

Internationaal vergelijkend onderzoek ziekteverzuim

Deel 1: Verzekeringstechnische en arbeidsrechtelijke aspecten
van het ziekteverzuim in West-Duitsland, België en Nederland
drs. R. Prins en S. Andriessen Amsterdam, april 1983

CIP-gegevens

Internationaal

Internationaal vergelijkend onderzoek ziekteverzuim / Stichting CCOZ. – Amsterdam: Stichting CCOZ. – (Wetenschappelijke rapporten / Stichting CCOZ).

DI. 1: Verzekeringstechnische en arbeidsrechtelijke aspecten van het ziekteverzuim in West-Duitsland, België en Nederland / R. Prins en S. Andriessen.

Met Lit.opg.

ISBN 90-6747-019-8.

SISO 367.1 UDC 658.3:349.2 (430.1+493+492).

Trefw.: ziekteverzuim; arbeidsrecht.

Copyright © 1983 R. Prins, S. Andriessen, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever, de Stichting CCOZ, die daartoe door de auteurs-rechthebbende met uitsluiting van ieder ander is gemachtigd.

Inhoud

	Blz.:
<u>Hoofdstuk 1 Inleiding</u>	1
1.1 Achtergronden en doel van dit verslag	1
1.2 Iets over de methode van onderzoek	2
1.3 Structuur van de drie case-studies	3
1.4 Voortgangsverslag administratief- statistisch onderzoek	5
<u>Hoofdstuk 2 West-Duitsland</u>	7
2.1 Geschiedenis en structuur	7
2.2 Sociale verzekering inzake gezondheidsrisico's	9
2.2.1 De wettelijk verplichte ziekteverzekering	9
2.2.2 Ongevallenverzekering	12
2.2.3 Invaliditeitsverzekering	14
2.3 Regelingen m.b.t. overige sociale risico's	16
2.3.1 Werkloosheidsverzekering	17
2.3.2 Ouderdomsverzekering	17
2.3.3 Voortijdige uittreding	18
2.4 Overige aspecten	18
2.4.1 Ontslagbescherming	18
2.4.2 Bedrijfsgezondheidszorg	19
<u>Hoofdstuk 3 België</u>	20
3.1 Inleiding: geschiedenis en structuur	20
3.2 Sociale verzekeringen inzake gezondheidsrisico's	21
3.2.1 Loondervingsregelingen bij ziekte	21
3.2.2 Invaliditeitsverzekering	24
3.2.3 Verzekering voor arbeidsongevallen	25
3.2.4 Verzekering voor beroepsziekte	26
3.3 Regelingen i.v.m. overige sociale risico's	27
3.3.1 Werkloosheidsverzekering	27
3.3.2 Rust- en overlevingspensioenverzekering	28
3.3.3 Vervroegd pensioen	28
3.4 Overige aspecten	29

3.4.1	Ontslagbescherming	29
3.4.2	Bedrijfsgezondheidszorg en veiligheid	29
3.4.3	Relaties tussen "concurrerende" stelsels	31
<u>Hoofdstuk 4 Nederland</u>		33
4.1	Geschiedenis en structuur	33
4.2	Sociale verzekering inzake gezondheidsrisico's	36
4.2.1	Ziektewet (ZW)	36
4.2.2	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO)	38
4.2.3	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW)	39
4.3	Regelingen i.v.m. overige sociale risico's	40
4.3.1	Werkloosheidsverzekering	40
4.3.2	Algemene Ouderdomswet (AOW) en overbruggingspensioen	41
4.3.3	Vervroegde uittreding: VUT-regelingen	41
4.4	Overige aspecten	42
4.4.1	Ontslagbescherming	42
4.4.2	Bedrijfsgezondheidszorg en veiligheid	42
4.4.3	Relaties tussen verschillende regelingen	44
<u>Hoofdstuk 5 Samenvatting en conclusies</u>		46
5.1	Inleiding	46
5.2	Enkele saillante overeenkomsten en verschillen	47
5.3	Consequenties voor het ziekteverzuim	50
<u>Noten</u>		54
<u>Bijlage</u>		56
<u>Literatuur</u>		62

1 Inleiding

1.1 Achtergronden en doel van dit verslag

Het Internationaal Vergelijkend Onderzoek Ziekteverzuim (IVOZ-project) beoogt een inzicht te geven in de aard, omvang en mogelijke achtergronden van verschillen in ziekteverzuim tussen Nederlandse en buitenlandse bedrijven.

Nu is een veel voorkomend probleem bij dit soort studies, dat de beschikbare cijfers niet zonder meer vergelijkbaar zijn. Meestal bestaan er belangrijke verschillen tussen landen wat betreft definities en uitvoeringsbepalingen in de sociale verzekeringen of ten aanzien van de kengetallen van personeelsgegevens die in het bedrijfsleven gebruikelijk zijn.

Ook op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn de cijfers niet direct voor een eenvoudige vergelijking te gebruiken. Desalniettemin werd in de afgelopen jaren, met name van de zijde van werkgevers, herhaaldelijk gewezen op het, ten opzichte van het buitenland, hogere Nederlandse ziekteverzuim. In mei 1982 begon de Stichting CCOZ een onderzoek, teneinde na te gaan of er belangrijke verschillen bestaan, en vast te stellen in hoeverre deze administratief-technisch dan wel materieel van aard zijn. Dit onderzoek, dat een exploratief karakter heeft, beperkt zich tot een vergelijking van gegevens uit België, West-Duitsland en Nederland. Het onderzoeksproject bestaat uit twee delen:

- 1) een bestudering en vergelijking van enkele onderdelen van de sociale verzekeringsstelsels die er op het gebied van ziekte (inclusief ongevallen en invaliditeit) in de betreffende landen bestaan. Dit fungeert hoofdzakelijk als voorstudie voor:
- 2) een administratief-statistisch onderzoek, waarbij uniform gemeten verzuimgegevens van zoveel mogelijk gelijksoortige bedrijven in de drie landen worden verzameld en geanalyseerd.

In dit rapport doen we verslag van het eerste deel van het IVOZ-project. Het eindrapport zal de resultaten van de vergelijkende statistische analyse bevatten.

Na deze inleiding wordt kort de gevolgde werkwijze van dit eerste deelonderzoek uiteengezet (par. 1.2). De daarop volgende paragrafen geven een overzicht van de opzet van de case-beschrijvingen (par. 1.3) en van de voortgang van het 2e deelproject: het vergelijkend statistisch onderzoek (par. 1.4).

Hoofdstuk 2 t/m 4 bevatten de beschrijvingen van de sociale zekerheidsstelsels in respectievelijk West-Duitsland, België en Nederland.

In hoofdstuk 5 en in de bijlage, worden de gevolgen van de regelingen en procedures die van belang zijn voor een goed begrip van het ziekteverzuimverschijnsel en voor de analyse en interpretatie van "autochtone" verzuimcijfers, samengevat.

1.2 Iets over de methode van onderzoek

Wat onder ziekteverzuim wordt verstaan, is niet voor elk land hetzelfde (1). Dit hangt onder andere af van nationale, sectorale of bedrijfsspecifieke regelingen, procedures en gewoontes die bij een verplichte ziekte- en arbeidsongeschiktheidsverzekering bestaan. Daarnaast kunnen ook de regels en gebruiken in ontslagrecht of personeelbeleid een belangrijke rol spelen bij de benadering van de ziekteverzuimproblematiek in een bepaald land.

Inzicht in deze onderwerpen is niet alleen van belang voor de communicatie met buitenlandse deskundigen of "data-leveranciers" (bedrijven, sociale verzekeringsinstanties). De bestudering van deze thema's heeft vooral ten doel een referentiekader te vormen, en daarnaast verschillen op te sporen in:

- a) de inhoud en meting van het begrip ziekteverzuim. Welke gezondheidsrisico's worden daarmee bedoeld, hoe(lang) worden ze voor de berekening meegeteld, zijn enkele van de vragen die beantwoord moeten worden voor de begripsverheldering en om cijfers uit de drie landen uniform te kunnen berekenen.
- b) de "gedragsalternatieven" die onder de verschillende stelsels bestaan. Regelingen betreffende controle, inkomensderving of ontslagbescherming, maar ook op het gebied van vroegtijdige revalidatie-activiteiten kunnen ertoe bijdragen dat bepaalde vormen van ziekteverzuim in een bepaald land minder voorkomen dan elders.

Voor een systematische verzameling van deze informatie werd een beschrijvingschema opgesteld waarin twee aandachtsvelden centraal staan. Allereerst is er het sociale zekerheidsstelsel met betrekking tot drie gezondheidsrisico's: ziekte, bedrijfsongevallen (incl. beroepsziekten) en invaliditeit. Daarnaast bespreken we regelingen en praktijken van aanverwante stelsels of beleidsterreinen. Hierbij gaat het om pensioenvoorziening, vervroegde uittreding, werkloosheidsregelingen en ontslagrecht, en tenslotte de taak en activiteiten van de bedrijfsgezondheidszorg met betrekking tot ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Financieringsaspecten van deze stelsels blijven hier buiten beschouwing. Ook zijn er in dit rapport geen kwantitatieve gegevens opgenomen. Door technische haken en ogen konden wij het beschikbare kwantitatieve materiaal nog niet onder een gemeenschappelijke noemer brengen.

Voor deze beschrijvingen werden publikaties gebruikt van sociale verzekeringsinstellingen, overheidsdiensten, internationale organisaties en wetenschappelijke onderzoekers (2). Alom was een grote bereidheid aanwezig om nationale bijzonderheden uit te leggen of hierover met de onderzoekers van gedachten te wisselen. Hiervan maakten wij met name gebruik bij de concept-versie van dit verslag, die door enkele deskundigen op juistheid en actualiteit is bekeken (3).

1.3 Structuur van de drie case-studies

Zoals reeds werd aangegeven zijn wij hier geïnteresseerd in wettelijke regelingen en in uitvoeringspraktijken teneinde na te kunnen gaan hoe deze hun weerslag hebben op de cijfers over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Deze beschrijvingen zijn beperkt tot de situatie in het bedrijfsleven: hier werkt de meerderheid der loontrekkenden (verzekerden). Bovendien worden, in het tweede deelonderzoek, uit deze sector statistische gegevens verzameld. Regelingen voor zelfstandigen of overheidspersoneel blijven hier dus buiten beschouwing.

Een tweede aspect waar we hier op moeten wijzen, is de actualiteit van de case-studies. Gelet op mogelijke veranderingen in de nationale stelsels willen wij erop wijzen, dat de situaties grotendeels naar de stand van eind 1982 beschreven zijn. Daarbij is aandacht besteed aan de regelingen, zoals die *grosso modo* van toepassing zijn. Nadere bepalingen, zoals vastgelegd in bedrijfs-(tak)CAO's worden genoemd maar zijn zeker niet uitputtend weergegeven.

De case-studies zijn uit de volgende onderdelen opgebouwd:

- a) een beknopt overzicht van de geschiedenis en tegenwoordige structuur van de relevante sociale zekerheidsstelsels in elk land. Ook zijn hierbij kort enkele actuele ontwikkelingen en discussiepunten weergegeven;
- b) de stelsels ter dekking van gezondheidsrisico's (ziekte, ongevallen en beroepsziekten, arbeidsongeschiktheid). Hiervan zijn de doelstelling, toelatingsvoorwaarden, uitkeringen en voorzieningen, en de uitvoering onderzocht;
- c) regelingen betreffende overige sociale risico's (werkloosheid, vroegtijdige uittreding, pensioen), aangezien deze de toe- of uittreding van de vorige wettelijke regelingen kunnen beïnvloeden;
- d) regelingen of activiteiten op andere terreinen, zoals revalidatie, quotering (verplicht percentage arbeidsplaatsen voor gehandicapten), bedrijfsgezondheidszorg, ontslagbescherming e.d.

In het slothoofdstuk geven we een eerste indruk van wat verschillen in aard en uitvoering van de stelsels kunnen betekenen voor een goed begrip van het ziekteverzuimverschijnsel in de bestudeerde landen. In het eindrapport zal dit beeld worden aangevuld en/of gecorrigeerd door informatie uit het administratief-statistisch onderzoek.

1.4 Voortgangsverslag administratief-statistisch onderzoek

In het administratief-statistisch onderzoek gaan wij in eerste instantie na welke administratief-technische factoren de vergelijkbaarheid van ziekteverzuimcijfers beïnvloeden. Vervolgens wordt onderzocht waarin het ziekteverzuim van Nederlandse bedrijven met dat in onze buurlanden verschilt (qua frequentie, duur etc.) als men voor deze factoren corrigeert.

In augustus 1982 zijn wij begonnen om middelgrote tot grote bedrijven in de drie landen te interesseren gegevens over het ziekteverzuim in 1980 en 1981 ter beschikking te stellen. Bij de werving werd ernaar gestreefd enkele clusters van gelijksoortige bedrijven samen te stellen.

Onder een cluster verstaan wij een groep van drie bedrijven, uit elk land één, die qua product, productieproces en bedrijfsgrootte onderling grote overeenkomst vertonen. Naast deze criteria speelden ook de kwaliteit en de uitgebreidheid van de ziekteverzuimadministratie bij de selectie een rol. Tenslotte werd van de deelnemers aan dit onderzoek een zekere belangstelling gevraagd, daar enige administratieve belasting niet te vermijden was. Zowel rechtstreekse benadering van bedrijven als contacten met multinationale ondernemingen, (universitaire) onderzoeksinstellingen en buitenlandse werkgeversorganisaties, leidden tot een aanmerkelijk aantal potentiële gegadigden. Door één (of meer) bedrijfsbezoeken zijn wij nagegaan of de organisatie bereid, geschikt en in staat was om ziekteverzuimgegevens te leveren. Van de 25 bezochte bedrijven zagen er 2 af van deelname aan het project.

Elf geïnteresseerde bedrijven moesten buiten beschouwing blijven, òf om administratieve redenen òf omdat het niet mogelijk bleek in alle drie landen een gelijksoortig bedrijf te vinden.

Eind april 1983 waren voor het onderzoek drie volledige clusters beschikbaar. Daarnaast is er 1 incompleet cluster (waarvan de Westduitse partner zich in een laat stadium terugtrok).

Vanaf december 1982 zijn wij gestart met het verzamelen van de gewenste gegevens. De meeste buitenlandse bedrijven houden een beperkte, handmatige, en financieel georiënteerde registratie bij. Hiermee moest bij de opzet van de dataverzameling rekening

worden gehouden.

Er is een uniform registratiesysteem opgezet waarmee per werknemer de verzuimgegevens met begin- en einddatum en enkele personeelsgegevens (evt. handmatig) uit de diverse bedrijfsadministraties overgenomen kunnen worden. Deze registratiewijze is een variant op het bestaande ziekteverzuimregistratiesysteem van de Stichting CCOZ. Dit heeft belangrijke voordelen voor het vergelijkende onderzoek: er kan gebruik worden gemaakt van de foutencontroles, berekeningsprogrammatuur en statistische overzichten van dit systeem.

De verzameling en verwerking van ziekteverzuimgegevens van de 11 deelnemende bedrijven is thans in volle gang. Dit blijkt een aanzienlijke organisatie en begeleiding te vergen. Eind april waren, met veel uitgebreide administratieve ondersteuning van de CCOZ ter plaatse, de verzuim- en personeelsgegevens van 7 bedrijven verzameld en verwerkt. Eén organisatie leverde de gevraagde gegevens op computertape aan.

De overige fasen in dit administratief-statistisch onderzoek zien er als volgt uit. Nadat bij de computerinvoer gesignaleerde fouten in overleg met het bedrijf zoveel mogelijk zijn hersteld, ontvangen de clusterdeelnemers een proefuitdraai over de gegevens van 1980 en 1981. Dit is een overzicht waarbij in diverse tabellen het ziekteverzuim is opgesplitst naar frequentie en duur en naar bedrijfs- en personeelskenmerken. Conform de afgesproken procedure wordt het resultaat van de vergelijkende analyse in een conceptverslag vastgelegd en aan de bedrijven toegezonden. Deze krijgen daarna de kans de resultaten en interpretatie der kwantitatieve analyses van commentaar te voorzien. De slotfase van dit deel van het project bestaat uit de publicatie van het onderzoeksrapport (sept. 1983).

Zowel van de deelrapporten als van het eindrapport zullen er Engelse en Duitse samenvattingen beschikbaar zijn.

2 West-Duitsland

2.1 Geschiedenis en structuur

In 1981 werd in West-Duitsland uitgebreid teruggeblikt op "Hundert Jahre Sozialversicherung". Op 17 november 1881 werd namelijk in de zgn. "Kaiserliche Botschaft" een wettelijk verplichte verzekering aangekondigd inzake ziekte, ongevallen, invaliditeit en ouderdom. Drie jaar eerder was het "Sozialistengesetz" afgekondigd, waarin sociaaldemocraten als rijksvijand werden afgeschilderd en waar- door ze in de illegaliteit werden gedreven. Teneinde nu rust en orde in zijn rijk te bewaren, voerde Bismarck een sociale verzekeringswetgeving in. De arbeiders, die als politiek-kritisch werden beschouwd, zouden van de ergste materiële nood verlost worden, en daardoor gelijktijdig ontdekken dat voor deze bestaans- verbetering geen revolutie nodig was.

