

Arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief

R. Prins*

Uit een recent internationaal vergelijkend onderzoek blijkt dat het arbeidsongeschiktheidsniveau in Nederland ten minste twee maal zo hoog is als in Duitsland en België. De verklaring hiervoor is niet te vinden in de gemiddeld slechtere gezondheidstoestand van de Nederlanders of de Nederlandse werknemers. Arbeidsmarktprocessen en de invaliditeitsregelingen zelf lijken een belangrijke invloed te hebben. Hoe groot die invloed is, wordt momenteel onderzocht.

Wie een vergelijking wil maken met het buitenland om de situatie in eigen land beter te begrijpen komt bij het onderwerp arbeidsongeschiktheid¹ niet erg ver. Incidenteel verschijnen er omvangrijke juridische of economische studies met een internationaal vergelijkende opzet. Deze beschrijven meestal de historie, inhoud, uitvoering en economische betekenis van de arbeidsongeschiktheidsregelingen, maar een vergelijking van de kwantitatieve 'output' van de regelingen blijft meestal beperkt². Verder worden er in EG- of OESO-verband enkele sociale verzekeringsstatistieken opgesteld, doch ook hieraan kleven restricties. Het gaat vrijwel steeds om financieel-economische gegevens die voornamelijk een internationale vergelijking toestaan van de uitgaven (bij voorbeeld per hoofd van de bevolking) of de financiering van de verschillende regelingen (premiepercentages, en dergelijke). Achterliggende processen als instroom- en uitstroompatronen, alsmede een differentiatie naar categorieën werknemers (bij voorbeeld leeftijdsgroepen, branches) blijven bij de beschikbare cijfers meestal verborgen³. In dit artikel zullen voor een drietal landen meer gedetailleerde en gestandaardiseerde cijfers worden vergeleken. Naar aanleiding van een recente vergelijkende studie van het ziekteverzuim van Belgische, Westduitse en Nederlandse werknemers is het namelijk mogelijk met meer geëigend materiaal een tipje van de sluier op te lichten⁴. De verzamelde gegevens stellen ons in staat voor dit artikel een eerste indicatie te geven van het al dan niet unieke karakter van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek in Nederland. We zullen daartoe nagaan welke overeenkomsten en verschillen zich tussen de drie landen voordoen wat betreft de ontwikkeling, het niveau, de in- en uitstroom, alsmede enkele gezondheidsaspecten van arbeidsongeschiktheid. Door de Nederlandse cijfers in een internationale context te plaatsen kan bovendien enig inzicht worden verkregen in mogelijke systeemgebonden achtergronden. Daarmee bedoelen we factoren op macro-niveau, die per definitie voor 'alle' werknemers of verzekerden in een land gelden, en die bij intra-

nationaal onderzoek 'constant' worden gehouden (bij voorbeeld gezondheidszorg, arbeidsongeschiktheidsregelingen, ontslagbescherming).

Juridische en statistische context

Alvorens de cijfers te vergelijken zullen eerst enkele belangrijke verschillen in arbeidsongeschiktheidsregelingen moeten worden belicht. Als essentieel contrast met Nederland valt allereerst op, dat in onze beide buurlanden het onderscheid tussen 'risque social' en 'risque professionnel' wordt gehandhaafd in de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. In geval van tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid geldt bij een bedrijfsongeval en beroepsziekte een andere regeling (met doorgaans iets gunstiger uitkeringsvoorwaarden) dan bij 'gewone' ziekte. Verder ligt de toetredingsdrempel voor de invaliditeitsregeling in de meeste andere landen hoger dan in Nederland. Het minimaal vereiste percentage arbeidsongev-

* De auteur is socioloog en werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) te Amsterdam.

1. De termen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zullen hier als synoniemen worden gehanteerd. Ze refereren aan een min of meer permanente situatie van (sterk) verminderd verlies van arbeidscapaciteit door ziekte, gebrek of ongeval. Verder wordt in de tekst voor de leesbaarheid de term 'landen' gebruikt, waarbij we de gekozen verzekerden (populatie) in een bepaald land bedoelen.

