

Crowther, J., Absence and turnover in the divisions of one company *Occupational Psychol.* 31 (1957) 256-270
Handy, L. J., Absenteeism and attendance in the British coal-mining industry, an examination of postwar trends. *Brit. J. Industr. Relat.* 6 (1968) 27-50
Kruidenier, H. J., Ziekteverzuim en werkloosheid, een analyse op macro-niveau over de periode 1965-1982. CCOZ, Wetenschappelijke rapporten, Amsterdam, oktober 1983
Kruidenier, H. J., Ziekteverzuim en verloop, een literatuurstudie naar het verband tussen twee indicatoren voor veiligheid, gezondheid en welzijn. CCOZ, Wetenschappelijke rapporten, Amsterdam 1984
Maib, J., Fehlzeiten, eine Untersuchung zu Begriff, Struktur und Bedingungen des Abwesenheitsverhaltens von Arbeitnehmern. Dissertatie Georg-August-Universität, Göttingen 1981
Plummer, N. & E. N. Hinkle, Sickness absenteeism. *Arch. industr. Health* 11 (1955) 218-230

Rosdahl, A. & J. Due, Extent of unemployment and sickness absence. The unemployment surveys 2 The Danish National Institute of Social Research, 1980, (English summary)
Schouten, C. W., Actieven en niet-actieven. Ministerie van C.R.M., Staf-bureau Statistiek, Rijswijk 1979, pag. 37-40
Smulders, P. G. W. Dijkstra, A. Leeuwen, P. van & Daaisma, D., Enige achtergronden van het dalend ziekteverzuim. Min. van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, januari 1983
Spithoven, A. H. G. M., Conjunctuur en ziekteverzuim. ESB, 19 mei 1982, pag. 516-517

CORRESPONDENTIEADRES

H. J. Kruidenier, CCOZ, Fokke Simonszstraat 61, 1017 TE Amsterdam, tel. 020-234694/233769

T. Soc. Gezondheidsz. 63 (1985) 308-315

ZIEKTEVERZUIM IN BELGIË, WEST-DUISSLAND EN NEDERLAND

Institutionele context en enkele cijfers

R. Prins
Stichting CCOZ Amsterdam

Er kleven belangrijke beperkingen aan het internationaal vergelijken van ziekteverzuimcijfers die uit sociaal verzekerings- of bedrijfsstatistieken afkomstig zijn. Om die reden werd een statistisch onderzoek van het ziekteverzuim in Nederland en beide buurlanden vooraf gegaan door een vergelijking van enkele contextuele aspecten, zoals sociale verzekeringsregelingen en ontslagbescherming. Op deze gebieden konden er aanzienlijke verschillen worden geconstateerd tussen deze drie landen. In België kent men bijvoorbeeld de uitgebreidste controlemogelijkheden, het laagste uitkeringsniveau, de minste rechtsbescherming tegen ontslag en de hoogste toetredingsdrempel voor de invaliditeitsverzekering. De Westduitse en Nederlandse situatie blijken hiervan enigszins respectievelijk aanzienlijk af te wijken.

Ten behoeve van een valide meting en vergelijking van het ziekteverzuim in de drie landen werd in eerste instantie gekozen voor een vergelijking op bedrijfsniveau. Bij vier clusters van gelijksoortige bedrijven (uit elk land één bedrijf) werden over 1980 en 1981 verzuim- en personeelsgegevens verzameld (N = 11127 personeelsleden). Hierbij is getracht een aantal inhoudelijke en technische oorzaken van internationale verschillen in verzuim uit te schakelen, namelijk op de volgende wijze:

- door de keuze van bedrijven, die qua produkt, produktieproces, grootte en ligging sterk op elkaar lijken;
- door in alle bedrijven op dezelfde manier het ziekteverzuim te definiëren, de bijbehorende basisgegevens uniform te registreren en de verzuimcijfers op identieke wijze te berekenen;
- door in de vergelijkende statistische analyse voor die kenmerken te controleren (bijvoorbeeld, leeftijd, geslacht, afdelingssoort, handarbeider-beambte), die de aangetroffen verschillen in het ziekteverzuim (gedeeltelijk) zouden kunnen verklaren.

Een eerste conclusie van het statistisch-vergelijkende onderzoek is, dat er inderdaad aanzienlijke en stabiele verschillen bestaan in het ziekteverzuim van werknemers in gelijksoortige bedrijven in België, West-Duitsland en Nederland. Deze verschillen worden niet door definitieve of statistische factoren veroorzaakt en zijn evenmin terug te voeren op belangrijke afwijkingen in de demografische samenstelling van de bedrijfspopulaties.

INLEIDING

Het ziekteverzuim is een onderwerp waarbij in de discussies vroeg of laat een vergelijking met het buitenland wordt

gemaakt. In het algemeen tenderen beschouwingen en de – weinige – internationaal vergelijkende studies die zijn uitgevoerd tot de vaststelling dat, vergeleken met de meeste westeuropese landen, het ziekteverzuim hoog is in Neder-

Tabel 1. Ziekteverzuim in enkele geïndustrialiseerde landen 1978 (1979) 1981 en 1983

Land	jaar	1978*	1978**	1981***	1983****
Engeland		8.0	—	—	—
West-Duitsland		5.6	7.7 (1979)	7.5	7.7
Frankrijk		6.0	8.3 (1974)	7.6	—
Nederland		9.2	12.0 (1979)	9.5	9.5
Italië		—	10.6	9.9	9.4
Zweden		—	13.8	13.5	13.8
USA		—	3.5	3.3	3.2
Japan		—	2.0 (1979)	1.6	1.5

* Vroege 1982
 ** Salowsky 1980
 *** Salowsky 1983
 **** Bewerkt naar: Fehlzeiten: Vorteile für Japan und USA, 1984

land. Als we uit vier recente publikaties de cijfers op een rijtje zetten (tabel 1) kan men deze conclusie gemakkelijk natrekken. Met uitzondering van 1981 zijn de Nederlandse verzuimcijfers, na die van Zweden, steeds de hoogste.

Nu zijn dergelijke overzichten gebaseerd op geaggregeerde gegevens van sociale verzekeringsadministraties of vrijwillige statistieken uit het bedrijfsleven. Hieraan kleven vaak aanzienlijke beperkingen, waarvan we hier twee noemen (Prins 1981):

1. Of de cijfers van de landen onderling wel *vergelijkbaar* zijn, is meestal onvoldoende bekend en kan in veel gevallen worden betwijfeld. Ook de bovenstaande tabel roept een dergelijke vraag op. Terwijl de ene studie het Nederlandse ziekteverzuim op 12,0% stelt (1978) komt de andere onderzoeker op 9,2% uit (1979). Het is onwaarschijnlijk dat het onderscheid in waarnemingsperiode (1 jaar) voor één en hetzelfde land zulke uiteenlopende verzuimpercentages veroorzaakt. Kennelijk hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van verschillende basisgegevens, berekeningsmethoden of populaties.

