



VAKGROEP PUBLIEKE ECONOMIE

Ziekteverzuim en het toekennen van arbeidsongeschiktheid

D. De Graeve **
G. Dierickx **
A. Dirckx *

rapport 94/313

november 1994

- * *Universiteit Antwerpen, Universitaire Instelling Antwerpen, Departement Geneeskunde, Huisartseninstituut*
- ** *Universiteit Antwerpen, Universitaire Faculteiten St.-Ignatius, Departement Studiecentrum voor Economisch en Sociaal Onderzoek*

Universitaire Faculteiten St.-Ignatius
Prinsstraat 13 - B 2000 Antwerpen

D/1994/1169/30

VOORWOORD

Dit onderzoeksrapport werd geschreven in opdracht van de "Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden" en kadert in het nationaal programma "Publieke Economie".

We wensen onze dank te betuigen aan al diegenen die, door hun creatief denken hebben bijgedragen aan het onderzoeksopzet en aan de interpretatie van de resultaten. We danken hierbij:

- Prof. D. De Graeve en Prof. R. Maes voor hun leerrijke en geduldige supervisie.
- Dr. C. Rouneau voor het uitdenken en opzetten van het vooronderzoek.
- Dr. D. Avonts, Prof. J. De Maeseneer, Prof. D. Lahaye, Prof. E. Van Hove, N. Knops, Dr. C.A.P. Schröer, Prof. F. Nijhuis, G. Van Hal, Dr. J. Weyler, Dr. P. Van Damme, D. Lefebre en G. Vervaecke voor hun stimulerend enthousiasme en nuttige bemerkingen in de beginfase van het onderzoek.
- de medewerkers van het Studiecentrum voor Economisch en Sociaal Onderzoek van het UFSIA, in het bijzonder Prof. G. Carrin en Prof. W. Nonneman, en de medewerkers van het Huisartseninstituut van het U.I.A., in het bijzonder Prof. P. Van Royen, voor hun interesse en positieve kritieken op de deeltijdse rapporten.
- A. Bunneghem, P. De Bruyn, K. Van den broeck, P. De Bie, M. Lanik en A. Marin voor het vele secretariaatswerk, C. Dirckx voor het vertaalwerk en apotheker Daniels en Dr. M. Franckx voor het geduldig ontcijferen van de voorgeschreven medicatie.
- de 148 huisartsen en hun patiënten die deelnamen aan de pilootstudie, het vooronderzoek of het hoofdonderzoek voor hun loyale en aangename medewerking en Dr. D.J. Bouilliez en Dr. B. Gadeyne voor hun contacten met de huisartsen uit respectievelijk het franstalig landsgedeelte en uit de provincie West-Vlaanderen.

INLEIDING

ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK

Het programma "Health for All by the Year 2000" van de WGO heeft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in zijn lijst van essentiële gezondheidsindicatoren opgenomen (WHO, 1985). Bovendien zijn beide fenomenen graadmeters van het sociaal welbevinden van de beroepsbevolking. Tenslotte, en niet het minst, wegen ze zwaar door in de sociale overheidsuitgaven (Deliège, 1994) en in de bedrijfskosten.

Arbeidsongeschiktheid omvat theoretisch drie belangrijke gebieden:

1. Het toekennen van arbeidsongeschiktheid (ziekteverlof) door middel van het verstrekken van ziekte-attesten, een medische taak.
2. De arbeidsongeschiktheid op het werk (ziekteverzuim), van belang voor werkgevers en bedrijfsartsen.
3. De uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid, behorend tot het domein van de overheid, bedrijven en verzekeringen.

Internationaal blijken belangrijke verschillen te bestaan, zowel in wettelijke onderbouw als in frequentie en duur van het verzuim. Zo is in ons land, wanneer iemand arbeidsongeschikt is omwille van gezondheidsredenen, een medisch attest vereist ter legitimatie van zijn afwezigheid. Dit attest moet afgeleverd worden door een arts, meestal de huisarts (Tellnes e.a., 1989). Dit leidt tot prestaties (consultatie of huisbezoek) van de huisartsen en dus tot een kost voor de gezondheidszorg per attestering. Voor ons land maakte De Maeseneer (1989) de berekening dat de verplichting voor de werknemer om een ziekteperiode van één tot drie dagen medisch te laten legitimeren, voor de ziekteverzekering overeenkomt met een uitgave van 600 à 800 miljoen frank per jaar. Hierbij worden de kosten weerhouden van consultaties en adviezen van huisartsen. In bepaalde landen, zoals Nederland, is deze attestatie niet nodig. In Nederland ligt echter het gemiddeld aantal dagen ziekteverlof per werknemer per jaar de helft hoger dan in België (Prins, 1990). Uit onderzoek blijkt nochtans dat de Nederlanders gemiddeld gezonder zijn dan de Belgen (Prins, 1990).

Zo rijst de vraag naar de voor- en nadelen van het verplicht medisch attesteren:

- Kan dit misbruiken van de werknemer tegengaan (Donceel, 1990; De Maeseneer, 1993 en Donceel, 1993)?

- Benut de arts het attesteren als een therapeutisch middel, m.a.w. beïnvloedt de arts met het toekennen van ziekteverlof ook het verloop van de aandoening en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt (Kuiper, 1981)?

Op die manier kan het verplicht medisch attesteren uiteindelijk toch economisch te verantwoorden zijn of zelfs te verkiezen. In België echter ontbreken de gegevens die een grondige kosten-baten analyse toelaten (Prins e.a., 1993).

Het verstrekken van ziekte-attesten is een medische taak, vaak meerdere malen per dag verricht door de huisarts. Het beoordelen van arbeidsongeschiktheid vraagt van de huisarts een te verantwoorden houding bij het inschatten van het gezondheidsprobleem van de patiënt in relatie tot de eisen van zijn werk (Vandendriessche en Lahaye, 1985; Lahaye, 1987). Jongere artsen klagen erover dat zij tijdens hun opleiding te weinig richtlijnen krijgen in deze materie en dat hun ervaring daaromtrent moet worden opgedaan d.m.v. 'trial and error'. Huisartsen met langere ervaring hebben dan weer meningsverschillen met controle-artsen en eventueel met bedrijfsleiders of personeelschefs wat betreft de duur of de frequentie van het toegekende ziekteverlof (Vandendriessche, 1977; Deberdt, 1992). Vaak wordt een kwaliteitsoordeel uitgesproken over de attestering van de huisarts. Nochtans blijkt dat hierover weinig onderzoek is verricht. Het is niet duidelijk hoe de huisarts in de alledaagse praktijk zijn beslissingen over arbeidsongeschiktheid neemt.

Vanuit de huisartsen zelf is er dus nood aan een consensus. Ook omwille van de economische gevolgen van deze medische taak, is een optimalisering van het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid noodzakelijk. Uit een Noorse studie blijkt immers dat het attesteren van arbeidsongeschiktheid de activiteit in de huisartsgeneeskunde is, die het meeste publieke uitgaven genereert (Tellnes, 1990). In steeds meer landen poogt de overheid daarom een volledig, overzichtelijk en internationaal beeld van deze realiteit te verkrijgen om op die manier haar beleid ter zake te toetsen en, indien nodig, bij te sturen.

Het opzoeken en structureren van nationaal en internationaal cijfermateriaal is hierbij een hoofdprobleem. In vele landen, ook in België, draagt de werkgever de kost van een eerste periode (de periode van het gewaarborgd loon). De ziekteverzekering komt pas nadien tussen. Frequentie- en uitkeringsstatistieken slaan in principe enkel op de tweede periode,

terwijl meer dan drie vierde van de verzuimgevallen uitsluitend in de eerste periode vallen. Hierover bestaan geen volledige cijfergegevens.

DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

In dit onderzoek is vooral explorerend beschrijvend en explorerend verklarend (of hypothesevormend) onderzoek aan de orde.

We exploreren het toekennen van arbeidsongeschiktheid in de huisartsgeneeskunde op het niveau van het arts-patiëntcontact, in het micro-economisch luik van het onderzoek (DEEL I). Daarnaast beschrijven we in het macro-economisch luik ziekteverzuim in het algemeen (DEEL II).

Het *micro-luik*, (DEEL I) het meer wetenschappelijk-empirisch georiënteerde deel van het onderzoek, belicht het toekennen van arbeidsongeschiktheid op het niveau van het arts-patiënt contact enerzijds vanuit huisartsgeneeskundige hoek, anderzijds vanuit economische hoek.

Vier elementen komen daarbij aan bod:

1. Het bepalen van de gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid, zoals toegekend door Belgische huisartsen, voor vier wel omschreven gezondheidsproblemen.
2. Het inventariseren van zowel artskenmerken als patiëntkenmerken die een rol spelen bij de beslissing over het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid en het bepalen van de duur ervan.
3. Het nagaan wat de patiënt van zijn arts verwacht bij een beslissing over ziekteverlof en het toetsen van de visie van de patiënt aan het oordeel van de arts.
4. Het berekenen van de financiële kosten (m.a.w. de economische gevolgen) van de uitgeschreven ziekte-attesten, voor de patiënt, de werkgever en de gemeenschap.

Het gaat primair om een explorerend beschrijvend en hypothesevormend onderzoek naar het toekennen van arbeidsongeschiktheid (m.a.w. het uitschrijven van ziekte-attesten). Nagegaan wordt of er belangrijke verschillen in het toekennen van arbeidsongeschiktheid per aandoening en per arts bestaan en welke de modulerende factoren zijn. Ook mogen er indicaties verwacht worden over de richting waarin we kunnen zoeken naar oorzaken van

een verschillende ziekteverlofduur per aandoening. Aandacht gaat eveneens uit naar de economische gevolgen van de attestering.

Op *macro-niveau* (DEEL II) hebben we tot doel gesteld de omvang van het ziekteverzuim in België te vergelijken met dat van zijn buurlanden, met name Duitsland, Frankrijk, Nederland en Groot-Brittannië. We schenken daarbij ruime aandacht aan het wettelijke kader waarbinnen zich dat ziekteverzuim situeert. Dit deel loopt gedeeltelijk in samenwerking met het Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie (BIGE).

DEEL I

HET TOEKENNEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID IN DE HUISARTSGENEESKUNDE: EEN EXPLORATIEF EMPIRISCHE ANALYSE

INLEIDING

Dit eerste deel van het onderzoeksrapport omvat een empirisch onderzoek over het ziekteverzuim. Het voorschrijfgedrag van de huisarts op het niveau van het arts-patiënt contact werd geregistreerd. In de analyse ervan komen zowel huisartsgeneeskundige als economische aspecten aan bod.

Hoofdstuk één is een literatuurstudie naar de determinanten van het ziekteverzuim in het algemeen en van het toekennen van arbeidsongeschiktheid door de huisarts. Het hoofdstuk wordt afgesloten met het formuleren van hypothesen omtrent de invloed van de in de literatuur onderzochte determinanten van het ziekteverzuim, die relevant zijn voor het eigen onderzoek.

De empirische analyse wordt voorgesteld in de hoofdstukken twee tot en met vijf. In hoofdstuk twee beschrijven we de onderzoeksmethode. De beschrijvende analyse van arts- praktijk en patiëntkenmerken volgt in hoofdstuk drie. Hoofdstuk vier behandelt diverse facetten van de arbeidsongeschiktheid: epidemiologie, kosten, verzuimredenen van de patiënt, beslissingsfactoren van de arts, opinie van de patiënt over de verplichte attestering in België en opinie en attitude van de huisarts hieromtrent. Hoofdstuk vijf tracht een antwoord te vinden op de vraag naar samenhang tussen het toekennen van arbeidsongeschiktheid en arts- en patiëntkenmerken. Daarnaast worden determinanten van de verzuimkosten opgespoord.

Hoofdstuk zes sluit het eerste deel van het onderzoeksrapport af. Het geeft een samenvatting van de studie, gaat de relevantie van de resultaten voor het beleid na, en formuleert enkele aanbevelingen voor verder onderzoek.

HOOFDSTUK 1: LITERATUURONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden een aantal werken besproken waarin de invloed van verschillende factoren op de duur en/of frequentie van het ziekteverzuim bestudeerd wordt. Het is geenszins onze bedoeling om in dit deel een allesomvattende opsomming te geven van alle werken die reeds in de literatuur verschenen zijn. Dit zou op zich een onderzoeksdomein kunnen vormen voor een aparte studie. Ook zullen we niet alle factoren bespreken maar enkel deze behandelen die in het kader van ons onderzoek relevant zijn. Het hoofddoel van dit hoofdstuk is een beter inzicht te krijgen in de methodologie van het ziekteverzuimonderzoek (bv. wat er juist onderzocht wordt, hoe dit gebeurt, hoe de gegevens verzameld worden, enz.). Uit de aangehaalde werken blijkt immers dat ziekteverzuim op verschillende manieren kan onderzocht worden. Zo kan de invloed nagegaan worden op de gemiddelde duur van het verzuim of op de frequentie van kortdurend resp. het totale verzuim. Een tweede aspect betreft het niveau waarop de studie gebeurt. Verzuim kan bekeken worden op bedrijfsniveau of op individueel niveau (i.e. per werknemer). In ons empirisch onderzoek zullen we de invloed nagaan op de duur van het verzuim en op het al dan niet toekennen van verzuim. De studie gebeurt op het niveau van het individu.

Voor een meer gedetailleerde bespreking van de resultaten van de behandelde studies verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar het originele onderzoeksrapport of proefschrift.

In een *eerste* deel van dit hoofdstuk bespreken we beknopt de 5 grote categorieën van factoren die een invloed hebben op het ziekteverzuim. Ook geven we aan welke factoren in onze studie zullen worden onderzocht.

Het *tweede* deel bevat een *algemene* literatuurstudie met betrekking tot de duur en de frequentie van het verzuim. Hier worden een aantal studies onder de loupe genomen waarvan de resultaten beschreven worden met betrekking tot de voor ons relevante determinanten. We besteden ook aandacht aan 2 meta-onderzoeken die de bestaande publicaties van de laatste decennia bijeenbrengen en bespreken.

In het *derde* deel gaan we nader in op de literatuur in verband met het toekennen van verzuim of arbeidsomgeschiktheid door de *arts*. We verrichten een systematische litera-

tuursearch, hoofdzakelijk via Medline. Het is een merkwaardige vaststelling dat over dit belangrijke onderdeel in het handelen van de arts weinig wetenschappelijk onderzoek werd verricht, vanuit huisartsgeneeskundige hoek (De Maeseneer, 1993). Recent Nederlands onderzoek belicht het domein van het toekennen van verzuim wel uitgebreid in enkele academische studies. Aangezien de Nederlandse situatie op dit gebied erg verschilt van de situatie in andere landen, en ook in België, gaan we slechts in op die facetten van de Nederlandse studies, die bruikbaar zijn in ons empirisch onderzoek.

In een *vierde* deel sluiten we af met de formulering van onze hypothesen voor de te onderzoeken determinanten. Hierbij geven we de verwachte invloed van werknemers- of patiëntkenmerken en artskenmerken op het verzuim weer. We zullen vooral de 2 meta-onderzoeken als leidraad gebruiken.

1.1. OORZAKEN VAN EN INVLOED OP HET ZIEKTEVERZUIM

Uit het wetenschappelijk onderzoek kunnen we vijf categorieën van factoren distilleren die een invloed hebben op de omvang van het ziekteverzuim. Deze zijn:

- 1) maatschappij-gebonden kenmerken
- 2) kenmerken gebonden aan de structuur van de gezondheidszorg en de werking van de ziekteverzekering
- 3) persoonsgebonden kenmerken
- 4) bedrijfs- en functiegerelateerde kenmerken
- 5) artsgebonden kenmerken

1.1.1. Maatschappij-gebonden kenmerken

De maatschappelijke factoren zijn weinig of niet te beïnvloeden. Ondanks het feit dat deze factoren als gegeven moeten beschouwd worden dienen we er toch rekening mee te houden bij de verklaring van het ziekteverzuim. De voornaamste factoren zijn een toenemende vergrijzing van de bevolking, een wijzigend waardepatroon waarbij de gezondheid van het individu steeds belangrijker wordt, het opleidingsniveau van de gemiddelde werknemer en de economische toestand (conjunctuur en werkgelegenheid) in een land. Zo blijkt dat in tijden van recessie minder ziekteverzuim wordt geconstateerd.

Om de invloed van deze factoren te onderzoeken moet er eigenlijk een analyse doorheen de tijd (longitudinaal onderzoek) worden uitgevoerd om na te gaan of deze specifieke factoren zoals bijvoorbeeld vergrijzing van de bevolking of een gewijzigd waardepatroon inderdaad een bijkomende invloed hebben op het niveau van het verzuim. Deze factoren kunnen ook een gedeeltelijke verklaring bieden voor de verschillen die bestaan tussen verschillende landen.

Aangezien de studie van de invloed van deze factoren buiten het raamwerk valt van dit onderzoek wordt er ook geen verdere aandacht aan besteed in dit hoofdstuk.

1.1.2. Structuur en wettelijk kader van de sociale zekerheid en van de gezondheidszorg

De tweede groep factoren situeert zich in de structuur en de werking van de sociale wetgeving met betrekking tot het ziekteverzuim en in het handelen vanuit de gezondheidszorg.

