigheid wegens ziekte.* In het onderzoek van

J. de Groot²¹⁾ zijn aanwijzingen te vinden voor de juistheid van de stelling, dat het tijdstip, waarop men een patiënt uitnodigt voor spreekuurbezoek, of het tijdstip waarop de arts de patiënt in een latere fase dan de eerste dagen bezoekt, duurverkortend kan werken. Veel zieken, bij Holthuis²²⁾ bijvoorbeeld 80 procent volgens de door hem geënqueteerde controle-artsen, laten het initiatief voor de werkhervatting aan de arts over. Het wordt dan begrijpelijk, dat een zo juist mogelijk gekozen tijdstip van contact met de patiënt een duurbeperking met zich mede brengt. Daarnaast is het ook mogelijk dat bij de langerdurende gevallen de samenwerking tussen controlerend, behandelend en bedrijfsarts het tijdstip van werkhervatting kan vervroegen, wanneer dat in het belang van de patiënt is²³⁾.

Dit aspect van de goede samenwerking tussen de verschillende groepen artsen voert tegelijk tot het tweede punt; dat van de organisatie van de gezondheidszorg. Bijzonder vaak wordt de stelling gehoord, dat de ontwikkeling van de medische wetenschap, en de (gelukkig) toenemende mogelijkheden voor medische consumptie door de gehele bevolking een verzuim-verhogende invloed hebben. Misschien ten overvloede noem ik enkele van de hierbij in het geding zijnde factoren.

- Meer mensen dan vroeger kunnen genezen worden van ernstige aandoeningen, maar dit kan alleen door langdurige en soms terugkerende behandelingen.
- Verwijzingen naar specialisten en de daarmee verband houdende therapeutische en diagnostische mogelijkheden nemen toe door de differentiatie binnen de gezondheidszorg, hetgeen o.a. kan leiden tot langere wachttijden.
- Vooral bij ziekenhuisopname kunnen zich lange wachttijden voordoen.
- De coördinatie tussen huisarts, specialist, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige is lang niet altijd optimaal. Dit leidt tot langere duren, in het bijzonder als de behandelende geneesheren weinig aandacht voor of inzicht hebben in de arbeids(on)geschiktheid en de mogelijkheden voor te werkstelling van de patiënten in hun concrete werksituatie.

Al deze veronderstellingen lijken plausibel. Maar wederom moet geconstateerd worden, dat over deze materie niet veel bekend is. Eén onderzoek werpt licht op de regionale verschillen in wachtdagen voor ziekenhuisopname, en de betekenis daarvan voor het ziekterisico²⁴⁾. Een andere studie, die van Van Norren²⁵⁾ laat zien hoe een goed geplande coördinatie tussen artsen onderling en tussen artsen en bedrijfsleiding mogelijkheden kan scheppen voor een snellere tewerkstelling na langdurig verzuim.

Uit deze beschouwing blijkt weer, dat aan een gebrekkige organisatie van de gezondheidszorg vermoedelijk niet zozeer een toename van het aantal mel-

dingen valt toe te schrijven als wel dat er een duur-verlengende impuls van zou kunnen uitgaan.

Het uitgangspunt van deze beschouwing is echter het zoeken van een verklaring voor de toename van het aantal meldingen. *Uit het bovenstaande kan echter met enige waarschijnlijkheid worden afgeleid, dat de toename van de meldingen te maken heeft noch met het systeem van controle, noch met de organisatie van de gezondheidszorg.*

Over het probleem van de ziekteduur moet ik echter nog een opmerking maken. In het eerste deel van deze artikelen werd duidelijk, dat over het geheel gezien de toeneming van de ziekteduur terug te voeren is op de leeftijdsfactor. Los daarvan blijft over het algemeen de gemiddelde duur gelijk of vertoont een geringe stijging. Daaruit mag men niet concluderen, dat er geen reden tot ongerustheid is. De normale ontwikkeling in het ziekteverzuim is namelijk dat een stijging van het aantal meldingen gepaard gaat met een daling van de gemiddelde duur. Met andere woorden: als de verzuimdrempel lager komt te liggen, mag verwacht worden dat er een aantal minder ernstige, kortere verzuimen zich bij de andere verzuimen voegt. Dat leidt dan noodzakelijk tot een lagere gemiddelde duur. Deze ontwikkeling treedt echter in de bestudeerde periode niet op. Dat betekent, dat er toch een trend tot duurverlenging in het verzuim aanwezig is.