Vrij snel werden drie verzekeringen ingevoerd: de Gesetzliche Krankenversicherung in 1883, een jaar later de Gesetzliche Unfall- versicherung en in 1889 de wet betreffende de Invaliditäts- und Altersversorgung. De uitkeringen en voorzieningen en de kring van verzekerden waren aanvankelijk beperkt. In de begintijd bedroeg het ziekgeld 50% van het basisloon (het brutoloon zonder premies en toeslagen), en werd maximaal 13 weken uitgekeerd. In de ongevallenverzekering waren de uitkeringen gunstiger en werd de juridische aansprakelijkheidsprocedure voor arbeiders afgeschaft. Voor een uitkering van de ouderdomsverzekering moest men 70 jaar oud zijn (4).

Deze sociale verzekeringswetten werden gecoördineerd door de Reichsversicherungsordnung (R.V.O.) van 9 juli 1911. Deze R.V.O. vormt sindsdien de fundamentele wet voor de Duitse sociale verze- kering. De R.V.O. is in 6 boeken onderverdeeld:

- boek 1: algemene voorschriften voor alle takken van sociale ver-
zekering
- boek 2: ziekteverzekering (uitkeringen en verstrekkingen)
- boek 3: ongevallenverzekering
- boek 4: renteverzekering voor arbeiders

boek 5: juridische betrekkingen van de risicodragers onderling en ten opzichte van andere verbondenen

boek 6: uitvoering.

Een aantal wezenlijke elementen uit de begintijd zijn na ruim 100 jaar nog steeds aanwezig:

- a) de differentiatie naar de 3 risico's, ziekte, arbeidsongevallen en invaliditeit en ouderdom (waarbij invaliditeit, in hedendaagse begrippen vertaald, als "vroegtijdige pensionering" wordt beschouwd);
- b) er bestaat geen uniforme verzekeringsplicht voor alle werknemers. Alleen arbeiders zijn wettelijk verzekerd; beambten (Angestellten) zijn tot een bepaald inkomen verplicht verzekerd. Dit, in Nederlandse ogen opmerkelijke, onderscheid berust (oorspronkelijk) op de gedachtengang dat "verschillende sociale groepen in verschillende mate in staat en bereid zijn om zelfstandig voorzorgsmaatregelen te nemen voor de toekomst" (5). (Later komen de beambten met een extra argument dat zij een aparte positie innemen, nl. tussen die van arbeider en ondernemer);
- c) de bijdragen van werkgever en staat aan de financiering;
- d) bijzondere publiekrechtelijke lichamen met zelfbestuur ("Selbstverwaltung"). Opdat de verzekerden invloed kunnen uitoefenen op besluitvorming en activiteiten, zijn in de vertegenwoordigende en uitvoerende organen werkgevers en verzekerden elk voor 50% vertegenwoordigd.

Wat betreft de ontwikkeling van het Westduitse stelsel tot het eind der 70-er jaren zullen wij kort vier aspecten noemen die in de literatuur, uitgegeven bij het honderdjarig bestaan van de sociale verzekering, herhaaldelijk werden aangetroffen. Allereerst is dat de verschuiving van het causaliteits- naar het finaliteitsbeginsel. Dat wil zeggen: de indeling van de verzekering naar risico en risicogroep vervaagt; naast het verzorgen van uitkeringen en voorzieningen ingeval het risico optreedt, worden preventie en revalidatie tot belangrijke doelstellingen in de

diverse stelsels verheven. Als tweede kan de uitbreiding van de groep verzekerden worden genoemd. Nadat uit steeds meer sectoren arbeiders onder de verplichte verzekering vallen (bijv. mijnwerkers, landarbeiders), volgt, met name in de 70-er jaren, de medeverzekering van gezinsleden en de verplichte verzekering van gehandicapten, scholieren en studenten. Een derde element van de uitbouw van de stelsels zijn de materiële verbeteringen, bijv. in hoogte en duur van de uitkeringen. Door introductie van het indexeringsmechanisme ("Dynamisierung") kan de uitkeringshoogte gelijke tred houden met de ontwikkeling van lonen of prijzen. Een laatste aspect, dat met name in overheidspublicaties (van de SPD-FDP-regering) werd genoemd, betreft het onderzoeksprogramma op het gebied van gezondheid(szorg) en humanisering van de arbeid, dat in het begin van de 70-er jaren werd opgezet. De achtergrond van dit onderzoek is inzicht in en vermindering van gezondheidsrisico's en ziekte-oorzaken in het werk te bereiken. Halverwege dat decennium komen de financieringsproblemen van het stelsel sterk in de aandacht. Met name worden de ongunstige demografische ontwikkelingen en toegenomen levensverwachting van de verzekerden gezien als problemen die het financiële draagvlak verzwakken (vooral bij de pensioenverzekeringen). Tenslotte kan men de onvoldoende harmonisatie en beheersbaarheid noemen: alternatieven voor stelsel en uitvoering zijn thans in studie.

2.2 Sociale verzekering inzake gezondheidsrisico's

2.2.1 De wettelijk verplichte ziekteverzekering

Vanaf het begin (1883) zijn in deze ziekteverzekering zowel het verstrekken van uitkeringen ingeval van loonderving door ziekte, als de vergoeding van medische behandelingskosten opgenomen. Zoals reeds vermeld geldt een verzekeringsplicht voor arbeiders en voor laagbetaalde beampten (Angestellten). In de begintijd werd na de 3e arbeidsongeschiktheidsdag een ziekgeld ("Krankengeld") uitgekeerd dat 50% van het loon bedroeg (voor maximaal 13 weken). De premie werd voor 2/3 door de verzekerde betaald; de werkgever

betaalde 1/3 deel. Weldra richtten de beambten, evenals de zelfstandigen, hun eigen ziekenfondsen op.

De uitkeringen en voorzieningen van de verplichte ziekenverzekering beslaan thans diverse terreinen. De hoofdmoot van de uitgaven wordt gevormd door de kostenvergoedingsregelingen voor medische zorg, medicijnen etc.

Daarnaast keert de Krankenkasse ziekingeld uit en zwangerschaps- en moederschaps-geld van 6 weken vóór tot 8 weken na de bevalling (uitkering = nettoloon met een maximum van DM 25,-- per dag). De meest recente uitbreiding van het takenpakket zijn maatregelen ten behoeve van vroegtijdige signalering en preventie van ziekte in 1971.

Met name in de Westduitse regelingen voor inkomensvervangning in geval van ziekte speelt het onderscheid Arbeiter - Angestellte (beambte) historisch een belangrijke rol (6). Vóór de verplichte ziekwet voor arbeiders van 1883 bestond er voor (het relatief geringe aantal) beambten al een loondoorbetaling bij ziekte die in het arbeidsrecht was geregeld. Tot aan de Tweede Wereldoorlog bleven de verschillen in rechten en materiële verzorging bestaan. Beambten ontvingen in geval van ziekte van de werkgever (minstens) de eerste 6 weken het volledige loon; arbeiders hadden na 3 wachtdagen recht op ziekingeld dat 50% van het basisloon bedroeg. Mede onder druk van de vakbonden volgden wetwijzigingen die in 1969 tot de nog steeds geldende regelingen leidden. Door het zgn. "Lohnfortzahlungsgesetz" werden toen de verschillen in rechten en procedures vrijwel geheel gelijkgetrokken.

In geval van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte is de werkgever verplicht de eerste 6 weken het loon volledig door te betalen. Alleen voor bedrijven met minder dan 20 werknemers bestaat wettelijk de mogelijkheid om zich tegen het ziekterisico te verzekeren bij de Krankenkassen. In de overige gevallen komt de loondoorbetaling direkt voor rekening van de werkgever (die zich hier niet tegen kan verzekeren). Er bestaan geen carensdagen voor deze verplichte doorbetaling.

De werknemer dient in geval van ziekte direkt zijn werkgever op de hoogte te stellen, en een medisch attest ("Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung") van de behandelende arts aan de werkgever te zenden. Procedureverschillen blijven zich hier echter voordoen. De arbeider dient

van elk ziektegeval, ongeacht de duur, zo'n verklaring in te leveren; bij de beambte geldt de medische attestplicht slechts voor ziektegevallen die langer dan 3 dagen duren. Bij enkele bedrijven wordt vanaf 1975 met een uniforme procedure geëxperimenteerd, waarbij het doktersbriefje ook voor arbeiders pas in geval van meer dan 3 dagen ziekte verplicht is. Bij diverse (grotere) bedrijven is deze gelijke behandeling inmiddels in zgn. Betriebsvereinbarungen met de ondernemingsraad blijvend ingevoerd.

Tot voor kort waren de mogelijkheden van de verzekeringsorganisatie of de werkgever om gedurende de eerste 6 weken arbeidsongeschiktheid een controle te laten uitvoeren, beperkt. Slechts bij "gegronde twijfel" kan het ziekenfonds een verzoek van de zijde van de werkgever tot het houden van een controle honoreren. Deze beoordeling van de, door de huisarts vastgestelde, arbeidsongeschiktheid wordt uitgevoerd door een onafhankelijke instantie de "vertrauensärztliche Dienst". Zeer recent is de toepassing van dit controle-onderzoek weer in de belangstelling gekomen. In het kader van het "Haushaltbegleitgesetz" werd in januari 1983 parlementair besloten om deze controlemogelijkheden te reaktiveren. Krankenkassen kunnen nu het verzoek van de werkgever niet meer zo gemakkelijk naast zich neerleggen, en dienen een controle-onderzoek te laten uitvoeren. Bovendien is in dit Haushaltstrukturgesetz ook de strafbaarheid van de arts die ten onrechte een arbeidsongeschiktheidsverklaring afgeeft, beklemtoond.

Na 6 weken volledige doorbetaling van het loon ontvangt de verzekerde ziekingeld van het ziekenfonds. Bij deze "Langzeitkranken" wordt door dit orgaan op eigen initiatief vrij spoedig een controle-onderzoek uitgevoerd; daarbij wordt de prognose van de afloop van het ziektegeval vastgesteld. De duur van de ziekte-uitkering is, bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van dezelfde ziekte-oorzaak, maximaal 78 weken (binnen een periode van 3 jaar). De hoogte van het ziekingeld is 80% van het brutoloon (belastingvrij), maar niet hoger dan het nettoloon. Dit ziekingeld wordt ook uitgekeerd in geval van ziekte van een kind tot 8 jaar (voor maximaal 5 dagen per kind per jaar), indien opvangmogelijkheden door een ander gezinslid ontbreken.

Treedt tijdens een ziekteperiode nog een andere ziekte op, dan wordt de uitkeringsduur daardoor niet verlengd. Is de verzekerde weer arbeidsgeschikt en wordt hij wegens een andere ziekte weer arbeidsongeschikt, dan heeft hij opnieuw recht op ziekingeld over 78 weken (maximaal).

Indien de verzekerde volgens medisch onderzoek als invalide te beschouwen is, dan kan de Krankenkasse hem opdragen binnen 10 weken een aanvraag om revalidatie bij het renteverzekeringsorgaan in te dienen, op straffe van intrekking van het ziekingeld. Een eventueel met terugwerkende kracht toe te kennen invaliditeitsrente wordt met het over die periode nog uitgekeerde ziekingeld verrekend.

De bijdragen voor de ziekteverzekering worden door werkgever en verzekerde elk voor de helft betaald. De hoogte van de bijdrage verschilt per Krankenkasse, aangezien de morbiditeitsrisico's niet gelijkmatig gespreid zijn.

De organisatie van de ziekenverzekering wordt in de BRD als onoverzichtelijk en versplinterd beschouwd. Er zijn ruim 1300 financieel en organisatorisch zelfstandige Krankenkassen, die regionaal (276), bedrijfsgebonden (870) of naar "beroepsstand" (183) georiënteerd zijn.

2.2.2 Ongevallenverzekering

De verplichte ongevallenverzekering van 1884 verving een aansprakelijkheidswet volgens welke een werkgever alleen aansprakelijk was voor bedrijfsongevallen die door zijn schuld plaatsvonden (hetgeen in een langdurige juridische procedure door de arbeider moest worden aangetoond). Door de nieuwe ongevallenverzekering werd de aansprakelijkheid door publiekrechtelijke organisaties (Berufsgenossenschaften) van de werkgever overgenomen.

In deze Berufsgenossenschaften sloten ondernemers uit eenzelfde bedrijfstak zich aaneen tot "een risicogemeenschap". Nadat aanvankelijk alleen bedrijfstakken met hoge risico's vertegenwoordigd waren (spoorwegen, mijnbouw, fabrieken), werd in de loop der jaren de kring van verzekerden uitgebreid tot ieder die in een dienstverband werkte (1939). In de 70-er jaren werden ook

studenten en scholieren in de verplichte verzekering opgenomen. De verzekerde risico's zijn: arbeidsongevallen, beroepsziekten (thans 51) en zgn. "Wege-Unfälle", d.w.z. ongevallen op weg van of naar het werk. Ook de doelstellingen van de wettelijke ongevallenverzekering werden uitgebreid. Het takenpakket van de Berufsgenossenschaft bestaat thans uit preventieve, curatieve en revaliderende activiteiten, namelijk:

- medische behandeling (van de gevolgen van een ongeval of beroepsziekte);
- revalidatie (herstel van arbeidsgeschiktheid voor huidige beroep, omscholing, arbeidsbemiddeling etc.);
- verstrekken van een tijdelijke uitkering. Nadat de werkgever de eerste zes weken het loon verplicht doorbetaald heeft, ontvangt de verzekerde aansluitend een zgn. "Übergangsgeld". Dit is geïndexeerd, qua hoogte gelijk aan de uitkering ingeval van ziekte en wordt betaald zolang van medische behandeling of revalidatie sprake is;
- arbeidsongeschiktheidsuitkering ("Verletztenrente") als de revalidatie niet lukt (op zijn vroegst na 13 weken arbeidsongeschiktheid).

Hiervoor is minimaal een blijvende arbeidsongeschiktheid van 20% vereist. De uitkeringshoogte is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid en van het jaarinkomen. Bij 100% arbeidsongeschiktheid bedraagt de uitkeringshoogte ca. $66\frac{2}{3}\%$ van het bruto (jaar)inkomen (belastingvrij). Ook deze Verletztenrente is geïndexeerd: ze wordt jaarlijks aangepast aan het gemiddelde van de brutolonen en salarissen van alle verzekerden in Duitsland.

- tenslotte verstrekt de ongevallenverzekering "Sterbegeld" (tegenmoetkoming in de begrafenis kosten) en pensioen aan nabestaanden.

De preventie richt zich op het voorkomen van en het beperken van de gevolgen van ongevallen en beroepsziekten. Revalidatie beoogt het herstellen van de arbeidsongeschiktheid en wederinpassing in maatschappij en beroep ("Rehabilitation"). De premie voor de ongevallenverzekering komt geheel voor rekening van de werkgever. De hoogte van de bijdrage is gedifferentieerd naar bedrijfstak en

daarbinnen vaak naar gevarenklasse. Dit laatste betekent dat aantal en ernst van de voorgekomen bedrijfsongevallen en beroepsziekten in de door de werkgever te betalen premies verdisconteerd worden. Premietoeslagen of -reduktie worden toegepast (als financiële prikkel) om preventie te stimuleren.

2.2.3 Invaliditeitsverzekering

In de inleiding werd al opgemerkt dat in de BRD de invaliditeitsverzekering deel uitmaakt van de renteverzekering ("Rentenversicherung"), waarin de uitkering bij invaliditeit, ouderdom en bij overlijden aan nagelaten betrekkingen is geregeld. Een uitzondering is invaliditeit ten gevolge van een ongeval of beroepsziekte: hier komen revalidatie en uitkeringen, zoals we hebben gezien, in eerste instantie voor rekening en verantwoording van de ongevallenverzekering. De eventuele rente uit de renteverzekering vervalt, voorzover deze, samen met de ongevalsrente, 80% van het jaarloon waarnaar de ongevalsrente is berekend, en tevens 80% van de persoonlijke berekeningsgrondslag, overtreft.

De verplichte invaliditeitsverzekering voor arbeiders uit 1889 werd in 1912 uitgebreid met een (aparte) verplichte verzekering voor beambten. Ook hier deden zich vanaf het begin verschillen voor: het minimaal noodzakelijke arbeidsongeschiktheidspercentage was 50% voor beambten, doch $66\frac{2}{3}$ % voor arbeiders. De zgn. Rente-reform van 1957 bracht twee belangrijke veranderingen:

- a) de "dynamische Rente", waarbij de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en ouderdomspensioenen welvaartsvast werden (periodieke aanpassing aan de ontwikkeling van het loonpeil);
- b) uitbreiding van revalidatiemaatregelen.