2. Vrij recente voorbeelden zijn: R. Haveman, V. Halberstadt en R.V. Burckhauser, *Public policy towards disabled workers: cross-national analysis of economic impacts*, Cornell University Press, Ithaca/Londen, 1984; D.C.H.M. Pieters en J.L.M. Schell, *Inleiding tot het sociale zekerheidsrecht van de landen van de EG*, Commissie Onderzoek Sociale Zekerheid, Den Haag, 1990.

3. Zie bij voorbeeld Tweede Kamer der Staten-Generaal, *Financiële nota sociale zekerheid*, vergaderjaar 1989-1990, Den Haag; Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal-cultureel rapport 1990*, VUGA, Den Haag; L.J.M. Aarts en P.R. de Jong, *Economic aspects of disability behavior*, proefschrift, Rotterdam, 1990.

4. R. Prins, *Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands; a comparative study*, NIA, Amsterdam, 1990.

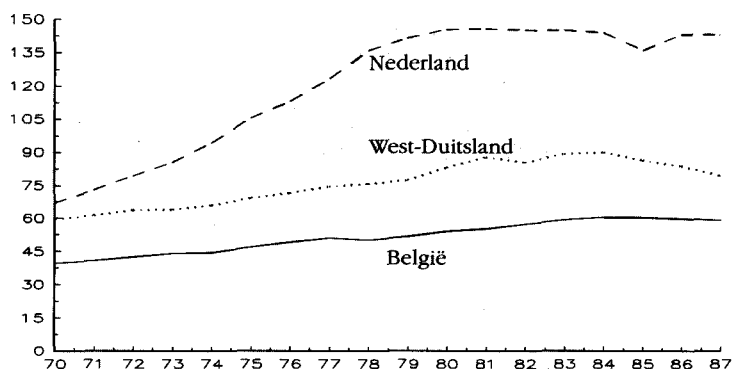
schiktheid (verlies van verdien capaciteit) is 50 in West-Duitsland en 66 2/3 in de Belgische regeling. Het aantal arbeidsongeschiktheidsklassen is in België beperkt tot één. De Westduitse regeling kent er twee, namelijk 'Berufsunfähigkeit' en 'Erwerbsunfähigkeit', hetgeen overeenkomt met geschiktheid om slechts de helft, respectievelijk geen normaal loon te verdienen. Het uitkeringsniveau ligt in doorsnee lager dan in Nederland en is mede afhankelijk van sociaal-economische factoren als arbeidsverleden (Duitsland) of gezinslast (België). Evenals in Nederland kent de regeling in België een wachttijd van een jaar ('primaire arbeidsongeschiktheid'). Het tijdstip van claimbeoordeling en toekenning is in de Westduitse regeling echter flexibel: één jaar ziekteverzuim is daar geen toetredingscriterium, noch de administratieve aanleiding voor een evaluatie. Dit laatste kan, slechts op initiatief van de verzekerde of diens arts, eerder of later worden aangevraagd. De arbeidsongeschiktheidscijfers die hier vergeleken worden zijn gebaseerd op gegevens uit de administraties van de arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitsverzekeringen. Diverse bewerkingen alsmede veelvuldig overleg met de dataverstrekkers leidden ertoe, dat de verkregen cijfers uiteindelijk redelijk bleken te voldoen aan eisen van equivalentie van begrippen, indicatoren en populaties. In concreto betekent dit dat de gegevens vrijwel steeds betrekking hebben op de arbeidsongeschiktheid (invaliditeit) van loontrekkenden van 15 tot 65 jaar uit de particuliere sector, waarbij zoveel mogelijk is gecorrigeerd voor administratief-technische bronnen van vertekening⁵.

Niveau en ontwikkeling

In alle drie onderzochte landen is in de laatste twintig jaar het aantal gedeeltelijk en volledig arbeidsongeschikten geruime tijd gestegen. Het aantal invaliden in België verdubbelde in twintig jaar tot 166.000 (1986) waarna een lichte afname inzette. In West-Duitsland bereikte het aantal arbeidsongeschikten een top in 1983 met 2,73 miljoen. Daarna trad een daling op, die onder meer wordt toegeschreven aan de invoering van nieuwe VUT-achtige regelingen, alsmede de uitsluiting van bepaalde categorieën ('latent') verzekerden. De sterkste stijging vond plaats in Nederland waar het aantal WAO-ers vanaf de invoering met circa 400% toenam tot 615.000 (1987). Uit de relatieve cijfers ('dependency ratios') blijkt echter, dat het arbeidsongeschiktenbestand per duizend verzekerden sinds 1980 vrijwel is gestabiliseerd, en thans nog circa 80-140% boven het Westduitse en Belgische niveau ligt (zie figuur 1).