De sociale voorzieningen hebben de laatste decennia een enorme expansie gekend. Zowel het arbeidsrecht als het sociaal zekerheidsrecht hebben er voor gezorgd dat de positie van de werknemer versterkt is t.o.v. vroeger. Uitbuiting door de werkgever behoort voorgoed tot de verleden tijd. Het valt echter niet te ontkennen dat een aantal van deze beschermende maatregelen het ziekteverzuim in de hand zullen werken.

Deze materie zal uitgebreid aan bod komen in het macro-economische luik van deze studie waar de sociale wetgeving voor België vergeleken wordt met die van haar buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië). Hieruit zal ook duidelijk worden dat de uiteenlopende wetgevingen het verschillend niveau van ziekteverzuim in de onderzochte landen gedeeltelijk kunnen verklaren.

Het betrekken van het handelen vanuit de gezondheidszorg in het onderzoek naar het ziekteverzuim is van vrij recente datum. Het betreft in het bijzonder het toekennen van arbeidsongeschiktheid. Deze literatuurstudie zal nader besproken worden in paragraaf 1.3.

1.1.3. Persoonskenmerken

Vervolgens belanden we bij de persoonsgebonden kenmerken. In de literatuur vinden we een hele resem van persoonskenmerken terug die al dan niet een verklarende rol spelen in het ziekteverzuim. Deze kenmerken kunnen op hun beurt nog onderverdeeld worden in

een aantal subcategorieën: personalia en demografische gegevens, persoonlijkheid en persoonlijke opvattingen, leefgewoonten, de algemene gezondheidstoestand en de kenmerken van de sociale omgeving van het individu (thuis- en gezinssituatie). Het zijn voornamelijk deze factoren die in dit onderzoek verder zullen behandeld worden.

Demografische factoren zoals nationaliteit, zijn in ons onderzoek niet opgenomen. Ook hebben we geen gegevens verzameld over de leefgewoonten en de persoonlijkheid van onze respondenten.

1.1.4. Bedrijfs- en functiegerelateerde kenmerken

De meeste gepubliceerde studies betreffen *meso-scopische* onderzoeken. De onderzoekers maken gebruik van cijfermateriaal afkomstig uit specifieke bedrijven. Wij hebben in ons onderzoek echter geopteerd voor een andere invalshoek, nl. de arts-patiënt relatie. Het ligt dus niet in onze bedoeling de invloed van een aantal specifieke bedrijfsgebonden factoren (zoals omvang, financieel- economische positie, reputatie en concurrentiekracht van het bedrijf, gevoerd personeelsbeleid en absentiepolitiek, kenmerken van productie- en dienstverlening, aard en omvang van ondersteunende diensten, relationele aspecten met directe chef enz.) te onderzoeken. Dit neemt niet weg dat ze een belangrijke invloed kunnen uitoefenen op de hoogte van het ziekteverzuim. De geïnteresseerde lezer verwijzen we door naar de desbetreffende literatuur. In ons onderzoek zullen we enkel een aantal functiegebonden kenmerken analyseren, zoals werksfeer, ploegendienst, medezeggenschap, werkomstandigheden, misbaarheid op het werk, functieniveau.

1.1.5. Artsgebonden kenmerken

In de meeste landen is een medisch attest vereist ter legitimatie van de afwezigheid wegens ziekte of ongeval (cfr. deel 2, hoofdstuk 1). Nochtans is het betrekken van de arts in het onderzoek naar ziekteverzuim van vrij recente datum en bestaat hierover nog maar weinig empirisch materiaal. De huisartsgeneeskundige invalshoek is nochtans zeer belangrijk voor onze studie. We richten de aandacht op de invloed van persoons- en praktijkkenmerken en attitude van de arts op het toekennen van arbeidsongeschiktheid.

Om dit deel over de potentiële determinanten af te sluiten, willen we toch even aanstippen dat er ontzettend veel factoren zijn die in zekere mate een invloed hebben op de duur van het verzuim. Het is dan ook aangewezen om op voorhand een beperkt aantal variabelen te selecteren en na te gaan wat het afhankelijkheidspatroon is tussen deze variabelen. Indien

de onderlinge relaties beter zichtbaar zijn is het mogelijk om juistere uitspraken te formuleren. Immers, hoe meer variabelen er worden opgenomen, hoe moeilijker en onoverzichtelijker het wordt om de individuele impact na te gaan. Dit probleem van doorkruisende variabelen hebben we reeds meerdere malen aangehaald.

1.2. LITERATUUROVERZICHT IN VERBAND MET ZIEKTEVERZUIM IN HET ALGEMEEN

Dit literatuuroverzicht besteed aandacht aan algemene studies die determinanten van de duur en de frequentie van het ziekteverzuim trachten te achterhalen.

Vooraleer we het literatuuroverzicht aanvatten, willen we de aandacht vestigen op het probleem van de vergelijkbaarheid van de resultaten van de studies die reeds werden gepubliceerd. Ieder onderzoek is anders opgebouwd. Sommige onderzoeken concentreren zich op een beperkt aantal variabelen terwijl andere studies een hele resem van factoren bestuderen. De onderzochte steekproef is dikwijls zeer uiteenlopend. Ook zullen de gehanteerde concepten meestal een verschillende betekenis meekrijgen. Dit alles maakt dat het vergelijken van de onderzoeksresultaten met de nodige voorzichtigheid moet gebeuren.

In dit overzicht wordt aandacht besteed aan een zestal werken. Eerst komen de werken van Grosfeld (1988) en Schalk (1989) aan bod. Het zijn 2 belangrijke werken die eind jaren 80 in Nederland verschenen zijn. Beide auteurs hebben reeds baanbrekend onderzoek verricht in dit domein en konden daarom niet ontbreken in dit (beperkte) literatuuroverzicht. Daarna worden 2 Belgische studies besproken, nl. de studie van Henderickx (1985) en de studie van Quaethoven e.a. (1989). Als vijfde empirische studie wordt het werk van Smulders (1984) doorgelicht. Dit werk is interessant omdat het in tegenstelling tot zowel de eerste 4 studies als ons eigen empirisch onderzoek het ziekteverzuim niet bestudeert op het niveau van het individu, maar wel op het niveau van het bedrijf. Er wordt dan ook even stil gestaan bij deze manier van werken. Het literatuuroverzicht wordt afgesloten met de bespreking van de publikaties van Smulders (1984) en Klein Hesselink e.a. (1993). Het zijn geen empirische studies, maar ze geven een uitgebreid overzicht weer van de tot nog toe verschenen literatuur. We zullen hun bevindingen en conclusies beknopt weergeven. In het werk van Smulders worden ongeveer 318 studies opgenomen die dateren van voor 1983. Het meta-onderzoek van Klein Hesselink bevat een 100-tal publikaties van de laatste 13 jaar.

Vooraleer met de bespreking van de studies te beginnen, is het misschien interessant om nog te vermelden dat het onderzoek naar ziekteverzuim in België nog maar in haar kinderschoenen staat in vergelijking met Nederland. De verschenen Nederlandse literatuur en het verrichte onderzoek is dan ook veel omvangrijker dan hier in België.

1.2.1. Studie van Grosfeld, (1988)

1.2.1.1. Doel van de studie

"Doel van het onderzoek is het aantonen van de geldigheid voor de verklaring en voorspelling van individuele verzuimduur van ons aan de stress-proces theorie ontleend metamodel." (Grosfeld, 1988, p.265).

1.2.1.2. De steekproef

In eerste instantie werden 29 organisaties, aangesloten bij de Bedrijfsgezondheidsdienst Tilburg (totaal aangesloten organisaties bedroeg 52 in 1981) benaderd voor het project. 15 ervan gaven toestemming tot medewerking. Nadat het oorspronkelijk onderzoeksopzet diende gewijzigd te worden, haakten om uiteenlopende redenen 6 organisaties af, zodat uiteindelijk 9 organisaties deelnamen. Per ultimo 1983 bedroeg de totale omvang van de onderzoekspopulatie 2070 medewerkers. Deze personen hebben op volledig vrijwillige basis meegewerkt.

1.2.1.3. Verklarende of onafhankelijke variabelen

Deze kunnen in 6 categorieën ondergebracht worden.

1. persoonskenmerken (cel 1 in het metamodel)
2. person-environment fit (cel 2 in het meta-model)
3. sociale steun in de werkomgeving (cel 3 in het meta-model)
4. werkomgevingsvariabelen (cellen 4 en 5 in het meta-model)
5. strains (cel 6 in het meta-model)
6. belasting in de privé-situatie (cel 7 in het meta-model)

De persoonsgegevens werden via het bedrijf verkregen. De werknemers werden gevraagd een enquête in te vullen met vragen over Person-environment-fit, sociale steun uit de werkomgeving, kenmerken van de werkomgeving, strains en belasting in de privé-situatie.

1.2.1.4. De afhankelijke variabele

Er wordt gebruik gemaakt van vier verschillende verzuimstatistieken:

1. aantal verzuimde kalenderdagen per jaar
2. gemiddelde duur per beëindigd geval
3. aantal keer dat iemand ononderbroken tenminste 14 kalenderdagen ziek is geweest
4. aantal keer dat iemand ononderbroken tenminste 42 kalenderdagen ziek is geweest

De verzuimgegevens werden verstrekt door de personeelsdienst.

1.2.1.5. Toegepaste analysetechnieken

Er worden doorheen het onderzoek drie methoden gebruikt:

1. discriminantanalyse
2. TOBIT-analyse
3. CQM-Index-methode

1.2.1.6. Voorstelling van de gevonden resultaten

De resultaten vinden we terug in tabel 1.1.

TABEL 1.1: Voorstelling van de resultaten van Grosfeld, 1988, enkel met betrekking tot de invloed op de duur van het verzuim.

FACTOREN DIE EEN INVLOED HEBBEN OP DE DUUR	INVLOED OP DUUR	OPMERKINGEN
1. Personalia - leeftijd - geslacht mannen vrouwen - burgerlijke staat ongehuwd gehuwd zonder kind. gehuwd met kind. gescheiden/alleen - opleidingsniveau	+ - + (-) (-) geen geen -	zoals verwacht i.t.t. Grosfeld's gestelde hypothe- se te weinig gevallen om uitspraken te doen zoals verwacht
2. Gezondheidstoestand	-	een algemene gezond- heidstoestand werd niet getest, wel de invloed van psychoma- tische en psychische klachten
3. Gezins- en thuissituatie - aantal kinderen - inwonende ouders of inwonend bij ouders - thuissituatie relationele belasting persoonlijke belasting - sociale ondersteuning	U + -	zwak en inconsistent verband werd niet bestudeerd als maatstaf werd relationele en persoonlijke belasting gebruikt het gaat hier over de sociale steun die men ondervindt op het werk

4. Functiegerelateerde factoren		
- sfeer op het werk		niet getoetst op afdelingsniveau
- ploegendienst	-	
- voltijds	(+)	
- deeltijds	(-)	getoetst op verschillende niveaus
- participatie en medezeggenschap	-	
- functieniveau	-	
- slechte werkomstandigheden	+	
- psychisch zwaar werk	+	

Verklaring van de symbolen:

- + : de bijdrage van een variabele is positief en lineair ("duurbetrukkend")
- : de bijdrage van een variabele is negatief en lineair ("duurbetrukkend")
- U : niet lineaire U-vormige relatie
- () : de bijdrage van een variabele is laag significant

Het betreft hier de afzonderlijke invloed van de variabele die wordt weergegeven door het symbool. M.a.w. de invloed van kruisende variabelen wordt gecontroleerd. Ook willen we beklemtonen dat de resultaten in de tabel niet altijd zo eenduidig werden vastgesteld in het empirisch onderzoek. Soms traden er tegenstrijdige resultaten op bij de verschillende analysetechnieken. De vermelde resultaten geven dus het 'meest' juiste algemene beeld weer.

1.2.2. Studie van Schalk, (1989)

1.2.2.1. Doel van de studie

De eerste en voor ons meest relevante onderzoeksdoelstelling van deze studie wordt door de auteur als volgt geformuleerd: "Een eerste doelstelling van ons onderzoek is een aanzet te geven tot meer systematisch onderzoek naar veelvuldig kortdurend ziekteverzuim (zeven dagen of minder). Dit betekent dat we moeten vaststellen welke variabelen met veelvuldig kortdurend verzuim samenhangen, waarbij ook het relatieve belang van de onafhankelijke variabele moet onderkend worden. Gezien deze situatie is het onderzoek exploratief opgezet." (Schalk, 1989, p.77). Deze doelstelling wordt vertaald in een aantal

onderzoeksvragen. Ook zal de onderzoeker analyses uitvoeren enkel met de belangrijkste determinanten. In een tweede stap tracht de auteur een model op te bouwen ter verklaring van het optreden van veelvuldig kortdurend verzuim. Tenslotte stelt hij een aantal maatregelen voor om dit soort ziekteverzuim in te perken. Daar waar Grosfeld uit is op het verklaren en voorspellen van de duur van het verzuim (hetgeen ook in ons empirisch onderzoek nagestreefd wordt), tracht Schalk het veelvuldig kortdurend verzuim te verklaren.

1.2.2.2. De steekproef

Dit onderzoek liep in samenwerking met de studie van Grosfeld. Ook hier werden gegevens verzameld in 9 organisaties die in de periode '82-'83 aangesloten waren bij de Bedrijfsgezondheidsdienst Tilburg. De totale steekproef bestaat uit 1902 werknemers die in de gehele periode 1983 en 1984 in dienst zijn gebleven.

1.2.2.3. Verklarende of onafhankelijke variabelen

In totaal worden 126 variabelen opgenomen in de studie die kunnen ondergebracht worden in 9 groepen.

1. personalia en demografische gegevens
2. organisatie- en afdelingskenmerken
3. functiekenmerken
4. kenmerken van de thuish situatie
5. zingeving afstemming
6. zingeving uiterlijke situatie
7. persoonlijke opvattingen
8. leefgewoonten
9. medische gegevens en klachten

We vinden een vrij grote overlapping terug met de variabelen opgenomen in Grosfelds studie.

1.2.2.4. De afhankelijke variabele

Er worden door de onderzoeker 2 maatstaven gehanteerd: enerzijds de totale frequentie van verzuimgevallen over een periode van 2 jaar (1983,1984 en 1983+1984) en ander-

zijds de frequentie van verzuimgevallen met een duur t.e.m. 7 dagen gedurende dezelfde periode. De verzuimdata zijn berekend op basis van gegevens over ziek- en herstelmeldingen die opgenomen zijn in het ziekteverzuimregistratiesysteem.

1.2.2.5. Toegepaste analysetechnieken

Afhankelijk van het soort onderzoeksvraag, worden de volgende analysetechnieken gebruikt:

1. Nulde orde Pearson correlatiecoëfficiënt
2. Multipelle lineaire regressiemodellen
3. TOBIT en LOGIT
4. LISREL (Analysis of *Linear Structural Relationships*)

1.2.2.6. Voorstelling van de resultaten

TABEL 1.2: Voorstelling van de resultaten van Schalk.

FACTOREN DIE EEN INVLOED HEBBEN OP	FREQUENTIE KORT VERZUIM	TOTALE FREQUENTIE
1. Personalia		
- leeftijd	-	-
- geslacht		
vrouwen	+	+
mannen	-	-
		geen
- burgerlijke staat		
gescheiden	(+)	
ongehuwd	(+)	
gehuwd met kinderen	(-)	
- opleidingsniveau	+	-
2. Gezondheidstoestand¹: psychosomatische klachten	geen	+
3. Gezins- en thuissituatie		
- aantal kinderen	-	geen
4. Functiegerelateerde factoren		
- sfeer ¹	-	-
- ploegendienst	geen	(-)
- voltijds	+	+
- deeltijds	-	-
- participatie en medezeggenschap ¹		-
- functieniveau ¹		-
- zware werkomstandigheden ¹		+
- verantwoordelijkheid ¹		+
- psychisch zwaar werk	+	(+)

¹ Deze variabelen hebben vooral een invloed hebben op de totale verzuimfrequentie en niet zozeer op het veelvuldig kortdurend ziekteverzuim.

- + : de bijdrage van een variabele is positief ("frequentieverhogend")
- : de bijdrage van een variabele is negatief ("frequentieverlagend")
- () : de bijdrage van een variabele is laag significant

We vestigen er hier nogmaals de nadruk op dat deze resultaten slechts een globale indruk weergeven. Er moet terdege rekening worden gehouden met de onderlinge samenhang van de onafhankelijke variabelen. De onderzoeker heeft nagegaan wat de belangrijkste determinanten zijn van het veelvuldig kortdurend ziekteverzuim. Hierop worden dan nog verdere analyses (LOGIT-, TOBIT- en ML-regressies) toegepast. Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar het betreffende werk.