Vanaf 1975 doen zich financiële tekorten voor in de invaliditeits- en ouderdomsverzekering. Vereveningsregelingen (met ziekenfondsen), afname van de overheidsbijdragen, uitstel van jaarlijkse aanpassing van de uitkeringen en premiestijgingen zijn de instrumenten waarmee sindsdien getracht wordt de financiële problemen te bestrijden. Ingaande 1-7-1983 wordt een eigen deelname van de verzekerde in de premiekosten voor de ziekenfondsverzekering voor

rentetrekkers ingevoerd.

In de invaliditeitsverzekering geldt het beginsel "Rehabilitation vor Rente". Maatregelen tot behoud of herstel van de arbeidsgeschiktheid hebben prioriteit. Indien dit door de aard van de handicap niet lukt, komt het verstrekken van een uitkering voor het levensonderhoud van de verzekerde en/of familie aan de orde. De uitkeringen en voorzieningen van deze sociale verzekering weerspiegelen deze prioriteiten. Een belangrijk deel van het budget wordt besteed aan "Rehabilitation", d.w.z. medische, scholings- en arbeidsbemiddelingsmaatregelen ten behoeve van duurzame re-integratie in werk en maatschappij (en: om het te vroeg betalen van een uitkering te vermijden).

Ter ondersteuning van dit streven naar revalidatie bestaat er reeds enkele decennia een quoteringsregeling waarbij thans 6% van de arbeidsplaatsen wettelijk verplicht door een "Schwerbehinderte" bezet moet worden (in bedrijven met meer dan 16 arbeidsplaatsen). Over de resultaten van deze regeling is men van verschillende kanten sceptisch gestemd. Mede door de voorrechten van gehandicapten (extra vakantiedagen, ontslagbescherming) geven veel werkgevers er de voorkeur aan de (vaste) boete te betalen bij niet naleving (d.w.z. DM 100,-- per maand per niet bezette gehandicapten-arbeidsplaats). Toch wordt gemiddeld 5,5% van de arbeidsplaatsen werkelijk door gehandicapten bezet. Hierbij inbegrepen is een overbezetting van het aantal arbeidsplaatsen voor gehandicapten in de metaal- en mijnbouwsector, zodat het percentage in andere bedrijfstakken een stuk lager zal liggen.

De hoofdmoot der uitgaven betreft de invaliditeits- en ouderdoms-uitkeringen. In de BRD kent men twee categorieën van arbeidsongeschiktheid, nl.:

- a) Berufsunfähigkeit (beroepsinvaliditeit); als "berufs-unfähig" wordt beschouwd de verzekerde waarvan de arbeidsgeschiktheid ten gevolge van ziekte of andere gebreken of zwakte van de lichamelijke of geestelijke vermogens is gedaald tot minder dan de helft van die van een lichamenlijk en geestelijk gezonde verzekerde met overeenkomstige scholing en gelijkwaar-

dige capaciteiten;

- b) van Erwerbsunfähigkeit (algemene invaliditeit) is sprake als de verzekerde ingevolge van ziekte of andere gebreken of zwakte van zijn lichamelijke of geestelijke krachten niet binnen afzienbare tijd met zekere regelmaat een functie kan uitoefenen of niet meer dan slechts geringe inkomsten door arbeid kan verkrijgen.

Behalve deze twee categorieën invaliditeit (minimaal 50% resp. 100% arbeidsongeschiktheid) kent men in de ongevallenverzekering nog de "Verletztenrente", waarbij de arbeidsongeschiktheid minstens 20% moet zijn verminderd.

De minimaal vereiste verzekeringsduur om recht op deze uitkering te verkrijgen, is zowel voor arbeiders als beampten 5 jaar. De aanvraag voor een invaliditeitsuitkering wordt door de huisarts ingediend. De "Vertrauensarzt" van de verzekeringsorganisatie toetst dit verzoek door middel van een medisch onderzoek, waarbij ook de arbeidsmarktsituatie wordt meegewogen. Indien de aanvraag wordt erkend en aan de vereiste wachttijd is voldaan, ontstaat recht op uitkering.

De hoogte der uitkering is in beide invaliditeitsklassen afhankelijk van het aantal verzekerde jaren, het algemene basisloon (het gemiddelde arbeidsloon van alle verzekerden), en de verhouding van het brutoloon van de verzekerde tot het algemeen basisloon, in elk der verzekeringsjaren (persoonlijke berekeningsgrondslag).

2.3 Regelingen met betrekking tot overige sociale risico's

Hoewel met name de ziekte-, ongeval- en invaliditeitsverzekering voor deze studie van belang is, kan niet voorbij worden gegaan aan de wettelijke bescherming tegen de gevolgen van andere risico's. Zowel de toetreding tot als de duur van het beroep op een sociale verzekering kan mede bepaald worden door de toegankelijkheid van andere regelingen of voorzieningen.

2.3.1 Werkloosheidsverzekering

In de BRD wordt in het kader van de wettelijk verplichte werkloosheidsverzekering de volgende ondersteuning in het levensonderhoud gegeven:

- a) bij werktijdverkorting ontvangt men per uitgevallen uur "Kurzarbeitergeld", dat 68% van het nettoloon bedraagt en voor maximaal 6 maanden wordt uitgekeerd;
- b) het "Arbeitlosengeld" uit de Werkloosheidsverzekering bedraagt ca. 68% van het laatste nettoloon. De duur van de uitkering, die afhangt van het aantal dagen waarop verzekeringsplichtige arbeid werd verricht in de voorafgaande 3 jaren, varieert van 78 dagen tot 1 jaar;
- c) na afloop van of bij weigering van de voorgaande regeling bestaat het recht op een uitkering in het kader van de werkloosheidsbijstand ("Arbeitslosenhilfe"). Dit is een op het loon georiënteerde bijstandsregeling, met een uitkeringshoogte van maximaal 58% van het nettoloon.

2.3.2 Ouderdomsverzekering

Aanvullend op hetgeen bij de invaliditeitsverzekering (par. 2.2.3) al werd gezegd, kunnen nog de volgende bijzonderheden worden vermeld.

In 1957 werd het verzorgingsniveau opgetrokken en welvaartsvast gemaakt door de indexering van de uitkeringen ("dynamische Rente"), waardoor deze overeenkomstig de loonontwikkeling automatisch werden aangepast. In de 70-er jaren werd de uit 1961 daterende starre leeftijdsgrens (65 jaar) vervangen door een flexibele. Mits men 35 jaar verzekerd was, werd de flexibele leeftijdsgrens 63, terwijl deze later voor arbeidsongeschikten en werklozen werd vervroegd naar 60 jaar (1980). De hoogte van de ouderdomsuitkering is afhankelijk van:

- het inkomen uit arbeid gedurende de gehele actieve periode;
- verzekeringsduur en hoogte van de betaalde bijdragen.

Het equivalentiebeginsel is duidelijk herkenbaar. Het pensioen bedraagt, bij een gemiddeld inkomen in alle verzekeringsjaren

(en na 40 verzekeringsjaren) ca. 65% van het netto-inkomen van een vergelijkbare werkzame persoon.

In verband met de financieringsproblemen werd sinds 1978 de automatische indexering buiten werking gesteld en volgde in 1983 de invoering van een eigen bijdrage in de ziekteverzekering.

Dit overzicht zou onvolledig zijn zonder vermelding van het feit dat voor ca. 65% van de werknemers aanvullende pensioenvoorziening bestaat door in CAO's vastgelegde regelingen of door middel van bedrijfspensioenfondsen.

2.3.3 Voortijdige uittreding

Met name in grote bedrijven komen sinds enkele jaren regelingen voor vervroegde uittreding tot stand, meestal uitgevoerd in het kader van een "Sozialplan". Hierbij ontvangen ontslagen 59-jarigen tot aan hun pensioen, dat voor werklozen op hun 60e levensjaar begint, van de werkgever een aanvulling van de werkloosheidsuitkering tot het niveau van het pensioen.

2.4 Overige aspecten

2.4.1 Ontslagbescherming

In West-Duitsland bestaat ingeval van eenzijdige opzegging van het dienstverband door de werkgever alleen een bijzondere bescherming voor oudere werknemers. Dat wil zeggen naarmate het dienstverband langer is, neemt ook de opzegtermijn toe. Personen die jonger zijn dan 19 jaar, korter dan 7 maanden in dienst zijn of die in bedrijven met minder dan 5 personeelsleden werken, kunnen met inachtneming van de ontslagtermijn zonder beperking ontslagen worden. Alle andere categorieën personeelsleden kunnen ontslagen worden tenzij:

- a) dit ontslag "sozialungerechtfertigt" is. Dat wil zeggen als de redenen van het ontslag niet gelegen zijn in de persoon of het gedrag van de werknemer (bijv.: gering prestatievermogen of onbetrouwbaarheid van de werknemer), of in dringender bedrijfsomstandigheden; en bovendien tenzij

b) de "Betriebsrat" (werknemersvertegenwoordiging) op bovenstaande gronden bezwaar heeft aangetekend; er vervangende werkgelegenheid bestaat, en omscholing of bijscholing in billijkheid "verlangd" kan worden (lett.: "zumutbar ist").

In geval van ontslag kan de werknemer hiertegen binnen 3 weken in beroep gaan bij het Arbeitsgericht. In sommige publikaties van vakbondszijde wordt opgemerkt dat de juridische weg meestal weinig effectief is. Dergelijke processen zouden in de praktijk meestal over de hoogte van de afkoopsom gevoerd worden, aangezien het verlies van de arbeidsplaats zeer waarschijnlijk is (5).

2.4.2 Bedrijfsgezondheidszorg

Volgens het "Arbeitssicherheitsgesetz" (Veiligheidswet) van 1973 heeft de bedrijfsarts of bedrijfsgeneeskundige dienst de volgende taken:

- adviseren bij ontwerp, inrichting en onderhoud van bedrijfsgebouwen, bij invoering van arbeidsprocessen, bij arbeidsfysiologische, -psychologische en ergonomische vraagstukken, inrichting van de werkplek, reïntegratie van minder validen, etc.;
- arbeidsgeneeskundig onderzoek van de werknemers;
- toezicht uitoefenen op de veiligheid en ongevallenpreventie;
- stimuleren van veilig en gezond gedrag, voorlichting en scholing van para-medisch personeel.

Uitdrukkelijk wordt in de wet vermeld dat het "niet tot de taak van de bedrijfsarts behoort, ziekmeldingen van werknemers op hun rechtmatigheid te toetsen" (7).

3 België

3.1 Inleiding: geschiedenis en structuur

In de geschiedenis van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering spelen de zogenaamde "mutualiteiten" (ziekenfondsen) een grote rol. Deze fondsen, die ziektekosten en loonderving opvingen (voortgekomen uit particulier initiatief), zijn een voortzetting van de sinds de Middeleeuwen bestaande gildfondsen voor onderlinge bijstand. In de tweede helft van de 19e eeuw ontwierp de regering een stelsel ter erkenning van mutualiteiten. In de loop der jaren werd het voor de fondsen steeds gunstiger om erkenning aan te vragen, omdat er nogal wat financiële voordelen aan verbonden waren. Zo verplichtte de Staat zich in 1912 financiële hulp te verlenen aan mutualiteiten met een invaliditeitsfonds.

In de eerste twee decennia van deze eeuw verenigden de fondsen zich in vijf landsbonden. Wanneer in 1945 de verplichte ziekteverzekering wordt ingevoerd, zijn het deze landsbonden waarop een beroep gedaan wordt om uitvoering te geven aan de verzekering. De ziekteverzekering was in eerste instantie alleen van toepassing op werknemers in loondienst en bestond uit een loondervingsregeling en vergoeding van ziektekosten. De verplichte ziektekostenverzekering werd in de loop der tijd uitgebreid tot de gehele bevolking. De uitkeringsverzekering kende een minder rigoreuze uitbreiding, hoewel de loondervingsverzekering bij ziekte en invaliditeit sinds 1971 ook op zelfstandigen van toepassing is, zij het met een carenstijd van aanvankelijk zes, later drie maanden. Evenals in veel andere landen is de arbeidsongevallen- en beroepsziektenwetgeving in België ouder dan de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De eerste arbeidsongevallenwet dateert van 1903. De werknemer kreeg bij een ongeval een uitkering van 50% van het loon, indien hij het ongeval niet opzettelijk veroorzaakt had. De wet werd herhaaldelijk gewijzigd en uitgebreid, tot de werkgevers in 1971 wettelijk verplicht werden een ongevallenverzekering af te sluiten voor hun werknemers.

De eerste beroepsziektenwet stamt van 1927 en kende in de loop der jaren verschillende uitbreidingen. In de 60-er jaren

kreeg preventie in de wet een grotere rol.

Een van de belangrijkste uitbreidingen van de Belgische sociale wetgeving van de laatste tijd is de wet die het recht op een bestaansminimum regelt. Deze in 1974 ingevoerde wet maakte een eind aan de situatie dat personen zonder inkomen aangewezen waren op liefdadigheid. Dit recht op een bestaansminimum kan afgedwongen worden voor de arbeidsrechtbank.

Voor de uitvoering van de sociale zekerheidswetten bestaat ook in België een groot aantal organen. Versnippering en ondoorzichtigheid worden ook hier als probleem ervaren. De uitvoering kan zowel in handen liggen van sociale verzekeringsorganen, als van particuliere ziekenfondsen (mutualiteiten), particuliere profit verzekeringsorganisaties (ongevallen), en vakbonden (werkloosheidsuitkering).

3.2 Sociale verzekeringen inzake gezondheidsrisico's

3.2.1 Loondervingsregelingen bij ziekte

Sinds 1945 bestaat er voor werknemers een verplichte ziekteverzekering, die deel uitmaakt van een gecombineerde ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze ziekte- en invaliditeitsverzekering vergoedt de ziektekosten (medische behandeling, medicijnen, e.d.) en verstrekt uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid (t.g.v. ziekte, moederschap of invaliditeit). Ook kan in geval van overlijden aan de nabestaanden een uitkering voor begrafeniskosten uitgekeerd worden.

Om verzekerd te zijn tegen de gevolgen van ziekte en invaliditeit dient een werknemer zich zelf aan te sluiten bij een ziekenfonds (mutualiteit) of bij de "Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering". Men is dus niet naar personeelscategorie (arbeider/beambte), bedrijfstak of per onderneming verzekerd, maar individueel bij één der vijf landsbonden van mutualiteiten of bij de Hulpkas. De premie wordt, net als alle andere sociale premies, door de werkgever ingehouden en afgedragen aan de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ). De gelden die voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemd zijn, draagt de RSZ over aan de

RIZIV (Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), dat de distributie over de ziekenfondsen verzorgt.

Evenals in de BRD waren er ook in België verschillen in regelingen en premies (risico's) voor arbeiders (zij die een weekloon ontvangen) en beampten ("bedienden", d.w.z. zij die een maandloon ontvangen). Tot voor kort betaalden arbeiders een iets hogere premie voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Vanaf begin 1983 bedraagt de premie voor beide categorieën werknemers 1,15%. De werkgever betaalt een premie van 2,20%. Komt de betaalde premie niet boven een minimumbedrag, dan moet de verzekerde een aanvullende premie betalen om aanspraak te kunnen maken op uitkeringen en voorzieningen. Om recht op een uitkering en vergoeding van ziektekosten te verkrijgen, dient de werknemer tenminste 120 dagen te hebben gewerkt (binnen een periode van 6 maanden). Het ziekgeld bedraagt 60% van het brutoloon, met een maximum van Bfrs 66.000/maand (per 1.7.1982), het zogenaamde begrensde loon. Ziekgeld wordt uitgekeerd gedurende maximaal 1 jaar. Er bestaat één carensdag, deze vervalt echter wanneer de arbeidsongeschiktheid tenminste 14 dagen duurt. Het recht op ziekgeld gaat in wanneer de periode van doorbetaling van loon door de werkgever is verstreken. In België bestaat nl. evenals in West-Duitsland een eigen risico voor de werkgever: deze is arbeidsrechtelijk verplicht een aantal dagen het loon volledig door te betalen aan de zieke werknemer. Voor arbeiders gaat het om het "gewaARBORGd week- en maandloon voor arbeiders", en in het geval van bedienden om het "gewaARBORGde maandloon voor bedienden".

Voor arbeiders geldt dat, wanneer de arbeidsongeschiktheid wegens ziekte tenminste 14 dagen duurt, de werkgever gedurende de eerste 7 ziektedagen het normale loon (over de arbeidsdagen) gewoon moet doorbetalen (gewaARBORGd weekloon). Duurt het ziektegeval korter, dan volgt doorbetaling na 1 dag eigen risico voor rekening van de werknemer. Ingevolge het gewaARBORGde maandloon voor arbeiders bestaat recht op een (aanvullende) uitkering, die zich uitstrekt over 23 kalenderdagen, aanvangende op het einde van de door het gewaARBORGde weekloon gedekte periode. Deze vergoeding wordt door de werkgever verstrekt ter aanvulling van het ziekgeld, waarvoor door een inkomenspeil van ca. 90% van het bruto inkomen wordt

bereikt. Na deze maand wordt ingeval van arbeidsongeschiktheid door ziekte uitsluitend nog ziekengeld ontvangen.