Deze verscholen duurverlenging zou gezien het bovenstaande *wel* beïnvloed kunnen zijn door wijzigingen in het systeem van controle en de organisatie van de gezondheidszorg, en wel als volgt:

- *Het controle-apparaat* krijgt jaarlijks met meer verzekerden en met meer gevallen te maken. Dit kan leiden tot een grotere belasting van het daarin werkzame personeel. Een reactie daarop kan zijn aan de ene kant een zekere beperking van de activiteiten ('verslapping' lijkt mij niet de juiste term) en aan de andere kant een straffere reglementering of bureaucrativering van de handelingen. In beide gevallen zal het moeilijker zijn nog het juiste tijdstip van contact met de zieke te vinden.
- *De organisatie van de gezondheidszorg* ondergaat zoals gezegd een steeds verdere uitbouw, en er ontstaan gelukkig in vele opzichten mogelijkheden voor medische consumptie, vooral bij ernstiger aandoeningen. Het is echter niet te veel gezegd, dat de organisatie van de gezondheidszorg achter is gebleven bij de toegenomen technische en wetenschappelijke mogelijkheden, waardoor de doelmatigheid en doeltreffendheid van deze zorg lang niet altijd optimaal zullen zijn.

Het is naar mijn mening van groot belang, dat gezien de financiële, maatschappelijke en menselijke consequenties van langdurig ziekteverzuim, op dit gebied meer onderzoek wordt geëntameerd. Het rapport van de Teldersstichting besteedt daarom terecht in zijn aanbevelingen met nadruk aandacht aan deze punten²⁶).

De conjunctuur

Reeds voor 1940 zijn er publikaties, waarin men tracht een verband vast te stellen tussen de conjunctuur en de werkgelegenheid enerzijds en het ziekteverzuim anderzijds. Na de oorlog is deze relatie tussen conjunctuur en afwezigheid wegens ziekte in de aandacht gebleven.

Eerst dient vastgesteld te worden of het verband in werkelijkheid aantoonbaar is. Het antwoord hierop kan bevestigend luiden. In tijden van neergang in de economische bedrijvigheid daalt het ziekteverzuim en met name het aantal verzuimmeldingen en in tijden van opgang stijgt het verzuim weer.

Plummer en Hinkle²⁷⁾ lieten op duidelijke wijze zien, dat het verzuim bij New York Telephone Company in de periode 1923—1954 vrij precies de schommelingen van een index voor industriële activiteit volgde. Enterline²⁸⁾ toont cijfers waaruit blijkt, dat omstreeks het jaar 1956 landen met een hoog verzuim een laag werkloosheidspercentage bezitten, en omgekeerd.

Voor de Nederlandse situatie van 1950—1964 kon door Van den Bergh en Ouweland²⁹⁾ vastgesteld worden, dat er een statistisch betrouwbaar verband kan worden aangetoond tussen het ziekteverzuim en de werkloosheidscijfers. Een stijging van het percentage werklozen wordt gevolgd door een daling van het aantal verzuimmeldingen; en bij een gunstiger werkgelegenheid loopt de frekwentie van het verzuim weer op. Dit verband is het duidelijkst in de textielsector, en minder uitgesproken in de levensmiddelen- en metaalsector.

Opvallende dalingen in het verzuim treden op in 1952, het jaar van de Korea-crisis, en 1958, het jaar van de bestedingsbeperking.

Er kan weinig twijfel bestaan over het optreden van deze correlatie. Bij de verklaring ervan is echter voorzichtigheid geboden. Het verband is namelijk voor tweeërlei uitleg vatbaar.