1.2.3. Studie van Henderickx, (1985)

1.2.3.1. Doel van de studie

Dit onderzoek beoogt het afwezigheidsgedrag wegens ziekte als sociaal handelen (cfr. 'phenomène social') onder de vorm van strategisch verzets- en verweerhandelen uit te werken. De centraal gestelde vraag luidt: "Welke variabelen hangen samen met (verklaren) een verzetshandelen van werknemers onder de vorm van afwezigheid wegens ziekte?" (Henderickx, 1985, p.84).

1.2.3.2. De steekproef

Er werd geopteerd om enkel mannelijke industriële arbeiders en administratieve bedienden in de steekproef op te nemen. De beslissing om enkel mannen in de onderzoekspopulatie op te nemen werd als volgt gemotiveerd: De variabele geslacht wordt in de literatuur meestal beschouwd als een determinerende factor bij de verklaring van het ziekteverzuim. Teneinde deze variabele te neutraliseren moest ofwel de steekproef uitgebreid worden wat gezien het beperkt aantal vrouwen op "hogere posities" moeilijk was, ofwel de steekproef beperkt worden tot het mannelijke geslacht. Er werd gekozen voor het tweede alternatief.

In eerste instantie werden een 100-tal organisaties (bedrijven, parastatale- en overheidsdiensten) aangeschreven. De onderzoekers streefden in deze eerste selectie een spreiding van de economische sectoren na evenals een minimum van 100 werknemers. Uiteindelijk

werden 32 organisaties weerhouden voor het onderzoek, wat een steekproefgrootte van 1012 werknemers (421 bedienden en 591 arbeiders) opleverde.

1.2.3.3. Verklarende variabelen

Er worden 18 theoretische variabelen bestudeerd in het onderzoek die dan telkens omgevormd worden tot een aantal operationele variabelen (in totaal 44 variabelen). Hieronder wordt de lijst van de theoretische variabelen weergegeven:

1. arbeidstaakhoud
2. arbeidsoriëntatie
3. technologie
4. arbeidsvoorwaarden
5. arbeidsomstandigheden
6. sociale horizontale variabele
7. leiderschap
8. voldoening
9. gezondheid
10. leeftijd
11. arbeidsverleden
12. kwalificatie
13. urbane afkomst
14. sociale mobiliteit
15. maatschappijvisie
16. verzuimgeneigdheid
17. status
18. (tijd) werkloosheid/economische onzekerheid

1.2.3.4. De afhankelijke variabele

Als te verklaren variabelen worden 2 verzuimmaatstaven gehanteerd: enerzijds de gemiddelde duur en anderzijds de verzuimfrequentie. Deze gegevens zijn per respondent opgevraagd op de personeelsdienst.

1.2.3.5. Toegepaste analysetechnieken

In het eerste deel van het onderzoek wordt een bivariate analyse uitgevoerd, waarbij telkens een Chi-kwadraat waarde en een Pearson correlatiecoëfficiënt wordt berekend. Het tweede deel omvat een multicausale analyse. Hier worden als statistieken de partiële correlatiecoëfficiënt (geeft de sterkte aan van de relatie tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabele zonder rekening te houden met de invloed van andere onafhankelijke variabelen) en de Bèta-coëfficiënt (geeft de omvang van de wijziging bij de afhankelijke variabele aan als gevolg van een wijziging van de onafhankelijke variabele) berekend. Deze laatste statistiek wordt berekend via multi-pele regressie. Ten slotte worden ook nog factor- en discriminantanalyse toegepast.

1.2.3.6. Voorstelling van de resultaten

Onderstaande tabel toont de resultaten. De gezins- en thuissituatie werd niet bestudeerd in het onderzoek van Henderickx.

TABEL 1.3: Voorstelling van de resultaten van Henderickx

FACTOREN DIE EEN INVLOED HEBBEN OP DE DUUR EN DE FREQUENTIE	ARBEIDERS		BEDIENDEN	
	duur	freq.	duur	freq.
1. Personalial				
- leeftijd	+	0	+	-
- geslacht ¹				
- opleidingsniveau	0	0	-	0
2. Gezondheidstoestand: goed	-	(-)	-	-
3. Gezins- en thuissituatie	Deze factoren werden niet onderzocht			

4. Functiegerelateerde factoren				
- sfeer op het werk ²	-	(-)		
- ploegdienst ³				
- voltijds/deeltijds				
- participatie en medezeggenschap	(-)	(-)	0	0
- functieniveau	0	(-)		
- werkomstandigheden	0	0		
- verantwoordelijkheid	0	(-)	0	0

- + : de bijdrage van een variabele is positief ("duurbevorderend")
- : de bijdrage van een variabele is negatief ("duurremmend"/"frequentieverlagend")
- () : de bijdrage van een variabele is laag significant
- 0 : de bijdrage van een variabele is niet significant

¹ invloed kon niet worden nagegaan aangezien er enkel mannen in de steekproef aanwezig waren

² tevredenheid in werkgroep

³ zit verwerkt in de werkomstandigheden

1.2.4. Studie van *Quaethoven, Wuyts en Colla, (1989)*

1.2.4.1. Doel van de studie

De bedoeling van dit onderzoek was enerzijds het in kaart brengen van het absentieïsme wegens ziekte en anderzijds het peilen naar de samenhang tussen ziekteverzuim en bepaalde persoonsgebonden kenmerken. Deze kenmerken worden zowel afzonderlijk als gemeenschappelijk onderzocht in verhouding tot het ziekteverzuim.

1.2.4.2. De steekproef

Tot de steekproef behoren 2890 personeelsleden uit zeven ziekenhuizen. De verzuimgegevens hebben betrekking op het jaar 1986.

1.2.4.3. Verklarende variabelen

De volgende factoren worden in de studie onderzocht:

- leeftijd
- geslacht
- burgerlijke staat
- hiërarchische functie
- arbeidspositie
- arbeidsverhouding
- opleiding
- anciënniteit
- arbeidstijd

1.2.4.4. De afhankelijke variabelen

De ziekteverzuimgegevens worden geregistreerd op basis van steekkaarten. De gegevens bevatten zowel verzuimdagen als frequenties.

1.2.4.5. Toegepaste analysetechnieken

Er wordt zowel een univariate als een multivariate analyse uitgevoerd. De univariate analyse gebeurt op basis van gemiddelde waarden. De tweede analyse wordt uitgevoerd via een stapsgewijze regressie.

1.2.4.6. Voorstelling van de gevonden resultaten

In tabel 1.4. worden enkel de resultaten weergegeven voor de multivariate analyse voor personeelsleden met een gemiddelde afwezigheidsduur van hoogstens 30 dagen. De bivariate benadering houdt geen rekening met de onderlinge samenhang van de variabelen en is gebaseerd op gemiddelden en is daarom minder interessant. Uit de tabel blijkt dat de gezins- en thuissituatie evenals de algemene gezondheidstoestand in deze studie niet worden bestudeerd. Enkel een aantal persoonsgegevens komen aan de orde.

TABEL 1.4: Voorstelling van de resultaten van Quaethoven e.a. enkel voor de multivariate analyse en voor personeelsleden met een gemiddelde afwezigheidsduur van hoogstens 30 dagen

FACTOREN DIE EEN INVLOED HEBBEN	MULTIVARIATE ANALYSE	
	DUUR	FREQ.
1. Personalia		
- leeftijd	+	geen
- geslacht		0
vrouwen	+	
mannen	-	
- opleidingsniveau	-	-
2. Gezondheidstoestand	Niet onderzocht	
3. Gezins- en thuissituatie	Niet onderzocht	
4. Functiegerelateerde factoren	Niet onderzocht	

- + : de bijdrage van een variabele is positief ("duurbetrukkend")
- : de bijdrage van een variabele is negatief ("duurbetrukkend"/"frequentieremmend")
- 0 : de bijdrage van een variabele is niet significant

Voorts wordt ook de invloed nagegaan van het ziekenhuis en het departement binnen het ziekenhuis op de duur en de frequentie van het verzuim. In het kader van ons onderzoek zijn deze resultaten echter niet relevant.

1.2.5. Studie van Smulders, (1984,a)

1.2.5.1. Doel van de studie

Het hoofdkenmerk van dit onderzoek is het replicatie-karakter. Er wordt getracht het onderzoek van Philipsen (1969), zo volledig mogelijk na te bootsen en de resultaten naast elkaar te plaatsen. Voor ons is eigenlijk het tweede luik van deze studie interessanter. Hierin worden een aantal nieuwe variabelen toegevoegd (en anderen die in het initiële opzet van Philipsen aanwezig waren, verwijderd) en hun invloed op het ziekteverzuim

onderzocht. In de verdere bespreking van deze studie zullen we ons dan ook hoofdzakelijk concentreren op dit deel van de studie. Het is echter *zeer belangrijk* de lezer te wijzen op de verschillende aanpak van deze studie in vergelijking met de andere besproken studies. Daar waar in de andere studies de individuele werknemer als object van analyse fungeert, is dit hier het bedrijf in zijn geheel. Beide benaderingen hebben uiteraard hun voor- en nadelen. Indien er geopteerd wordt voor geaggregeerde eenheden, dan krijgen we een beter inzicht in de organisatiekenmerken als determinanten van het ziekteverzuim. Bestuderen we het individu, dan worden vooral de invloed van de medische en individuele kenmerken op het verzuim duidelijker tot uiting gebracht. In ons empirisch onderzoek zal deze laatste aanpak gebruikt worden.

1.2.5.2. De onderzoekspopulatie

De steekproef van bedrijven wordt gevormd op basis van de gehanteerde criteria van Philipsen. De geselecteerde bedrijven moesten dus tot de productiesector behoren, uit merendeels mannelijk productiepersoneel bestaan, meedoen aan de NIPG/TNO verzuimstatistiek en ca. 50 tot 830 mannelijke werknemers hebben. Uiteindelijk deden er 85 bedrijven mee aan het onderzoek. De gegevens werden in hoofdzaak geleverd door de bedrijfs- of produktieleider en het hoofd van de afdeling personeelszaken of de personeelschef op basis van interviews en vragenlijsten.

1.2.5.3. De verklarende variabelen

In het tweede luik van zijn onderzoek, gaat Smulders 8 van de 19 variabelen uit de studie van Philipsen verwijderen en er 13 andere aan toevoegen, zodat het totaal aantal onafhankelijke variabelen op 24 wordt gebracht.

1.2.5.4. De afhankelijke variabele

De 3 klassieke verzuimmaten die Philipsen hanteerde worden ook hier gebruikt, nl. het verzuimpercentage, de verzuimfrequentie en de gemiddelde verzuimduur per verzuimgeval (in kalenderdagen). De verzuimgegevens hebben betrekking op het gehele jaar 1980 en worden geleverd door de personeelsdienst.

1.2.5.5. Toegepaste analysetechnieken

Door middel van regressie-analyses wordt nagegaan of de vooropgestelde hypotheses met

betrekking tot de verbanden tussen de 24 variabelen en de gehanteerde verzuimstatistieken geldig zijn. Vervolgens wordt gepoogd de onderlinge structuur van de 24 variabelen te achterhalen op basis van een factoranalyse. Tot slot zullen ook een aantal causale modellen getoetst worden door middel van de analysetechniek LISREL.

1.2.5.6. Bespreking van de resultaten

Van de 24 variabelen zijn er slechts 4 die relevant zijn voor ons onderzoek nl. percentage produktiewerknemers in ploegendienst, hinderlijke fysieke werkomstandigheden, scholingsgraad produktiewerk (opleidingsniveau) en gemiddelde leeftijd van productiepersoneel. Nogmaals willen we de lezer attent maken op het feit dat de invloed van deze factoren niet onderzocht wordt op individueel niveau, maar wel op het niveau van het bedrijf. Er wordt voor elke variabele afzonderlijk de partiële regressie- of (bèta) coëfficiënt berekend. Op basis hiervan vindt de onderzoeker de volgende resultaten:

Eenzijds bestaat er een negatief significant verband tussen gemiddelde leeftijd, betere werkomstandigheden en verzuimfrequentie, anderzijds is er een positief significant verband tussen lage scholingsgraad, hinderlijke fysieke omstandigheden en hoog percentage werknemers in ploegendienst en de gemiddelde verzuimduur per verzuimgeval.

1.2.6. Literatuurstudie van Smulders, (1984,b)

1.2.6.1. Onderzoeksdomein

In deze literatuurstudie werden een vijftal beperkingen opgelegd om het onderzoeksdomein af te grenzen. Ten eerste werden studies opgenomen die ziekteverzuim als afhankelijke variabele bestudeerden. Vervolgens werden enkel studies opgenomen die gepubliceerd werden in toegankelijke talen (dus bv. niet in Oost-Europese en Scandinavische talen). Het onderzoek moest sociaal-wetenschappelijk gericht zijn en van goede wetenschappelijke kwaliteit zijn. Een laatste beperking betrof de duidelijke specificatie van de gehanteerde begrippen. In totaal onderzocht de auteur 318 studies gedurende de tijdsperiode 1950-1982.

1.2.6.2. Voorstelling van de resultaten

TABEL 1.5: Voorstelling van de resultaten van het meta-onderzoek van Smulders

FACTOREN DIE INVLOED HEBBEN OP ZIEKTEVERZUIM	INVLOED OP FREQUENTIE	INVLOED OP DUUR
Persoonskenmerken		
- leeftijd (transversaal)	-	+
- geslacht (vrouwen t.o.v. mannen)	+	-
- burgerlijke staat (gehuwd versus ongehuwd)	+	+
enkel mannen	-	+
enkel vrouwen	+	0, +
- opleidingsniveau	-	- +
Gezondheidstoestand		
Gezins- en thuissituatie		
- aantal kinderen		
mannen en vrouwen samen	+	.
vrouwen alleen	+	.
- belastende thuissituatie	+	.
Functiegerelateerde factoren		
- sfeer op het werk	-	-
- ploegendienst	+ -	-
- voltijds t.o.v. deeltijds	+	.
- participatie	-	0
- functie (hiërarchisch) niveau	-	.
- slechte werkomstandigheden	+	+
- verantwoordelijkheid	-	.

Verklaring van de symbolen:

- +(-) : positief (negatief) verband
- 0 : geen significant verband
- + - : verband kan zowel positief als negatief zijn
- .
- : onvoldoende gegevens om uitspraak te doen

Smulders komt doorheen zijn onderzoek tot de vaststelling dat er een aantal tegenstrijdigheden optreden. Als mogelijke oorzaken hiervoor haalt hij aan dat de conclusies gebaseerd zijn op ten onrechte samengevoegde onafhankelijke en/of afhankelijke (verzuim)-variabelen. Ook de grootte van de steekproef en de domeingebonden aanpak van de studies kunnen voor vertekende resultaten zorgen. Als laatste oorzaak wordt de invloed van doorkruisende variabelen vermeld.

1.2.7. Literatuurstudie van Klein Hesselink e.a., (1993)

1.2.7.1. Afbakening van onderzoeksdomein

Ook in deze studie wordt een overzicht gegeven van de gepubliceerde werken omtrent ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De auteurs hebben in hun onderzoek de studies opgenomen die aan de volgende 3 criteria voldoen. Ten eerste moeten ze gepubliceerd zijn na 1979. Deze beperking in de tijd is gesteund op 2 overwegingen. Enerzijds is het twijfelachtig of de gevonden resultaten van voor 1980 vergelijkbaar zijn met de resultaten van huidig onderzoek en geldig zijn op dit ogenblik. Het valt immers niet te ontkennen dat de sociaal-economische situatie gedurende het laatste decennium onderhevig was aan wijzigingen. Anderzijds is er een gelijkaardig meta-onderzoek verricht door Smulders (cfr. 1.2.6.). Hierin wordt reeds ruime aandacht geschonken aan verschenen publikaties van voor 1980. Vervolgens wordt door de onderzoekers een beperking opgelegd in de ruimte door enkel publikaties van Nederlandse bodem te bespreken. Als derde en laatste beperking worden enkel publikaties opgenomen die op empirisch materiaal gebaseerd zijn. Dit leverde de onderzoekers een 100-tal studies op die specifiek handelen over ziekteverzuim.

1.2.7.2. Determinanten van het ziekteverzuim

Door middel van een vergelijking van de resultaten van de diverse studies, hebben de onderzoekers de relatie vastgelegd tussen de verschillende factoren en de duur en de frequentie van het ziekteverzuim. Ook wordt aangegeven of het gaat om een directe

relatie en of er al dan niet een invloed is van doorkruisende variabelen. De determinanten worden onderverdeeld in 6 grote categorieën:

1. persoonskenmerken
2. persoonlijke factoren
3. personeelskenmerken, functiekenmerken
4. kenmerken van het bedrijf en de werkzaamheden
5. wettelijke en uitvoeringsaspecten
6. gezondheidszorg en maatschappij

Hieronder worden enkel de conclusies opgenomen en besproken voor de determinanten die voor onze studie relevant zijn.