De regeling voor het gewaarborgde maandloon voor bedienden (beambten) voorziet in doorbetaling van het loon over de eerste 30 dagen van de arbeidsongeschiktheid. Een bediende die op proefkontrakt of korter dan 3 maanden in dienst is, heeft overeenkomstige rechten als volgens het gewaarborgd week- en maandloon voor arbeiders.

Voor het verkrijgen van het recht op het gewaarborgd week- of maandloon bestaat een wachttijd van 1 maand.

Naast deze landelijke loondervingsregelingen kennen bedrijven en bedrijfstakken vaak nog aanvullende uitkeringen bij ziekte of invaliditeit.

Toen het gewaarborgd week- en maandloon werd ingevoerd, kreeg de werkgever het recht de arbeidsongeschiktheid van de werknemer in deze periode te laten controleren. Dit heeft tot gevolg dat de werknemer ingeval van ziekte (korter dan 30 dagen) op een van de volgende vier manieren kan worden gecontroleerd:

- a) de werkgever vraagt af en toe een (huis)arts controles uit te voeren;
- b) het bedrijf heeft een eigen controledienst, die nooit dezelfde mag zijn als de bedrijfsgeneeskundige dienst;
- c) de werkgever maakt gebruik van de diensten van een commercieel controlebureau;
- d) de werkgever heeft een verzekering gesloten voor het gewaarborgde week- en maandloon. De verzekeringsmaatschappij heeft daarmee het recht op controle verkregen.

Ook doet de situatie zich voor dat de werkgever nooit controle laat uitvoeren. De werknemer die recht heeft op gewaarborgd week- of maandloon heeft in geval van ziekte de volgende verplichtingen: hij meldt zich telefonisch of mondeling via iemand anders ziek (binnen 24 uur). De verplichting om aan de werkgever een geneeskundige verklaring te verstrekken bestaat alleen wanneer dit in CAO of arbeidsreglement is voorzien (meestal binnen twee dagen te verzenden of af te geven), of indien de werkgever er om vraagt. Verzuimt de werknemer zijn ziekte te melden of dit medisch attest te bezorgen, dan kan hem het gewaarborgd loon onthouden worden.

Bij herhaling is dit een grond voor ontslag. Dit medisch attest van de behandelende arts (meestal huisarts) bestaat uit een diagnose en prognose (van de vermoedelijke arbeidsongeschiktheidsduur). De controle-arts van de werkgever kan de zieke werknemer oproepen op zijn spreekuur te verschijnen, of hij kan de werknemer thuis bezoeken. Hij gaat na of de betrokkene werkelijk arbeidsongeschikt is en stelt eveneens de duur van de arbeidsongeschiktheid vast. Deze twee vaststellingen deelt hij door middel van een medisch attest mee aan de werkgever. De medische verklaring van huisarts en controle-arts zijn van gelijke waarde. Het komt voor dat de controle-arts de werkgever werkherhvatting aanbeveelt, terwijl de huisarts een langere arbeidsongeschiktheidsperiode heeft vastgesteld. Als de werkgever in dit geval werkherhvatting beveelt en de werknemer dit weigert op grond van het medisch attest van de huisarts, kan de werkgever reageren door het gewaarborgd loon niet uit te betalen. Hij riskeert dan echter een gerechtelijke procedure voor de arbeidsrechtbank.

Ná de periode van het gewaarborgd week- of maandloon wordt de controle in ieder geval door de zgn. adviserend geneesheer van de mutualiteit verricht. Deze heeft (binnen 7 resp. 28 dagen na aanvang van de arbeidsongeschiktheid) een medisch attest ontvangen dat de behandelende geneesheer aan de verzekerde heeft verstrekt. De adviserend geneesheer kan de betrokken verzekerde op zijn spreekuur ontbieden. Daarbij kan de geneeskundige beëindiging van de arbeidsongeschiktheid konstateren of een nieuwe oproepdatum bepalen.

3.2.2 Invaliditeitsverzekering

Ziekengeld wordt uitgekeerd tot uiterlijk 1 jaar na de aanvang van de zgn. primaire arbeidsongeschiktheid. Daarna is bij voortduren van de arbeidsongeschiktheid een invaliditeitsuitkering mogelijk. Voorwaarde is dat een werknemer tenminste voor 66% arbeidsongeschikt is, met andere woorden 2/3 deel van zijn verdienvermogen heeft verloren (voor een zelfstandige is dit 100%). Volgens de wet moet dit verlies van 2/3 geschat worden op basis van het laatste beroep gedurende de eerste 6 maanden primaire arbeidsongeschiktheid, en nadien op basis van de algemene arbeidsmarkt (8).

Arbeidsongeschikten van wie het arbeidsongeschiktheidspercentage deze relatief hoge drempel niet overschrijdt, en die geen (passend) werk vinden, moeten zich als werkzoekende laten inschrijven en ontvangen een werkloosheidsuitkering. De medische controle (incl. lichamelijk onderzoek) bij invaliditeit wordt uitgevoerd door een geneesheer van de mutualiteit. Het uitgebrachte advies aan het verzekeringsorgaan is bindend.

De uitkering bedraagt maximaal 65% van het begrensde loon (Bfrs 66.000/maand, Bfrs 2539/dag) voor werknemers met gezinslast. Voor personen zonder gezinslast bedraagt het uitkeringspercentage 43.5% van het begrensde loon. De ziekte- en invaliditeitsuitkeringen zijn geïndexeerd en worden regelmatig aangepast aan het loon- en prijspeil. De vaststelling van het invaliditeitspercentage geschiedt door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit op grond van stukken en eventueel medisch onderzoek.

3.2.3 Verzekering voor arbeidsongevallen

Alle werknemers zijn via hun werkgever verplicht verzekerd voor arbeidsongevallen. De werkgever sluit deze verzekering af bij een erkende particuliere verzekeringsmaatschappij of een erkende maatschappelijke verzekeringskas (non-profit). De premie komt geheel voor zijn rekening. Daarnaast betaalt de werkgever een premie aan het Fonds voor Arbeidsongevallen (een overheidsinstelling). De eerste 30 dagen arbeidsongeschiktheid heeft elke werknemer, ongeacht of het om arbeider of bediende gaat, recht op doorbetaling van het gewaarborgde maandloon. Dit geldt zowel bij een arbeidsongeval als bij ongevallen op weg van of naar het werk. De uitkering die na deze eerste week wordt ontvangen, bedraagt 90% van het (begrensde) loon bij volledige arbeidsongeschiktheid. Volgens de wet moet van elk arbeidsongeval dat aanleiding kan geven tot toepassing van de arbeidsongevallenwet, aangifte gedaan worden. De aangifte moet geschieden binnen tien dagen, zowel bij de betreffende verzekeringsinstelling als bij de arbeidsrechtbank. De aangifte wordt gedaan door middel van twee formulieren: het formulier "aangifte van arbeidsongeval" en een medisch getuigschrift. Dit attest kan door een willekeurige arts ingevuld

worden.

Aan de hand van de aangifte bepaalt de verzekeringsmaatschappij of zij onmiddellijk geneeskundige controle laat uitvoeren door haar controle-arts. In het geval van tijdelijke arbeidsongeschiktheid kan de verzekeringsgeneeskundige bij de bedrijfsarts van de werkgever informeren naar de mogelijkheden voor (gedeeltelijke) wedertewerkstelling in zijn beroep of in een beroep dat hem "gepast kan worden opgedragen". Opvallend is dat bij arbeidsongevallen de behandeling en controle door dezelfde medicus kan geschieden, namelijk de verzekeringsgeneeskundige van de verzekeringsmaatschappij.

In geval van blijvend letsel proberen verzekeraar en verzekerde tot overeenstemming te komen over het arbeidsongeschiktheidspercentage. Vanaf het moment van de zogenaamde consolidatie (het moment dat de arbeidsongeschiktheid stabiel lijkt te zijn), heeft de verzekerde gedurende drie jaar recht op uitkering (gedurende deze drie jaar is het wel mogelijk het arbeidsongeschiktheidspercentage te herzien) en recht op volledige vergoeding van medische en orthopedische kosten.

Na drie jaar wordt de toestand van de betrokkene definitief vastgesteld. Vanaf dat moment komen de medische kosten ten laste van het Fonds voor Arbeidsongevallen. Ook neemt dit fonds de geneeskundige controle op zich indien die nog noodzakelijk is (in geval van verhoging van de arbeidsongeschiktheidsgraad). De ongevallenuitkering wordt tot aan het overlijden van de verzekerde door de verzekeringsmaatschappij betaald. De uitkering is niet geïndexeerd, stijgen de kosten van het levensonderhoud, dan verzorgt het Fonds voor Arbeidsongevallen een aanvullende uitkering.

3.2.4 Verzekering voor beroepsziekte

België is het enige Europese land met een aparte beroepsziekteverzekering. Alle werknemers, werklozen en invaliden die een aanpassing of een beroepsscholing ondergaan, leerjongens en stagiaires zijn verzekerd tegen beroepsziekten. De werkgever is verplicht zich te verzekeren bij het Fonds voor Beroepsziekten, dat belast is met toekenning van uitkeringen en vergoeding van medische kos-

ten. Ook hier bestaat de premie uitsluitend uit een werkgeversbijdrage.

Om recht te verkrijgen op een uitkering van het Fonds voor Beroepsziekten moet de verzekerde bewijzen dat hij door een beroepsziekte is getroffen. In een aantal, bij Koninklijk Besluit vastgestelde gevallen is het voldoende aan te tonen dat men onder bepaalde omstandigheden heeft gewerkt. Het medisch getuigschrift, dat noodzakelijk is voor de beoordeling door het Fonds voor Beroepsziekten, wordt verzorgd door de adviserend geneesheer van de mutualiteit. In alle gevallen wordt een gestandaardiseerd (medisch) onderzoek verricht door de medisch adviseur van het fonds. Op grond van zijn advies wordt over de uitkering beslist. De hoogte van de uitkering bedraagt 90% van het (begrensde) loon bij volledige arbeidsongeschiktheid.

Behalve uitkeringen bij overlijden en arbeidsongeschiktheid, en vergoeding van medische kosten, worden soms ook omscholingskosten uit het Fonds voor Beroepsziekten betaald. Daarnaast wordt revalidatie en omscholing verzorgd door het Rijksfonds voor de Sociale Reclassering voor die werknemers die tengevolge van een vermindering van fysieke arbeidsgeschiktheid van tenminste 30% of vermindering van mentale arbeidsgeschiktheid van tenminste 20% beperkt zijn in hun arbeidsmogelijkheden.

Het arbeidsongeschiktheidspercentage van een verzekerde kan overigens altijd gewijzigd worden. Het wordt niet vastgesteld na een bepaalde periode van consolidatie, zoals in de arbeidsongevallenverzekering. Dat heeft onder andere te maken met de aard van de ziekten : beroepsziekten uiteten zich vaak pas jaren na blootstelling aan een bepaalde arbeidssituatie. In België bestaat geen minimumpercentage arbeidsongeschiktheid voor het verkrijgen van een uitkering bij arbeidsongeval of beroepsziekte.

3.3 Regeling in verband met overige sociale risico's

3.3.1 Werkloosheidsverzekering

De wettelijk verplichte verzekering geldt voor alle werknemers die meer dan 2 uur per dag werken en voor jongeren die na het

afsluiten van hun studie werkloos zijn. Indien is voldaan aan de wachttijd (variërend van 75 tot 600 arbeidsdagen) bedraagt de uitkering het eerste jaar 60% van het begrensde loon (Bfrs 39.908 per 1.8.1982). Het tweede jaar wordt de uitkering voor personen zonder gezinslast teruggebracht tot 40%. Voor gezinshoofden is de duur van de uitkering in principe onbeperkt (tot het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd), voor sommigen is de tijds-limiet afhankelijk van het aantal gewerkte jaren. De Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) kan wel bevelen een uitkering te stoppen wanneer duidelijk is dat iemand zich niet beschikbaar stelt voor de arbeidsmarkt.

De werkloosheidsuitkeringen worden verzorgd door de vakbond waarbij men aangesloten is, of door de Hulpkas.

3.3.2 Rust- en overlevingspensioenverzekering

Alle werknemers in loondienst zijn verplicht verzekerd voor zo-
ver ze aan bepaalde voorwaarden voldoen. De wettelijke pensioen-
leeftijd is voor vrouwen 60 jaar, voor mannen 65 jaar. Recht op
pensioen bestaat in sommige gevallen eerder, zoals op 64-jarige
leeftijd voor de werknemer die minstens 45 jaar gewerkt heeft
(verzekerd is) of een erg zwaar of ongezond beroep uitoefent.
Het pensioen bedraagt voor gehuwde mannelijke gezinshoofden 75%
van het gemiddelde, tijdens de loopbaan verdiende loon. Voor
vrouwen en ongehuwden is dat 60% (het pensioen wordt jaarlijks
aangepast aan het prijsindexcijfer). Het loon waarover de pen-
sioenen berekend worden is voor arbeiders onbegrensd, voor bedien-
den begrensd.

Het overlevingspensioen voor weduwen bedraagt 80% van het ouder-
domspensioen dat de echtgenoot ontving of zou hebben ontvangen.

3.3.3 Vervroegd pensioen

Regelingen voor vervroegd pensioen bestaan in België van overheids-
wege en zijn niet, zoals in Nederland, opgenomen in collectieve
arbeidsovereenkomsten. Voor mannelijke werknemers is, op verzoek
van belanghebbende, vervroegde pensionering mogelijk vanaf 60 jaar,
voor vrouwen vanaf 55 jaar. Voor elk jaar vervroeging wordt het
pensioen met 5% verminderd. Per 1 januari 1983 werd het

zogenaamde "brug-rustpensioen" ingevoerd. In deze regeling is het mogelijk met vervroegd pensioen te gaan zonder korting op de pensioenuitkering. Hiervoor bestaan wel een aantal extra voorwaarden, zoals een minimum aantal dienstjaren en de eis dat de werkgever op de plaats van de gepensioneerde een ander in dienst neemt voor tenminste een jaar.

3.4 Overige aspecten

3.4.1 Ontslagbescherming

In tegenstelling tot de situatie in Nederland ontbreekt in België in het arbeidsrecht een bescherming tegen ontslag. Elke werknemer kan ontslagen worden (ook in geval van ziekte, invaliditeit, arbeidsongeval of beroepsziekte) zonder raadpleging van een ondernemingsraad of toestemming van een arbeidsbureau. De wettelijk verplichte opzegtermijn en opzegvergoeding is afhankelijk van functie (arbeider of bediende) en lengte van het dienstverband. De enige uitzondering vormen leden van de ondernemingsraad en van het "Comité voor Veiligheid, Gezondheid en Verfraaiing der Werkplaatsen": voor hen geldt een ontslagverbod. Wettelijk geldt er wel een ontslagverbod tijdens de eerste zes maanden ziekte - de opzegtermijn zou pas na deze zes maanden moeten aanvangen - maar er bestaat geen enkele sanctie op het niet naleven van het gebod. Er wordt naar zegen dan ook regelmatig de hand mee gelicht.

3.4.2 Bedrijfsgezondheidszorg en veiligheid

De instanties die zich op bedrijfsniveau hiermee bezig houden zijn de "Bedrijfsgeneeskundige Dienst" (BGD) en het "Comité voor Veiligheid, Gezondheid en Verfraaiing der Werkplaatsen" (een paritair comité, waarin werknemers en bedrijfsleiding vertegenwoordigd zijn). Het Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming (ARAB) beschrijft welke verplichtingen een werkgever heeft op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg. Bijna elke onderneming in België is verplicht tot het instellen van een BGD. Bedrijven met minder dan 50 werknemers moeten zich aansluiten bij een inter-bedrijfsgeneeskundige dienst (IBGD), grotere ondernemingen hebben een keus tussen een BGD en een IBGD. In 1978 waren 353 BGD's en 52 IBGD's in werking, die tezamen 850 bedrijfsgeneeskundigen in dienst hadden,

gunstig elk ongeval als arbeidsongeval te doen voorkomen.

Een der gevolgen van de genoemde voorbeelden van financiële prikkels is wel dat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van (ambtelijke) statistieken afneemt.

4 Nederland

4.1 Geschiedenis en structuur

De ontwikkeling van de sociale wetgeving is in Nederland veel later op gang gekomen dan in de rest van Europa. Dat was mogelijk onder andere een gevolg van een industriële ontwikkeling die later opzette dan elders in Europa, waardoor de sociale misstanden iets minder schrijnend waren.

De eerste loondervingswet was de Ongevallenwet van 1901, die slechts gold voor werknemers die werkzaam waren in de meest gevaarlijke industrieën. Vanaf 1921 vielen alle bedrijven onder de Ongevallenwet. De wet werd uitgevoerd door de Rijksverzekeringsbank. Met de uitbreiding van 1921 vielen ook omscholing en revalidatie onder de verantwoordelijkheid van de bank.

De eerste versie van de huidige Ziektewet werd in 1913 door Minister Talma ingediend. Door grote onenigheid over de uitvoering trad de wet pas in 1930 in gewijzigde vorm in werking. Hierbij ging het alleen om een regeling voor vervangend inkomen bij ziekte van werknemers, niet voor ziektekosten. Wel werden werknemers indirect verplicht een ziektekostenverzekering af te sluiten, omdat ziekgeld alleen werd uitgekeerd als men voor ziektekosten verzekerd was.