Tabel 1. Gemiddelde aantal toetredingen per duizend verzekerden in België, West-Duitsland en Nederland (1980-1987, gestandaardiseerd)

	België	BRD	Ned.
<i>Leeftijdscategorie</i>			
Tot 24 jaar	1,9	0,2	5,8
25-34 jaar	4,4	1,0	10,1
35-44 jaar	8,6	2,7	16,3
45-54 jaar	17,5	10,5	31,8
55-64 jaar	33,3	49,9	55,4
Totaal	8,8	9,5	16,6



Figuur 1. Aantal arbeidsongeschikten per duizend werkkenden in België, West-Duitsland en Nederland

Uit de leeftijdsspecifieke 'dependency ratios' blijkt, dat vooral de categorie werknemers ouder dan 54 jaar aan het hogere Nederlandse niveau heeft bijgedragen. Per duizend verzekerden (loontrekkenden) in deze leeftijdsklasse waren er op 31 december 1987 respectievelijk 434 (België), 262 (Duitsland) en 980 (Nederland) personen arbeidsongeschikt verklaard⁶. Men kan hieruit concluderen, dat in Nederland twee à drie keer zoveel oudere werknemers het arbeidsproces hebben verlaten via de arbeidsongeschiktheidsregeling als in West-Duitsland en België.

Toetredingspatronen

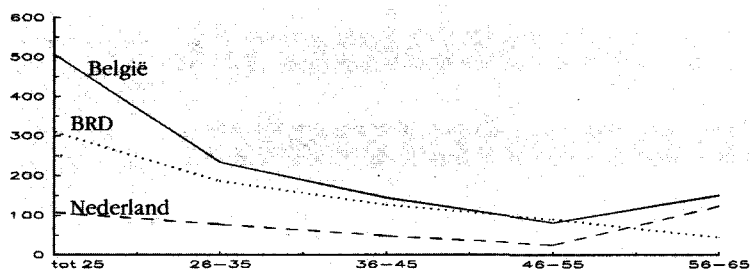
Een nauwkeuriger inzicht in de aard en achtergrond van deze (bestands-)verschillen wordt geleverd door een vergelijking van de instroom- en uitstroomcijfers. Allereerst zijn daartoe de leeftijdsspecifieke WAO- of invaliditeitsincidenties voor de drie landen berekend. Tabel 1 geeft de gemiddelde incidenties weer van de meest recente acht jaar (waarbij is gecorrigeerd voor verschillen in percentage mannen en vrouwen).

In alle drie landen blijkt de bekende positieve samenhang tussen arbeidsongeschiktheidskans en leeftijd voor te komen. De sterkste stijging doet zich voor bij Nederlandse werknemers; een gematigder toename blijkt uit de Belgische cijfers. Het Westduitse toetredingspatroon is nogal afwijkend: onder de jongere leeftijdsgroepen komen relatief zeer weinig toetredingen voor, maar voor de hoogste leeftijdsgroep (ouder dan 54 jaar) ligt de invaliditeitsincidentie vrijwel op het Nederlandse niveau. Dit opvallende patroon is vermoedelijk toe te schrijven aan de aan het arbeidsverleden gerelateerde uitkeringshoogte.

Uit de tabel blijkt verder dat de hogere Nederlandse WAO-instroom niet geconcentreerd is in één of enkele leeftijdsgroepen, maar over de gehele linie voorkomt. Een tweede kenmerk van de Nederlandse problematiek is dan ook dat onder de jongere werknemers aanzienlijk meer arbeidsongeschiktheid voorkomt dan in de ons omringende landen.

5. Voor Nederland is gebruik gemaakt van de GMD-jaarverslagen. Voor een verantwoording van de buitenlandse cijfers en de beperkingen van onze berekeningen zie: Prins, op.cit., 1990, paragraaf 10.3.