TABEL 1.6: Voorstelling van de resultaten van het meta-onderzoek van Klein Hesselink

FACTOREN	RELATIE TUSSEN FACTOR EN ZIEKTEVERZUIM	DOORKRUISENDE VARIABELEN	DIRECTE RELATIE
Personalia			
- leeftijd	ouderen verzuimen minder vaak, maar langer		ja
- geslacht	vrouwen verzuimen frequenter, mannen langer	zwangerschaps- en bevallingsverlof, functieniveau	nee
- burgerlijke staat (gehuwd/on-gehuwd)	gehuwden verzuimen minder vaak, maar langer	geslacht, leeftijd, lengte dienstverband	nee
- burgerlijke staat (gehuwd/gehuwd geweest)	gescheidenen en weduwen/weduwenaars verzuimen vaker en meer	privé-problematiek	
- opleiding	lager opgeleiden verzuimen vaker en langduriger	arbeidsomstandigheden, functieniveau, leeftijd	
Gezondheids-toestand	differentiële relatie met verzuim, gerapporteerde gezondheidsklachten gerelateerd aan meer verzuim	werk en werkomstandigheden, verzuim veroorzaakt zelf ook gezondheidsklachten	ja
Gezins- en thuissituatie			
- aantal kinderen	vrouwelijke werknemers met kinderen verzuimen frequenter	geslacht: dubbele belasting	nee

Functie-gerelateerde factoren - sfeer op werk	slechte sociale relaties verhogen de frequentie en de duur		ja
- ploegendienst	geen consequente relatie met het verzuim gevonden	groepssamenstelling, werk, werkomstandigheden, selectie-effecten	
- voltijds/deeltijds	full-timers gemiddeld verzuim en part-timers meeste verzuim	belasting elders	neen
- functieniveau	lagere functies meer en langer verzuim	opleiding, leidinggeven, geslacht, leeftijd	neen
- werkomstandigheden	slechte werkomstandigheden verhogen de frequentie en de duur		
- verantwoordelijkheid	meer autonomie en dus verantw. heeft meestal een gunstig effect op verzuim		
- psychische belasting	zware psychische belasting verhoogt de frequentie en de duur		ja

1.3. LITERATUURSTUDIE IN VERBAND MET HET TOEKENNEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHIED DOOR ARTSEN

Met het onderzoek naar factoren, die het optreden van ziekteverzuim kunnen veroorzaken of beïnvloeden, ontstond het besef dat niet alleen factoren gelegen in de persoon van de werknemer, het werk of de werkomgeving een invloed hadden op het ziekteverzuim, maar ook het handelen vanuit de gezondheidszorg.

Het betrekken van de gezondheidszorg in het onderzoek naar het ziekteverzuim (hier gebruikt als synoniem van arbeidsongeschiktheid) is van vrij recente datum en gebeurde vooral door Nederlandse onderzoekers. Binnen vier jaar tijd publiceerden diverse auteurs een academische studie over de organisatie, de werkwijze of de effecten van de beoordeling en de begeleiding van de arbeidsongeschiktheid (van Eck, 1990; Kaiser, 1992; Schröder, 1993; Croon en Langius, 1993). Het onderwerp van deze studies is echter geënt op een specifiek Nederlandse situatie (zie paragraaf 1.3.2.) hetgeen vergelijking van de onderzoeksresultaten bemoeilijkt.

In de meeste landen gebeurt het toekennen van arbeidsongeschiktheid door middel van het uitschrijven van een arbeidsongeschiktheidsattest. Dit wordt in meer dan 80% van de gevallen verstrekt door een huisarts (Tellnes, 1989).

In paragraaf 1.3.1. geven we een overzicht van de literatuur rond het toekennen van arbeidsongeschiktheid door de huisarts. In paragraaf 1.3.2. volgt een bespreking van enkele facetten uit het Nederlandse onderzoek met betrekking tot de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, in zoverre dit van belang is voor onze empirische studie.

1.3.1. Toekennen van arbeidsongeschiktheid door de huisarts

We verrichten een systematisch literatuuronderzoek binnen de internationale literatuur, hoofdzakelijk via Medline¹ (over de periode 1982 - maart 1994), aangevuld met informatie uit de WVC-documentatie². Het is een merkwaardige vaststelling dat over dit belangrijke onderdeel in het handelen van de arts weinig wetenschappelijk onderzoek werd verricht, vanuit huisartsgeneeskundige hoek (De Maeseneer, 1993). Men schat immers dat huisartsen voor 11 tot 35% van hun patiënten een attest uitschrijven (Tellnes, 1989).

¹Trefwoorden: "absenteeism" of "sick leave" of "disability-evaluation", ingeperkt door de trefwoorden: "physicians role" of "sick role" of "illness behaviour" of "attitude to health" of "family physician".

²Nederlands Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Bovendien is in economische termen het attesteren van arbeidsongeschiktheid de activiteit van de huisarts die het meest publieke uitgaven genereert (Fugelli e.a., 1983).

Zoals aangehaald in paragraaf 1.2. bestaat ook hier een probleem van vergelijkbaarheid van de resultaten uit verschillende studies. In een eerste paragraaf gaan we nader in op de meest gebruikte maatstaven. In een volgende paragraaf bespreken we enkele *epidemiologische* resultaten van de meest recente studies betreffende de duur en de morbiditeit bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid (Tellnes, 1990 en De Maeseneer, 1989). Slechts enkele studies trachten de verschillen in het voorschrijfgedrag tussen huisartsen, *de interdoktervariatie met betrekking tot arbeidsongeschiktheid*, te verklaren. Dit belichten we nader in een derde paragraaf.

1.3.1.1. Maatstaven

Tellnes (1989) haalde in zijn overzichtsstudie minstens 11 verschillende wijzen aan waarop het uitschrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten in de literatuur wordt gemeten. Zij kunnen onderverdeeld worden in frequentiemetingen en in metingen van de duur:

- *frequentie*: het aantal verstrekte arbeidsongeschiktheidsattesten (AO-attesten) per 100 consultaties, is de meest gebruikte verhouding om de frequentie van het attesteren in de huisartspraktijk te meten (Garraway, 1973; Grossmark e.a., 1967; Carne, 1967; Weingarten e.a., 1984). Een andere maat is het aantal AO-attesten per 100 "ingeschreven" patiënten of mensen die behoren tot een praktijkregister. Carne (1967) gebruikte eveneens het aantal AO-attesten per 100 arbeidsongeschiktheidsperiodes en het aantal arbeidsongeschiktheidsperiodes per patiënt per jaar. Grossmark e.a. (1967) gebruikten ook percentages attesten voor welbepaalde variabelen, die van nut waren voor de sociale zekerheid, voor het ziekteverzuim op het bedrijf en voor private verzekeringen. Weingarten e.a. (1984) besprak zowel "eerste attesten" als "verlengingsattesten", terwijl Lunn e.a. (1970) ook "werkherstattingsattesten" in zijn studie betrok. Condren e.a. (1984) gebruikte het aantal attesten per 100 ziekteperiodes. Garraway (1973) bestudeerde ook de tijd van een arts-patiëntcontact die besteed wordt aan het attesteren. Fugelli e.a. (1983) gebruikte het aandeel van alle kosten in de huisartspraktijk dat het attesteren met zich meebrengt.

Zoals reeds vermeld bemoeilijkt de veelheid aan meetwijzen het vergelijken van de resultaten uit de verschillende studies. De keuze van de manier van meten hangt ook samen met het doel van de studie, dat soms te weinig werd gespecificeerd in de verschillende studies (Tellnes, 1989). Bovenstaande percentages zeggen ons iets over de werkbelasting van de arts en over sommige aspecten van de klinische evaluatie in de

huisartsgeneeskunde. Wanneer men een overzicht wil geven van de morbiditeit bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid, is het belangrijk om het aantal AO-attesten te bekijken in verhouding tot de risicopopulatie, in dit geval de beroepsbevolking. Vanuit epidemiologisch standpunt is het ook wenselijk om de beroepsbevolking in een welomschreven geografisch gebied te bestuderen.

- *duur*: de gemiddelde duur van het AO-attest, is de meest gebruikte wijze van de "duurmetingen" (Carne, 1967; Garraway, 1973; Tellnes, 1989). Percentage dat nog steeds arbeidsongeschikt is na een welbepaalde periode, is een andere maat die Carne (1967) en Tellnes (1989) eveneens gebruikten. Het totale aantal verloren dagen, werd gehanteerd door Scott e.a. (1960), Weingarten e.a. (1984) en Tellnes (1989).

Een probleem dat optreedt bij het gebruik van de gemiddelde duur van een arbeidsongeschiktheidsperiode of de gemiddelde duur van een attest, is dat slechts een klein aantal personen met een zeer lange AO-duur het gemiddelde sterk omhoog kan drijven, en dit vooral wanneer het aantal bestudeerde attesten vrij gering is. De reden hiervoor is dat de duur van de meeste attesten slechts één tot twee weken bedraagt. Bijgevolg kan de duur van arbeidsongeschiktheidsperiodes waarschijnlijk meer valide gemeten worden door middel van het "percentage dat nog steeds arbeidsongeschikt is verklaard, na een welbepaalde periode". Wanneer het "aantal door AO-attesten verloren dagen" als maatstaf gebruikt wordt, moeten we er rekening mee houden dat dit niet hetzelfde is als "verloren werktijd". Dit laatste begrip wordt vooral in bedrijfsstudies gebruikt.

1.3.1.2. Epidemiologische gegevens

In de "*Buskerud county-study*" in Noorwegen (Tellnes, 1990), werden in 1985 alle "initial certificates" (n=5042) geregistreerd gedurende een periode van vier weken en opgevolgd over een periode tot één jaar. Deze attesten dienen door een arts te worden ingevuld bij een arbeidsongeschiktheid van meer dan drie dagen. Op basis van deze gegevens werd de jaarlijkse incidentie van arbeidsongeschiktheid vastgesteld op 580 per 1000 tewerkgestelde personen per jaar. De hoogste incidentie werd gevonden in de leeftijdsgroep tussen 20 en 29 jaar, met een gelijk aandeel voor mannen en vrouwen. Vanaf de leeftijd van 30 jaar waren incidenties voor vrouwen echter significant hoger dan voor mannen, en dit vooral in de steden. De gemiddelde duur van de uitgeschreven attesten (inclusief eventuele verlengingsattesten die binnen het jaar vielen) bedroeg 34 kalenderdagen met een grote spreiding (16-57 dagen). Gemiddeld bleken in dit onderzoek 19,8 werkdagen per werknemer per jaar verloren te gaan. Wanneer de verdeling van deze ziekteverlofdagen

werd nagegaan, bleek 35,8% in verband te staan met problemen van het locomotorisch stelsel, 14,3% met respiratoire problemen, 11,7% met kwetsuren en 8,6% met psychische problemen. De top-vijf van de diagnoses die het vaakst werden aangegeven als reden voor de arbeidsongeschiktheid, zijn: influenza (12,1% van de attesten), rugpijn zonder uitstraling (9,8%), acute bovenste luchtweginfectie (5,4%), spierpijn (4,7%) en pees- en gewrichtsontstekingen (3,6%).

Uit het *Vlaams onderzoek van De Maeseneer (1989; 1993)* waarbij 3471 contacten, bij 94 Gentse huisartsen-stagebegeleiders in de periode 1984-1986, werden geregistreerd kwamen eveneens enkele interessante gegevens in verband met het attesteren naar voor. Huisartsen blijken in 15,6% van hun contacten met patiënten tussen 18 en 65 jaar een AO-attest uit te schrijven. De meeste attesten betreffen periodes van 1 week of minder: in 7,6% van de contacten werd een attest van 1 tot 3 dagen voorgeschreven, in 5,2% van 4 tot 7 dagen, in 2,4% van 8 tot 14 dagen en in 0,5% een langere periode.

Er zijn verschillen in het attesteren van arbeidsongeschiktheid per diagnosecategorie: bij oogaandoeningen werd in 33,3% van de contacten een attest geschreven, voor respiratoire aandoeningen in 26,3%, bij problemen van de tractus digestivus in 25,6%, bij problemen van het bewegingsapparaat in 24,9% en voor sociale problemen in 24,1%.

Meerdere onderzoekers signaleren ook een effect van de "Dag van de week".

Carme (1969) rapporteerde dat de meerderheid van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsperiodes startten op een maandag (42 %) en dat ze voor 66 % van de patiënten eindigden op een zondag. Ook Ruttle (1983) vond dat nieuwe ziekteperiodes meestal startten in het begin van de week en dat de werkherstattingsattesten gewoonlijk werden uitgereikt tegen het einde van de week.

In een Noorse studie in de hotelindustrie (Folgero e.a., 1991) bleek 40 % van de werknemers die minder dan 14 dagen afwezig waren wegens ziekte, te "genezen" tussen zondag en maandag. De gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid van deze groep was 1,3 dagen langer dan van de werknemers die op een andere dag van de week het werk hervatten.

1.3.1.3. Interdoktervariatie bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid

Er blijkt een belangrijke variatie in het huisartsgeneeskundig handelen in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid. De Maeseneer (1993) haalt een spreiding aan van artsen die in 0% van de contacten een AO-attest uitschrijven tot artsen die in 40% van de contacten een attest uitschrijven. In de literatuur vinden we enkele studies die artskenmer-

ken nader belichten en aldus deze grote "interdoktervariatie" trachten te verklaren.

Ruttle e.a. (1984) bestudeerden het *percentage* patiënten aan wie een attest werd toegekend, in relatie tot artskenmerken. Zij vonden geen significant verschil in het voorschrijfgedrag tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen. Het percentage attesten steeg wel significant met de leeftijd van de arts en was omgekeerd gecorreleerd met de hoogte van het navormingsniveau van de arts. Een drukke praktijk (met een hoog aantal consultaties per uur) resulteerde in een hoger percentage attesten.

De invloed van artskenmerken op de *duur* van een arbeidsongeschiktheidsperiode (waarbij enkel periodes werden beschouwd van 8 weken of langer), werd voor het eerst door Tellnes (1990) onderzocht. De duur van de arbeidsongeschiktheidsperiode nam toe met de leeftijd van de arts, maar werd niet beïnvloed door het geslacht van de arts. Nagevormde ("erkende") huisartsen kenden significant kortere ziekteverloven toe. Ditzelfde gold voor huisartsen met een nevenactiviteit als bedrijfsarts. Deze beïnvloedende artskenmerken werden bestudeerd mits inachtnaam van doorkruisende variabelen zoals leeftijd van de patiënt en diagnose.

De grote verschillen in het toekennen van arbeidsongeschiktheid tussen artsen zouden mogelijk ook kunnen te maken hebben met verschillende opvattingen en attitudes ten overstaan van het attesteren. In een overzichtsartikel inventariseerden Canadese onderzoekers onder leiding van Monday (1988) vijf attitudes van artsen ten opzichte van het uitschrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten.

Deze attitudes werden als volgt omschreven:

1. wetenschappelijke objectivering
2. medeplichtigheid (d.w.z. steeds de attesten invullen zonder bezorgdheid om objectieve gegevens)
3. sociaal-politieke opstelling (d.w.z. de ideeën die de arts heeft over de manier waarop de maatschappij dient om te gaan met mensen die niet werken: permissief of repressief)
4. onderhandelingsgeneigdheid, waarbij een bio-psycho-sociale probleembenadering wordt gehanteerd
5. onverschilligheid (d.w.z. nooit een attest invullen, omdat men dit niet als zijn taak ziet).

Noch in het Vlaams, noch in het Noors of het Canadees onderzoek kon men samenhang aantonen tussen attitudes van artsen en feitelijk handelen met betrekking tot het attesteren van arbeidsongeschiktheid (De Maeseneer, 1993). Als reden hiervoor worden de complexiteit en de interactie van de verschillende factoren die een rol spelen bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid aangehaald.

1.3.2. Nederlands onderzoek in verband met de beoordeling van arbeidsongeschiktheid

Of in Nederland werknemers arbeidsongeschikt worden beschouwd, wordt bepaald door de bedrijfsverenigingen. Zij zijn belast met de uitvoering van onder andere de ziektewet (ZW, gedurende het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid) en de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO, hetgeen overeenkomt met de Belgische invaliditeitsverzekering). De bedrijfsverzekeringen baseren zich bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid op adviezen van artsen: ofwel verzekeringsgeneeskundigen (vg) ofwel bedrijfsarts / verzekeringsgeneeskundigen (ba/vg). Er dient wel opgemerkt te worden dat het onderwerp van de Nederlandse studies geënt is op een specifiek Nederlandse situatie: de scheiding van behandeling en controle. Hiermee wordt bedoeld dat de *beoordeling* van de arbeidsongeschiktheid en de *controle* hierop in handen liggen van een verzekeringsgeneeskundige arts (vg) of van een arts die zowel verzekeringsgeneeskundige als bedrijfsgeneeskundige taken verricht (vg/ba), terwijl de *behandeling* van de arbeidsongeschikte werknemer door de huisarts gebeurt of door een behandelend arts uit de tweede lijn. Deze behandelende artsen hebben geen eigenlijke taak in het toekennen van arbeidsongeschiktheid.

Met uitzondering van Griekenland, is in geen enkel Europees land sprake van een strikte scheiding tussen behandeling en controle, zoals in Nederland (Commission of European Communities, 1988). Behandeling en controle is overal elders geheel of gedeeltelijk in handen van één en dezelfde arts.