- In de eerste plaats zijn bij volledige werkgelegenheid ook die categorieën in het produktieproces opgenomen, die bij een krimpende arbeidsmarkt snel afvloeien. Hierbij zijn onder andere de groepen die hetzij door lichamelijke of geestelijke handicaps, hetzij door 'onmaatschappelijkheid', 'arbeidslabiliteit' of hoe men het verschijnsel ook wil noemen, erkend een hoger ziekterisico bezitten.
- In de tweede plaats is het niet onwaarschijnlijk, dat in tijden van hoogconjunctuur de ziektedrempel lager komt te liggen, doordat men minder vrees heeft voor de gevolgen van de ziekmelding. Als dit juist is, moet men niet te snel kiezen voor een interpretatie in termen van 'mentaliteit', 'verantwoordelijkheidsbesef' etc. Het gaat dan om een verschuiving in een breed verspreide maatschappelijke norm omtrent de ziektedrempel, waarvan de stabilisering op een lager punt door de maatschappij weer erkend wordt. Zeker vindt deze erkenning ook plaats, omdat met reden mag

Stijgend ziekteverzuim

worden aangenomen dat medisch gezien in een aantal gevallen de ziektedrempel in tijden van laagconjunctuur te hoog ligt.

Bij de beoordeling van dit proces moet men bovendien de marginale groepen werknemers uit de eerste verklaring buiten beschouwing laten, omdat anders de kans bestaat dat men alle werknemers meet met de normen, welke men — al of niet terecht — laat gelden voor de bijzondere groepen werknemers, die bij volledige werkgelegenheid ook werkzaam zijn.

Er bestaat geen cijfermateriaal dat de relatieve waarde van deze twee verklaringen kan vaststellen. Voorlopig lijkt 't het meest waarschijnlijk dat beide een kern van waarheid bezitten, waarbij naar mijn mening de kern van de eerste verklaring (de marginale groepen) van harder materiaal lijkt te zijn. Overigens doet zich bij deze arbeidsmarktfactor nog een ander probleem voor. Tot ongeveer 1960 is gezien de fluctuaties in het werkloosheidspercentage een *directe* relatie tussen conjunctuur en verzuim aannemelijk. Na 1960 beweegt dit percentage zich echter op een zeer laag niveau, met een nog maar vrij geringe tendens tot daling. De stijging van het aantal ziekmeldingen blijft echter aanzienlijk. Dit maakt het waarschijnlijk, dat sinds 1960 de zich voortzettende verlaging van de ziektedrempel zeker niet rechtstreeks op grond van de eigenschappen van de arbeidsmarkt is te verklaren.

De uitkeringsvoorwaarden

Naast de controle en de arbeidsmarkt wordt bij beschouwingen over de verzuimgelegenheid bijna altijd de invloed van de uitkeringsvoorwaarden vermeld. De veronderstelling hierbij is, dat men zich minder snel ziek meldt, als er sprake is van 'eigen risico'. Zowel in enkele buitenlandse publikaties als in Nederlandse wordt cijfermateriaal getoond, dat inderdaad na inperking van het 'eigen risico' een toename van het aantal korter durende gevallen te zien geeft. De cijfers van Philips³⁰⁾ in 1963 leveren zelfs een zeer spectaculair beeld.

Een bezwaar van dergelijke studies is natuurlijk hun unieke karakter. Het gaat om één bedrijf op één tijdstip. Wijzigingen in het verzuimpatroon kunnen echter op vele wijzen tot stand komen. Toch vormt het geregeld voorkomen van deze bevinding een duidelijke aanwijzing voor de beperkende werking, die voor de werknemer ongunstige uitkeringsvoorwaarden hebben op het aantal verzuimmeldingen. Ongetwijfeld zijn de laatste tien jaar de uitkeringsvoorwaarden in vele bedrijven en gehele bedrijfstakken verbeterd. Dat houdt in dat de stijging van het aantal ziektemeldingen zeker beïnvloed zal zijn door de beperking van het eigen risico. Men moet zich nu echter twee vragen stellen.

— Is de toename van het aantal meldingen in de laatste jaren geheel of slechts gedeeltelijk toe te schrijven aan de uitkeringsvoorwaarden?