Vanaf 1919 traden verschillende Invaliditeitswetten in werking. Evenals in de meeste andere Europese landen wordt het Nederlandse stelsel na de tweede wereldoorlog sterk uitgebouwd. De verzekerde populatie wordt uitgebreid en de uitkeringen worden naar duur en hoogte opgetrokken en geïndexeerd.

In 1967 worden belangrijke wijzigingen doorgevoerd in de regelingen ten aanzien van gezondheidsrisico's. De Ziektewet wordt herzien, waardoor de aparte Ongevallenwet komt te vervallen. Daarnaast wordt in verband met langdurende arbeidsongeschiktheid de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) ingevoerd, waarin enkele invaliditeitswetten zijn samengevoegd.

De ziektekostenverzekering is altijd in een aparte wet ondergebracht geweest: de Ziekenfondswet en later ook de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ter dekking van de kosten van landurig ziek zijn.

De meest recente uitbreiding van het sociale zekerheidsstelsel in Nederland is de invoering in 1975 van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW), die ook arbeidsongeschikte zelfstandigen tegen loonderving verzekert.

De laatste jaren vormt het sociaal verzekeringsstelsel een van de belangrijke thema's in de Nederlandse sociaal-politieke discussie. De kosten zijn dermate gestegen dat matiging volgens politici onvermijdelijk is (11). In januari 1982 werden plannen gelanceerd om het ziekengeld te verlagen (tot de voorgeschreven 80% van het loon) en een eigen risico voor werkgever en werknemer in te voeren. De plannen stuitten op grote maatschappelijke weerstand, werden ingetrokken, doch zullen, in gewijzigde vorm, in 1983 en 1984 ongetwijfeld weer aan de orde komen.

Naast de kostenontwikkeling wordt een onvoldoende beheersbaarheid en coördinatie van het Nederlandse stelsel als probleem ervaren. Tenslotte worden inconsistenties gesignaleerd, die met name de verhouding tussen Werkloosheidswet en WAO betreffen. Zo wordt er op de onrechtvaardigheid gewezen, dat een arbeidsongeschikte tot aan het pensioen een uitkering krijgt die gerelateerd is aan het vroegere inkomen, terwijl een langdurig werkloze na twee en een half jaar werkloosheid een beroep moet doen op de bijstand (met een aanmerkelijk lager uitkeringspeil).

De uitvoering van de loondervingsregelingen voor ziekte, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid berust in Nederland bij 26 bedrijfsverenigingen (BV-en). Deze branche-gewijze georganiseerde verenigingen verzorgen de administratie voor hun leden (omslagleden), waarbij ca. 80% van de verzekerden in dienst is (een deel van de Bedrijfsverenigingen laat de administratie uitvoeren door het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK)). Daarnaast bestaat voor een bedrijf de mogelijkheid om, hoewel lid van een bedrijfsvereniging, zelf een deel van de ziektewetuitvoering voor zijn rekening te nemen. Bij de zgn. "Afdelingskassen" wordt de premie-inning en het verstrekken van uitkeringen in eigen beheer uitgevoerd (soms per regio door de regionale afdelingskassen). "Eigen risicodragers" zijn werkgevers die zelf het risico van de ziekengeldverzekering dragen. Voorwaarde is dat geen premie voor

de Ziektewet op het loon van de werknemers wordt ingehouden. Eigen risicodragers beschikken over een eigen controle-apparaat (bedrijfsarts, huisarts).

De Ziektewet werkt volgens een omslagstelsel: de premies in een bepaald jaar moeten de kosten van dat jaar dekken. Deze premie wordt door de Bedrijfsvereniging per bedrijfstak vastgesteld, soms gedeeltelijk per bedrijf, namelijk in geval het bedrijf een afdelingskas heeft. Elk bedrijf mag Aker (AfdelingsKas/Eigen Risicodragers) worden (als ze aan bepaalde financiële voorwaarden voldoen), maar in de praktijk gebeurt dit alleen bij bedrijven met een lage risicofactor die daardoor een lagere Ziektewetpremie kunnen berekenen.

4.2 Sociale verzekering inzake gezondheidsrisico's

4.2.1 Ziektewet

Hiervoor werd al aangegeven dat een wettelijk verplichte ziekteverzekering in Nederland pas in 1930 van kracht werd. Deze wet was van toepassing op werknemers van ondernemingen, niet voor huishoudelijk personeel. In de begintijd bedroeg de uitkering 80% van het loon, voor een duur van ten hoogste 6 maanden. Bij voortdurende arbeidsongeschiktheid viel men vervolgens onder een der Invaliditeitswetten. In 1947 werd de uitkeringsduur van de Ziektewet tot 1 jaar verlengd, "omdat de uitkeringen van de Invaliditeitswet zo laag waren" (12). Een ingrijpende wijziging werd in 1967 ingevoerd. Voor zowel kort- als langdurende arbeidsongeschiktheid werd het op het causaliteitsprincipe gebaseerde onderscheid naar soort risico opgeheven. De aparte regelingen voor (bedrijfs)ongevallen werden opgeheven en geïntegreerd in de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Kortdurende arbeidsongeschiktheid als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte wordt hiermee gelijkgesteld aan ziekte (13).

De huidige Ziektewet zorgt voor vervangingsinkomen bij ziekte of zwangerschap van werknemers, naar rato van het inkomen.

De uitkering bij ziekte bedraagt 80% van het dagloon van de verzekerde, met een maximum (f 262,-- per 1.1.1983). De zwangerschaps-

uitkering bedraagt 100% van het loon gedurende 12 weken. Wettelijk bestaan er 2 carensdagen (2 werkdagen). Bedrijfsverenigingen zijn echter gerechtigd, na goedkeuring van het Ministerie van Sociale Zaken, deze carensdagen te verzekeren. Hetzelfde geldt voor een aanvulling van de uitkering van 80% tot 100%. In de praktijk gebeurt dit laatste bij bijna elke bedrijfsvereniging. Ruim 80% van de ziekwetpremie wordt in Nederland door de werkgever betaald. Het ziekgeld is, bij een volledige werkweek, minimaal gelijk aan het netto minimumloon.

De uitkeringsduur is maximaal 1 jaar. Het recht op uitkering bestaat vanaf de eerste dag dat een werknemer een dienstverband aangaat. Voorwaarde voor het verkrijgen van een uitkering is dat men wegens ziekte ongeschikt is om arbeid te verrichten. Of deze ongeschiktheid bestaat, is in eerste instantie ter beoordeling van de werknemer zelf. Een zieke werknemer is niet verplicht een dokter te raadplegen, hoewel hem of haar door de bedrijfsvereniging wel wordt aangeraden zich binnen redelijke termijn onder behandeling van een huisarts te stellen. Ziekwetcontrole wordt uitgevoerd door de medische dienst van de betreffende bedrijfsvereniging, of van het GAK, indien de bedrijfsvereniging daarbij aangesloten is, of van de werkgever, indien het bedrijf eigen risicodragers is.

Of en wanneer controle wordt uitgeoefend is afhankelijk van het beleid van de bedrijfsvereniging en de werkgever. Sommige bedrijfsverenigingen controleren onmiddellijk, zelfs op de eerste dag. Andere controleren pas na een aantal dagen, tenzij een werkgever een ziektegeval niet vertrouwt en om spoedcontrole vraagt. Voor de ziekwetcontrole worden verzekeringsgeneeskundigen ingeschakeld en rapporteurs Ziekwet. Rapporteurs Ziekwet, ook wel leken-controleurs genoemd, zijn niet-medisch opgeleide functionarissen, die huisbezoeken afleggen en tot taak hebben vast te stellen of niet onrechtmatig beroep gedaan wordt op de Ziekwet. Daarnaast stellen zij vast wat de vermoedelijke hersteldatum zal zijn. Sommige bedrijfsverenigingen maken voor de ziekwetcontrole gebruik van gecontracteerde huisartsen.

Het is hier van belang te wijzen op de alleen in Nederland bestaande situatie van scheiding van behandeling en controle. Be-

handeling en controle worden nooit door dezelfde arts uitgevoerd, hetgeen specifieke problemen met zich meebrengt, bijvoorbeeld op het gebied van informatie-overdracht tussen de verschillende artsen.

Preventie neemt binnen de Nederlandse Ziektewet geen vooraanstaande plaats in. Wat beschouwd kan worden als een preventieve maatregel is de zogenaamde "spontane melding" aan de GMD (de Gemeenschappelijke Medische Dienst, die de bedrijfsverenigingen adviseert bij de uitvoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering). Wanneer een verzekeringsgeneeskundige vermoedt, dat de arbeidsongeschiktheid bij een bepaalde verzekerde na een jaar nog zal bestaan, kan hij zich al vóór het einde van het ziektewetjaar tot de GMD wenden met het verzoek om begeleiding van de arbeidsongeschikte. Revalidatie en eventuele aanpassing van de arbeidsplaats en/of woning kan dan in een vroeger stadium aanvangen.

Toen de Ziektewet in 1967 ingevoerd werd bestond er voor bedrijfsverenigingen een dertiende weekmeldingsplicht aan de GMD. Het grote aantal meldingen per jaar was voor het GMD-apparaat niet te verwerken. De meldingsplicht werd dan ook opgeheven en het systeem van spontane meldingen ingevoerd.

Eind 1981 heeft men in het kader van het volumebeleid ten aanzien van de Ziektewet, de dertiendeweekmelding weer ingevoerd. Er zijn nu drie konkrete aktiemomenten; in de 3e en 6e maand van de arbeidsongeschiktheid voeren de BV-en een systematische check uit of er ziektegevallen zijn waarbij revalidatie wenselijk is. Is dat het geval, dan wordt contact opgenomen met de GMD.

In de 9e maand volgt het "advies einde wachttijd", waarin aangegeven wordt of een verzekerde voor een WAO/AAW-uitkering in aanmerking komt, en of revalidatie noodzakelijk geacht wordt.

De GMD heeft voor revalidatiedoeleinden de beschikking over een revalidatiecentrum, het RIM, en een arbeidsrevalidatie-afdeling (ARA).

4.2.2 De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO)

De WAO is een loondervingswet die het vervangingsinkomen regelt voor werknemers die, na 52 weken aaneengesloten een ziekwetuitkering te hebben ontvangen, nog arbeidsongeschikt zijn. In de WAO wordt arbeidsongeschiktheid als volgt gedefinieerd (WAO, artikel 18 lid 1):

"Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij, die ten gevolge van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk buiten staat is om met arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst verricht heeft of op een naburige soortgelijke plaats te verdienen, hetgeen lichamelijke en geestelijk gezonde personen, van dezelfde soort en van soortgelijke opleiding, op zodanige plaats gewoonlijk verdienen."

Heel duidelijk wordt hier uitgegaan van het vroegere inkomen bij het vaststellen van de uitkering. Voordat een werknemer een WAO-uitkering kan ontvangen, wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage vastgesteld. Daarbij wordt, zoveel mogelijk, rekening gehouden met "door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid als bedoeld in artikel 18", alsmede met verkregen nieuwe bekwaamheden.

De BV is verplicht bij het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid advies te vragen aan de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). De GMD baseert dit advies op gegevens van de BV en voert slechts in geval van twijfel een eigen medisch en/of arbeidskundig onderzoek uit. De uiteindelijke beslissing over het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt genomen door de BV.

Als referentie voor de berekening van de uitkering geldt het dagloon van de verzekerde, berekend over werkdagen. Het wordt slechts uitgekeerd indien, en voor zover het de AAW-uitkering (zie hieronder) overstijgt.

Het maximum dagloon waarop de premieberekening is gebaseerd, wordt tweemaal per jaar wettelijk aangepast aan de stijging van kosten van levensonderhoud. De WAO-premie komt voor 2/3 deel voor

rekening van de werknemer. De hoogte van de uitkering is direkt afhankelijk van het vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage. Hiervoor kent men 7 klassen, namelijk 15-25%, 25-35%, 35-45%, 45-55%, 55-65%, 65-80%, 80-100%. Ruim 80% van de WAO-toetreders in 1981 behoorde tot de hoogste arbeidsongeschiktheidskategorie (14).

De WAO-uitkering wordt ingetrokken wanneer de arbeidsongeschiktheid is geëindigd of beneden 15% is gedaald. De uitkering neemt een einde op de eerste dag van de maand waarin betrokkene 65 jaar wordt.

De GMD is betrokken bij de uitvoering van de WAO en AAW. De Dienst adviseert bedrijfsverenigingen met betrekking tot het verlenen van uitkeringen en het toekennen van voorzieningen. De GMD heeft, evenals het GAK, een hoofdkantoor en distriktskantoren, waar arbeidsdeskundigen en verzekeringsgeneeskundigen de mate van arbeidsongeschiktheid, het verstrekken van voorzieningen, e.d. beoordelen. Gelet op het grote aantal WAO-toetreders wordt vanaf 1969 een deel van de beoordelingen door de medische dienst van de bedrijfsverenigingen uitgevoerd.

4.2.3 Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW)

De nieuwste wet op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid is de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) van 1976.

De AAW is een volksverzekering ter dekking van het risico van arbeidsongeschiktheid, dus in tegenstelling tot de WAO, ook voor zelfstandigen en huisvrouwen.

De wachttijd is evenals voor de WAO een jaar. Het verschil met de WAO bestaat voornamelijk uit de hoogte van de uitkering: deze is niet gebaseerd op het vroegere inkomen, maar op het minimumloon.

Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80 of meer ontvangt men als alleenstaande 70% van het minimumloon, als kostwinner van een economische eenheid, 100% van het minimumloon; de uitkering komt te vervallen wanneer het arbeidsongeschiktheidspercentage minder dan 25 wordt.

De AAW wordt, zoals vermeld, voor werknemers aangevuld door een

WAO-uitkering, indien en voorzover deze de AAW-uitkering te boven gaat.

De uitkering neemt een einde op de eerste dag van de maand waarin betrokkene 65 jaar wordt.

De schatting van het arbeidsongeschiktheidspercentage geschiedt evenals bij de WAO door de GMD.

4.3 Regelingen in verband met overige sociale risico's

4.3.1 Werkloosheidsverzekering

Bij werkloosheid kan men een uitkering ontvangen via een van de volgende drie regelingen: de Wachtgeldverzekering, de Wet op de Werkloosheidsverzekering (WW), en de Wet op de Werkloosheidsvoorziening (WWV).

Voorwaarde voor het verkrijgen van een uitkering is het ingeschreven zijn bij het Gewestelijk Arbeidsbureau (GAB).

Verder bestaat er een wachttijd: om recht te krijgen op wachtgeld moet een werknemer tenminste 130 dagen werkzaam zijn geweest in dezelfde bedrijfstak gedurende de laatste 12 maanden, recht op WW of WWV-uitkering bestaat, wanneer een werknemer ten minste 65 dagen gedurende de laatste 12 maanden, of op alle dagen gedurende de laatste zes weken heeft gewerkt.

De uitkering bedraagt respectievelijk 80% (wachtgeld of WW) en 75% (WWV) van het gederfde dagloon, waarvan een minimum van f 123,05 en een maximum van f 255,44 per dag in aanmerking wordt genomen (per 1.1.1982).

Wachtgeld wordt uitgekeerd gedurende minimaal 40 dagen (dat verschilt per bedrijfstak), waarna aansluitend een WW-uitkering volgt tot een totale duur van een half jaar. Kostwinners kunnen daarna gedurende twee jaar een WWV-uitkering verkrijgen. Is een werknemer na tweeënehalf jaar nog werkloos, dan is hij of zij aangewezen op een bijstandsuitkering.

Voor werklozen vanaf 57½ jaar wordt soms bij kollektief ontslag een regeling getroffen zodat zij tot aan het pensioen recht houden op een WWV-uitkering (zie ook 4.3.3).

4.3.2 Algemene ouderdomswet (AOW) en overbruggingspensioen

In Nederland gaat de AOW-uitkering in op het 65ste jaar, voor zowel mannen als vrouwen. Vrouwen gaan echter vaak reeds op hun 60e jaar met pensioen, zodat door veel bedrijven een overbruggingspensioen is ingesteld voor de eerste vijf pensioenjaren. De AOW-uitkering voor gehuwden is ongeveer gelijk aan het minimumloon, de AOW-uitkering voor ongehuwden bedraagt ongeveer 70% van het minimumloon.

Ter aanvulling van de AOW-uitkering bestaan er in veel bedrijfstakken of bedrijven extra kollektieve pensioenregelingen. De uitkeringshoogte is daarbij afhankelijk van de hoogte en duur van betaalde bijdragen.

4.3.3 Vervroegde uittreding: VUT-regelingen

Een VUT-regeling is een arbeidsvoorwaardelijke regeling, die tot stand komt in overleg tussen werkgevers- en werknemersorganisaties, en die geldt voor een bepaalde tijd.

Er bestaan veel verschillende vormen van VUT-regelingen, maar enkele kenmerken hebben ze gemeen. Het gaat om vrijwillige vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. In sommige gevallen is de uittreding echter niet vrijwillig.