6. Beperkt men de vergelijking tot de categorieën met meer dan 55% arbeidsongeschiktheid (ongeveer het Westduitse minimumpercentage) dan gaat het voor Nederland om 891 personen.



Figuur 2. Aantal beëindigingen per duizend arbeidsongeschikten in België, West-Duitsland en Nederland

Rekening houdend met verschillen in leeftijds-, geslachtssamenstelling en vergrijzing werden gestandaardiseerde arbeidsongeschiktheidsincidenties berekend. Voor de periode 1980-1987 blijken de Westduitse en Belgische cijfers vrij stabiel te zijn en vlak bij elkaar te liggen met gemiddeld respectievelijk 6,4 en 8,8 nieuwe gevallen per duizend verzekerden. In 1980 is het aantal Nederlandse toetredingen ongeveer 200% hoger met een (gestandaardiseerde) incidentie van 22,4. Vervolgens daalt dit cijfer aanzienlijk, namelijk tot 14,5 toetredingen per duizend verzekerden (1987) waardoor het surplus in de nieuwe gevallen ten opzichte van onze buurlanden thans nog ruwweg 100% bedraagt.

Diagnosespecifieke verschillen

Nu zou een deel van de internationale verschillen kunnen samenhangen met een uiteenlopend aanbod aan gezondheidsklachten en -beperkingen van de verzekerden in de drie landen. In het kader van het ziekteverzuimonderzoek werden diverse indicaties gevonden waaruit bleek, dat de gezondheidstoestand en het gezondheidsgedrag van de (volwassen) Nederlandse bevolking niet slechter maar veeleer gunstiger is dan die in onze buurlanden. Ten aanzien van klassieke gezondheidsindicatoren blijkt, dat Nederlanders in doorsnee lagere sterftecijfers en een hogere levensverwachting hebben dan ingezetenen van de BRD en België (het laatste land heeft de ongunstigste cijfers). Internationale cijfers en onderzoeken over bij voorbeeld riskante gewoonten (alcoholconsumptie, verkeersongevallen) of medische consumptie (artsconsulten en medicijngebruik) laten eveneens een iets gezonder beeld zien voor de Nederlandse bevolking⁷. Het is niet aannemelijk dat, bij voorbeeld door eventuele internationale verschillen in personeelsselectie, deze verschillen tussen verzekerden (loontrekkenden) in de drie landen wezenlijk anders zullen liggen. Nederlandse WAO-verzekerden hebben in doorsnee niet meer of ernstiger gezondheidsklachten en -beperkingen dan werknemers elders.

De verzamelde arbeidsongeschiktheidsgegevens bieden hier enige aanvullende informatie. Daartoe werden de toetredingen in de drie landen vergeleken voor de zeventien diagnosehoofdgroepen uit de International Classification of Diseases (ICD) die in alle drie uitvoeringsadministraties wordt gehanteerd. De diagnosespecifieke incidentiecijfers laten aanzienlijke overeenkomsten zien tussen de toetreders in de drie landen. Krasse internationale verschillen doen zich alleen voor bij twee diagnosehoofdgroepen, namelijk V (psychische aandoeningen) en XIII (ziekten van het bewegingsstelsel). Beperken we de vergelijking tot Nederland-België (met qua leeftijd sterk overeenkomende verzekerdenpopulaties) dan blijkt dat in beide landen

deze twee de meest toegekende toetredediagnoses zijn. Toch ligt de incidentie in Nederland alleen bij deze twee categorieën in de periode 1980-1987 extreem (circa 150%) boven het Belgische niveau. We kunnen concluderen, dat een aanzienlijk deel van de hogere WAO-instroom in Nederland kennelijk voor rekening komt van opvallend hogere aantallen arbeidsongeschikten met psychische aandoeningen of met ziekten van het bewegingsstelsel⁸.

Uitkeringsgerechtigden vergeleken

Gelet op de onderscheiden toetredingscijfers zal het niet verbazen, dat ook de bestanden van WAO-ers of invaliden enkele verschillen laten zien. Allereerst blijkt het aandeel van de vrouwelijke werknemers uiteen te lopen, namelijk variërend van 26,9% in Nederland en 31,4% in België tot 42,8% in West-Duitsland.