2. De verzuimcijfers zijn *globaal*: één enkel getal geeft het ziekteverzuimvolume aan. Er wordt niet gedifferentieerd naar de structuur van het verzuim (frequentie, duur) of naar de samenstelling van de populaties (bijvoorbeeld leeftijds- en bedrijfstakopbouw). Dit leidt ertoe dat de cijfers ook niet verder bewerkt (vergelijkbaar gemaakt) en geanalyseerd kunnen worden.

Zowel met het oog op de ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen als vanuit economisch en epidemiologisch gezichtspunt, kan het van belang zijn een - internationaal gezien - vermoedelijk hoog niveau van ziekteverzuim verder te onderzoeken.

DOELSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Het 'Internationaal Vergelijkend Onderzoek Ziekteverzuim' (IVOZ) heeft tot doel inzicht te krijgen in aard en omvang van verschillen in ziekteverzuim tussen Nederlandse, Belgische en Westduitse bedrijven. Het gaat in eerste instantie om een verkennend en hoofdzakelijk beschrijvend onderzoek, dat zich tot drie landen beperkt. Er wordt nagegaan of er belangrijke verschillen voorkomen in de hoogte en structuur van het ziekteverzuim, die niet verklaard kunnen worden door definitieve en registratie-technische oorzaken.

De onderzoekopzet bestond uit twee onderdelen:

1. Een beschrijving en vergelijking van stelsel en uitvoering der ziekteverzekering en aanverwante loondervingsregelingen, benevens arbeidsrechtelijke aspecten van het ziekteverzuim in elk land;
2. Een vergelijkend statistisch onderzoek van het ziekteverzuim van een aantal geselecteerde gelijksoortige bedrijven in de drie landen.

In april 1983 kwam het verslag gereed van het eerste deel van het onderzoek. Hierin werd per land een overzicht

geboden van de geschiedenis en structuur van de loondervingsregelingen; de uitvoering en inhoud van de ziekteverzekering en aanverwante regelingen (invaliditeit, werkloosheid, e.d.); de activiteiten en regelingen ten aanzien van revalidatie, quoterings- en bedrijfsgezondheidszorg. Apart werd aandacht besteed aan ontslagbescherming in verband met frequent of langdurig ziekteverzuim. Behalve inzicht in formeel-juridische, financiële en uitvoeringsorganisatorische aspecten, leverde deze studie ook een referentiekader voor de afbakening van het ziekteverzuimbegrip.

Het tweede deel van dit onderzoek is *statistisch-vergelijkend* van aard. In de voorafgaande paragraaf werden al enkele methodische complicaties gesignaleerd die optreden bij een directe vergelijking van nationale macro-statistische gegevens. Doorgaans doen zich verschillen voor ten aanzien van de inhoud en reikwijdte van het ziekteverzuimbegrip (de 'teller'), de samenstelling van de populatie (de 'noemer') en de methode waarmee de gegevens verzameld en berekend worden (de 'meting'). Het lag ook voor de hand om niet primair de (eventueel) aanwezige geaggregeerde cijfers in een land als uitgangspunt te nemen, maar *direct* enkele *onbewerkte* basisgegevens te verzamelen en te vergelijken. Dit betekent dat niet op macro- maar op micro-niveau (bedrijfsniveau) het ziekteverzuim internationaal vergeleken wordt.

VERGELIJKING VAN LOONDERSVINGSREGELINGEN, UITVOERINGSPRAKTIJKEN (E.D.)

Van het op literatuuronderzoek en enkele interviews gebaseerde eerste deelrapport volgen hier de belangrijkste conclusies (Prins en Andriessen 1983). Eerst zullen we enkele algemene verschillen aangeven, die ook een indruk geven van de 'couleur locale' van de ziekteverzuimproblematiek. Opvallend is in onze buurlanden dat hier een *aparte ongevallenverzekering* voorkomt met eigen uitvoeringsorganen, hetgeen aan de Nederlandse situatie van voor 1967 herinnert. Bij arbeidsongeschiktheid tengevolge van 'beroepsrisico's' (een arbeidsongeval of beroepsziekte) zijn de uitkeringen en voorzieningen in het algemeen gunstiger dan bij 'ziekte'. De directe relatie tussen het ongeval en de arbeidsituatie blijkt o.a. uit het ontbreken van een werknemersaandeel in de verzekeringspremie. Ook de activiteiten vanuit de behandelende sector lijken meer gecoördineerd te verlopen dan in geval van 'gewone' ziekte. Een ander naderhand uitgevoerd onderzoek ondersteunt deze laatste conclusie (Andriessen, Holthuis, Prins 1983). In het Westduitse en Belgische systeem bestaan nog *verschillen tussen arbeiders en beambten* wat de financiële regelingen en uitvoeringsprocedures betreft. In België krijgt de beambte bij ziekte langer het loon doorbetaald dan de arbeider. In West-Duitsland doen zich nog verschillen voor wat betreft de ziekmeldingsprocedure: beambten hoeven pas na drie dagen een doktersverklaring over arbeidsongeschiktheid te overleggen, arbeiders al op de eerste dag. Ten opzichte van het verleden zijn dergelijke verschillen overigens aanzienlijk verminderd.

Er werden ook enkele belangrijke *overeenkomsten* tussen de drie landen gesignaleerd. Zo wordt men overal met dezelfde sociaal-politieke problemen geconfronteerd, zoals: de kosten, versnippering en onbeheersbaarheid van het sociale zekerheidsstelsel enerzijds en ongunstige prognoses over de demografische ontwikkelingen anderzijds. Verzekeringsgeneeskundigen kampen met het probleem van de afbakening van het ziektebegrip en de verdisconting van de arbeidsmarktsituatie in het arbeidsongeschiktheidspercentage.

De regelingen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid blijken inhoudelijk en procedureel aanzienlijk uiteen te lopen. Zowel in België als in West-Duitsland is de hoogte

van het ziekteverzuim direct financieel merkbaar voor de werkgever. In beide landen geldt een wettelijk verplicht *eigen risico voor de werkgever*, waarbij het volledig loon enige tijd moet worden doorbetaald ingeval van arbeidsongeschiktheid. In West-Duitsland wordt de eerste zes weken het loon volledig doorbetaald; in België is dit gedifferentieerd: voor beambten (bedienden) is deze periode één maand, voor arbeiders 1 week, benevens gedurende 23 dagen een aanvulling op het ziekgeld. In Nederland ontbreekt deze wettelijke verplichting; alleen de zgn. Akers (Afdelingskassen en eigenrisicodragers) dragen – op vrijwillige basis – het gehele ziekterisico zelf.

Het *eigen risico voor de werknemer* aan het begin van de ziekteperiode is vrijwel geheel afgeschafte of heeft aan betekenis ingeboet. Eventueel wettelijk voorgeschreven carensdagen zijn, uitgezonderd in België (1 dag), via CAO-bepalingen of wettelijke regeling buiten werking gesteld. Grote verschillen bestaan tussen de drie landen wat betreft de *hoogte der uitkering*. In Nederland is bij arbeidsongeschiktheid wegens ziekte het inkomensverlies vrijwel nihil, evenals in West-Duitsland. In België is het verschil tussen loon en uitkering aanzienlijk: na 1 maand valt men terug op een uitkering van 60% van het brutoloon (bij een arbeidsongeval is dit 90%).