— Wat is het effect van de beperking van het eigen risico op het totale verzuimpercentage? Als verbetering van de uitkeringsvoorwaarden alleen leidt tot een verlaging van de verzuimdrempel, zou men kunnen verwachten dat er slechts een aantal kort durende verzuimen aan het totaal wordt toegevoegd. Het totale ziekterisico moet dan hoger worden. Daarnaast is het echter ook denkbaar, dat de mogelijkheid om vaker kort te verzuimen de kans verkleint op langdurige verzuimen — om welke reden dan ook. In dat geval zal bij afschaffing van karendagen enz. de gemiddelde duur relatief sterker dalen dan het aantal meldingen stijgt. Dan zal het totale ziektepercentage ongeveer gelijk zijn en zelfs lager kunnen liggen dan in de bedrijven met eigen risico. Een gedeeltelijk antwoord op deze vragen kan ik geven aan de hand van cijfermateriaal ontleend aan een onderzoek naar verschillen in ziekteverzuim tussen 85 Nederlandse industriële bedrijven, een onderzoek, dat in 1967 volledig in boekvorm zal worden verslagen. In deze studie is het 'eigen risico' één van de factoren. De algemene conclusie op dit punt luidt, dat wanneer andere factoren zoals de ondernemingsstructuur, de herkomst van het personeel enz. constant worden gehouden, er een zeer duidelijke, maar niet zeer hoge correlatie bestaat tussen verzuim en eigen risico.

Bedrijven, waarin de werknemers een deel van hun gederfde inkomen niet vergoed krijgen, worden gekenmerkt door minder meldingen, maar lange duren. Bedrijven, waarin de werknemers geheel gecompenseerd worden voor de ziekteperiode, kennen veel meldingen, maar korte duren. Hierbij moet ik direct aantekenen, dat het eigen risico in deze studie slechts een van de vijftien factoren is, die op de verschillen in ziekteverzuim blijken in te werken.

Hieruit kan men afleiden dat de uitkeringsvoorwaarden slechts gedeeltelijk het veranderend verzuimpatroon kunnen verklaren. Men zou dan namelijk een daling van de gemiddelde duur mogen verwachten, die zoals reeds eerder vermeld niet optreedt. De ontwikkeling in de gemiddelde duur sinds 1954 is daarom in het geheel niet begrijpelijk in het licht van deze factor alleen. De toename van de frequentie kan echter ook niet alleen door inkrimping van het eigen risico tot stand zijn gekomen.

In de eerste plaats is dit onwaarschijnlijk door het feit, dat eigen risico slechts één in een reeks factoren is. In de tweede plaats echter blijkt het dat het aantal meldingen in bedrijven, die al sinds lang geen eigen risico meer kennen en in bedrijven, die dat eind 1964 nog wel kenden, in globaal dezelfde mate stijgt. Uit de 85 bovengenoemde bedrijven zijn namelijk de bedrijven gelicht, die hetzij wel een onvoorwaardelijk eigen risico kenden in 1964, hetzij in het geheel geen eigen risico, en waarvan het ziekteverzuim vanaf 1955 bekend is. De gegevens zijn samengevat in tabel 7.

Men kan hieruit duidelijk aflezen, dat de stijging in beide typen bedrijven optreedt. De stijging van de landelijke getallen voor de verzuimmeldingen kan

Stijgend ziekteverzuim

Tabel 7: Het ziekteverzuim in 29 bedrijven, die geen, en in 12 bedrijven, die wel in 1964 een eigen risico kenden. 1955-1965.

Periode	Geen eigen risico n = 29			Wel eigen risico n = 12		
	Meldingen per man per jaar	Gemiddelde duur	Ziekte-percentage	Meldingen per man per jaar	Gemiddelde duur	Ziekte-percentage
1955/6	1,20	15,1	5,0	0,96	18,4	4,8
1958/9	1,27	14,3	5,0	1,08	19,4	5,7
1960/1	1,34	14,7	5,4	1,16	18,3	5,8
1962/3	1,42	15,5	6,0	1,28	18,6	6,5
1964/5	1,47	16,6	6,7	1,27	20,6	7,2
Vershil						
1955/6	+23%	+10%	+34%	+32%	+12%	+50%
1964/5						