Dit heeft consequenties voor het betrekken van het Nederlandse onderzoek in het literatuuronderzoek. In vele gevallen zal ook omwille van de specifieke Nederlandse situatie, het toetsen van onze onderzoeksbevindingen aan de Nederlandse onderzoeksresultaten niet mogelijk zijn. Een bijkomende reden waarom dit moeilijk is, is het feit dat Nederlands onderzoek meestal handelt over langdurig verzuim, terwijl wij in ons empirisch onderzoek hoofdzakelijk het kortdurend verzuim bestuderen.

We vestigen hier de aandacht op twee recente Nederlandse onderzoeken in verband met de beoordeling van arbeidsongeschiktheid: de studie van Kaiser (1992) en deze van van Eck (1990). We belichten enkel deze facetten uit de studies die relevant zijn voor ons empirisch onderzoek.

1.3.2.1. Studie van Kaiser (1992)

Doel van de studie

"Doel van de studie is het beschrijven van de taakopvattingen en het handelen van de twee categorieën artsen die belast zijn met de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid: de verzekeringsgeneeskundigen (vg) en de bedrijfsarts-verzekerings-geneeskundigen (ba/vg). Ook geeft deze studie een relatie aan tussen het handelen van deze artsen en de arbeidsongeschiktheidsduur."

De steekproef

Het handelen van 35 vg en ba/vg is gevolgd aan de hand van de begeleiding van 482 patiënten vanaf de tweede tot en met de negende arbeidsongeschiktheidsmaand.

Toegepaste analysetechnieken

Afhankelijk van de onderzoeksvraag, worden de volgende analysetechnieken gebruikt:

1. factoranalyse
2. discriminantanalyse
3. T-toets, Chi-kwadraattoets
4. multi-pele regressie-analyse, stapsgewijs en met groepen variabelen

Resultaten

Wat de *taakopvattingen* betreft, bestaat er een onderscheid tussen de vg en de ba/vg. De vg is meer gebonden aan wetgeving en regelgeving en hecht geringe waarde aan het bestaan van een vertrouwensrelatie met de patiënt. De ba/vg is vooral op de omgeving van de patiënt gericht: hij bekijkt zowel groepen patiënten als het bedrijf. Vanuit deze omgevingsgerichtheid is hij geïnteresseerd in de preventie. Hij hecht veel waarde aan de relatie met de patiënten, het bedrijf en de curatieve sector.

Met betrekking tot de *beoordeling* van de arbeidsongeschiktheid vond Kaiser dat de ba/vg in vergelijking met de vg relatief optimistisch is ten aanzien van de werkhervattingskansen. De ba/vg zoekt meer dan de vg contact met bedrijven voor het treffen van maatregelen, die een werkhervatting kunnen bevorderen.

De *arbeidsongeschiktheidsduur* bleek korter bij de door de ba/vg begeleide patiënten dan bij de door de vg begeleide patiënten.

Met behulp van een multi-pele regressie-analyse vond Kaiser een samenhang tussen een relatief korte arbeidsongeschiktheidsduur en een hoge mate van professionaliteit (intercollegiale toetsing, bij- en nascholing) van de vg of de ba/vg, het kunnen onderhouden van contacten met collega-artsen uit de curatieve sector en vooral het werken vanuit een bedrijfsgerichte taakopvatting. Deze taakopvatting bevordert reïntegratie-activiteiten, zoals het zoeken naar mogelijkheden tot werkaanpassingen, en is vooral mogelijk mits een nauwe samenwerking tussen arts en bedrijf.

Conclusie

De uitkomsten van het onderzoek bevestigen de belangrijke rol die de vg en de ba/vg vervullen als toegangsbewakers tot de sociale verzekeringen: ziekwet en in het verlengde hiervan de WAO.

De verschillen tussen de vg en de ba/vg tekenen zich af in de werkwijzen: de samenwerking tussen arts en bedrijf lijkt een belangrijke factor. De door de vg begeleide patiënten hebben een grotere kans op langerdurende arbeidsongeschiktheid.

1.3.2.2. Studie van van Eck (1990)

Doel van de studie

De doelstelling waarin we vooral geïnteresseerd zijn is de volgende:

"Het beschrijven van de feitelijke beslissingspraktijk van de verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs³ van het GAK⁴ en het geven van inzicht in de mate waarin deze objectief en objectiveerbaar is."

³Het is de rapporteur-ziekwet (geen arts, maar een leken-controleur), die zo spoedig mogelijk na de ziektemelding het eerste contact legt met de werknemer en in eerste instantie beoordeelt of diens arbeidsongeschiktheid aannemelijk is. De uiteindelijke verantwoordelijkheid over de beslissing tot arbeidsongeschiktheid ligt bij de verzekeringsgeneeskundige (vg). De delegatie van de beoordelingsbevoegdheid door de vg aan de rapporteur duurt maximaal 4 weken (van Eck, 1990, p.33 en 38).

⁴Gemeenschappelijk Administratiekantoor waarbij 16 van de 23 Nederlandse bedrijfsverenigingen zijn aangesloten voor delegatie van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in het kader van de Ziekwet (van Eck, 1990, p.15 en 24).

Het onderzoek werd onderverdeeld in twee deelonderzoeken:

- a. de invloed van de organisatie (van het GAK) op de beslissingspraktijk
- b. de individuele invulling van de beslissingspraktijk.

Onderzoeks- en analysemethoden

De volgende methoden werden in dit onderzoek gebruikt:

1. interviews met 7 van de 24 verzekeringsgeneeskundigen en met 7 van de 48 rapporteurs (samen behorend tot 2 van de 30 districtkantoren van het GAK; het GAK telt in totaal 331 vg en 638 rapporteurs)
2. casuïstiekbesprekingen met verzekeringsgeneeskundigen
3. meelopen met rapporteurs en elk geval meteen nabespreken
4. de voortdurend vergelijkende methode
5. modelleren van de beslissingspraktijk in een expertsysteem

Aangezien het in deze studie gaat om het bestuderen van verschijnselen met een proceskarakter, werd gekozen voor een beperkt aantal uitgebreide interviews, aangevuld met casuïstiekbesprekingen.

De reikwijdte van het onderzoek werd beperkt tot twee ziektebeelden, die in meerdere opzichten polair zijn, en relevant voor de doelstellingen:

1. *overspannenheid* (situatieve of exogene reactie): het persoonlijk oordeel speelt hierbij een grotere rol dan bij andere ziektebeelden. Ook de onzekerheid van het beslissingsproces is hier groter. Tenslotte wordt deze diagnosecode in Nederland het meest frequent toegekend.
2. *fracturen*: zij vormen een soort vergelijkingsgroep. Zij zijn over het algemeen beter objectiveerbaar en liggen meer op het medische dan op het psycho-sociale vlak, waardoor de beslissingstaak minder onzeker is.

Van Eck definieert drie kenmerken van de beslissingstaak, met name: complexiteit, onzekerheid en openheid. Hij gaat over tot theorievorming gebaseerd op de feitelijke beslissingspraktijk van de vg, hetgeen tot dan toe nog nauwelijks had plaatsgevonden. We verwijzen hiervoor naar de oorspronkelijke studie.

Resultaten

We vatten hier enkele belangrijke conclusies samen over de werkwijzen die de rapporteurs en de verzekeringsgeneeskundigen hanteren bij het uitvoeren van hun beslissingstaken.

Als de klachten niet goed zichtbaar zijn, zoals in de meeste gevallen van psychische overspannenheid, moet de rapporteur afgaan op zijn oordeel over de *bonafiditeit* van de patiënt. Hierbij hanteert hij vooral het verzuimverleden, de overeenstemming tussen klachten en presentatie van de patiënt en diens beroep en opleidingsniveau. Bij het voorspellen van de arbeidsongeschiktheidsduur is ook de prognose van de verzekerde zelf een belangrijke factor. Het bleek niet mogelijk om op basis van de beperkte beslissingsruimte van de rapporteurs nadere beslissingsregels op te stellen.

Hoewel de verzekeringsgeneeskundige over meer mogelijkheden beschikt dan de rapporteur om de psychische klachten te objectiveren (medische anamnese, aanvraag onderzoek, contact met curatieve sector), blijkt ook hij bij moeilijk objectiveerbare klachten grotendeels af te gaan op zijn indruk van de *bonafiditeit* van de verzekerde. Hij hanteert hierbij vooral het verzuimverleden, de overeenstemming tussen klachten en presentatie en de consistentie van het verhaal van de patiënt. Hierbij eist de organisatie (het GAK) dat aan de patiënten het voordeel van de twijfel wordt gegeven, waardoor de verzekeringsgeneeskundige zijn beslissingsruimte grotendeels moet afstaan aan de patiënt.

De onderzoeksresultaten lieten het niet toe om bepaalde typen verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs te benoemen. Wel leverde het onderzoek inzicht in eigenschappen van deze functionarissen die relevant zijn voor de beslissingspraktijk.

1.4. FORMULERING VAN HYPOTHESEN MET BETREKKING TOT DE INVLOED VAN WERKNEMERS- OF PATIENTKENMERKEN EN ARTS-KENMERKEN OP HET ZIEKTEVERZUIM

1.4.1. Werknemers-of patiëntkenmerken

We baseren ons voor de hypothesen omtrent de invloed van de werknemers- of patiëntkenmerken op de twee hoger besproken meta-onderzoeken (paragraaf 1.2.6. en 1.2.7.).

1.4.1.1. Personalialia

- *Leeftijd* (1): Er bestaat een vrij grote eensgezindheid over het positief verband tussen leeftijd en verzuimduur. Naarmate de leeftijd van de werknemer toeneemt zal de afwezigheid langer duren. Tevens vermelden we dat onderzoek aantoonde dat jongeren vaker verzuimen dan ouderen, m.a.w. dat er een negatief verband is tussen leeftijd en verzuimfrequentie.

- *Geslacht* (2): De meningen omtrent de invloed van geslacht op de duur van het absentisme zijn in de literatuur verdeeld. De verschillen m.b.t. ziekteverzuim (indien aanwezig) tussen mannen en vrouwen zouden niet zozeer te wijten zijn aan fysische verschillen, maar wel aan de maatschappelijke positie van de vrouw. Het is ook duidelijk dat het geslacht interacties zal vertonen met de variabelen aard van het werk, leeftijd en burgerlijke staat. Willen we een uitspraak doen over de invloed van het geslacht, dan zullen we de invloed van deze doorkruisende factoren moeten controleren. Als hypothese stellen we dat, rekening houdend met deze doorkruisende invloeden, vrouwen frequenter verzuimen en mannen langer.

- *Burgerlijke staat* (3): Onderzoek naar het verband tussen ziekteverzuim en burgerlijke staat (gehuwd versus niet-gehuwd of gescheiden) levert in de literatuur tegenstrijdige resultaten op. Sommige auteurs beweren dat gehuwden minder afwezig zijn dan ongehuwden omdat gehuwde personen een groter verantwoordelijkheidsgevoel hebben tegenover het gezin. Dit aanwezig verantwoordelijkheidsgevoel zou dan terug te vinden zijn in de werksituatie, maar dan tegenover de collega's. We nemen als hypothese dat gehuwden minder vaak zullen verzuimen dan ongehuwden, maar wel langer.

- *Opleidingsniveau* (4): Over de invloed van deze factor bestaat in de literatuur vrij veel eensgezindheid. De meerderheid van de onderzoeken komt tot het besluit dat een hoger opleidingsniveau samengaat met een lager verzuim, m.a.w. een duurremmende en frequentieverlagende invloed.

1.4.1.2. Gezondheidstoestand (5)

Hierbij moeten we een onderscheid maken tussen de objectief klinische bevindingen en de subjectief lichamelijke klachten. Het zouden vooral de laatste soort klachten zijn die een significante invloed zouden hebben op de duur en de hoogte van het verzuim. We stellen dat een slechtere algemene gezondheidstoestand van de werknemer een directe positieve

invloed zal hebben op het verzuimen.

1.4.1.3. Gezins- en thuissituatie

- *Aantal kinderen* (6): Het verband tussen het aantal kinderen en ziekteverzuim is niet altijd eenduidig vast te stellen. Het zou echter niet zozeer het aantal kinderen zijn dat een invloed heeft op het ziekteverzuim, maar wel de belastende invloed, het hulpbehoevend zijn of niet en het al dan niet aanwezig zijn van kinderopvangmogelijkheden die een rol zouden spelen. De extra-belasting zal volgens ons een frequentieverhogend effect hebben.

- *Inwonende ouders of inwonend bij ouders* (7): Ook hier betreft het de belastende invloed die deze situatie te weeg brengt in het privé-leven (dus buiten de werksituatie), waarvan we mogen aannemen dat het verzuimbevorderend zal werken.

- *Thuissituatie* (8): Hieronder vallen een aantal omstandigheden (bv. er moet gezorgd worden voor een ziek familielid, kinderopvangproblemen, scheidingsprocedure, verhuis, stress door combinatie van gezinsverplichtingen en eisen van het werk) die een invloed kunnen hebben op het functioneren op het werk. We verwachten van deze factoren een positieve invloed op de duur van het verzuim.

- *Sociale ondersteuning* (9): Hierbij wordt nagegaan of de patiënt kan terugvallen op iemand wanneer hij/zij zich neerslachtig, nerveus of eenzaam voelt, of wanneer hij hulp nodig heeft bij dagelijkse bezigheden, en of dit een invloed heeft op de duur van het ziekteverlof. Een betere sociale ondersteuning zal eerder verzuimremmend werken.

1.4.1.4. Functiegerelateerde factoren

- *Sfeer op het werk* (10): Een slechte werksfeer, door veranderingen of vernieuwingen op het werk, of door problemen met collega's of werkgevers, zal de duur verlengen en de frequentie verhogen.

- *Ploegendienst* (11): Ten aanzien van deze factor bestaan verschillende opvattingen. Het is niet altijd even duidelijk wat de invloed is van deze factor. Bovendien treedt er ook het zogenaamde "healthy worker effect" op. Minder gezonde werknemers zullen niet bereid zijn in een ploegensysteem te functioneren of worden gewoonweg niet toegelaten. We hebben hier weer te maken met de invloed van doorkruisende variabelen. Dit kan leiden tot een vertekening van de resultaten. Niet de ploegendienst op zich, maar wel de

achterliggende betere gezondheid van de werknemers die in ploegverband werken zou verklarend zijn. Het is dus nodig de variabele gezondheid onder controle te houden willen we uitspraken doen over de invloed van ploegendienst. Er worden in de literatuur ook een aantal nadelen aangehaald van het ploegensysteem die een verzuimbevorderende invloed zouden kunnen hebben. Zo kan er een ontregeling optreden in het familiale en sociale leven. We menen echter dat deze variabele geen consistente invloed zal hebben op de duur of de frequentie.

- *Voltijds versus deeltijds werken* (12): In de literatuur vinden we weinig eensgezindheid terug voor deze factor. Sommigen beweren dat full-timers meer en langer verzuimen dan part-timers. Empirisch onderzoek bewijst soms het tegendeel. We formuleren met betrekking tot deze variabele dan ook geen hypothese.

- *Participatie en medezeggenschap* (13): Een negatieve invloed op het verzuim kan verwacht worden naarmate de medezeggenschap en de participatiegraad groter worden.

- *Functieniveau* (14): Het ligt voor de hand dat werknemers met een hoog opleidingsniveau meestal ook een functie van een hoger niveau bekleden. De invloed van het functieniveau op de duur en de frequentie van het ziekteverzuim zal dan ook in de zelfde lijn liggen als de invloed van opleidingsniveau. Om het individuele (afzonderlijke) effect van functieniveau te meten, moeten we om andere invloeden geïsoleerd worden.

- *Werkomstandigheden* (15): Hieronder verstaan we de fysieke arbeidsomstandigheden zoals geluidshinder, zwaarte van het werk, gevaar, temperatuurswisselingen, tocht, moeilijke lichaamshouding, werken met toxische producten e.a. Er dient op gewezen te worden dat er een positief verband bestaat tussen het opleidingsniveau en de omstandigheden waarin gewerkt dient te worden. Mensen met een hoog opleidingsniveau zullen meestal in fysiek gunstiger omstandigheden kunnen werken en minder fysiek zwaar werk moeten verrichten. Slechte werkomstandigheden zullen in het algemeen duurbevorderend en frequentieverhogend werken.

- *Misbaarheid op het werk* (16): Mensen die niet te missen zijn op het werk (of dit alleszins denken) zullen waarschijnlijk minder lang verzuimen. De misbaarheid op het werk maakt deel uit van de verzuimgelegenheid⁵.

⁵De Groot (1958) definieert de *verzuimgelegenheid* als het complex aan maatregelen en gewoonten, die remmend of bevorderend werken op de beslissing tot verzuim.

- *Verantwoordelijkheid en leidinggevend niveau (17)*: Deze factor hangt nauw samen met de vorige. Hoe hoger de verantwoordelijkheid die men draagt, hoe minder te missen, hoe lager het absentieïsme. Ook hangt een grotere verantwoordelijkheid vaak samen met een hogere jobsatisfactie en zo met een lager verzuim.

- *Psychisch zwaar werk (18)*: Hoe groter de psychische druk die het werk met zich meebrengt, hoe groter de kans is op ziekteverzuim.