Aanzienlijk groter zijn de verschillen in de leeftijdsopbouw van degenen die een invaliditeitsuitkering ontvangen. Terwijl in de Westduitse regeling 6,6% van de uitkeringsontvangers jonger is dan 45 jaar, is dit bij Belgische invaliden 24,1% en bij Nederlandse WAO-ers 28,8%. Bij de hoogste leeftijdsgroep zien we dezelfde tweedeling: in het Belgische en Nederlandse bestand gaat het hier om respectievelijk 46,8% en 42,2% van de uitkeringsgenietenden, maar in West-Duitsland is bijna driekwart (72,5%) van de invaliden 55-64 jaar oud.

Uit de cijfers kan worden opgemaakt dat in de Westduitse regeling werknemers hoofdzakelijk na hun 55e jaar tot de invaliditeitsregeling toetreden. Bij de Belgische en Nederlandse uitkeringsgerechtigden is de leeftijdsverdeling minder eenzijdig, daar ongeveer een kwart van de invaliden jonger dan 45 jaar is.

Beëindiging van arbeidsongeschiktheid

De uitstroom uit de invaliditeitsregeling kan voor de drie landen op twee aspecten worden vergeleken, namelijk de beëindigingsratio's en de beëindigingsredenen.

Evenals bij de toetredingen laten de uittredingen in elk land een zelfde samenhang zien: hoe jonger de arbeidsongeschikte, des te groter de kans op uittrede of beëindiging van de regeling (zie figuur 2). Opvallender dan deze overeenkomsten zijn echter de verschillen die we in figuur 2 aantreffen. De leeftijdsspecifieke uitstroomcijfers zijn, met uitzondering van de oudste leeftijdscategorie, in de beide omringende landen 3 tot 3,5 keer zo hoog als in Nederland. De WAO lijkt in Nederland voor jong en oud een eindtoestand te vormen, waaraan een vergelijkenderwijs zeer laag percentage arbeidsongeschikten weet te ontkomen.

Rekening houdend met verschillen in leeftijds- en geslachtssamenstelling betekent dit, dat per duizend arbeidsongeschikten in Nederland jaarlijks 68 personen de WAO verlieten, terwijl in België voor 136 personen de uitkering beëindigd werd (1983-1987). Onder de invaliden in West-Duitsland kwamen gemiddeld slechts 58 beëindigingen voor.

7. Zie R. Prins, op.cit., 1990, paragraaf 10.5.

8. Per 10.000 verzekerden kwamen in de periode 1980-1987 gemiddeld 15,8 (België) en 40,2 (Nederland) toetredingen met diagnosecategorie V voor en respectievelijk 20,5 en 51,7 met diagnosecategorie XIII.

Nu hangt het niveau van de uitstroom natuurlijk ook af van de voorwaarden die daarvoor in de betreffende regeling voorkomen. De beëindigingsredenen die in elke administratie worden vastgelegd, konden tot vier categorieën worden samengevoegd (zie tabel 2).

Uit deze cijfers kan men allereerst concluderen dat voor alle drie landen de arbeidsongeschiktheidsstatus in de meeste gevallen een definitief afscheid van de arbeidsmarkt betekent. Het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd blijkt in West-Duitsland en Nederland de belangrijkste beëindigingsreden te zijn. Terugkeer naar de arbeidsmarkt (als werkende of als werkloze!) komt het meest voor onder de Belgische regeling en het minst bij de Westduitse arbeidsongeschikten, die echter grotendeels uit de leeftijdsgroep ouder dan 55 jaar werden gerecrueteerd. In dat verband is het hoge aandeel van de mortaliteit in dit land niet verrassend, terwijl deze reden in België en Nederland aanzienlijk minder voorkomt.

De vraag in hoeverre deze contrasten in uitredepatronen terug te voeren zijn op verschillen in de gezondheidstoestand van de arbeidsongeschikten in de drie landen, kan op basis van de thans beschikbare statistische gegevens niet worden beantwoord. Wel is een beperkte stap in deze richting gezet door ('ruwe') sterftecijfers te berekenen. In de waarnemingsperiode 1983-1987 was het aantal overledenen per duizend uitkeringsontvangers (jonger dan 65 jaar) jaarlijks gemiddeld 11,4, 24,8 en 33,3 voor respectievelijk de Nederlandse, Belgische en Westduitse arbeidsongeschikten.