In beide buurlanden moet een *medisch attest* van de behandelende arts worden overlegd, waarmee de arbeidsongeschiktheid wordt gelegitimeerd. In Nederland weigert de curatieve sector een dergelijk beoordelende rol. In eerste instantie beslist de verzekerde zelf over zijn arbeidsongeschiktheid, waarvan de ziektecontroleur zich naderhand op de hoogte stelt, en die door een verzekeringsgeneeskundige kan worden beoordeeld (tenzij men de arbeid al weer heeft hervat).

Controle-activiteiten komen in Nederland en België vanaf het begin van een ziektegeval voor. Met name in België komt een scala van controle-mogelijkheden en instanties voor (namens werkgever, ziekenfonds, verzekeringsmaatschappij) waarbij uitsluitend medici ingeschakeld worden. In West-Duitsland ligt het zwaartepunt op controle-onderzoek na 6 weken, nl. als het ziektegeval voor rekening van de Krankenkasse (ziekenfonds) komt.

Ontslag tijdens ziekte is mogelijk in België (nl. na de opzegtermijn van 6 maanden). Frequent of langdurig ziekteverzuim kan in beide buurlanden een erkende reden voor ontslag zijn. Alleen in Nederland is het wettelijk verplicht dat de werkgever vooraf toestemming vraagt (bij het arbeidsbureau). Daartoe moet het versturende effect van het ziekteverzuim voor de bedrijfsvoering worden aangetoond. In beide andere landen zijn er nauwelijks administratieve of juridische barrières op dit vlak, zij het dat de procedure in West-Duitsland uitgebreider is dan in België (de ondernemingsraad moet nl. gehoord worden). Tenslotte valt op dat het alleen in Nederland mogelijk is dat de *bedrijfsarts* een rol heeft bij de controle van arbeidsongeschikte werknemers. In beide andere landen komt dit niet voor: het is de bedrijfsarts wettelijk niet toegestaan zich met de vraag naar het voortbestaan van arbeidsongeschiktheid te bemoeien.

ENKELE CONCLUSIES OVER SOCIALE VERZEKERINGSASPECTEN

Wat betekenen deze verschillen in regelingen en organisatie nu voor het verschijnsel ziekteverzuim in elk der landen? De vijf meest opvallende institutionele factoren, die van belang zijn om de lokale situatie te leren kennen en die wellicht van invloed zijn op het ziekteverzuimniveau, zijn: 1. de *medische attestplicht* die in Nederland ontbreekt, is in beide buurlanden van toepassing. Een arbeidsongeschiktheidsverklaring van de behandelende arts geeft recht

op doorbetaling van loon of een ziekte-uitkering. Zowel in België (waar de patiënt slechts 75% van het doktersconsult vergoed krijgt) als in West-Duitsland wordt betwijfeld, of deze voorwaarde als een erg effectieve verzuimbepalende maatregel te beschouwen is. Sommige onderzoekers en ook werkgevers hebben de indruk, dat een medicus niet snel geneigd zal zijn een medisch attest te weigeren (uit vrees voor verlies van patiënten);

2. het *controle-apparaat* met betrekking tot arbeidsongeschiktheid wegens ziekte is naar onze indruk in België het meest uitgebreid en geschakeerd en in West-Duitsland het minst ontwikkeld. Het Nederlandse controlebeleid lijkt een tussenpositie in te nemen;

3. de *uitkeringshoogte* wijkt in België reeds na een maand arbeidsongeschiktheid aanzienlijk af van het arbeidsinkomen. Langerdurende arbeidsongeschiktheid leidt hier tot een aanmerkelijk verlies aan inkomen (40% van het brutoloon). Werknemers nemen hierdoor mogelijk hun toevlucht tot voortijdige werkhervatting of het opnemen van vakantiedagen;

4. de *beperkte ontslagbescherming* in beide buurlanden kan op 2 manieren een rol spelen. Direct, doordat men langdurig of frequent zieke werknemers zonder veel juridische bescherming kan ontslaan. Maar ook indirect is de effect van een dergelijke situatie aannemelijk. Zo hebben vakbonden, medici en invaliditeitsverzekering in West-Duitsland er op gewezen, dat angst voor verlies van de arbeidsplaats bij sommige categorieën werknemers tot 'ziek doorwerken' kan leiden en deze ervan weerhoudt om een voorgeschreven kuur of behandeling te ondergaan;

5. de *relatie tussen ziekte- en invaliditeitsverzekering* is een laatste mogelijke determinant van een specifiek ziekteverzuimniveau in een land. Nederland is het enige land waar toetreding tot de invaliditeitsverzekering (WAO/AAW) door 1 jaar ziekte vooraf dient te gaan. Ook een ander toetredingscriterium, het minimaal vereiste percentage arbeidsongeschiktheid, is in dit land aanzienlijk lager dan elders (15-25% vs. 66% in België en 50% in West-Duitsland). Men kan hier wellicht spreken van een 'systeem-inherente determinant' van het ziekteverzuim in Nederland.

Dit overzicht wordt afgesloten met de constatering dat deze aspecten en factoren in bepaalde combinaties voorkomen. Zo kent men in België de uitgebreidste controlemogelijkheden, het laagste uitkeringsniveau, de minste bescherming tegen ontslag en de hoogste invaliditeitsdrempel. Duitsland neemt een middenpositie in: evenals in Nederland is het uitkeringsniveau hoog en het systeem van 'ziektewetcontrole' minder verregaand ontwikkeld; verschillen (t.a.v. Nederland) betreffen de mogelijkheden van ontslag en hogere barrières voor de toetreding tot invaliditeitsverzekering. De Nederlandse situatie wordt gekenmerkt door een (langdurig) gunstig uitkeringsniveau, geen uitzonderlijk rigide controlesysteem en een verzuim-verhogende 'zuigkracht' van de WAO.

HET VERGELIJKENDE BEDRIJFSONDERZOEK

Hiervoor hebben we al toegelicht, dat de internationale vergelijking van het ziekteverzuim primair op bedrijfsniveau wordt gemaakt. De werving en selectie was erop gericht clusters van gelijksoortige bedrijven samen te stellen. Een cluster is een groep van drie bedrijven – uit elk land één – die qua produkt en productieproces (vrijwel) identiek zijn en, indien mogelijk, ook qua grootte en ligging (industriegebied-platteland) overeenkomsten hebben ('matched sample').

Een consequentie van de keuze voor het bedrijfsniveau is, dat dit onderzoek geen directe uitspraken oplevert over

Tabel 2. Enkele kengetallen over het personeel in de 11 bedrijven (1980)

Cluster/Bedrijf		Personeels-sterkte	Percentage Vrouwen	Percentage buitenlanders	Percentage beambten	Gemiddelde leeftijd	Percentage ploegendienst
1. Chemie:	B1	671	18	1	36	36	0
	D1	1737	11	10	27	43	42
	N1	1219	15	3	83	38	7
2. levensmiddelen A	B2	694	11	3	26	40	61
	D2	839	21	8	34	44	47
	N2	823	9	3	32	40	55
3. levensmiddelen B	B3	299	38	2	17	37	82
	D3	1195	52	26	17	39	66
	N3	663	8	10	21	40	78
4. metaalproducten	B4	585	14	9	24	38	63
	N4	783	4	33	47	37	75
Totaal	B	2249	17	4	27	38	46
	D	3771	26	14	25	42	51
	N	3488	10	11	51	39	47

'het' Nederlandse, 'het' Belgische, of 'het' Westduitse ziekteverzuim. De steekproef is namelijk te klein en te select om representatief te zijn. De voordelen van deze benadering zijn evenwel dat men voor een aantal populaties enkele 'bekende' methodologische voetangels kan vermijden en vervolgens nauwkeurig kan nagaan of in het ziekteverzuim systematisch belangrijke verschillen bestaan. Door bovendien populatiegegevens te verzamelen kunnen enkele bekende determinanten van het ziekteverzuim (bijvoorbeeld: verschil in leeftijd, geslacht, soort werk) onder controle gehouden worden.