Toelatingskriteria zijn het bereiken van een bepaalde leeftijd (62 of 63, soms zelfs al bij 57½) en het gedurende een bepaalde tijd bij dezelfde onderneming of bedrijfstak gewerkt hebben (meestal minimaal 10 jaar).

De uitkering bestaat uit een bepaald percentage van het inkomen dat in de laatste maand of het laatste jaar verdiend is, meestal 80 à 85%. De pensioenopbouw wordt voortgezet tot aan de pensioengerechtigde leeftijd. Meestal wordt de uitkering gekort in geval van cumulatie met andere inkomsten. De VUT-uitkering wordt stopgezet bij herintreding in het arbeidsproces of bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.

4.4 Overige aspecten

4.4.1 Ontslagbescherming

In tegenstelling tot de twee andere landen is in Nederland het ontslag tijdens de eerste twee jaar van een ziekteperiode bij de wet verboden. Ook na een ziekteperiode is een hoog of frequent ziekteverzuim geen ontslaggrond, tenzij het een indikator is van dysfunctioneren van de betrokkene. Bovendien moet de werkgever, alvorens het Arbeidsbureau een ontslagaanvraag goedkeurt, het verstorend effect voor de bedrijfsvoering aantonen (15).

De indruk bestaat evenwel dat de arbeidsbureaus bij ontslagaanvragen sinds enige tijd het ziekteverzuim meer als reden voor ontslag accepteren, maar op dit punt bestaat geen eenheid van mening. Een ontwikkeling van recente datum is het zgn. "deeltijd-ontslag". Hierbij wordt er naar gestreefd werknemers niet volledig te ontslaan, maar op part-time-basis in dienst te houden. Hoewel nog geen toestemming voor een dergelijke regeling is gegeven, is het denkbaar dat in de toekomst ook deze wijze van ontslag in Nederland doorgevoerd wordt, waarbij ter suppletie van het loon een WW-uitkering wordt verstrekt (16).

4.4.2 Bedrijfsgezondheidszorg en veiligheid

De komende jaren zal op dit gebied het een en ander veranderen door gefaseerde invoering van de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet). We beperken ons tot het beschrijven van de huidige toestand, aangezien dit onderzoek zich hoofdzakelijk beperkt tot de situatie (verzuimcijfers, wettelijke regelingen) in de jaren 1980-1982. Volgens de Veiligheidswet zijn verplicht tot het instellen van een bedrijfsgeneeskundige dienst (BGD):

- bedrijven met tenminste 500 werknemers
- bedrijven waarin werknemers aan grote risico's zijn blootgesteld, zoals loodpigment- en accufabrieken
- bepaalde bedrijven met kwetsbare groepen werknemers (bijvoorbeeld de sociale werkvoorzieningsverbanden).

Veel bedrijven hebben het belang van bedrijfsgeneeskundige zorg ingezien en hebben vrijwillig een BGD ingericht.

Elke BGD moet goedkeuring verkrijgen van het Direktoraat-Generaal van de Arbeid van het Ministerie van Sociale Zaken. Voorwaarde hiervoor is onder andere: voor een enkelvoudige dienst (werkzaam voor één bedrijf) één gekwalificeerde bedrijfsgeneeskundige per 2000 à 3000 werknemers; de dienst moet toegang hebben tot de directie en in haar beleid ondersteund worden door de ondernemingsraad; voor een gemeenschappelijke dienst is voorwaarde voor erkenning dat de dienst een rechtspersoonlijkheid is en geen winstoogmerk heeft; werknemers en werkgevers moeten vertegenwoordigd zijn in het bestuur.

De BGD heeft onder andere tot taak:

- het verrichten van geneeskundig onderzoek bij indiensttreding;
- periodiek onderzoek bij werknemers die aan bijzondere risico's blootgesteld zijn (deze risico's worden niet genoemd in de Veiligheidswet, dat is ter beoordeling aan de bedrijfsgeneeskundige);
- advisering ten behoeve van preventie van beroepsziekten en ongevallen;
- EHBO;
- analyse en bewaking van het werkmilieu;
- arbeidsplaatsanalyse;
- het houden van een spreekuur;
- verzuimbegeleiding;
- begeleiding van gedeeltelijk arbeidsgeschikten en advisering tot aanpassing van de werkplaats.

De bedrijfsarts heeft onder andere tot taak: de medische begeleiding op het werk; het verzorgt daartoe ook keuringen, en heeft een adviserende en controlerende taak op het gebied van het werkklimaat in al zijn verschillende aspecten. De bedrijfsarts kan op zeer beperkte schaal behandeling uitvoeren, bijvoorbeeld in geval van bedrijfsongelukken.

Tot de taken van de bedrijfsarts hoort ook verzuimbegeleiding. Er bestaat veel discussie over het punt of geneeskundige controle daarvan ook een onderdeel behoort te zijn. Op het moment houdt ongeveer de helft van deze artsen zich met controle bezig (17). De combinatie bedrijfsarts-verzekeringsgeneeskundige kent zowel voor- als nadelen.

In de praktijk blijken bij de begeleiding van langdurig zieken

de huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige vaak langs elkaar heen te werken; er is onvoldoende overleg. Daardoor wordt veel dubbel werk verricht en de begeleiding van de langdurig verzuimer is verre van optimaal.

Wat betreft preventie-activiteiten met betrekking tot ziekte en arbeidsongeschiktheid zou de bedrijfsarts in de Nederlandse situatie een rol kunnen vervullen, gezien de taak het arbeidsmilieu te onderzoeken en te bewaken.

Van een stimulerende rol vanuit de sociale verzekering, die men in bijvoorbeeld de BRD aantreft, valt in Nederland weinig te bespeuren. Sinds het opheffen van de aparte ongevallenverzekering ontbreekt op het gebied van veiligheid vaak een actief preventiebeleid in de arbeidsorganisatie of bedrijfstak.

4.4.3 Relaties tussen verschillende regelingen

Ook in Nederland zijn er verschillen in toelatingscriteria en uitkeringen die van invloed kunnen zijn op de in- en uitstroom van uitkeringsgerechtigden der loondervingsregelingen.

Ten behoeve van het vergelijkende ziekteverzuimonderzoek is m.n. de relatie tussen WW en WAO van belang.

De verdiscontering van de werkloosheid in de WAO is een thema dat al enige tijd in discussie staat. Thans is het (nog) zo dat zowel de duur als de hoogte van de WAO-uitkering gunstiger is dan ingeval van een beroep op de WW. Zowel voor de zieke verzekerde (uitkeringshoogte, stigmatisering) als voor de werkgever (sociale wenselijkheid) is het aantrekkelijker dat bijvoorbeeld in geval van personeelsoverschot (= inkrimping, etc.) op de WAO in plaats van op de WW een beroep wordt gedaan.

Hoe meer het aantal langdurig werklozen toeneemt, des te meer gaat men zich afvragen of het terecht is dat gedeeltelijk arbeidsongeschikten door rekening te houden met de mogelijkheden op de arbeidsmarkt in een hogere arbeidsongeschiktheidskategorie geplaatst worden. Hierdoor kunnen ze lange tijd (in principe tot het moment dat de AOW-uitkering ingaat) een uitkering blijven ontvangen die gebaseerd is op het vroegere inkomen, terwijl gezonde werklozen na een periode van tweeënehalf jaar nog slechts een uitkering rond het minimumloon ontvangen. Voor dit onderzoek is

van belang dat de WAO een wachttijd van 1 jaar (Ziektewet) heeft. De instroom in de WAO kan daardoor een aanmerkelijk deel uitmaken van het Nederlandse verzuimpercentage. In de BRD is het niet noodzakelijk om de maximale ziektewetduur te vervullen alvorens men in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

5 Samenvatting en konklusies

5.1 Inleiding

Het internationaal vergelijkende onderzoek waarover wij hier een eerste deelrapport uitbrengen, heeft een exploratief karakter. Aan de hand van de gegevens van clusters gelijksoortige bedrijven in Nederland, België en West-Duitsland zal worden onderzocht welke verschillen er bestaan in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dit deelrapport doet verslag van een vooronderzoek ten behoeve van deze kwantitatieve analyses. Relevante wettelijke regelingen en uitvoeringspraktijken op het gebied van de sociale verzekeringen, arbeidsrecht en bedrijfsgezondheidszorg zijn beschreven teneinde:

- a) arbeidsrechtelijke en verzekeringstechnische achtergronden van het ziekteverzuim in de drie landen vast te stellen. Deze aspecten hebben rechtstreeks te maken met de definitie en reikwijdte van het begrip ziekteverzuim. Kennis op dit gebied is noodzakelijk om in de vergelijkende analyse van ziekteverzuimcijfers met homogene gegevens te kunnen werken.
- b) een eerste inzicht te krijgen in mogelijke factoren die de hoogte en duur van het ziekteverzuim in het betreffende land beïnvloeden. Uit de studie van Smulders is het een en ander bekend over het (vermoedelijke) effect van bijvoorbeeld uitkeringshoogte en controlegewoontes op het ziekteverzuim (18). Ook de literatuurstudie en gesprekken met diverse deskundigen hebben indrukken over specifieke factoren en condities opgeleverd. Van deze impressies wordt in paragraaf 5.2 verslag gedaan. In het eindverslag van dit project zullen deze verzekerings-technische en arbeidsrechtelijke determinanten verder aan de orde komen.

Bij de nu volgende vergelijking staan dus niet zozeer sociaal-politieke of juridische verschillen in de betreffende sociale verzekeringsstelsels in de drie landen centraal. Veeleer gaat het om de mogelijke consequenties van stelsel en uitvoeringspraktijk voor de berekening van het ziekteverzuim en de psychologische invloed op hoogte en duur van het verzuim (par. 5.3).

5.2 Enkele saillante overeenkomsten en verschillen

In bijlage 1 is een beknopt vergelijkend overzicht opgenomen van regelingen en uitvoeringspraktijken op het gebied van loondervingsverzekeringen, arbeidsrechtelijke regelingen en bedrijfsgezondheidszorg. Aan de hand van dit overzicht zullen we thans de belangrijkste konklusies weergeven.

I Algemeen:

Allereerst kunnen we de globale overeenkomsten en verschillen tussen de regelingen in de drie landen vaststellen:

- a) het onderscheid naar risicotype: de situatie in de beide buurlanden lijkt op die in Nederland van vóór 1967. Voor ongevallen en beroepsziekten bestaan aparte regelingen. De uitkeringen en voorzieningen bij tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid zijn gunstiger dan in geval van ziekte. Bovendien zijn hieraan relatief veel revalidatie- en preventie-activiteiten verbonden. De samenhang tussen risico en arbeidssituatie ("risque professionnel") is evident en komt zowel tot uitdrukking in het ontbreken van een werknemersaandeel in de premie als in systemen van premiedifferentiatie;
- b) Het onderscheid tussen handarbeiders en beambten in de organisatie van de stelsels is zowel in België als West-Duitsland aanwezig. In Nederland is dit onderscheid naar sociale klassen in de sociale verzekeringen naar onze indruk nooit zo sterk benadrukt;
- c) in de drie landen kampt men op sociaal-politiek niveau met min of meer dezelfde problemen: de kosten van de sociale zekerheid, de versnippering en de onbeheersbaarheid. In dit verband kunnen ook de bijna gelijklopende prognoses ten aanzien van de ongunstige demografische ontwikkeling (leeftijdsstructuur, levensverwachting) worden genoemd;
- d) tenslotte zijn er grote overeenkomsten in de opvattingen van verschillende beleidsbetrokkenen in de drie landen. Meningingen aan werkgeverszijde betreffen: onvoldoende controle (N, BRD), te snel en te lang ziekschrijven door de artsen (B, BRD) en te hoge uitkeringen (N, BRD). Aan vakbondszijde wordt het sociale verzekeringsstelsel in het algemeen verdedigd (N, BRD),

en wordt voor het frequente en langdurige beroep op de sociale verzekeringen naar gezondheidsbedreigende werk- en leefomstandigheden verwezen. Medici kampen met het probleem van de afbakening van het ziektebegrip, en beleidsvoerders met vragen ten aanzien van de verdiscontering van de arbeidsmarktsituatie in het arbeidsongeschiktheidspercentage en de uniformering van uitkeringen en voorzieningen van verschillende regelingen.

II Regelingen inzake loonderving bij ziekte

Saillante aspecten van de regelingen in de drie landen zijn:

- a) zowel in de BRD als in België bestaat er voor de werkgever wettelijk een eigen risico. In West-Duitsland duurt de loondoorbetaling 6 weken (m.u.v. kleine bedrijven), in België 1 week en 1 maand resp. voor arbeiders en beampten. Bij aanhoudende arbeidsongeschiktheid kan men pas daarna recht op een uitkering doen gelden. In Nederland bestaat wel de mogelijkheid een eigen risico te dragen (de zgn. "Akers");
- b) in alle drie landen is het eigen risico voor werknemers vrijwel geheel afgeschaft of heeft aan betekenis ingeboet. Eventuele wettelijk voorgeschreven carensdagen zijn, meestal in aparte regelingen of CAO-bepalingen, buiten werking gesteld ;
- c) in de hoogte en verstrekkingduur van het vervangende inkomen ingeval van ziekte bestaan er verschillen. In België valt men na 1 maand terug op een uitkering van 60% van het begrensde brutoloon. In Nederland en West-Duitsland is het inkomensverlies kleiner. In Nederland bedraagt de uitkering vanaf de eerste ziektedag wettelijk 80%, maar vaak 100% van het nettoloon (met een maximum) tot maximaal 1 jaar. In West-Duitsland ontvangt de langdurig zieke werknemer na 6 weken normale loondoorbetaling een ziekingeld van 80% van zijn brutoloon (tot maximaal 78 weken). Het is echter niet eenvoudig om een duidelijk overzicht te krijgen van de hoeveelheid geld die een uitkerings-trekker uiteindelijk in handen krijgt. Daartoe zou men tevens moeten onderzoeken welke premies betaald moeten worden, of er recht op kinder- of gezinsbijslag bestaat, hoeveel het uitmaakt of er bruto of netto bedragen worden uitgekeerd, etc. Een nauwkeurige vergelijking van dergelijke financiële aspecten

zou het kader van dit onderzoek te buiten gaan ;

- d) de arbeidsongeschiktheid wegens ziekte moet in onze beide buurlanden in het algemeen met een medisch attest aangetoond worden. In Duitsland moet in principe ook de verklaring van herstel medisch geautoriseerd zijn. In Nederland ontbreekt een dergelijke rol van de curatieve sektor: in eerste instantie bepaalt de verzekerde of hij of zij arbeidsongeschikt is. Dit wordt vroeg of laat (of in het geheel niet, bijv. bij kortdurend verzuim) door een medische deskundige op rechtmatigheid beoordeeld ;
- e) controle vindt in Nederland en België al vanaf het begin van een ziektegeval plaats. In West-Duitsland vindt het merendeel van de medische controles pas plaats na zes weken, namelijk als de Krankenkasse ziekingeld moet gaan uitkeren.

III Invaliditeit

Op het gebied van de invaliditeitsverzekering zijn voor dit onderzoek de volgende aspecten van belang:

- a) opvallend is de wachttijd van 1 jaar (Ziektewet) voor de WAO- of invaliditeitsverzekering in Nederland en België. In West-Duitsland kan in een eerder (maar ook later) stadium vaststelling van gehele of gedeeltelijke blijvende arbeidsongeschiktheid plaatsvinden. De differentiatie naar soort risico kan ertoe leiden, dat de verschillende organen die de regelingen op het gebied van kortdurende arbeidsongeschiktheid uitvoeren, ernaar streven in een vroegtijdig stadium evt. blijvende arbeidsongeschiktheid vast te stellen, teneinde ook de overgang naar die invaliditeitsregeling optimaal te doen verlopen ;
- b) in tegenstelling tot Nederland bestaat in België een systeem met een hoge toegangsdrempel (minimaal 66% arbeidsongeschiktheid). Verzekerden met een verminderde belastbaarheid die deze norm niet halen, vallen in dat land in geval van verlies van de baan onder de werkloosheidsverzekering. In het Westduitse systeem dient een verzekerde minimaal 50% arbeidsongeschikt te zijn alvorens voor invaliditeitsverzekering in aanmerking te komen. Voor invaliditeit t.g.v. een ongeval

is deze grens 20%. In zowel België, West-Duitsland als Nederland is de tendens waarneembaar dat het grootste deel van de erkende gevallen van arbeidsongeschiktheid tot de hoogste arbeidsongeschiktheidskategorie behoort.

IV Overige risico's

- a) Alleen in Nederland bestaat een wettelijke bescherming tegen ontslag tijdens ziekte. In de beide andere landen is het mogelijk dat een ziektegeval administratief wegens ontslag wordt beëindigd (in België weliswaar pas na een half jaar ziekte);
- b) Het vóórkomen van frequent of langdurig verzuim is in onze beide buurlanden een erkende reden voor ontslag. Alleen in Nederland dient toestemming voor een ontslag te worden verkregen (van het arbeidsbureau). In de andere landen bestaan er voor de werkgever minder administratieve of juridische belemmeringen om een medewerker te ontslaan;
- c) In elk der onderzochte landen komen thans (incidentele) regelingen voor waarbij vroegtijdig, al of niet gedwongen, uit het arbeidsproces wordt getreden, en een overgangsregeling van toepassing is tot het pensioen.