Voor de verschillen tussen Nederlandse en Belgische cijfers zijn opvallend daar de leeftijdsstructuur van de uitkeringsgerechtigden in deze beide landen zulke grote overeenkomsten vertoont. De mortaliteitscijfers indiceren grofweg, dat WAO-ers in Nederland een relatief minder slechte gezondheidstoestand hebben dan de degenen die als arbeidsongeschikten worden erkend onder de Belgische en Westduitse regelingen.

Saillante contrasten

Onze exploratie van gegevens ontleend aan de uitvoeringsadministraties levert, ondanks de beperkingen van het materiaal, een aantal belangrijke conclusies en hypothesen op. Allereerst blijkt dat de groei van het aantal arbeidsongeschikten in Nederland veel sterker is geweest dan in België en West-Duitsland. Daardoor komen thans in Nederland per 1.000 verzekerden ongeveer twee keer zoveel arbeidsongeschikten voor dan in onze buurlanden. Deze hogere prevalentie is allereerst gebaseerd op relatief meer toetredingen dan elders, met daarbij opvallend veel jongeren (tot 45 jaar), en opmerkelijk meer toekenningen wegens psychische ziekten en aandoeningen van het bewegingsstelsel. Verder is het bestand zo groot door relatief weinig uittredingen, zowel bij jongeren als bij ouderen. De regelingen en cijfers van beide buurlanden contrasteren hiermee op verschillende manieren. In de Westduitse regeling worden hoofdzakelijk werknemers ouder dan 55 jaar arbeidsongeschikt verklaard, hetgeen onder meer aan de rol van het arbeidsverleden kan worden toegeschreven, alsmede aan het ontbreken van de 'transfer' van ziekte naar invaliditeitsregeling. De Belgische situatie vertoont wat betreft

	België	BRD	Ned.
<i>Reden</i>			
Herstel, uitsluiting,			
werkhervatting	42,5	9,9	30,1
Bereiken pensioenleeftijd	34,4	60,9	54,1
Overlijden	18,1	27,3	14,7
Overige	5,0	1,9	1,1
Totaal (%)	100,0	100,0	100,0

deze koppeling enige overeenkomst met de Nederlandse regeling, doch de aanzienlijk hogere uitstroomcijfers vormen één van de markantste verschillen met de Noordnederlandse situatie.

Aanzet voor een verklaring

Voor de verklaring van het ten minste twee keer zo hoge niveau van de arbeidsongeschiktheid in Nederland kunnen diverse factoren in aanmerking komen. Door onze vergelijkende analyses kunnen we al enigszins aangeven welke hypothesen meer of minder plausibel zijn. Onwaarschijnlijk is de verklaring die de verschillen aan statistisch-technische factoren toeschrijft, zoals uiteenlopende berekeningswijzen of onvergelijkbare populaties. Op deze punten konden de gegevens redelijk vergelijkbaar worden gemaakt. Ook biedt het feit dat we voor Nederland de lagere arbeidsongeschiktheidsklassen hebben meegemeld geen bevredigend antwoord, aangezien circa 80% van de WAO-ers in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse valt.

Verder kon bij de vergelijking meestal rekening worden gehouden met populatieverschillen in geslachten en leeftijdsopbouw. Daardoor ligt een 'demografische verklaring' voor het grote aantal arbeidsongeschikten in Nederland ook minder voor de hand.

Voor een vierde hypothese, relatief slechtere werkomstandigheden in Nederland, werden in de aangehaalde ziekteverzuimstudie weinig aanknopingspunten gevonden. Direct vergelijkbare gegevens op dit gebied ontbreken nog grotendeels in de EG. Enkele indirecte indicatoren van werkomstandigheden geven echter weinig empirische ondersteuning voor deze hypothese. Uit internationale surveys blijkt vrij consistent, dat Nederlandse werknemers gunstiger scoren op vragen over arbeidssatisfactie, werkomstandigheden en werkstress dan hun Duitse en (vooral) Belgische collega's.