Voor dit onderzoek konden vier clusters worden samengesteld, met in totaal 11 bedrijven. Eén van de clusters is incompleet, daar de Westduitse deelnemer zich in een laat stadium terugtrok. De clusters zijn afkomstig uit¹:

1. chemie: produktie van verven, coatings en vernissen (3 bedrijven, waarvan de Nederlandse in een agrarische regio);
2. levensmiddelen-industrie (A): produktie van levensmiddelen en halffabrikaten voor de voedingsindustrie (3 bedrijven in industriële regio);
3. levensmiddelen-industrie (B): produktie van geconserveerde levensmiddelen uit agrarische grondstoffen (3 bedrijven op het platteland);
4. metaal produktenindustrie: produktie van metalen verpakkingen voor de levensmiddelenindustrie (2 bedrijven in agrarische streek).

Qua produkt en produktieproces zijn er grote overeenkomsten: in 3 van de 4 clusters maken de bedrijven exact hetzelfde produkt. In 1 cluster wijkt in het Belgische bedrijf het produkt af, maar de produktie gaat gepaard met dezelfde fysische omstandigheden (i.c. lage temperaturen). In tabel 2 zijn enkele kengetallen weergegeven over het personeelsbestand in de 11 bedrijven.

Hieruit blijkt dat in 2 clusters (namelijk 1 en 3) de bedrijfsgrootte sterk varieert. Verder hebben de 3 bedrijven in West-Duitsland het hoogste percentage vrouwen in dienst, namelijk gemiddeld 26%; bij de Belgische en de Nederlandse bedrijven is dat 27% respectievelijk 10%. Het aandeel der buitenlandse werknemers is in de Nederlandse en Westduitse bedrijven ongeveer hetzelfde: resp. 11% en 14%. In de Belgische bedrijven werken minder buitenlanders, nl. slechts 4%. Verder vallen twee Nederlandse bedrijven op door een hoog percentage beambten. nl. 47% en 83%. (Dit laatste cijfer betreft een bedrijf met een omvangrijk research-, marketing - en verkoopapparaat). De gemiddelde leeftijd van de Nederlandse en Belgische bedrijfspopulaties komt sterk overeen. De Westduitse bedrijven worden echter gekenmerkt door een relatief

oudere populatie (in concreto: weinig jongeren en sterk bezette leeftijdsklassen van 35-55 jaar).

Tenslotte kan nog worden opgemerkt, dat deze bedrijven wat de hoogte van hun ziekteverzuim betreft, waarschijnlijk niet a-typisch zijn voor de bedrijfstak. Vergelijking van bedrijfsinterne cijfers met beschikbare referentiegegevens (concern-cijfers, NIPG-cijfers) laat zowel lagere, als gemiddelde en hogere cijfers zien. Het is dus aannemelijk dat er niet sprake is van een eenzijdige selectie.

BASISGEGEVENS

Ten behoeve van een equivalente definitie en meting omvatte het ziekteverzuimbegrip de volgende soorten afwezigheid: ziekte, ongeval, zwangerschaps-/en bevalingsverlof, 'Kur' en 'Heilverfahren' (revalidatie). Over een waarnemingsperiode van 2 jaar (1980 en 1981) werden van elk verzuimgeval de datum van ziek- en hersteldmelding geregistreerd, benevens - bij enkele buitenlandse bedrijven - de verzuimreden. Als maximale verzuimduur werd 365 kalenderdagen aangehouden.

Van de werknemers in de 11 bedrijven werden bovendien enkele personeelsgegevens geregistreerd: geboortedatum, indienstdatum, uitdienstdatum en -reden, geslacht, nationaliteit, afdeling, ploegendienst, personeelscategorie (handarbeider-beambte) en CAO-, schaal- of functiegroep. Het verzamelen van al deze (anoniem gemaakte) gegevens vond plaats door handmatige overname uit bedrijfsadministraties door projectmedewerkers, of via aanlevering op tape of computerlijst. Na de invoer en zuivering van de gegevens, en terugkoppeling naar de deelnemende bedrijven werd een gedetailleerde beschrijving en vergelijking van het ziekteverzuim gemaakt, waarbij ook de invloed van verschillen in personeelskenmerken werd nagegaan. Deze 4 'case-studies', benevens een vergelijking van de geaggregeerde gegevens (de 3 'nationale' populaties) zijn in het tweede deelrapport opgenomen (Prins en Besseling 1985).

VERSCHILLEN IN HOOGTE EN STRUCTUUR VAN HET ZIEKTEVERZUIM

In hoeverre verschilt nu het ziekteverzuim van gelijksoortige bedrijven in België, West-Duitsland en Nederland? Abstraherend van de clusters, zullen we deze vraag hier aan de hand van de 'totaalcijfers' beantwoorden. De gegevens van deze 3 populaties weerspiegelen namelijk groten-deels de specifieke verschillen die in elk der clusters afzonderlijk geconstateerd werden. Waar we hierna gemaks-halve de term 'landen' gebruiken, en over Belgische, West-

duitse en Nederlandse werknemers spreken, bedoelen we steeds de personeelsleden van de onderzochte bedrijven uit deze landen.

Uit de eerste analyses die op het omvangrijke data-materiaal gehouden werden blijkt, dat de basis-vraag van dit onderzoek positief beantwoord kan worden. Er zijn inderdaad aanzienlijke en consistente verschillen in het ziekteverzuim van gelijksoortige bedrijven in België, West-Duitsland en Nederland. Dit gegeven wordt niet veroorzaakt door statistische factoren. De aard van de verschillen en de eventuele invloed van uiteenlopende bedrijfspopulaties (die bijvoorbeeld qua leeftijdsstructuur of percentage beambten niet gelijk zijn; zie tabel 2) zullen we met enkele tabellen en grafieken toelichten.

De hoogte van het ziekteverzuim loopt nogal uiteen: in 1980 en 1981 hebben de Belgische werknemers het laagste ziekteverzuimpercentage. Bij de Nederlandse en Duitse bedrijven ligt dit ruim 50% hoger, zoals uit tabel 3 blijkt.