1.4.2. Huisartsgebonden kenmerken

In ons empirisch onderzoek krijgen we zowel informatie over de duur van het toegekende verzuim als over het al dan niet toekennen van verzuim door de arts. Bijgevolg formuleren we hier, naast hypothesen in verband met de invloed van artskenmerken op de *duur* ook hypothesen met betrekking tot hun invloed op de *proporties* van het toegekende ziekteverzuim. We baseren ons hiervoor vooral op het overzichtsartikel en het eigen onderzoek van Tellnes (1990). Verder gebruikten we hiervoor ook de beschouwende literatuur.

1.4.2.1. Personalia

- *Leeftijd*: Het percentage arbeidsongeschiktheidsattesten en ook de gemiddelde duur per attest stijgt met de leeftijd van de arts, zelfs wanneer rekening wordt gehouden met de invloed van variabelen zoals praktijktype, navorming, diagnose en de leeftijdsverdeling van de patiënten.

- *Geslacht*: Tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen bestaat geen verschil in het toekennen van arbeidsongeschiktheid wat betreft de gemiddelde duur van het attest, noch wat betreft de frequentie van attesteren.

1.4.2.2. Praktijkenmerken

- *Type praktijk*: Tot nu toe werd er geen verschil gevonden tussen solo-praktijken en groepspraktijken, wat betreft het percentage toegekende attesten, noch wat betreft de gemiddelde duur van het attest.

- *Gemiddeld aantal prestaties per week*: We veronderstellen dat artsen met een drukke

praktijk, attesten van gemiddeld langere duur uitschrijven om te vermijden dat patiënten enkel voor het aanvragen van een verlengingsattest een tweede maal consulteren en daardoor de werkdruk te groot wordt. Anderzijds kunnen we op basis van de beschouwende literatuur vermoeden dat artsen met een minder drukke praktijk eerder geneigd zouden zijn tot het uitschrijven van attesten om geen patiënten te verliezen of zelfs om patiënten te lokken.

1.4.2.3. Nevenactiviteiten

- *Navorming*: hoe hoger het navormingsniveau, hoe lager het percentage toegekende attesten éénerzijds en hoe korter de gemiddelde duur per attest anderzijds. Hierbij werd er in de studie van Tellnes (1990) gecorrigeerd voor enkele mogelijke doorkruisende variabelen zoals: leeftijd van de arts en de patiënt, een nevenactiviteit als bedrijfsarts en diagnose.

- *Uitoefening van een nevenactiviteit als bedrijfsarts*: Tellnes (1990) vond dat deze artsen gemiddeld kortere ziekteperiodes voorschreven, ook na correctie voor doorkruisende variabelen. Huisartsen met een dergelijke nevenactiviteit hebben nauwe contacten met de bedrijfswereid waardoor zij mogelijk een beter zicht hebben op het werk van hun patiënten en zo de herstelkansen, wat betreft *langdurige* arbeidsongeschiktheid, kunnen vergroten.

1.4.2.4. Attitudes en opinies met betrekking tot attesteren van arbeidsongeschiktheid

Tot nu toe kon men geen samenhang aantonen tussen attitudes van artsen en feitelijk handelen met betrekking tot het attesteren.

HOOFDSTUK 2: ONDERZOEKSMETHODEN VAN HET EMPIRISCH ONDERZOEK

2.1. HET VOORONDERZOEK

Het domein van de arbeidsongeschiktheid is reeds erg uitgediept door de bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde, niet door de huisartsgeneeskunde. Om nieuwe gezichtspunten in de bestaande discussie te brengen is het belangrijk dit domein ook te belichten vanuit de huisartsgeneeskunde, namelijk op het niveau van het arts-patiënt contact. Daarom werd in oktober 1990 aan het Huisartseninstituut van de UIA een onderzoeksproject gestart over 'Het toekennen van arbeidsongeschiktheid door huisartsen in de provincie Antwerpen.' (Dirckx e.a., 1991 en Dirckx e.a., 1993). Dit onderzoek gaf een antwoord op volgende vragen:

- Voor welke klachten en/of diagnoses kent de huisarts ziekteverlof toe?
- Wat is het gemiddeld aantal dagen toegekend ziekteverlof per diagnose en per diagnosegroep?
- Welke artsgebonden en patiëntgebonden factoren spelen een rol in de beslissing over de duur van het ziekteverlof?

Het onderzoek werd uitgevoerd van januari tot maart 1992, bij 46 willekeurig geselecteerde huisartsen in de provincie Antwerpen. Zij registreerden gedurende deze periode elk 30 opeenvolgende ziekte-attesten. In totaal werden 1130 ziekte-attesten in de studie geanalyseerd.

Deze pilotstudie legde als het ware de basis voor verder wetenschappelijk onderzoek omtrent het fenomeen ziekteverzuim. We hebben dan ook gebruik gemaakt van de resultaten van het vooronderzoek om de algemene opzet en de onderzoeksinstrumenten van het eigenlijke onderzoek voor te bereiden. Zo kenden de 46 huisartsen uit het vooronderzoek voor 146 verschillende soorten diagnoses (gecodeerd volgens ICPC) ziekteverlof toe. De veelheid aan diagnoses bemoeilijkte in zekere mate de analyse van het vooronderzoek. Daarom besloten we in het hoofdonderzoek enkel verder te werken

met vier diagnoses nl.: verkoudheid, griep, lage rugpijn zonder uitstralingspijn en psychische overbelasting.

2.2. KEUZE VAN DE VIER DIAGNOSES VOOR HET HOOFDONDERZOEK

De selectie gebeurde op basis van de frequentie van voorkomen van de diagnoses op het attest, de duur van het toegekende ziekteverlof, de beslissingsvrijheid van de patiënt en de medische kosten.

In de top-10 van de meest vermelde diagnoses op het attest in het vooronderzoek, komt griep (of griepachtige aandoening) op de eerste plaats, in 19% van de attesten. Verkoudheid volgt met 11%. Lage rugpijn zonder uitstraling en psychische overbelasting komen elk op 3% van de attesten voor. Zij nemen daarmee respectievelijk de achtste en negende plaats in. Aangezien in het hoofdonderzoek slechts drie maanden geregistreerd zou worden, waren we aangewezen op diagnoses waarvoor frequent een attest wordt uitgeschreven.

Verder is *griep* een voorbeeld van een acute aandoening, met objectieve klinische tekens (vb. hoge koorts), waarbij de afwezigheid op het werk noodzakelijk is en de patiënt slechts een kleine ruimte heeft om zelf te beslissen (Philipsen, 1969). *Verkoudheid* daarentegen geeft eerder aanleiding tot een subjectieve afwezigheidsbehoefte van de werknemer, waarbij hij een grote vrijheid heeft om te beslissen of hij daar al dan niet mee gaat werken. Voor deze beide diagnoses ging het in het vooronderzoek om een kortdurend ziekteverlof van drie à vier dagen. Verder selecteerden we de diagnose *lage rugpijn*, omdat het hier gemiddeld om een langduriger ziekteverlof gaat, waarbij de kosten van medische interventies hoger kunnen oplopen. Vaak vertonen deze patiënten ook psycho-sociale problemen, die schuil gaan onder het diagnose-etiket op het ziekte-attest (Mudde, 1992). Met het registratieformulier dat we in het vooronderzoek echter gebruikten kregen we niet enkel een zicht op de strikt medische factoren die tot ziekteverlof leiden. Ook de verborgen psycho-sociale factoren uit de thuissituatie of de werksituatie kwamen aan het licht. De diagnose *psychische decompensatie* ten slotte kozen we uit omwille van het toenemend aandeel van deze aandoening in het totale ziekteverzuim, gedurende de laatste jaren (van Eck, 1990 en Schröer, 1993).

2.3. OMSCHRIJVING VAN DE VIER DIAGNOSES UIT HET HOOFDONDERZOEK

De vier diagnoses waarvoor geregistreerd werd in het hoofdonderzoek werden omschreven volgens ICHPPC-2-Defined (International Classification of Health Problems in Primary Care). Dit classificatiesysteem vermeldt minimale inclusie- en exclusiecriteria.

Verkoudheid (Acute Bovenste Luchtweginfectie: ICHPPC-code 460).

Inclusief: common cold, nasopharyngitis, pharyngitis, rhinitis. Het gaat om een acute inflammatie van de nasale of pharyngale mucosa.

Exclusief: otitis, sinusitis, angina, laryngitis, tracheïtis, bronchitis, influenza.

Griep of griepachtige aandoening (Influenza of Influenza-achtige aandoening: ICHPPC-code 487).

Behoort tot deze categorie:

- indien 6 van de volgende inclusiecriteria aanwezig zijn:

1. plots begin (binnen de 12 uur)
2. hoest
3. (koude) rillingen
4. koorts
5. uitputting en slapte
6. veralgemeende spierpijn of gewrichtspijnen
7. typische roodheid van de verhemeltebogen
8. influenza aanwezig in directe omgeving (vb. gezin, klas)

- of indien er zich een influenza-epidemie voordoet en 4 van de bovenstaande inclusiecriteria aanwezig zijn

- of indien de serologie een infectie met influenza-virus aantoon

Exclusief: buikgriep.

Conform het onderzoek van De Maeseneer (1989) en De Loof (1984) wordt de griepachtige aandoening gecodeerd als griep en niet geïnterpreteerd als een acute bovenste luchtweginfectie.

Lage rugpijn zonder uitstralingspijn (ICHPPC-code: 7242).

Inclusief: niet gespecificeerde lage rugpijn, lumbago, lumbalgie

Psychische overbelasting, surmenage (ICHPPC-code: 308-; ICPC-code: P02)

Inclusief: acute stressreactie, voorbijgaande situationele stoornis, kortdurende depressieve reactie, verdriet.

Het gaat hier om psychische symptomen die qua tijd en inhoud nauw verbonden zijn met een stressgevend gebeurtenis. De symptomen zijn mild en voorbijgaand (minder dan 6 maanden).

2.4. STEEKPROEFSAMENSTELLING

Drie geografische gebieden van ons land werden uitgekozen voor dit onderzoek: 2 provincies, nl. Antwerpen en West-Vlaanderen, en het franstalige landsgedeelte. De selectie van de gebieden gebeurde gedeeltelijk op basis van praktische overwegingen, gedeeltelijk op basis van de verschillende medische consumptie tussen het nederlandstalige en het franstalige landsgedeelte (RIZIV-gegevens, 1990).

Met behulp van bestaande adressenlijsten van alle huisartsen in de provincies Antwerpen en West-Vlaanderen, schreven we willekeurig 200 Antwerpse huisartsen aan (de Antwerpse huisartsen die reeds deel hadden genomen aan het vooronderzoek werden uitgesloten) en 200 Westvlaamse huisartsen. Dit gebeurde met een eerste brief en zo nodig met een herhalingsbrief en een telefonische oproep van de huisarts-onderzoeker zelf. 50 Antwerpse en 52 Westvlaamse huisartsen verklaarden zich bereid tot deelname aan de studie. De huisartsen uit het franstalige landsgedeelte werden niet op dezelfde wijze geselecteerd. We kozen hier voor een meer persoonlijke benadering, gezien het delicate onderwerp van de studie en het politieke klimaat. Op een studiedag waar 74 franstalige huisartsen aanwezig waren werden de grote lijnen van dit onderzoek voorgesteld: 42 artsen verklaarden zich bereid tot deelname.

Van deze 144 geselecteerde artsen, zijn 56 artsen nooit aan de registratie begonnen, terwijl anderen zeer vroegtijdig zijn gestopt. Enkele opgegeven redenen hiervoor waren: gezondheidsredenen zoals zwangerschap of ziekte, familiale omstandigheden zoals verhuis, of reorganisatie van de praktijk zoals associatie. Andere redenen hadden meer te maken met de organisatie van het onderzoek: sommigen vonden de tijdsspanne tussen de eerste oproepbrief en het uiteindelijke opstarten van de studie te lang en verloren zo hun

motivatie. Anderen vonden, bij nader inzien, de registratie te omslachtig en tijdrovend of de vergoeding te laag. De uiteindelijke steekproef artsen bestond uit 88 huisartsen (respons 61%): 39 Antwerpse, 28 Westvlaamse en 21 Franstalige huisartsen.

2.5. DATAVERZAMELING

Aan deze 88 huisartsen vroegen we om gedurende 13 weken (van 4/1/'93 tot 2/4/'93) anoniem de hierna beschreven registraties te verrichten bij de patiënten uit de beroepsbevolking (voor definitie, zie paragraaf 2.6.). We ontwierpen vier verschillende onderzoeksinstrumenten, uitgetest in het vooronderzoek (zie bijlagen 2.1, 2.2, 2.3, 2.4) en een handleiding voor de arts (te bekomen bij de onderzoekers).

2.5.1. Het registratieformulier

Een eerste soort registratie ging over het al dan niet toekennen van ziekteverlof voor vier welbepaalde diagnoses: verkoudheid, griep, lage rugpijn zonder uitstraling en psychische overbelasting. Omschrijving en selectie van deze diagnoses beschreven we in de paragrafen 2.2. en 2.3.

Wanneer een patiënt uit de beroepsbevolking zich met één van deze vier diagnoses bij de huisarts aanmeldde, vulde de huisarts steeds een registratieformulier in, ook al kende hij de patiënt geen ziekteverlof toe.

Het registratieformulier omvatte zeven topics :

- diagnose
- de aard van het arts-patiëntcontact (huisbezoek of consultatie),
- het eventueel toegekende ziekteverlof met de data
- patiëntgegevens
- factoren die een rol spelen in de beslissing over het ziekteverlof: medische factoren, factoren uit de thuissituatie, werkfactoren en de inbreng van de patiënt
- uitgevoerde interventies: voorgeschreven medicatie, aanvraag klinische biologie, aanvraag RX, verwijzingen e.ä.
- concrete afspraken rond verdere follow-up.

Zestig procent van de 88 artsen die de registratie beëindigden heeft gedurende de ganse registratieperiode steeds de registratieformulieren ingevuld. Dit is een vrij goede *respons*,

gezien de omvangrijkheid van de gevraagde informatie. Als belangrijkste reden voor het niet invullen van de formulieren haalden de artsen de omslachtigheid van de registratie aan en tijdsgebrek. In totaal vulden de artsen 2223 registratieformulieren in.

2.5.2. De patiëntenvragenlijst

Telkens wanneer de huisarts voor deze 4 diagnoses een registratieformulier invulde, gaf hij aan de patiënt ook een patiëntenvragenlijst mee. Deze was met een nummer gekoppeld aan het registratieformulier van de arts zodat de gegevens samen konden verwerkt worden. De patiënt diende de vragenlijst thuis in te vullen en anoniem naar de onderzoekers terug te zenden, zonder het betalen van portkosten.

In de provincies West-Vlaanderen en Antwerpen werd de vragenlijst steeds aan de patiënten meegegeven, zelfs wanneer zij zich weigerachtig tegenover de enquête opstelden. In het franstalige landsgedeelte kon de huisarts op het registratieformulier aankruisen of hij de patiëntenvragenlijst wel of niet had meegegeven.

De patiëntenvragenlijst omvatte eveneens zeven topics m.b.t. de patiënt :

- persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en opleiding)
- gezinssituatie en belastende factoren in de thuissituatie
- functie, beroepssector en werkomstandigheden
- ziekteverlof: meningen omtrent het toekennen van ziekteverlof, redenen voor eventueel toegekend ziekteverlof, opgenomen ziekteverlof gedurende het voorbije kalenderjaar (verzuimverleden)
- duur en trouw van de arts-patiëntrelatie
- de ervaren algemene gezondheidstoestand en de sociale ondersteuning (drie items uit de Dartmouth Coop Function Charts) (Wilkin, e.a., 1992)
- financiële uitgaven en loonderving tijdens de ziekteperiode

De informatie die we verkregen uit het registratieformulier voor de arts en deze die we verkregen uit de patiëntenvragenlijst overlapt elkaar. Beide vragenlijsten waren met een nummer aan elkaar gekoppeld zodat we de gegevens konden vergelijken. De bedoeling van deze dubbele registratie was tweërlei : enerzijds konden we op die manier nagaan in hoeverre de huisarts op de hoogte is van de patiëntkenmerken, anderzijds verkregen we zo de algemene gegevens van de patiënten die hun vragenlijst niet terugstuurden.

De *respons* van de patiënten bedroeg 64 procent: 1430 vragenlijsten werden door de patiënten ingevuld en teruggestuurd naar de onderzoekers. Om een aantal uiteenlopende redenen konden 138 patiëntenvragenlijsten niet gekoppeld worden aan het registratieformulier (10%).

De groep responders en non-responders verschilden niet significant van elkaar wat betreft leeftijd, geslacht en werkstatuut ($p < 0.05$).