daarom slechts ten dele opgetreden zijn onder invloed van de uitkeringsvoorwaarden. En de mate waarin de stijging wel het gevolg is van het eigen risico kan moeilijk vastgesteld worden, hoewel niet aan te nemen is, dat het aandeel van de risicofactor groot is. Dit lijkt daarom waarschijnlijk, omdat de stijging van de verzuimcijfers bij de bedrijven met eigen risico hoger ligt dan voor de andere groep. Dit zou kunnen komen, door het feit, dat het eigen risico mogelijk als remmende impuls minder belangrijk wordt. Met andere woorden verlies van een dag loon zou wel eens minder zwaar kunnen zijn gaan wegen. Daarnaast blijkt uit het onderzoek ook, dat de bedrijven met eigen risico gemiddeld een minder bewust personeelsbeleid voeren dan de andere groep bedrijven. Ook daarvan zou de werking zich in de vermelde stijging (50 procent tegen 34 procent) zich wel eens kunnen doen gevoelen. De tweede vraag, waarover tabel 7 uitsluitsel geeft, is de hoogte van het ziektepercentage. De misschien voor sommigen verrassende uitkomst is, dat met uitzondering van 1955/6 het ziektepercentage lager ligt in de bedrijven zonder eigen risico. *Dat wil dus zeggen, dat ook als men rekening houdt met het niet-uitgekeerde deel van het ziektepercentage, althans naar de verzekeringskosten gerekend, in dit onderzoek het bedrijf zonder eigen risico in ieder geval niet duurder uit is en misschien zelfs goedkoper.*

De consequentie van deze uitkomst is, dat in bedrijven waarin door het wegvallen van eigen risico de mogelijkheid tot vaker verzuimen aanwezig is, de gemiddelde duur ook van de langduriger en ernstiger verzuimen korter wordt. Wanneer men vaak kort kan wegblijven, duren ook de langere verzuimen minder lang. De verklaring voor dit verschijnsel staat zeker niet vast. Aan de ene kant is het denkbaar, dat een verhoogde mogelijkheid om bij minder

ernstige aandoeningen thuis te blijven, de kans verkleint op langduriger, ernstiger aandoeningen. Aan de andere kant mag het niet uitgesloten worden geacht, dat in bedrijven, waar korte afwezigheden financiële gevolgen hebben, men bewust of onbewust langer 'uitziekt' als men eenmaal tot ziekmelding is overgegaan. Vooral ten aanzien van de betekenis van de eerste verklaringsgrond zou sociaal-geneeskundig onderzoek van grote waarde kunnen zijn. Dit alles leidt tot de conclusie, dat men het probleem van het eigen risico bij ziekmelding genuanceerd moet benaderen, waarbij men gezien deze resultaten op drie punten acht moet slaan.

1. Ziekteverzuim in bedrijven zonder eigen risico is zeker niet duurder, eerder goedkoper dan in bedrijven met enig eigen risico, althans uitgedrukt in termen van het ziektepercentage. Daarnaast mag men niet vergeten, dat het aantal zeer kortdurende verzuimen in bedrijven met eigen risico groter is dan uit de statistieken blijkt. Als doorbetaling toch niet plaats vindt, blijft registratie soms achterwege.

Volgens Fortuin verklaarde de registratie van vroeger niet gemelde gevallen een deel van de stijging — zij het lang niet de gehele stijging — van het één-dagsverzuim na afschaffing van de wachtdag bij Philips³¹).

2. Eigen risico komt vooral voor bij bedrijven met een minder bewust personeelsbeleid. Uit het *totale* personeelsbeleid gezien, is het bestaan van eigen risico voor slechts enkele categorieën werknemers (bijv. alleen de uurloners) een vervelende zaak, omdat het wederzijds wantrouwen in de hand werkt. Wanneer men het probleem van eigen risico ter discussie zou willen stellen, zou het naar mijn mening alleen zinvol kunnen, als een eventueel eigen risico voor iedereen in het bedrijfsleven zou gelden.

3. Bij de consequenties van het verzuimpatroon voor de bedrijfsvoering mogen zeker niet alleen, de verzekeringskosten (het ziekterisico) de enige maatstaf vormen. Afhankelijk van het produktieproces kan een veelvuldig optreden van korte verzuimen meer of minder verstorend werken. En zeker werkt het bijna altijd meer verstorend dan het vóórkomen van zeer langdurige gevallen. Veelvuldig kort verzuim stelt hoge eisen aan het incasseringsvermogen van de organisatie, en kan in een aantal gevallen kostbaar zijn.

Anderzijds kan ook weinig frekwent, maar lang verzuim zeer hinderlijk zijn, doordat men eerder full-time vervangers nodig heeft. Een kort verzuim kan soms door improvisatie opgevangen worden; een langer niet meer. Bovendien is er reden om aan te nemen dat de positie van een bedrijf met eigen risico op de arbeidsmarkt ongunstiger is. Deze bedrijven kunnen dan slechter selecteren, en nemen misschien dan eerder hun toevlucht tot marginale groepen. In dit verband is het misschien nuttig te zeggen, dat er nog weinig *althans in publikatievorm* bekend is over het verzuim van buitenlandse arbeiders.