Tabel 3. Vergelijking van enkele verzuimgrootheden (1980 en 1981; mannen en vrouwen)

	1980			1981		
	B	D	N	B	D	N
Ziekteverzuimpercentage (ZV%): Het aantal verzuimde kalenderdagen uitgedrukt als percentage van het totaal aantal beschikbare kalendermandagen	5.9	6.6	9.6	5.6	8.6	8.4
Meldingsfrequentie (MF): Het gemiddelde aantal ziekmeldingen per personeelslid per jaar	1.45	1.91	2.17	1.34	1.87	2.11
Gemiddelde verzuimduur (GD): De gemiddelde duur van de in de betref- fende jaarperiode geëindigde gevallen (kalenderdagen)	14.4	15.8	16.2	14.8	16.5	14.8
Gemiddelde personeelssterkte (GPS): over de betreffende periode	2249	3771	3488	2240	3693	3507

Uit de verzuimpercentages kunnen we afleiden dat in 1980 (en 1981) per werknemer in België 22 (20), in West-Duitsland 31 (31) en in Nederland 35 (31) kalenderdagen door ziekteverzuim verloren gingen. Wat het aantal ziekmeldingen betreft laten beide jaren een identiek beeld zien: per werknemer komen in België de minste ziekteverzuimgevallen voor en in Nederland en West-Duitsland de meeste. Het verschil met deze laatste twee is aanzienlijk: in beide jaren hebben de Nederlandse werknemers ongeveer 50% meer ziekmeldingen dan hun Belgische collega's. Het aantal ziekmeldingen ligt in West-Duitsland 30-40% hoger dan in België. Deze verschillen zijn in de tijd gezien vrij stabiel (behalve bij de gemiddelde duur).

Als tweede vergeleken we de structuur van het ziekteverzuim, dat wil zeggen de verhouding tussen kort, middellang en langdurig ziekteverzuim.

Ten aanzien van het kortdurend ziekteverzuim (1-7 dagen) blijkt, dat bij de Nederlandse personeelsleden in beide jaren ruim 40% meer kortdurende gevallen voorkomen dan bij de Duitse en Belgische werknemers. Bij het middellange ziekteverzuim is het beeld veranderd. In deze categorie komen de meeste meldingen en het hoogste percentage voor onder de Westduitse personeelsleden. Gemiddeld hebben deze werknemers twee keer zoveel middellange gevallen als in België. Ook het Nederlandse cijfer ligt lager dan het Westduitse. Ziekteverzuim dat langer dan 6 weken duurt, komt weer het meest voor in de Nederlandse bedrijven. Het Westduitse niveau is iets lager, het Belgische daarentegen aanzienlijk lager. Per 100 werknemers komen gemiddeld 15 langdurige ziektegevallen voor in Nederland, 13 in West-Duitsland en 10 in België. Het hogere ziekteverzuim in de Nederlandse bedrijven blijkt dus op relatief meer

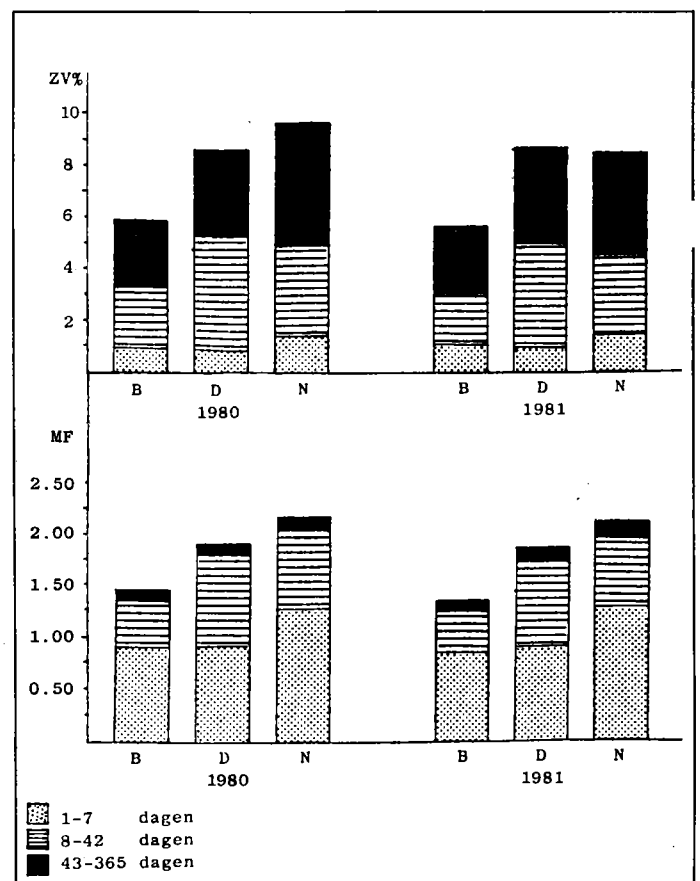
kortdurend verzuim (1-7) dagen en relatief meer langdurig ziekteverzuim (7-52 weken) te berusten.

POPULATIEVERSCHILLEN ALS VERKLARING?

Controle op verschillen in samenstelling van de drie personeelspopulaties vormde het derde deel van de analyses. Het is namelijk denkbaar dat onder de werknemers in de bedrijven uit het ene land meer ouderen of handarbeiders voorkomen dan in beide andere populaties, waardoor op zich al verschillen in het ziekteverzuim kunnen ontstaan. Om na te gaan of dergelijke 'verklaringen' een rol spelen, werden enkele personeelskenmerken in de vergelijking opgenomen. Het gaat om factoren, waarvan bekend is dat ze het ziekteverzuim beïnvloeden en waarop de 3 populaties onderling verschillen.

Wat betreft het kenmerk *geslacht* blijkt, dat zowel bij mannelijke als vrouwelijke werknemers de geconstateerde rangorde optreedt. Bij de mannen bedraagt het verzuimpercentage 5,3% (B), 8,1% (D) en 9,5% (N). Bij de vrouwen gaat het resp. om 8,9%, 10,0% en 10,1% (2). Opvallend is, dat de internationale verschillen bij de vrouwen minder groot zijn dan bij de mannelijke collega's. Bovendien blijft bij de gemiddelde duur dat het verzuim der Nederlands werknemers gemiddeld 3 dagen korter duurt dan bij buitenlandse collega's.

De *leeftijdsstructuur* is een tweede kenmerk waarvan werd nagegaan of deze de internationale verschillen beïnvloedt. Zoals figuur 2 illustreert, doen zich tussen Nederlandse en Belgische werknemers in elke leeftijdsklasse aanzienlijke verschillen voor in verzuimfrequentie en verzuimpercentage. In alle leeftijdsklassen komen, vergeleken met Nederlandse werknemers, 30-40% minder ziekteverzuimgevallen voor onder de Belgische personeelsleden. De gemiddelde duur der gevallen laat voor alle 3 populaties minder ver-