2.5.3. De gedateerde weektabellen

Een derde soort registratie betrof het noteren van de duur van elk ziekteverlof dat de huisarts toekende aan patiënten uit de beroepsbevolking, tijdens de registratieperiode van 13 weken, in gedateerde weektabellen. Dit gold zowel voor ziekteverloven uitgeschreven tijdens de consultaties, als tijdens de huisbezoeken en voor om het even welke diagnose. Deze gegevens maakten het ons mogelijk de omvang te berekenen van het totale toegekende ziekteverlof binnen deze periode, door de 88 artsen. Ook kon zo een schatting gemaakt worden van het aandeel van het toegekende ziekteverlof voor de 4 diagnoses in dit totaal.

86 artsen hebben de weektabellen gedurende de registratieperiode steeds ingevuld (behalve tijdens de week-endwacht, raadplegingen en huisbezoeken in het week-end en eventuele vakantieperiodes van de arts). Dit is een *respons* van 98 procent.

In totaal werden door de 88 artsen 8238 ziekte-attesten toegekend voor alle diagnoses samen.

2.5.4. De artsenvragenlijst

Na afloop van de registratieperiode werd naar elke huisarts nog een artsenvragenlijst opgestuurd.

Deze vragenlijst omvatte zes topics m.b.t. de arts :

- persoonsgegevens
- praktijkgegevens:
 - praktijkvorm
 - aantal prestaties (= aantal arts-patiëntcontacten) per week. (dit geeft volgens De Maeseneer (1987) een goede indruk van de praktijkdrukke)
 - praktijkpopulatie
- subjectief oordeel over artsenaanbod in de omgeving

- bemerkingen i.v.m. de registratieperiode
- vorming en navorming
- opvattingen i.v.m. het toekennen van arbeidsongeschiktheid
- opvattingen i.v.m. "defensieve opstelling"; is de huisarts geneigd bij medische beslissingen het zekere voor het onzekere te nemen ? (De Maeseneer, 1989).

Alle 88 artsen uit de steekproef stuurden de artsenvragenlijst ingevuld terug (soms na herhaaldelijk aandringen). De helft van hen wenste persoonlijke feed-back van de onderzoekers op de geregistreerde gegevens, en zetten hun stempel met naam en adres op de vragenlijst. De andere helft stuurde de vragenlijst anoniem terug. De artsen hadden hiertoe zelf de vrije keuze. De vragenlijst kon wel steeds gekoppeld worden aan de drie andere registratie-instrumenten (d.m.v. een nummer).

Een schematisch overzicht van de variabelen in de verschillende onderzoeksinstrumenten is weergegeven in bijlage 2.5.

2.5.5. Bespreking

Algemeen kunnen we stellen dat de weektabellen erg volledig en de registratieformulieren behoorlijk werden ingevuld tijdens de week maar wel weinig tijdens de week-end (de week-endraadplegingen- en huisbezoeken en de week-endwachten).

Wat het totaal aantal patiëntcontacten betreft gedurende de registratieperiode (week-endwachten niet meegerekend), vinden we een *gemiddelde waarde per arts* van 1324 contacten. Aangezien de 88 artsen 2223 registratieformulieren (voor de vier diagnoses) hebben ingevuld, betekent dit een gemiddelde van ongeveer 26 registratieformulieren per arts. Anders gezegd, voor elke 51 patiëntcontacten heeft de arts gemiddeld één registratieformulier voor contacten in verband met de 4 diagnoses ingevuld.

Voor de 4 diagnoses werd in 1868 gevallen (op een totaal van 2223 registratieformulieren) een ziekte-attest uitgeschreven. Dit betekent dat de 4 diagnoses ongeveer 23% van het totale ziekteverzuim verklaren. Aangezien de artsen uit de steekproef de weektabellen meer hebben ingevuld dan de registratieformulieren is dit percentage eerder een onderschatting.

2.6. ANALYSEMETHODE

De analyse situeert zich op twee niveaus.

Een eerste inzicht in de problematiek van het ziekteverzuim wordt gegeven in een beschrijvende analyse. Dit gebeurt in hoofdstuk drie en vier op basis van de frequentieverdelingen van de diverse variabelen uit de vragenlijst.

Vervolgens zullen de verzamelde gegevens gebruikt worden om de variabiliteit in het toekennen van ziekteverlof, in de duur van het verlof en in de kosten ervan te helpen verklaren. In hoofdstuk vijf wordt deze multivariate analyse besproken.

2.7. DEFINITIES

We sluiten dit hoofdstuk af met een nauwkeurige omschrijving van de belangrijkste begrippen die in het vervolg van het onderzoek zullen geanalyseerd worden.

Nieuwe ziekteperiode: de ziekte wordt op het moment van de consultatie voor het eerst aangeboden.

Follow-up van een ziekteperiode: de ziekte werd reeds eerder aangeboden; voor verkoudheid en griep werden hierbij de laatste 14 dagen beschouwd; voor lage rugpijn en psychische overbelasting de laatste 6 maanden.

Totale duur van een ziekteperiode = totale verzuimperiode = totale arbeidsongeschiktheidsduur: de duur van een ziekteperiode, inclusief mogelijke verlengingen. Een ziekteperiode wordt als een verlenging van een vorige periode beschouwd als er tussen beide perioden maximaal 14 dagen verstrijken en indien het gaat om een zelfde aandoening. Dit moet vastgesteld worden door de behandelende arts, die in dit geval een *verlengingsattest* verstrekt.

De "totale duur van de ziekteperiode" gebruiken we in de analyse van de kosten van het verzuim. Ter illustratie: een arbeider is gedurende 1 week afwezig wegens rugklachten. Na 1 week van arbeidsongeschiktheid hervat hij terug zijn activiteiten. Al vlug blijkt dat

de arbeider nog steeds rugpijn heeft. Zijn behandelende arts schrijft hem nog eens twee weken voor. Deze drie weken voorgeschreven ziekteverlof worden dus als één ziekteperiode beschouwd en niet als twee afzonderlijke perioden. De wetgever zal immers ook deze periode als één geheel beschouwen bij de regeling van het gewaarborgd loon en de RIZIV-uitkeringen.

Duur van een eerste attest: het aantal dagen ziekteverlof, toegekend door de (huis)arts op een eerste attest. Dit is een attest voor een nieuwe ziekteperiode of voor de follow-up van een ziekteperiode waarvoor de voorbije 14 dagen geen attest is uitgeschreven. De "duur van een eerste attest" gebruiken we in de analyse van de beslissingsfactoren van de arts, bij het toekennen van ziekteverlof. Met andere woorden: om na te gaan waarop de huisarts zich baseert bij het bepalen van de duur van het ziekteverlof, beschouwen we de duur per (eerste) attest en niet de totale arbeidsongeschiktheidsduur.

Beroepsbevolking: patiënten behoren tot de beroepsbevolking indien zij ofwel een beroep uitoefenen ofwel werkloos zijn én een vervangingsinkomen genieten in geval van arbeidsongeschiktheid.

BIJLAGE 2.1. : Registratieformulier arts

0036

IN WERKZAMEN ZIEKENDE VERVOLGENDEN FACTOREN EN HOK GEBONDEN IN HUN RESESING OVER HET AL DAN NIET TOEGENEN VAN AERDSONGESCHIKHEID EN DE DURE VAN		van invloed op beslissing over al den hier toekennen	duur +/- / -	niet van loopaasing
		grote rol	matige rol	geen of weinig rol
MEDISCHE FACTOREN				
1 grad van subjectieve klachten 2 objectieve klinische bevindingen 3 veel voorafgaande ziekteverloven aan patiënt toegehand 4 andere medische factoren				
FACTOREN GEBONDEN AAN THUISITUATIE OF NIET - WERKSITUATIE				
FACTOREN GEBONDEN AAN HET WERK				
1 zwaar werk (fysisch, psychisch, arbeidsomstandigheden) 2 slechte sfeer (relatie bas, collegale, veranderlijken) 3 moeilijke verengbaarheid 4 gemakkelijk te missen op het werk 5 financiële gevolgen voor patiënt (inkomenverlies) 6 mogelijke controle 7 contact met de bedrijfsarts gehad (v.m. deze patiënt)				
ANDERE FACTOREN				
1 vraag of attitude van patiënt om zo kort mogelijk of geen ziekteverlof te krijgen 2 krijgen attitude van patiënt om ziekteverlof te krijgen of om ziekteverlof voldoende lang te maken				
WELKE VAN DE VOLGENDE INTERVENTIES VOERDE U UIT BIJ DE PATIENT?				
1 Medicatie: Indien ja, vul in:		<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja		aantal verpakkingen
2 Bloedname		<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja		
3 Andere interventies: Indien ja, vul in:		<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja RIZV nr. RIZV nr.		
4 Verwijzing: 5 Follow-up:		<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, naar <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, naar		
6 Ziektebondsstatuut: <input type="checkbox"/> verplicht verzuim: <input type="checkbox"/> NMGW met voorkeursaf <input type="checkbox"/> zelfstandige verzekerde voor minima salico: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja				

DIAGNOS: (vul in)

- Verkoutheid (common cold)
- Grip of griepachtige aandoening
- Lage oppijp door: (vuis aan) verkongereel neen ja
- Psychische overbelasting (dit jaar niet meer)

BETREFT HET: (vuis aan)

- huisbereek consultatie
- een nieuwe ziekteperiode
- 20 ja, versiekt u een ziekte-attest:
 ja, van (dag/maand/jaar)/...../1993 t.e.m./...../1993

PATIENTGEGEVENS

- een follow-up van een ziekteperiode
- 20 ja, versiekt u een ziekte-attest:
 ja, van (dag/maand/jaar)/...../1993 t.e.m./...../1993
 versiekt u allert ziekte-attest
- neen ja, van (dag/maand/jaar)/...../1993 t.e.m./...../1993

PATIENTGEGEVENS

- 1 Leeftijd: (vul in)jaar
- 2 Geslacht: (vuis aan) man vrouw
- 3 Gezin-toestand: (vuis alles aan wat van bepaaing is)
 woonend met echtgenote(s) of levenspartner:
 met inwonende kinderen.
 alleenstaand
- andere (vul in)
- 4 Houding bent u reeds huisarts van deze patiënt? (vuis aan)
 nieuwe patiënt
 patiënt van andere huisarts
 3 jaar of langer
- 5 Werkstatuut / functie: (vuis aan)
 ongeschiktheid arbeider
 geneeskundige
 arts
 bedrijfsarts
 ambtenaar hoger kader
 ambtenaar lager kader
 zelfstandige
 zelfstandige, aanvullend verzekerde tegen arbeidsongeschiktheid
 vast: (vul in)
 werkloos
- 6 Ziektebondsstatuut: verplicht verzuim:
 NMGW met voorkeursaf
 zelfstandige verzekerde voor minima salico: neen ja

We beginnen hier onze vragenlijst. We danken u voor het zorgzaam invullen.
U blijft onbekend, enkel de volgende gegevens zijn voor onze verwerking
belangrijk.

BIJLAGE 2.2. : Patiëntenvragenlijst

1. Uw leeftijd (vul in) : jaar

2. Uw geslacht (kruis aan)

- Man
- Vrouw

3. Wat is uw hoogst behaalde diploma ? (kruis slechts één mogelijkheid aan)

- 1 Geen diploma
- 2 Lager onderwijs
- 3 Lager beroepssecundair onderwijs
- 4 Lager technisch secundair onderwijs
- 5 Lager algemeen secundair onderwijs
- 6 Hoger beroepssecundair onderwijs
- 7 Hoger technisch secundair onderwijs
- 8 Hoger algemeen secundair onderwijs
- 9 Hoger niet universitair onderwijs
- 10 Universitair onderwijs

Hier volgen twee vragen over uw gezin en uw thuissituatie.

4. Wat is uw gezinstoestand ? (kruis alles aan wat op u van toepassing is)

- Wonend met echtgeno(o)t(e) of levenspartner
 - zorgbehoevend
 - niet zorgbehoevend
- Met inwonende kinderen. Vul aantal kinderen in :
Hoeveel van deze kinderen zijn
nog klein en / of hulpbehoevend
(vul in)
- Met inwonende ouders of inwonend bij ouders of
aanverwanten
 - zorgbehoevend
 - niet zorgbehoevend
- Alleenstaand
- Andere (vul in) :

5. Welke omstandigheden zijn nu in uw thuissituatie van toepassing? (kruis alles aan wat op u van toepassing is) ³

- U moet nog zorgen voor een ziek familielid
- U hebt kinderopvangproblemen
- U bent in scheiding
- U hebt het druk met veranderingen aan uw huis of met een verhuis
- U voelt zich in deze periode gestresseerd door de combinatie van uw gezinsverplichtingen en de eisen van uw werk.

Nu volgen er enkele vragen over de functie die u uitoefent.

6. Bent u werkzoekende?

- Ja
- Neen

Indien ja, ga verder naar vraag 13
Indien neen, ga naar vraag 7

7. In welke sector werkt u? ⁴

- U werkt in de privésector. Indien u in de privésector werkt, kruis dan één van de volgende functies aan: U werkt als...
 - 1. ongeschoold arbeider
 - 2. geschoold arbeider
 - 3. arbeidschef
 - 4. bediende lager kader
 - 5. bediende middenkader
 - 6. bediende hoger kader
- U werkt in de publieke sector. Indien u in deze sector werkt, kruis dan één van de volgende functies aan: U werkt als...
 - 1. ongeschoold arbeider
 - 2. geschoold arbeider
 - 3. arbeidschef
 - 4. ambtenaar lager kader
 - 5. ambtenaar middenkader
 - 6. ambtenaar hoger kader
- U werkt als zelfstandige. Indien zo, kruis dan één van de volgende aan
 - Als kleine zelfstandige
 - Als bedrijfsleider
 - Vrij beroep

Bent u aanvullend verzekerd tegen inkomensverlies?

- Ja, vanaf (vul in):.....
- Neen

8. Moet u de werkgever een medisch attest afleveren wanneer u wegens ziekte één dag afwezig bent?

- Ja
- Neen

We gaan nu over tot enkele vragen over uw beroep en werkomstandigheden.

9. Kan u hier bondig het werk omschrijven dat u verricht ?

.....

10. U werkt

- Voltijds
 Deeltijds (vul aantal uren in) uren per week

11. U werkt

- In ploegen
 Niet in ploegen. Indien u niet in ploegen werkt, kruis dan hieronder aan :
 U hebt vaste werktijden
 U hebt glijdende uren

12. Welke omstandigheden op uw werk zijn nu van toepassing ? (kruis alle punten aan die van toepassing zijn.)

1. Uw werk is lichamelijk zwaar
2. De fysische werkomstandigheden zijn hinderlijk (lawaaï, stof, temperatuursverschillen, toxische produkten, gevaar, slechte lichaamshouding, slechte ventilatie, buitenwerk bij slecht weer,...)
3. Uw werk is psychisch zwaar
4. De sfeer op het werk is minder goed tot slecht (omgang met baas, collega's, veranderingen op het werk, vernieuwing,...)
5. U bent moeilijk op het werk te missen bij ziekte wegens tekort aan personeel of wegens een grote verantwoordelijkheid.
6. U hebt weinig medezeggenschap op uw werk.

De volgende vragen gaan hoofdzakelijk over ZIEKTEVERLOF

13. Schreef de huisarts u ziekteverlof voor ?

- Neen
 Ja (vul in : dag / maand / jaar)

van / / 1993 tot en met / / 1993

14. Had u verwacht dat u ziekteverlof zou krijgen ?

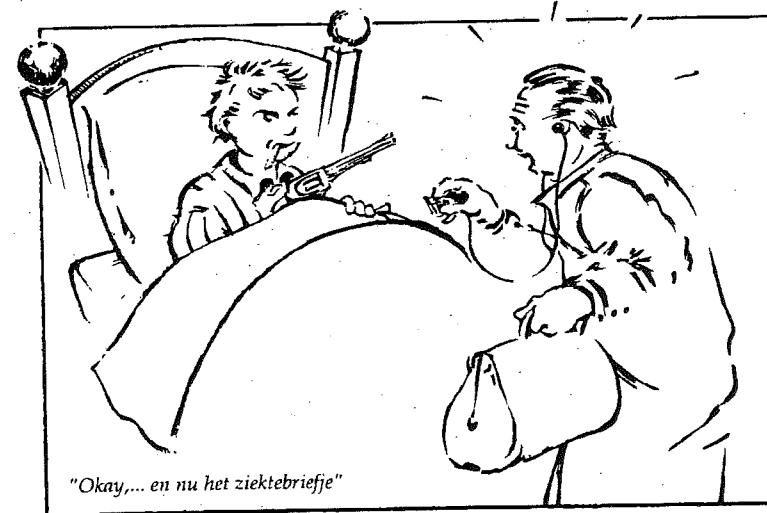
- Ja
 Neen

15. In sommige landen zoals Nederland, kan u aan uw werkgever melden dat u afwezig bent wegens ziekte zonder dat daar een ziektebriefje van een dokter voor nodig is. Vindt u dat een beter systeem ? (kruis aan & vul aan)

- Ja, omdat
- Neen, omdat

16. Zou u ook een huisarts geraadpleegd hebben, wanneer het niet verplicht was om een ziektebriefje van de dokter aan de werkgever te bezorgen ?

- Ja
 Neen



17. Bent u tijdens de voorbije 12 maanden afwezig geweest op het werk wegens ziekte ? (dit eventuele ziekteverlof niet meegerekend !)