V Bedrijfsgezondheidszorg en controle

Wat betreft de taak en betekenis van de bedrijfsgezondheidszorg bij de preventie, controle, begeleiding of reïntegratie van de tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid is de Nederlandse situatie opvallend. In dit land kan de bedrijfsarts een taak hebben in de ziektewetcontrole (Eigen Risicodragers) en begeleiding van kort- en langdurig zieken. In België voert de bedrijfsarts een medisch onderzoek uit na 4 maanden arbeidsongeschiktheid. In West-Duitsland is controle van zieke personeelsleden door een bedrijfs-geneeskundige wettelijk verboden.

5.3 Consequenties voor het ziekteverzuim

De consequenties van de verschillen in regelingen en uitvoeringspraktijk zullen we thans naar twee aspecten bekijken, nl.:

- a) met welke verschillen dient men bij de vergelijking van het ziekteverzuim rekening te houden?
- b) welke financiële, arbeidsrechtelijke of sociologische factoren zouden, gelet op deze voorstudie, bij de hoogte van het ziekteverzuim in een bepaald land een rol kunnen spelen?
- Ad a. Wat betreft de verschillen in ziekteverzuim-definitieën kunnen de volgende konklusies getrokken worden:
1. In België behoort tot het ziekteverzuim die afwezigheid van het werk die door een medisch attest gelegitimeerd is. Bovendien wordt in het bedrijfsleven arbeidsverzuim t.g.v. ongevallen onderscheiden van het absentisme wegens ziekte. In West-Duitsland gold tot voor kort dezelfde formele afbakening; thans komen echter ook regelingen voor waarbij het doktersattest voor gevallen van 1 tot 3 dagen niet nodig is. De meest ruime begripsbepaling, waarbij het begin van het ziektegeval niet door een of andere medische verklaring hoeft te worden gelegitimeerd, komt in Nederland voor.
 2. Wat betreft de maximale periode dat een ziektegeval in het ziekteverzuim meetelt, doen zich eveneens opmerkelijke verschillen voor:
 - in België en Nederland geldt een wachttijd voor de Invaliditeitsverzekering of WAO van 1 jaar. Die ziektegevalen die in gehele of gedeeltelijke blijvende arbeidsongeschiktheid resulteren (met werkafbreking) worden 1 jaar tot het ziekteverzuim gerekend (op bedrijfsniveau).
 - in Duitsland ontbreekt deze starre duurgrens. Daar kan het ziekteverzuim, voorafgaand aan een situatie van blijvende arbeidsongeschiktheid korter, maar eventueel ook langer, van duur zijn dan 1 jaar.
 - in België en West-Duitsland kan het voorkomen dat een langdurig ziektegeval slechts tijdelijk onder de verzuimdefinitie valt, indien de werknemer tijdens ziekte ontslagen wordt, en daarna niet meer tot het personeelsbestand behoort.
 3. Ten aanzien van de soorten ziekteverzuim die men kan onderscheiden, dient opgemerkt te worden dat in West-Duitsland zowel de "Kur" als het "Heilverfahren" vormen van als ziekte-

verzuim geregistreerde afwezigheid zijn, die elders nauwelijks bekend zijn. Deze preventieve of curatieve gezondheidsbevorderende maatregelen hoeven niet direkt aansluitend op een ziektegeval te volgen.

Tenslotte zullen we aandacht besteden aan enkele factoren die van belang zijn voor het inzicht in de hoogte van het ziekteverzuim en de "couleur locale" van de opvattingen over dit onderwerp. Nogmaals zij opgemerkt dat het hier om factoren gaat waarvan de invloed niet empirisch is aangetoond, maar die in de discussie en literatuur steeds weer naar voren komen:

- a) de medische attest-plicht wordt in West-Duitsland niet als een verzuimbepalende maatregel gezien. In België zou dit criterium wel van invloed kunnen zijn, daar de patiënt slechts 3/4 van de kosten van het consult vergoed krijgt. Tenslotte wordt zowel van de zijde van wetenschappers als van werkgevers in beide landen gewezen op het marktmechanisme, dat het afgeven van medische verklaringen zou beïnvloeden. Een ruim aanbod van geneesheren enerzijds en vrije artskeuze anderzijds kan de arts nl. tot "klantenbinding" nopen. Het verstrekken van medische verklaringen bij aanvang en einde van een ziektegeval heeft een financiële betekenis voor de behandelende sektor;
- b) in West-Duitsland ontbreekt gedurende de eerste zes weken grotendeels een controle-praktijk vanuit de Krankenkasse. In België bestaan diverse vormen van medische controle, die kunnen variëren van liberaal tot scherp;
- c) de uitkeringshoogte lijkt in België een belangrijke rol te spelen. Met name langer durende arbeidsongeschiktheid (langer dan 1 maand) leidt tot een aanmerkelijk inkomensverlies (ca. 40%), waardoor werknemers mogelijk hun toevlucht nemen tot voortijdige werkhervatting of het opnemen van vakantiedagen;
- d) het ontbreken van ontslagbescherming in West-Duitsland en België kan het ziekteverzuimrisico direkt beïnvloeden, nl. door middel van het gedwongen beëindigen van het dienstverband van langdurig of frequent zieken. Ook indirekt kan deze situatie effect hebben op de afwezigheid wegens ziekte. Angst voor verlies van de arbeidsplaats draagt volgens vakbonden en medici in deze beide landen in de huidige economische situatie bij tot "ziek doorwerken" of het weigeren van een voorgeschreven behandeling

of kuur.

Tenslotte kan worden geconcludeerd dat, vergeleken met Nederland, in beide buurlanden in ruimere mate de middelen aanwezig zijn om bij het (nog aan te tonen) lagere ziekteverzuim van een zgn. "healthy worker effect" te spreken. Een lagere pensioenleeftijd (D), ruimere ontslagmogelijkheden of tijdelijke werkloosheidsregelingen (D, B) en een flexibel tijdstip van toelating tot de invaliditeitsverzekering vormen structurele factoren waardoor oudere of minder belastbare verzekerden eerder het arbeidsproces kunnen of moeten verlaten dan in Nederland. Dit leidt ertoe dat er mogelijkwijs een relatief gezondere beroepsbevolking in de bedrijven werkzaam is, waardoor al om die reden het ziekteverzuim lager kan zijn dan zonder deze selectiemechanismen het geval zou zijn. Daarnaast kan men aannemen dat ziek doorwerken in beide landen ook vaker voorkomt, gezien de geringere ontslagbescherming. Of de hier veronderstelde verschillen empirisch aangetoond kunnen worden is het onderwerp van het 2e deelrapport.

Noten

- (1) Gemakshalve hanteren we in dit deelrapport de Nederlandse term "ziekteverzuim". Hoewel in het slothoofdstuk de inhoud van dit begrip nog verder aan de orde komt, is er van afgezien in dit rapport de gehele conceptuele en meetproblematiek uit de doeken te doen. Hierover wordt verslag gedaan bij het administratief-statistisch onderzoek.
- (2) Ten behoeve van de leesbaarheid is het gebruik van verwijzingen tot een minimum beperkt. In de literatuuropgave zijn de publikaties opgenomen waarvan gebruik is gemaakt.
- (3) Een groot aantal personen heeft een waardevolle bijdrage geleverd aan het tot stand komen van dit rapport.
Een bijzonder woord van dank gaat hierbij uit naar:
Prof. J. van Steenberge en medewerkers, Universitaire Instelling Antwerpen; Bureau voor Belgische zaken de sociale verzekering betreffende, Breda; de heer J.W. Janssen, Bureau voor Duitse Zaken van de Vereniging van Raden van Arbeid, Nijmegen; Mevrouw Döhle en de heer Parriger, INIFES, Leitershofen; de heer M. van der Krieken, GAK, Amsterdam.
Naar verwachting zullen de contacten met deelnemende bedrijven uit het administratief-statistisch onderzoek ongetwijfeld tot aanvullingen of nuanceringen op het hier geschetste beeld leiden.
- (4) Ehrenberg, H. Es wurde Zeit. Bundesarbeitsblatt (1981) nr. 11 (november) Schwerpunktheft Hundert Jahre Sozialversicherung.
- (5) Bäcker, G. e.a., pag. 140.
- (6) Seffen, A., 1980, hoofdstuk 1.
- (7) Dillen, en Feegers, pag. 77.
- (8) Geerts, 1976, pag. 117.
- (9) Denonne, 1978.
- (10) Geerts, 1976, pag. 118.
- (11) Uit een statistisch overzicht van de EEG (Ecostat Protection Sociale 1.6.1982) blijkt de volgende kostengroei in de sociale zekerheid (uitgedrukt als aandeel in het bruto nationaal produkt):

NOTEN (vervolg)

Tab. 1 - Part relative du BIP représentée par les dépenses de
protection sociale

	1970	1975	1979	1980*
BR Deutschland	21,4	27,8	28,2	28,3
France	19,2	22,9	25,3	25,8
Italia	18,4*	22,6	23,1	22,8
Nederland	20,8	28,1	30,0	30,7
Belgique/België	18,5	24,5	27,0	27,7
Luxembourg	16,4	22,4	25,3	26,5
United Kingdom	15,9	19,5	19,9	21,4
Ireland	13,2	19,4	18,2	22,0
Denmark	19,6	25,8	27,1	28,0
EUR-9	19,0	24,4	25,8	25,9

* Données provisoires

- (12) Weijel, J.A., 1973, pag. 65.
- (13) De verzekering van ziekte en ongevallen was vroeger in verschillende wetten ondergebracht, omdat men vond dat ze verschillende risico's inhielden. De kans op ziekte was een "risque social", de kans op arbeidsongevallen een "risque professionnel", Het onderscheid tussen beide risico's is langzamerhand vervaagd, wat in 1967 ook in de wetgeving tot uiting kwam.
- (14) GMD Jaarverslag 1981, Statistisch deel. Berekend uit Overzicht 4.1
- (15) Meijerink, W. Hoe verloopt een ontslagprocedure; I t/m VI Gids 1982/83 (4 aug, 1sept, 3 nov, 1 dec, 12 jan, 7 febr.).
- (16) NRC-Handelsblad, 22 januari 1983: "Korting op WW bij deeltijd-ontslagen".
- (17) Ontleend aan R. Holthuis, Bedrijfsgeneeskunde 1980, pag. 12.
- (18) Smulders, P.W.G. Ministerie van Sociale Zaken, juni 1980.

Bijlage

VERGELIJKEND OVERZICHT VAN SOCIALE VERZEKERINGS- EN ARBEIDSRECHTREGELINGEN (per 01/01/1983)

SOORT RISICO	BRD	B	NL
ZIEKTE			
medisch attestplicht	ja	ja	nee
carensdagen	geen	1 carensdag, vervalt indien 14 dagen ziek; soms afwijkende regeling (nl. geen)	wettelijk 2, vaak afwijkende regeling (nl. geen)
aanvang van uitkering	na 6 weken doorbetaling van loon door werkgever	na 1 week loondoorbetaling door werkgever (arbeiders) c.q. na 1 maand (beambten)	vanaf eerste ziektedag
uitkeringshoogte	80% van brutoloon (belastingvrij)	60% van brutoloon (met een maximum) van arbeiders, de eerste 3 weken aangevuld door werkgever tot ±100% (in eerste instantie belastingvrij; geen premies)	wettelijk 80% van het dagloon (met een maximum), vaak afwijkende regeling (100%); geen sociale verzekeringspremies
maximale uitkeringsduur	78 weken	1 jaar (daarna invaliditeits- of werkloosheidsuitkering)	1 jaar (daarna overgang naar WAO)
medische controle	m.u.v. twijfelgevallen, na 6 weken namens Krankenkasse	diverse vormen van controle namens ziekenfonds of werkgever	ziektewetcontrole door Bedrijfsvereniging of Eigenrisicodragers

SOORT RISICO	BRD	B	NL
ZWANGERSCHAP			
<ul style="list-style-type: none"> - minimale verzekeringsduur - uitkeringshoogte - uitkeringsduur 	<p>12 verzekeringsweken òf in dienst van de 10e tot de 4e maand voorafgaand aan bevalling</p> <p>100% van het nettoloon, doch maximaal 25 DM per dag; uitkering bij bevalling</p> <p>van 6 weken vóór tot 8 weken na de bevalling</p>	<p>120 werkdagen binnen een tijdvak van 6 maanden</p> <p>de eerste week of maand doorbetaling van het loon, daarna 79,5% van het brutoloon, met een maximum</p> <p>van 6 weken vóór tot 8 weken na de bevalling</p>	<p>geen</p> <p>100% van het nettoloon, met een maximum</p> <p>van 6 weken vóór tot 6 weken na de bevalling</p>

SOORT RISICO	BRD	B	NL
ARBEIDSONGEVAL EN BEROEPSZIEKTE			
- medisch attest	ja	ja	Geen afzonderlijke verzekering; risico's zijn gedekt door Ziektewet en Wet op Arbeidsongeschiktheids- verzekering
- carensdagen	geen	geen	
- uitkeringsbegin	na 6 weken loondoorbe- taling door werkgever	na 30 dagen loondoorbeta- ling door werkgever (bij beroepsziekten klopt dat vaak niet; uit zich nl. jaren later)	
- uitkeringshoogte	80% van brutoloon (belastingvrij)	max. 90% van brutoloon (in eerste instantie geen loonbelasting ingehouden, geen sociale verzekerings- premies)	
- maximale uitkerings- duur	78 weken	tot genezing of pensionering	

SOORT RISICO	BRD	B	NL
INVALIDITEIT			
- minimaal vereiste graad van arbeidsongeschiktheid	20%	60%	15%
- minimale verzekeringsduur	60 maanden	6 maanden (waarvan 120 dagen gewerkt)	geen
- uitkeringsbegin	na erkenning vastgestelde arbeidsongeschiktheid	na vaststelling arbeidsongeschiktheid (en na 1 jaar ziekteperiode)	na erkenning van vastgesteld arbeidsongeschiktheidspercentage (en na 1 jaar ziekteperiode)
- uitkeringshoogte	varieert van 15-80% van basisloon ingeval van arbeidsongeschiktheid en beroepsziekte (belastingvrij)	65% van basisloon (voor werknemers met gezinslast) resp. 43,5% (voor werknemers zonder gezinslast) bij volledige arbeidsongeschiktheid (3,5% pensioenpremie, in eerste instantie wordt geen loonbelasting ingehouden)	varieert van 20-80% van dagloon (met een maximum); over WAO-uitkering (± dat deel van de uitkering dat boven het minimumloon uit komt) wordt ziekenfondspremie geheven (ziektelasten)
- uitkeringsduur	tot pensioen	tot pensioen	tot pensioen (AOW)
- verplichte indienstneming gehandicapten	6% van arbeidsplaatsen (c.q. DM 100 boete per maand per arbeidsplaats)	publieke sektor: verplicht aantal gehandicapten; privésector: geen wett. reg.	(thans) 2% van arbeidsplaatsen
- revalidatie	m.n. ingeval van ongevalen diverse activiteiten door Berufsgenossenschaft	m.n. ingeval van beroepsziekten	algemene regeling ongeacht risico

SOORT RISICO	BRD	B	NL
OUDERDOM			
- wettelijke pensioen- leeftijd	flexibel, vanaf 60 jaar werklozen en invaliden: 60 jaar	vrouwen 60 jaar mannen 65 jaar	65 jaar
uitkeringshoogte	hoogte afhankelijk van inkomen, verzekerings- duur en verzekerings- bijdragen; gemiddeld 65% van netto-inkomen	gehuwde mannen: 75% van gemiddeld loon; vrouwen en ongehuwden: 60%	ca. netto minimumloon (gehuw- den); 70% van minimumloon (on- gehuwden)
- aanvullende regelingen	per bedrijf of bedrijfs- tak	per bedrijf of bedrijfstak	per bedrijf of bedrijfstak
- vrijwillig vervroegde uittreding			
* leeftijdsgrens	59 jaar	mannen: 60 jaar vrouwen: 55 jaar	62, 63 jaar
* uitkeringshoogte	gedurende 1 jaar: aan- vulling door werkgever van WW-uitkering tot niveau pensioen	per jaar eerder uit dienst: 5% lager pensioen; brug- rustpensioen: geen korting	80-85% van inkomen

SOORT RISICO	BRD	B	NL
WERKLOOSHEID			
- uitkeringsduur en -hoogte	68% van netto loon gedurende 78-312 dagen; vervolgens maximaal 58% van netto loon	1e jaar: 60% van loon; 2e jaar: 40% van loon voor personen zonder gezinslast (anders 60%); duur: onbeperkt voor gezins- hoofden (geen sociale verzekerings- premies, in eerste instantie wordt geen loonbelasting in- gehouden)	80% van dagloon gedurende 0,5 jaar; vervolgens 75% gedurende 2 jaar; vervolgens bijstand (beide slechts voor kostwinners) premie ziekenfonds wordt af- gehouden (voor ziektekosten)
- ontslagbescherming tijdens ziekte	geen wettelijke bescherming; normale opzegtermijn; d.m.v. beroep (Arbeitsgericht): afkoopsom	wet: pas na $\frac{1}{2}$ jaar ziekte begin ontslagtermijn; recht op opzegvergoeding	wel wettelijke bescherming gedurende 2 jaar
- ontslagbescherming na frekwent of langdurig ziekteverzuim	geen bescherming; erkende ontslagreden	idem	ziekterverzuim is geen erkende ontslaggrond (deskundigen spreken elkaar tegen over dit onderwerp).