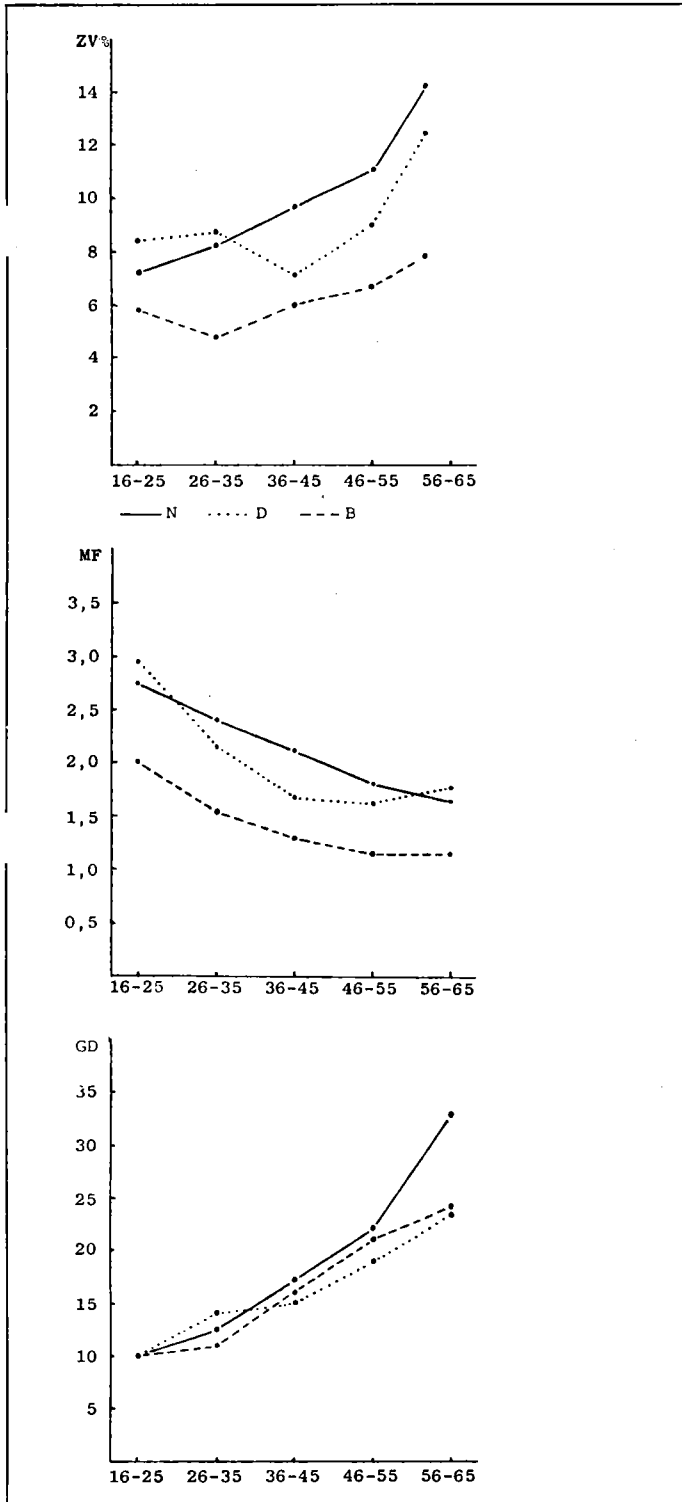
Figuur 1. Verzuimpercentage en meldingsfrequentie naar duurklassen (1980, 1981; mannen en vrouwen)

schillen zien, uitgezonderd in de categorie van 56-65 jaar. Een laatste personeelskenmerk waarvan hier de samenhang met de internationale verschillen wordt weergegeven is het soort werk, uitgedrukt in de tweedeling *handarbeiders-beambten*³. Vergelijking van deze twee categorieën personeelsleden laat ook hier de bekende verzuimverschillen zien. Het verzuimpercentage is bij de handarbeiders 6,9% (B), 9,8% (D) en 13,1% (N). Voor de beambten gaat het om resp. 3,1%, 5,2% en 6,2%. Hierbij valt op, dat de verschillen bij de handarbeiders groter zijn geworden (dan bij de onuitsplitste cijfers) terwijl ze bij de beambten iets afnemen.

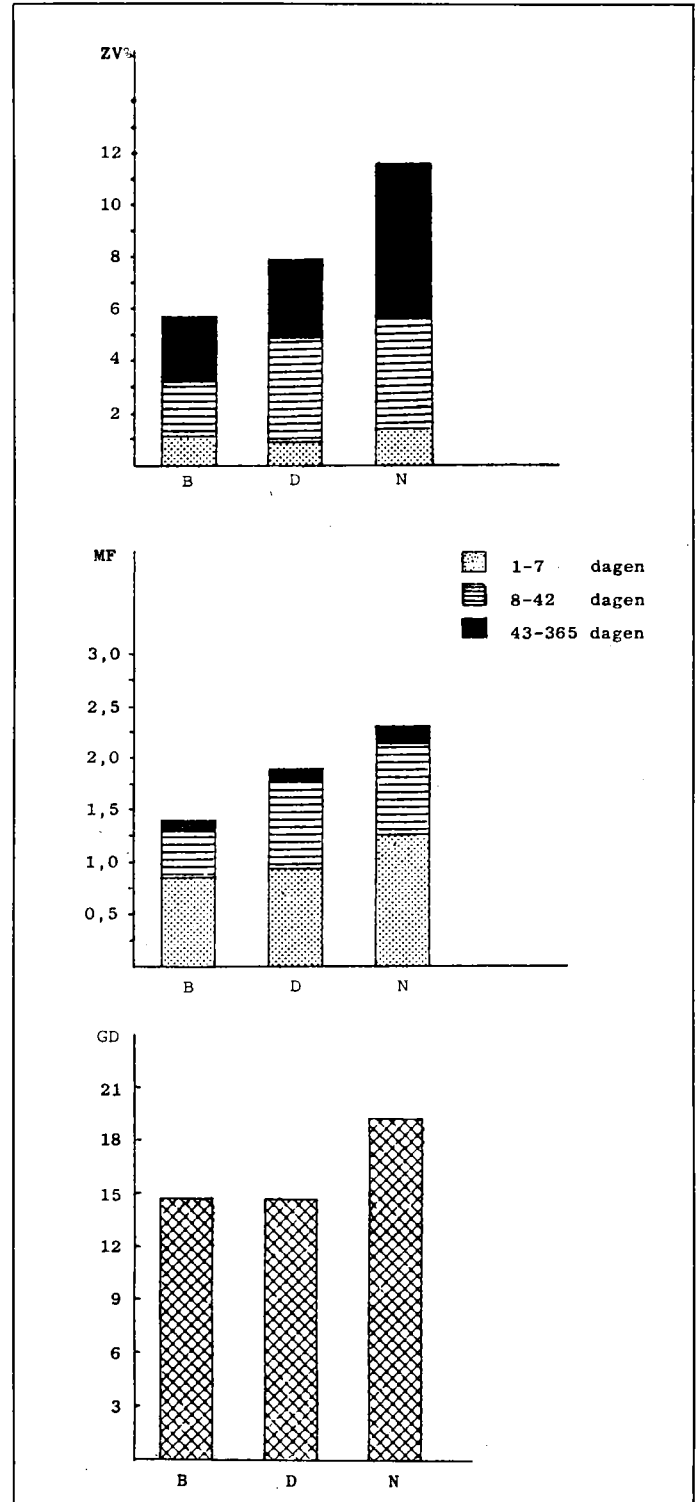
Ten aanzien van andere geregistreerde kenmerken, zoals soort dienst, functiegroep en nationaliteit, wordt in het

tweede deelrapport (Prins en Besseling 1985) vastgesteld, dat ook deze kenmerken de 'internationale rangorde' niet wezenlijk beïnvloeden. De effecten zijn beperkt tot het afzwakken of toespitsen van de verschillen.