Stijgend ziekteverzuim

Wanneer men daarom een verantwoorde keuze wil doen voor of tegen eigen risico moet men rekening houden met het personeelsbeleid, dat men wenst te voeren, en de kenmerken van het produktieproces.

De verzuimgelegenheid

In het algemeen is uit deze beschouwingen over controle, conjunctuur en uitkeringsvoorwaarden af te leiden, dat de toename van het ziekteverzuim zeker voor een deel is terug te voeren op factoren met betrekking tot de verzuimgelegenheid.

Voor de verklaring van deze samenhangen kan men echter niet eenvoudig volstaan met een verwijzing naar 'mentaliteitsveranderingen'. Het gaat om een aantal factoren, die enerzijds gedeeltelijk zelfs tegengestelde werkingen hebben, en die anderzijds gedeeltelijk weinig met de subjectieve beleving door de werknemers te maken hebben. Dit is nog geen reden om deze ontwikkeling te verdoezelen. Wel dient men bij te nemen maatregelen de complexiteit van het verschijnsel in het oog te houden.

In onderstaand schema worden de verschillende veronderstellingen, waarvan sommige nog in geringe mate door feiten ondersteund worden, nog eens samengevat. Het gaat hierbij om de kans, dat verschuivingen in de betrokken factoren leiden tot stijgend, eventueel dalend ziekteverzuim.

	Invloed op het aantal ziekmeldingen	Invloed op de duur
De wijze van controle	Vermoedelijk geen	Waarschijnlijk duurverlengend
De organisatie van de gezondheidszorg	Vermoedelijk geen	Waarschijnlijk duurverlengend
De conjunctuur	Tot 1960 waarschijnlijk verhogend of door a) de opnemng van marginale groepen in het bedrijfsleven, of b) de beleving van de arbeidsmarkt of door c) beiden.	Vermoedelijk geen; misschien duurverkortend.
De uitkeringsvoorwaarden	Vermoedelijk verhogend	Vermoedelijk duurverkortend.

(Wordt vervolgd)

Noten

18. Voor dit punt en het gehele probleem van de verzuimgelegenheid:
J. C. E. Burger, Ziekteverzuim als bedrijfsgeneeskundig en sociaal probleem I. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 42 (1964) 463—467 p. 465—467.
19. Zie J. de Groot, o.c.
M. J. W. de Groot, 'Controlegewoonten en ziekteverzuim'. Mens en Onderneming 8 (1954) p. 332—348.
R. Holthuis, *De betekenis van de krachtens de ziekwet uitgeoefende Geneeskundige controle*. Enschede 1961.
20. o.a. M. J. W. de Groot o.c. (1954) hoewel het bij zijn bedrijven A en B mogelijk om een bijzondere situatie gaat.
21. De Groot o.c.
22. Holthuis o.c. p. 37 e.v.
23. M. J. W. de Groot o.c. (1954).
24. Stichting Sociaal Fonds Bouwnijverheid, Resultaten van een onderzoek naar de invloeden op het ziekterisico in de bouwnijverheid. Amsterdam 1960, p. 18—19.
25. C. van Norren, *Werkhervatting na langdurig ziekteverzuim*. Eindhoven 1966.
26. Ziekteverzuim, arbeidsschaarste en personeelsbeleid o.c. p. 20—21 en p. 23—24.
27. N. Plummer en L. E. Hinkle, 'Sickness Absenteeism' *A. M. A. Archives of Industrial Health* 11 (1955) p. 218—230.
28. P. E. Enterline, 'Arbeidsverzuim in een aantal Westerse landen'. Mens en Onderneming 18 (1964) 162—172.
29. H. van den Bergh en P. Ouwehand, *Conjunctuur en ziekteverzuim*. Leiden december 1965. Ongepubliceerde scriptie in het kader van de Basis cursus Sociale Geneeskunde van het NIPG te Leiden.
30. Hogerzeil, o.c. p. 83—85. G. J. Fortuin 'Sick absence before and after the abolition of waiting days', Proceedings of the second International Conference on sick absence statistics, Amsterdam 20th-23rd April 1965, p. 80—83.
31. Fortuin, o.c. p. 83.