Literatuur

- ACKERMAN, W.: *Soziale Sicherung in der Industriegesellschaft-Tendenzen und Konsequenzen.*
Bern, 1980.
- ADMINISTRATIEVE COMMISSIE van de Europese gemeenschappen voor de sociale zekerheid van migrerende werknemers. *De sociale zekerheid van migrerende werknemers.*
België, handleiding nr. 1. Brussel, 1979.
- BÄCKER, G, BISPINCK, R, HOFEMANN, K, NAEGELE, G.:
Sozialpolitik, eine problemorientierte Einführung.
Köln, Bund-Verlag, 1980.
- BASISSSTATISTIEKEN VAN DE EEG 1981. Den Haag, Staatsuitgeverij.
- BENELUX ECONOMISCHE UNIE: *Vergelijkende tabel van de in de drie landen per 1 juli 1981 geldende sociale verzekeringsstelsels (algemeen stelsel van toepassing op werknemers).*
Commissie voor Sociale Vraagstukken,
Subcommissie "Sociale Zekerheid".
Brussel, 23 oktober 1981.
- BOSCH, F.A.J. van den, PETERSEN, C.R.: (red.) *Arbeidsongeschiktheid; Een multidisciplinaire benadering.*
Deventer, Kluwer, 1981.
- BREEDVELD, B: *Minder ziekteverzuim door BGD-begeleiding; over de zin van begeleiding door de bedrijfsgeneeskundige dienst van ziekteverzuim gedurende de eerste drie maanden.*
Medisch Contact, (1982), nr. 20, (21 mei).
- BUREAU VOOR DUITSE ZAKEN van de Vereniging van Raden van Arbeid:
Pensioenen en Renten, september 1982.
- COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN: *Vergelijkende tabellen van de stelsels van sociale zekerheid van toepassing in de lid-staten van de Europese Gemeenschappen.* 11e uitgave, 1 juli 1980.
- DENONNE, L: *Tien jaar arbeidsgeneeskunde in België.*
Arbeidsblad 79 (1978) 12 (december).
- DGB BUNDESVORSTAND (red): *Behinderte in der Arbeitswelt Ein Leitfadens zur Interessenvertretung.*
Köln, Bund Verlag, 1982.
- DILLEN, W.F., FEGERS, S.: *Die Arbeitsmedizin in den EG-Ländern.*
Heidelberg, Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, 1979.

- DOELEMEN, H., e.a.: *De uitvoering van de ziekengeldverzekering, in het bijzonder de verzekeringsgeneeskundige begeleiding in Engeland, West-Duitsland, Zweden en België.* Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 50 (1972), 695-708.
- EUROSTAT: *Protection sociale, Bulletin statistique.* Luxembourg, 1982.
- FGE: *Verslag van de discussie over het onderwerp Ziekteverzuim op het openbare gedeelte van de voorjaars vergadering van FGE.* Amsterdam, 1981.
- GEERTS, A.: *Schatting van de "invaliditeit" in de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering.* Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 54 (1976) nr.117.
- GEEST, de: *Absentisme in het bedrijf: een opdracht voor de bedrijfsarts.* Voordracht gehouden voor de 18e seminarie voor arbeidsgeneeskunde, Gent, november 1982.
- GEISSLER, B., THOMA, P.: (red) *Medizinsoziologie, Einführung in Ihre Grundbegriffe und Probleme.*
- GEMEENSCHAPPELIJKE MEDISCHE DIENST: *Jaarverslag 1980 en 1981.*
- GINNEKEN P.J. van.: *VUT; Vervroegde uittreding in ontwikkeling.* Ministerie van Sociale Zaken, mei 1981.
- GROND, J.T.H., PATER D.van : *Arts en arbeidsgeschiktheid; De uitvoering van de loondervingswetten en de intercollegiale informatie-uitwisseling.* Medisch Contact, (1980) nr.37 (12 september).
- HOLTHUIS, R.: *Bedrijfsgeneeskunde.* Amsterdam CCOZ, forumreeks, 1980
- HOLTHUIS, R.: *Verzekeringsgeneeskunde.* Amsterdam CCOZ, forumreeks, 1980.
- HUNDERT JAHRE SOZIALVERSICHERUNG. *Bundesarbeitsblatt, Schwerpunktheft (1982) nr.11*
- IKEN, J., HABERKORN, K.: *Praktische Methoden zur Reduzierung von Krankheitsbedingten Fehlzeiten.* 1982.
- JONG, Prof. Dr. E.P. de., LEEDE, Prof. Mr. L.J.M. de , HIBBELN, Mr. J.G., e.a.: *Arbeidsgeschiktheid in Discussie.* Kluwer's internationale Uitgeversonderneming Antwerpen, Amsterdam, 1982.

- KERCKHOVEN, P. van.: *Het absentisme in het bedrijfsleven; onderzoek naar bepaalde aspecten van het absentisme in een automobiefabriek.*
Hoger Instituut voor Beroepsoriëntering en Bedrijfspsychologie, 1969-1970.
- KOETSIER, H.: *De sociale verzekeringswetgeving (globale vergelijking van de soc. verz. stelsels in de EEG-landen).*
Maandblad Bedrijfsadministratie en Org. 71 (1967) nr.847.
- KOETSIER, H.: *De sociale verzekeringsstelsels in de landen van de EEG; ontwikkelingen in het tijdvak 1966/1975.*
Maandblad Bedrijfsadm. en Org., 79 (1975) nr. 945.
- KOETSIER, H.: *De sociale verzekeringsstelsels in de landen van de Europese Gemeenschappen; ontwikkelingen in het tijdvak 1976-1980.*
Maandblad Bedrijfsadm. en Org. 85 (1981) nr. 1007.
- KOK, A.W.M.: *Minder Ziekteverzuim door BGD-begeleiding?*
Medisch Contact (1982) nr.34 (27 augustus).
- KOMMISSIE ZIEKTEVERZUIM VANDE EINDHOVENSE FABRIKANTENKRING:
Ziekteverzuim een heel probleem! Eindhoven, 1979.
- LANGEBERG, J., MEIXNER, H.: *Dreissig Jahre Sozialgesetzgebung in der BRD. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 1980.*
- LEBEER, L.: *L'absence au travail en Belgique.*
RIZIV.
- LIPPENS, F., LEURIDAN, R.: *De formaliteiten bij arbeidsongeschiktheid.*
Tijdschrift voor sociaal recht (1979) nr. 1-2.
- LITH, U. van: *Wirtschaftliche Folgen der Lohnfortzahlung Beiträge*
Institut der deutschen Wirtschaft 27/12/1975.
Deutscher Instituts-Verlag GmbH Köln.
- MADE, A.J. van der : *Vergelijkend overzicht van de Nederlandse en de Belgische sociale verzekeringswetgevingen per 1 jan. 1978.*
Noord Brabant 22 (1978) nr. 2.
- MAIB, J.: *Fehlzeiten; Eine Untersuchung zu Begriff, Struktur und Bedingungen des Abwesenheitsverhaltens von Arbeitnehmern. Dissertation Göttingen 1981.*
- MEYERINK, W.: *Ontslag V. Gids (1983) (12 jan).*
- MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG, Secretariaat-Generaal:
Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België.
Juridische Studien, 1977.

- MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG: *Statistisch jaarboek 1979 van de sociale zekerheid*. Brussel, 1981.
- MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN: *Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid*. 1981.
- NIEDER, P.(red): *Fehlzeiten eine Unternehmer oder Arbeitnehmerproblem? Wege zur Reduzierung von Fehlzeiten*. Verlag Paul Haupt, Bern und Stuttgart, 1979.
- RAETSEN, M.: *De sociale zekerheid in de landen van de Benelux*. Sociaal Maandblad Arbeid 31 (1976) nr. 7/8.
- RIEMEN, A.R.A.: *De uitvoering van de sociale verzekering (3); Het GAK moet zwijgen. Gids voor personeelsbeleid en arbeidsvraagstukken*, (1982), nr. 3/4 (4 aug.)
- RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING: *Overzicht van de Belgische Verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering*. Brussel, RIZIV, 1982.
- RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING: *Richtlijnen ten behoeve van de werkgevers voor het nakomen van de verplichtingen opgelegd bij de wet van 9.8.1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering*.
- SALOWSKY, H.: *Individuelle Fehlzeiten in westlichen Industrieländern. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*, Institut der deutschen Wirtschaft 83/84/1980 nr.8/9 Deutscher Instituts-Verlag, Köln, 1980.
- SEFFEN, A. *Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 78/3/1980 Inst. der deutschen Wirtschaft. Einkommenssicherung bei Krankheit in westlichen Industrieländern*, Deutscher Instituts-Verlag ,Köln,1980.
- SEFFEN, A.: *Gesetzliche Krankenversicherung, Analysen, Probleme, Lösungsansätze*. Institut für Gesundheits-system-Forschung, Kiel, 1982.
- SMULDERS, P.W.G.: *De effecten van maatregelen om het ziekteverzuim te beïnvloeden*. Ministerie van Sociale Zaken, 1980.
- SOCIAL SECURITY IN THE MEMBER STATES of the European communities in 1977. (Report on the development of the social situation in the communities in 1977, ECSC, EEC, EAEC). Brussels etc.: april 1978.
- SOCIALE VERZEKERINGEN: per 1 juli 1982. Zin (1982) (14 juli).

STAND VAN ZAKEN BIJ SOCIALE UITKERINGEN EN COLLECTIEVE UITGAVEN.
Ondermeming, 11 (1982) nr. 26 (2 juli).

STICHTING BUREAU VOOR BELGISCHE ZAKEN de sociale verzekering betreffende.
Overzichten van de Belgische en Nederlandse sociale verzekering.
Breda, 1982.

TAYLOR, P.J.: *International Comparisons of Sickness Absence.*
Proc. Roy. Soc. Med., 65 (1972) (juni).

TENNSTEDT, F.: *Der Beitrag der Soziologie zur Fundierung sozial-politischen Handelns.*
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie
Sonderheft 19/1977.

TIMMER, M., KOTEN, J.W.: *Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder van de WAO/AAW.*
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 60 (1980) nr. 24
Arts & Sociale Verzekering 20 (1982) nr. 4.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: *Social Security Programs Throughout the World*, 1979.

VELDKAMP, G.M.J.: *Inleiding tot de sociale zekerheid en de toepassing ervan in Nederland en België. Deel I: karakter en geschiedenis.* Dventer, Kluwer, 1978.

VERGELIJKEND OVERZICHT PREMIES '81 en '82: *Ziekengeld- en wachtgeldverzekering.* *Ondermeming* 11 (1982) (jan).

VROOLAND, V.Chr.(red): *Werk en gezondheid; over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid.* Alphen a/d Rijn/Brussel, Samsom, 1982.

WERKGROEP KONTROLE - GENEESKUNDE: *De dokter van je baas.*
Genk, V.Z.W. Geneeskunde voor het volk, 1981 of 1982.

WEYEL, J.A.: *Achtergronden van sociale zekerheid; korte geschiedenis van een sociaal verschijnsel.* Amsterdam, De Erven Bohn, 1973.

WIJNGAARDEN, P.J. van: *Sociale zekerheid in Nederland; ontstaan, ontwikkeling en problemen.*
Werkstukken Planning en Beleid nr. 10.
Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Sociologisch Instituut, 1979.

ZIEKENGELD IN NEDERLAND INTERNATIONAAL OP HOOG PLAN:
Beleggersbelangen 26 (1982) nr.3.

ZIEKENGELD IN ONZE BUURLANDEN LAGER:
De werkgever (1982) nr.5 (4 maart).

Publikaties Stichting CCOZ

Brochurereeks

Rekenregels, handleiding voor het berekenen van enkele ziekteverzuimcijfers, R. Prins en J.J. Chr. Verhulst, jan. 1978, 24 blz., ad f 4,25

Ziekteverzuimregistratie als sociaal beleidsinstrument, enkele inhoudelijke en praktische opmerkingen, R. Prins en A.S. Velthuijsen, 16 blz., ad f 4,-

Ziekteverzuimbeleid in de praktijk, korte beschrijvingen van het beleid ten aanzien van sancties, controle, begeleiding, verbetering van arbeidsomstandigheden en humanisering van de arbeid in 50 bedrijven, M. van Putten, N. Steinweg en V. Chr. Vrooland, april 1982, 128 blz., ad f 21,-

Humanisering van de arbeid en ziekteverzuim, rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de arbeids- en organisatiepsychologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden op 16 maart 1979, J.T. Allegro, 30 blz., ad f 4,-

Forumreeks

Het ontbrekende alternatief, een onderzoek naar de persoons- en functiekenmerken van WAO-toetreders, H.J. Kruidenier, maart 1980, 48 blz., ad f 9,-

Bedrijfsgeneeskunde, de rol van de bedrijfsgeneeskunde en de bedrijfsgeneeskundige bij de beheersing en begeleiding van ziekteverzuim, R. Holthuis, oktober 1980, 55 blz., ad f 9,-

Verzekeringsgeneeskunde, over de rol van de sociale verzekeringsgeneeskundige bij de beheersing van het ziekteverzuim en de begeleiding van de verzuimende verzekerde, R. Holthuis, oktober 1980, 55 blz., ad f 9,-

WAO en werkgelegenheid, een discussie over een recente schatting van de 'verborgen werkloosheid' in de WAO, V. Chr. Vrooland e.a., oktober 1980, 67 blz., ad f 6,50

Ziekteverzuim 1977-1980, enkele cijfers uit het registratiesysteem van de CCOZ, H.J. Kruidenier, jan. 1982, 42 blz., ad f 8,-

Arbeidsomstandighedenwet, een toelichting op ontstaan en beleidsperspektieven van de wet, inkl. de wettekst, V.Chr. Vrooland, aug. 1981, 83 blz. (uitverkocht)

Arbeidsverzuim in internationaal perspectief, enkele kanttekeningen bij buitenlandse verzuimcijfers, R. Prins, juni 1981, 28 blz., ad f 5,-

Ziekteverzuim en conjunctuur, een beschouwing naar aanleiding van de daling van het ziekteverzuim, H.J. Kruidenier, aug. 1981, 28 blz., ad f 5,-

Jaarlijkse uitgave

Inventarisatie over lopend en recent afgesloten onderzoek op het terrein van werk, ziekte en gezondheid, J. Nouws en P.G. Willemsen, ad f 15,-

Wetenschappelijke rapporten

Werk en gezondheid, over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid, een bundel waarin een dertigtal onderzoekers verslag doet van hun ideeën over de praktische mogelijkheden die hun onderzoek biedt, V.Chr. Vrooland (red.), april 1982, 318 blz., ad f 42,50, Uitgeverij Samsom, ook verkrijgbaar in de boekhandel

Ziekteverzuim; informatie en beleid, een evaluatie van bruikbaarheid en gebruik van een ziekteverzuimregistratiesysteem, R. Prins, dec. 1980, 132 blz., ad f 19,50

Evaluatie subsidieregeling arbeidsplaatsverbetering, bevat o.a. een zestal uitgebreide casebeschrijvingen, R.J. Fortuin en D. Wijnen, aug. 1980, 50 blz., ad f 5,-, uitgegeven door het Ministerie van Sociale Zaken

Handwijzer arbeidsomstandigheden, een arbeidsgeneeskundig literatuuronderzoek, T. van Keimpema en R.J. Fortuin, 53 blz., ad f 10,-

Ongevallenregistratie en informatiegebruik, ontwikkelingen en ervaringen met betrekking tot arbeidsongevallenstatistiek in Nederland, West-Duitsland en de USA, L. Geurts en R. Prins, sept. 1982, 101 blz., ad f 15,-

*Arbeidsproduktiviteit en ziekteverzuim in het kader van het model
belasting - belastbaarheid, J.J.M. Besseling, juli 1983, 77 blz.,
ad f 13,25*

Publikaties in het kader van de advies- en onderzoeksprojecten
werk en gezondheid van de CCOZ

*Deelrapport nr. 1, voortgangsverslag projekt werk welzijn en
gezondheid bij het Ministerie van Verkeer en Waterstaat,
H.H.W. den Hartog en R.J. van Amstel, dec. 1982, 84 blz.,
ad f 13,75*

*Deelrapport nr. 1, voortgangsverslag projekt werk en gezondheid
bij Sigma Coatings B.V., W. Masselink, C.G. Zandvliet en
F.J.H. van der Leeuw, dec. 1982, 84 blz., ad f 13,75*