De *conclusie* van dit onderdeel van de vergelijking is, dat het internationaal nogal uiteenlopende ziekteverzuimniveau niet door bepaalde groepen personeelsleden wordt 'veroorzaakt'. De verschillen doen zich over de gehele linie voor, zowel bij categorieën die gewoonlijk een laag ziekteverzuim hebben, als bij werknemers met een hoog verzuim. Verder kan vastgesteld worden dat in alle 3 populaties over het algemeen gelijksoortige samenhangen blijken te bestaan tussen de personeelskenmerken en de verzuimgrootheden. Bijvoorbeeld steeds hebben ouderen, handar-



Figuur 2. Verzuimpercentage, meldingsfrequentie en gemiddelde verzuimduur naar leeftijd (1980; mannen en vrouwen)



Figuur 3. Gestandaardiseerde verzuimgrootheden (1980, mannen en vrouwen)

beiders, buitenlanders en ploegendienstwerkers een hoger ziekteverzuim dan resp. jongeren, beampten, autochtonen en dagdienstwerkers.

GESTANDAARDISEERDE GEGEVENS

In het voorafgaande werd door bivariate vergelijking het eventueel doorkruisende effect van een aantal populatiekenmerken nagegaan. Teneinde de invloed van enkele factoren gelijktijdig uit de schakelen werden voor beide jaren gestandaardiseerde verzuimcijfers berekend⁴. Het gaat bij figuur 3 dus niet om het feitelijke ziekteverzuim, maar om gecorrigeerde gegevens. Als de 3 populaties qua leeftijdsstructuur, percentage mannen-vrouwen en verhouding handarbeiders-beampten identiek zouden zijn, zou het ziekteverzuim er aldus uitzien.

Men kan vaststellen, dat de verschillen groter en duidelijker zijn geworden. Een drietal gevolgtrekkingen zijn te maken:

a. Het ziekteverzuim van Westduitse werknemers blijkt qua hoogte tussen het Belgische en Nederlandse niveau te liggen. Het verzuimpercentage ligt ca. 25% lager dan het Nederlandse cijfer; bij Belgische werknemers komt 50% minder verzuim voor dan bij de Nederlandse collega's. Waar in de Belgische bedrijven jaarlijks gemiddeld 20 kalenderdagen door ziekteverzuim verloren gingen, waren dat in de Westduitse bedrijven 29 dagen en in de Nederlandse 42 (1980) of 36 dagen (1981).

b. Vergelijken we de twee 'extremen', dan blijkt dat de verschillen groter worden naarmate het om langduriger gevallen gaat. Bij de Nederlandse personeelsleden kwamen 50% meer kortdurende verzuimgevallen voor (1-7 dagen); het aantal ziektegevallen dat middellang (1-6 weken) of langer duurt (7-52 weken) lag 100% hoger dan bij de Belgische werknemers.

c. Tenslotte kunnen we in de grafieken vaststellen, dat het langdurig verzuim zwaar 'meetelt' in het relatief hoge ziekteverzuim van Nederlandse werknemers. Dit blijkt ook uit de gemiddelde verzuimduur (hoewel dit gegeven minder stabiel blijkt te zijn).

Voor de volledigheid wordt eraan herinnerd, dat deze laatste uitkomsten, die de eerdere conclusies aanvullen, op gecorrigeerde gegevens gebaseerd zijn, die dus enigszins afwijken van de eerder gepresenteerde cijfers.

BESPREKING

Bij deze constatering kunnen we enkele kanttekeningen plaatsen. De gepresenteerde cijfers zijn niet representatief voor de drie landen. Belangrijk is evenwel, dat in 4 case-studies vrijwel steeds gelijke conclusies werden getrokken. Niet de absolute cijfers vormen de winstpunten van dit onderzoek, doch de geconstateerde relaties daartussen, d.w.z. de richting, soort en omvang der vastgestelde verschillen.

Verder blijkt, dat het uiteenlopende verzuimniveau, sterk overeenkomt met de bevindingen uit beperkte en ongestandaardiseerde bedrijfscijfers (Eindhovense Fabrikantenkring 1979, Kramer, Verbaan en Wiersma 1982). Aangezien bovendien in alle 3 landen sinds 1980-1981 het ziekteverzuim een dalende trend vertoont, is het waarschijnlijk dat de geconstateerde verschillen ook thans nog voorkomen, zij het wellicht minder sterk dan in de bestudeerde jaren. Tenslotte wijzen de grootte en consistentie van de ziekteverzuimverschillen erop, dat het kenmerk 'land' als een 'sterke' determinant van het verzuimniveau moet worden beschouwd. Hiervan is echter verder nog weinig inhoudelijks bekend: de ziekteverzuimverschillen kunnen namelijk veroorzaakt worden door uiteenlopende factoren, die men

grofweg in drie groepen kan rubriceren:

a. op het vlak van de *loondervingsregelingen en gezondheidszorg* bestaan (soms aanzienlijke) verschillen, bijvoorbeeld de legitimatie en controle van de arbeidsongeschiktheid, de uitkeringshoogte, de toelatingscriteria voor de invaliditeitsverzekering en wachttijden in de gezondheidszorg;

b. op *bedrijfsniveau* kunnen zich tussen de landen ook aanzienlijke verschillen voordoen, zoals: het beleid en maatregelen ten aanzien van ziekteverzuim(ers), de personeelsselectie- en ontslagbeleid, het aantal vrije dagen en de arbeidsverhoudingen;

c. op *individueel niveau* zijn er eveneens verschillen aanmerkelijk, bijvoorbeeld in het ziekte(verzuim)gedrag (i.v.m. financiële consequenties of mogelijke gevolgen voor de arbeidsplaats), normen en waarden ten aanzien van werk en gezondheid, bedrijfsbinding, etc.

Dergelijke factoren werden in het kader van deze exploratie niet nader onderzocht. Op grond van de besproken uitkomsten is inmiddels een vervolgonderzoek gestart waarin de plausibiliteit van bovengenoemde 'verklaringen' nader onderzocht worden (d.m.v. interviews in de betrokken bedrijven, vergelijking van gezondheidsindicatoren uit (drie landen, e.d.).

NOTEN

1. Voor detailinformatie, over de clusters wordt verwezen naar het basisrapport: Prins en Besseling 1985, hoofdstuk 3.

2. Deze cijfers en de navolgende grafieken zijn gebaseerd op gegevens van 1980. In 1981 is het beeld vrijwel steeds identiek; doen zich tussen beide jaren belangrijke verschillen voor dan wordt dit in de tekst vermeld.

3. In het nederlandse arbeidsbestel speelt het onderscheid (hand)arbeider-beampte geen belangrijke rol. Bij twee deelnemende bedrijven ontbrak dan ook in de administratie dit kenmerk. In overleg met deze bedrijven werd deze tweedeling geconstrueerd op basis van de kenmerken 'afdeling' en CAO-functiegroep of een boekhoudkundig gegeven (zie verder hoofdstuk 2 in het onderzoeksverslag).