Een vijfde verklaring, die naar een gemiddeld slechtere gezondheidstoestand van de Nederlandse werknemers verwijst, kwam al aan de orde. Blijkens de beschikbare statistieken worden Nederlanders echter gekenmerkt door een gemiddeld iets gunstiger gezondheidstoestand en levensstijl dan hun burens. Dit leidt ertoe, dat als laatste naar factoren op macro-niveau moet worden gezocht zoals arbeidsongeschiktheidsverzekering, arbeidsmarkt en dergelijke. Wat betreft de invaliditeitsregelingen geven diverse voorgaande conclusies hiervoor al aanwijzingen:

- de opvallend grote verschillen ten opzichte van West-Duitsland wat betreft de arbeidsongeschiktheid van jongeren refereren wellicht aan de werking van het opbouwstelsel en aan het ontbreken van de koppeling tussen ziekte- en invaliditeitsregeling;

Tabel 2. Beëindiging van arbeidsongeschiktheid naar reden in België, West-Duitsland en Nederland (1983-1987)

vervolg van blz. 67

- het hogere aandeel van moeilijk objectiveerbare diagnosegroepen als psychische ziekten en bewegingsstelsel-aandoeningen verwijst naar mogelijke verschillen in het gehanteerde arbeidsongeschiktheidsbegrip of in de methodiek van de medische beoordeling⁹;
- de frappant lage WAO-uitstroomcijfers, vooral bij de jongere leeftijdsgroepen, roept vragen op over de regelingen of het uitvoeringsbeleid met betrekking tot de beëindiging van de uitkering, revalidatiebeleid en dergelijke.

Echter, alternatieve uittrede- of verzekeringsregelingen kunnen ook van invloed zijn op het arbeidsongeschiktheidsniveau in een land. Zo zouden in België en West-Duitsland (tijdelijke) VUT-regelingen op grotere schaal gebruikt worden om het arbeidsproces te verlaten dan in Nederland het geval is. Bovendien kan in deze landen tijdens de ziekte(wet)periode al een 'voorselectie' plaatsvinden door inkomstenverlies (België) en een groter ontslagrisico (België en Duitsland) bij langdurig ziekteverzuim. Er blijkt bij voorbeeld uit een recente West-Duitse studie dat circa 27% van de werklozen met gezondheidsbeperkingen te maken heeft¹⁰. De hypothese kan worden gesteld dat de arbeidsmarkt-uitstroom in Nederland ten dele anders verloopt dan elders. Door bij voorbeeld een lagere toetredingsdrempel van de invaliditeitsverzekering en een cliëntvriendelijker uitvoeringsbeleid kunnen in Nederland ook categorieën werknemers tot de WAO toetreden, die elders in de WW terecht zouden komen, van een VUT-regeling gebruik maken, dan wel gedwongen zouden zijn te blijven werken ('ziek doorwerken'). Volgens deze gedachtengang heeft de WAO voor Nederland een sterk 'healthy worker'-effect, waarbij relatief grote groepen werknemers met gezondheidsbeperkingen, aanpassingsproblemen of verminderde produktiviteit, de arbeidsmarkt verlaten. In dat licht zijn de veelvuldig genoemde hoge produktiviteitscijfers van Nederland niet verwonderlijk. Elders lijkt eerder sprake te zijn van een restrictievere regeling en uitvoering, waarbij zich, vanuit Nederlands perspectief, waarschijnlijk het verschijnsel 'verborgen arbeidsongeschiktheid in de WW of VUT' voordoet. Thans wordt, in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, gericht nagegaan in hoeverre de WAO-problematiek in Nederland afwijkt van die in enkele ons omringende landen (België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Groot-Brittannië). Vooralsnog richt de studie zich op een vergelijking van de wettelijke context en statistische aspecten. Het onderzoek beoogt met name beter inzicht te geven in de hiervoor genoemde substitutieprocessen en de elders toegepaste beleidsinstrumenten (zoals quoterings-, WAO-instroom- en -uitstroombeleid, VUT-regelingen).

Rienk Prins

9. Twee recente proefschriften geven een opmerkelijk inzicht in de Nederlandse situatie. Zie: R. van der Veen, *De sociale grenzen van beleid; een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid*, Stenfert Kroese, Leiden/Antwerpen, 1990; M.A.A. van Eck, *Het beslissingsproces van de medische functie van het GAK*, proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1990.

10. Zie voor details: R. Prins, op.cit., 1990, paragraaf 10.4.