4. Er werd een directe standaardisatie naar leeftijd, geslacht en verhouding handarbeiders-beampten uitgevoerd. Als standaardpopulatie werd de som van de drie indexpopulaties genomen (Anderson e.a. 1980, Hoofdstuk 7; Sturmans 1982, Hoofdstuk 5).

SUMMARY

A cross national study on sickness absence showed remarkable differences in social security regulations and sickness absence in Belgium, West-Germany and the Netherlands. For pragmatic reasons, factories in each respective country were selected on the basis of their product, type of technology, size etc. Within 4 international clusters of factories standardized sickness absence data (1980, 1981) of about 11.000 employees were compared, controlling for confounding factors (like age, sexe, occupational status etc.). Dutch employees showed the highest sickness absence rates whereas Belgian employees had the lowest level. Further research on alternative explanations for these differences is pending (i.e. labour relations, sickness absence behavior, health status, social security procedures).

LITERATUUR

Anderson, S., e.a., Statistical methods for comparative studies; techniques for bias reduction. Wiley, New York 1980

Andriessen, S., R. Holthuis en R. Prins, Sociaal-medische betrokkenheid bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen: een internationale verkenning. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag 1983

Eindhovense Fabrikantenkring, Ziekteverzuim... een heel probleem! Eindhoven 1979

Fehlzeiten: Vorteile für Japan und USA. Informationsdienst des Instituts der Deutschen Wirtschaft, Köln 1984.

Kramer, I., D. Verbaan en H. Wiersma, Ziekteverzuim: een hollandse ziekte? Philips, Afd. Sociale Zaken, Eindhoven 1982

Prins, R., Arbeidsverzuim in internationaal perspectief; enkele kanttekeningen bij buitenlandse verzuimcijfers. CCOZ, Amsterdam 1981

Prins, R. & S. Andriessen, Internationaal vergelijkend onderzoek ziekteverzuim. Deel 1: verzekeringstechnische en arbeidsrechtelijke aspecten van het ziekteverzuim in West-Duitsland, België en Nederland. CCOZ, Amsterdam 1983

Prins, R. & J. Besseling, Internationaal vergelijkend onderzoek ziekteverzuim. Deel 2: een analyse van het ziekteverzuim in geselecteerde West-

duitse, Belgische en Nederlandse bedrijven, CCOZ, Amsterdam 1985
 Salowsky, H., Individuelle Fehlzeiten in westlichen Industrieländern. Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln 1980
 Salowsky, H., Fehlzeiten; ein internationaler Vergleich. Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln 1983
 Sturmans, F., Epidemiologie; theorie, methoden, toepassing. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen 1982

Vroege, D., Ziekteverzuim in Nederland; een bedrijfsgeneeskundige visie. BGD, Rotterdam 1982

CORRESPONDENTIEADRES

R. Prins, CCOZ, Fokke Simonszstraat 61, 1017 TE Amsterdam, tel. 020-234694/233769

T. Soc. Gezondheidsz. 63 (1985) 315-320

ARBEIDSBELASTING EN ZIEKTEVERZUIM

Een onderzoek naar de relatie arbeidsbelasting-ziekteverzuim bij gediplomeerde verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen

J. J. M. Besseling

Destijds Stichting CCOZ Amsterdam, momenteel GMD Amsterdam

Een onderzoek wordt beschreven waarin een maat voor arbeidsbelasting geoperationaliseerd wordt uitgaande van de definitie van arbeidsproductiviteit. Deze maat wordt op basis van nationale statistische gegevens berekend voor gediplomeerde verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen. De samenhang tussen arbeidsbelasting en ziekteverzuim wordt onderzocht voor de periode 1972-1982. In overeenstemming met de verwachtingen blijken de ontwikkeling van arbeidsbelasting en het ziekteverzuim positief samen te hangen: een stijging van de arbeidsbelasting blijkt gepaard te gaan met zowel meer ziektegevallen als met meer ziekte-dagen, terwijl een daling van arbeidsbelasting gepaard gaat met een daling van het ziekteverzuim. Deze samenhang is echter slechts zwak significant. Nadere beschouwing leert dat door veranderingen binnen de onderzochte groep en onvoldoende gegevens geen zuivere berekening van de arbeidsbelasting mogelijk was. Bovendien speelt in dit onderzoek het geringe aantal waarnemingen een beperkende rol.

Het feit dat – ondanks deze beperkingen – er toch een relatie tussen veranderingen in arbeidsbelasting en veranderingen in het ziekteverzuim lijkt te zijn, wijst er op dat dit aspect in het ziekteverzuimonderzoek méér aandacht verdient dan zij tot nu toe heeft gekregen.

1. PROBLEEMSTELLING

Als men onder gelijkblijvende omstandigheden, zoals automatiseringsgraad van het productieproces, meer werk moet verzetten, zal de arbeidsbelasting toenemen en daardoor de kans op ziekteverzuim. Deze veronderstelling vormt de leidraad van het onderzoek dat in dit artikel beschreven wordt¹. Als onderzoeksgroep is gekozen voor de gediplomeerde verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen. Tijdens hun acties in 1979 eisten verpleegkundigen meer personeel en wezen op de hoge arbeidsbelasting die leidt tot veel ziekteverzuim en verloop. Ook uit de interviews die Thunissen (1983) gehouden heeft, bleek dat veel verpleegkundigen hun werk als zwaar tot zeer zwaar beschouwden. Pool en Visser (1980) wijzen erop dat het totale aantal verpleegkundigen in de Nederlandse ziekenhuizen is achtergebleven in vergelijking met de toename in de aantallen medisch en paramedisch personeel. In de algemene ziekenhuizen waarop ons onderzoek betrekking heeft, is in de periode 1972-1977 een daling zichtbaar in het aantal verpleegkundigen per 100 bezette bedden. De acties van de verpleegkundigen en bovengenoemde onderzoekin-

gen geven aan dat de arbeidsbelasting van verpleegkundigen hoog is, en dat er zoals Pool en Visser dat formuleren, sprake is van 'een sterk toegenomen druk op de verpleegkundigen'. Met name om deze reden en om andere redenen die in paragraaf 3 besproken worden, zijn de (gediplomeerde) verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen uitgekozen als onderzoeksgroep.

Ons onderzoek sluit qua vraagstelling, opzet en operationalisering van de arbeidsbelasting aan op de onderzoeken van Buringh (1977) en Vroege (1982). Buringh onderzocht in de textielindustrie de relatie tussen ziekteverzuim en conjunctuur. Hij komt in zijn onderzoek tot de conclusie: 'Het opjagen van de arbeidsproductiviteit zal ongetwijfeld hebben bijgedragen tot de sterke stijging van het ziekteverzuim na 1967'. Vroege komt vanuit een bedrijfsgeneeskundige visie tot ongeveer dezelfde conclusie maar nu op nationale gegevens. Zijn conclusie luidt: in Nederland bestaat een nauwe relatie tussen arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim die het gevolg is van een onvoldoende hersteltijd (herstel van arbeidsbelasting na of tijdens arbeid). Bij de onderzoeken van Buringh en Vroege vallen twee kanttekeningen te maken.