- Neen
- Ja (indien ja, hoeveel keer ?)
 - 1X
 - 2X
 - 3X
 - 4X
 - 5X of meer

Kan u zich de duur van deze afwezigheden herinneren ?

- Neen
- Ja (indien ja, vul aantal dagen in)
 - Periode 1 dagen
 - Periode 2 dagen
 - Periode 3 dagen
 - Periode 4 dagen
 - Periode 5 dagen
 - Periode 6 dagen

18. Bent u tijdens de voorbije 12 maanden (nog) al eens afwezig geweest op uw werk voor dezelfde ziekte of voor hetzelfde gezondheidsprobleem ?

- Neen
- Ja, vul in hoeveel keer tijdens de laatste 12 maanden (deze ziekteperiode niet meegerekend !)
 - 1X
 - 2X
 - 3X
 - 4X
 - 5X of meer

19. Hoelang bent u reeds patiënt bij deze huisarts ? (kruis aan)

- Het is de eerste maal dat u bij deze huisarts komt
- Minder dan drie jaar
- Drie jaar of langer

20. Consulteert u naast deze huisarts soms nog andere huisartsen ?

- Neen
- Ja, in dezelfde (groeps)praktijk
- Ja, in een andere praktijk

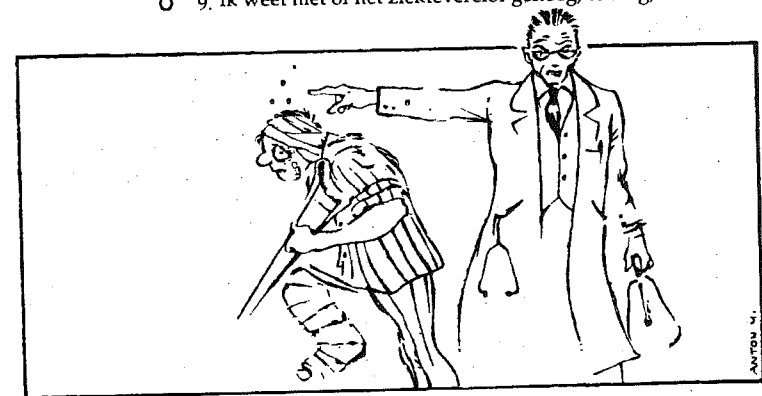
De volgende vragen moeten enkel ingevuld worden wanneer de huisarts u WEL een ziekteverlof heeft gegeven. Indien u geen ziekteverlof kreeg, ga dan door naar vraag 26.

21. U vulde bij vraag 13 reeds in voor welke periode de huisarts ziekteverlof voorschreef. Hoeveel dagen WERKVERLET liep u daardoor op ? (vul in :)

..... dagen

22. Wat vindt u van de duur van het ziekteverlof dat u nu kreeg ? (slechts één mogelijkheid)

- 1. Genoeg
- 2. Genoeg, ik heb zelf aan de huisarts gevraagd om het ziekteverlof zo kort mogelijk te houden
- 3. Genoeg, ik heb zelf aan de huisarts gevraagd om het ziekteverlof voldoende lang te maken
- 4. Te lang, omdat ik me niet zo ziek voel
- 5. Te lang, omdat ik op het werk niet kan worden gemist
- 6. Te lang om een andere reden, namelijk:.....
- 7. Te kort, omdat ik op die tijd niet volledig kan hersteld zijn
- 8. Te kort om een andere reden, namelijk:.....
- 9. Ik weet niet of het ziekteverlof genoeg, te lang, of te kort is.



23. Hier volgen enkele redenen waarom u niet kan gaan werken. Lees ze eerst alle vier door en kruis dan bij elke uitspraak één van de vier cijfers aan.

a. Het is voor u lichamelijk onmogelijk om te gaan werken (u voelt zich te ziek, u hebt teveel pijn, u hebt rust nodig)

- 1 Ja, helemaal van toepassing
- 2 Ja, eerder wel van toepassing
- 3 Neen, eerder niet van toepassing
- 4 Neen, helemaal niet van toepassing

b. U bent geestelijk niet in staat om op het werk te functioneren.

- 1 Ja, helemaal van toepassing
- 2 Ja, eerder wel van toepassing
- 3 Neen, eerder niet van toepassing
- 4 Neen, helemaal niet van toepassing

c. Bij het ziekteverlof dat u nu krijgt spelen uw aanwezigheid in de familie of andere familiale omstandigheden een rol

- 1 Ja, helemaal van toepassing
- 2 Ja, eerder wel van toepassing
- 3 Neen, eerder niet van toepassing
- 4 Neen, helemaal niet van toepassing

d. Er zijn omstandigheden op het werk die een invloed hebben op het ziekteverlof dat u nu nodig hebt

- 1 Ja, helemaal van toepassing
- 2 Ja, eerder wel van toepassing
- 3 Neen, eerder niet van toepassing
- 4 Neen, helemaal niet van toepassing

24. Hoelang duurde uw periode van onwelzijn vooraleer er door u en / of de huisarts werd beslist dat werken niet meer mogelijk was? (kruis één antwoord aan)

- Meer dan één maand (aanslepend onwelzijn)
- Tussen één maand en één week (langzaam ziek worden)
- Tussen één week en twee dagen (snel ziek worden)
- Eén dag of minder (zeer snel ziek worden)

25. Hebt u de dokter geraadpleegd toen u nog onwel doorwerkte?

- Ja
- Neen

Vanaf hier dienen de vragen ingevuld te worden door zowel de mensen die geen ziekteverlof kregen als zij die wel ziekteverlof kregen.

26. Om een idee te hebben over uw algemene toestand gedurende de LAATSTE 4 WEKEN, vragen we u in elk van deze 3 onderstaande tabellen het cijfertje te omcirkelen dat bij u past.

ALGEMENE TOESTAND

Gedurende de laatste 4 weken.....

Hoe zou u zelf uw algemene fysieke gezondheid en emotionele toestand inschatten?

Uitstekend		1
Zeer goed		2
Goed		3
Redelijk		4
Zwak		5

SOCIALE ONDERSTEUNING

Gedurende de laatste 4 weken.....

Stond er iemand klaar wanneer u hulp nodig had of wenste?

b.v. wanneer u:
- zich nerveus, eenzaam, of neerslachtig voelde


- ziek werd en in bed moest blijven
- hulp nodig had bij dagelijkse bezigheden
- hulp nodig had om voor uzelf te zorgen

Ja, zoveel ik maar wou		1
Ja, heel wat		2
Ja, nogal		3
Ja, een beetje		4
Nee, helemaal niet		5

KWALITEIT VAN HET LEVEN

Hoe was de kwaliteit van het leven gedurende de laatste 4 weken?

Hoe gaat het met u de laatste tijd?

	Zeer goed, kan niet beter	1
	goed	2
	Goed en slecht, evenredig verdeeld	3
	Nogal slecht	4
	Zeer slecht, kan niet slechter	5

Nu volgen enkele vragen waarmee we de kosten van het ziekteverlof zouden willen berekenen. Ook deze gegevens worden volledig anoniem verwerkt en blijven in het bezit van het Studiecentrum voor Economisch en Sociaal onderzoek van het UFSIA.

27. Welk is uw ziekenfondsstatuut ?

- Loontrekkende (indien ja, kruis verder aan)
 - Gewoon
 - WIGW met voorkeurtarief
- Zelfstandige (indien ja, kruis verder aan)
 - U bent niet voor kleine risico's verzekerd
 - U bent wel voor kleine risico's verzekerd

28. Welke waren al uw uitgaven tijdens deze ziekteperiode ? (vul in op de juiste plaats)

1. Huisartskosten:

Hoeveel keer hebt u in deze ziekteperiode contact gehad met uw huisarts (huisbezoeken en raadplegingen samen)

Maak de som van hetgeen u aan de huisarts betaalde

2. Medicamenten zonder voorschrift, op eigen initiatief gekocht :

Aantal medicamenten :
 Maak de som van wat al deze medicamenten kosten : Bef.

3. Medicamenten met doktersvoorschrift gekocht :

Aantal medicamenten :
 Hoeveel betaalde u aan de apotheker voor al deze medicamenten samen ?

Het is mogelijk dat er verschillende prijzen op één verpakking vermeld worden. Kan u even op de verpakking(en) kijken naar de hoogste prijs (prijzen) en deze bedragen optellen en hier noteren :

4. Labo-onderzoek

Hoe dikwijls hebt u in deze ziekteperiode een labo-onderzoek moeten laten uitvoeren ?

Hoeveel betaalde u aan het labo voor al deze onderzoeken samen ?

Kan u ook even op de factuur van het labo nagaan wat de totale prijs van de labo-onderzoeken is (dit is een prijs die u niet hoefde te betalen, maar die voor onze berekeningen wel nodig is)

5. Andere artsen, zoals specialisten .

Hoeveel keer hebt u in deze ziekteperiode andere artsen geraadpleegd :

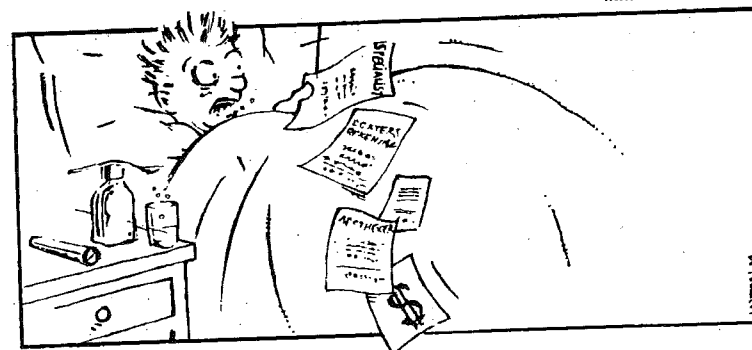
Maak de som van hetgeen u aan deze artsen betaalde :

6. Vul hier dan tenslotte nog andere kosten in, zoals bijvoorbeeld :

kosten voor radiologie (RX-platen) :

kosten voor kinesist :

andere :



29. Deze vragen hoeft u enkel in te vullen indien de huisarts u een ziektebriefje heeft geschreven.

1. Hoeveel dagen van het ziekteverlof dat u nu kreeg, liggen binnen de periode van uw gewaarborgd loon ?

..... dagen

2. Hoeveel dagen van dit ziekteverlof worden door de ziekenkas uitbetaald ?

..... dagen

3. Wanneer u in ziekteverlof bent, past de werkgever dan een deel van uw inkomensverlies bij ?

- Neen
- Ja (indien ja, hoeveel procent ?) %

30. Kan u hier dan tenslotte nog de klasse aankruisen waarin uw BRUTO maandloon thuishoort. Ook aankruisen indien u géén ziekteverlof hebt gekregen.

- Minder dan 30.000 Bef.
- Tussen 30.001 en 60.000 Bef.
- Tussen 60.001 en 90.000 Bef.
- Tussen 90.001 en 120.000 Bef.
- Meer dan 120.000 Bef.

BIJLAGE 2.3. : Weektabellen

We danken u nogmaals zeer hartelijk voor het beantwoorden van deze vragen.

Week 1 : 4 / 1 / 1993 t.e.m. 8 / 1 / 1993	
AANTAL DAGEN TOEGEKEND ZIEKTEVERLOF PER ATTEST	
Voorbeeld: Maandag ziet u tijdens consultatie 4 patiënten die u respectievelijk 5, 0, 3, 2 dagen ziekteverlof voorschrijft. U noteert dan onder "consultatie" en achter "maandag" : 5 + 3 + 2	
Tijdens CONSULTATIE	Tijdens HUISBEZOEK
MAANDAG	
DINSDAG	
WOENSDAG	
DONDERDAG	
VRIJDAG	

BIJLAGE 2.4. : Artsenvragenlijst

Uw persoonsgegevens:

1. Geboortjaar:
2. Geslacht (omcirkel): man vrouw
3. Aan welke universiteit bent u afgestudeerd (vul in):
4. Hoeveel jaren beroepservaring hebt u als huisarts? jaar
5. Bent u "erkend" huisarts (omcirkel): ja neen
6. Is de huisartsgeneeskunde uw enige professionele activiteit: ja neen
- zo neen, omcirkel
- | | |
|---|---------------------|
| 1 | arbeidsgeneeskunde |
| 2 | controlegeneeskunde |
| 3 | schoolgeneeskunde |
| 4 | sportgeneeskunde |
| 5 | andere |

Uw praktijkgegevens:

7. Type praktijk (kruis aan) o solo-arts
- o duo-praktijk (associatie met collega-huisarts in zelfde gebouw)
- o groepspraktijk van drie of meer huisartsen
- zo ja, kruis statuut aan
- o loondienst
- o zelfstandige
- o multidisciplinair team
- zo ja, kruis statuut aan
- o loondienst
- o zelfstandige
8. Uw gemiddelde aantal prestaties per week (omcirkel):
- | | |
|---|-------------|
| 1 | < 25 |
| 2 | 25 - 49 |
| 3 | 50 - 99 |
| 4 | 100 - 149 |
| 5 | 150 - 199 |
| 6 | 200 - 249 |
| 7 | 250 en meer |
9. Welk % van uw patiënten behoort tot de beroepsbevolking (actieve bevolking): %
(deze informatie hebben we nodig om de wekelijkse tabellen die u invulde te kunnen interpreteren)
10. Woont uw praktijkbevolking hoofdzakelijk (omcirkel):
- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | in een grootstad |
| 2 | in een kleine stad |
| 3 | in een randgemeente |
| 4 | in een dorp of op het platte land |
| 5 | gemengd |
| 6 | niet te zeggen |

11. Wanneer u het gebied beschouwt waar de meeste van uw patiënten wonen, denkt u dan aan (omcirkel):
- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 | een overbezetting aan huisartsen |
| 2 | een onderzetting aan huisartsen |
| 3 | voldoende aantal huisartsen |
| 4 | niet te zeggen |
12. Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld aan uw patiënten (vul in)
- tijdens consultatie: minuten
 - op huisbezoek (zonder verplaatsingsduur): minuten

Enkele vragen i.v.m. de registratieperiode:

13. Zijn er periodes (binnen de registratieperiode van 4 januari tot en met 3 april 1993) tijdens dewelke u geen registratie, maar enkel de weektabellen hebt ingevuld?
- o neen
- o ja, omwille van (kruis aan):
- | | |
|---|-----------------------------------|
| o | tekort aan registratieformulieren |
| o | tijdsgebrek |
| o | te omslachtige registratie |
| o | andere |
14. Zo ja, kan u zich de data herinneren van de periode waarin u niet registreerde (indien u dit al eerder aan ons liet weten, hoeft u dit niet meer in te vullen):
- van tot en met
 - van tot en met
 - van tot en met
 - van tot en met
- indien u zich geen data kan herinneren, vul dan het totale aantal werkdagen in, binnen de registratieperiode van 13 weken, dat u niet registreerde: dagen.
- 15 a. Heeft u tijdens de registratieperiode deelgenomen aan een weekendwacht?
- o neen
- o ja zo ja: Heeft u dan ook registratieformulieren ingevuld? ja neen
- Heeft u het toegekende ziekteverlof aangevuld in de weektabellen? ja neen
- 15 b. Heeft u tijdens de registratieperiode ook raadplegingen of huisbezoeken verricht op zaterdag of zondag?
- o neen
- o ja zo ja: Heeft u dan ook registratieformulieren ingevuld? ja neen
- Heeft u het toegekende ziekteverlof aangevuld in de weektabellen? ja neen
16. Wat was het totale aantal patiëntcontacten gedurende de registratieperiode (aantal boekjes x 50), de weekendwachten niet meegerekend: patiënten

Vragen in verband met onderzoek en navorming:

17. Werkte u al eens mee aan een wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde?

- neen
- ja, kruis verder aan:
 - peilpraktijken
 - "clinical trials", georganiseerd door farmaceutische firma's
 - andere vorm van wetenschappelijk onderzoek (vul in)

18. Navormingsactiviteiten tijdens het voorbije jaar:

Hoeveel maal per jaar nam u deel aan:

- voordrachten en cursussen georganiseerd door:
 - lokale kring: x per jaar
 - W.V.V.H.: x per jaar
 - universiteiten: x per jaar
 - farmaceutische industrie: x per jaar
- stafbesprekingen met specialisten in het regionale ziekenhuis: x per jaar
- trainingen/intervisie i.v.m. psycho-sociale problemen: x per jaar
- andere (vul in) : x per jaar

Graag hadden we nu uw spontane mening over de volgende uitspraken die handelen over het toekennen van arbeidsongeschiktheid (het uitschrijven van ziekte-attesten).

Op de vijf-puntenschaal kan u antwoorden in welke mate u het eens bent met de uitspraken (kruis één mogelijkheid aan) :

- 1 = helemaal mee eens
- 2 = grotendeels mee eens
- 3 = deels mee eens, deels mee oneens
- 4 = eerder niet mee eens
- 5 = volstrekt niet mee eens

helemaal mee eens
 grotendeels mee eens
 deels mee eens, deels mee oneens
 eerder niet mee eens
 volstrekt niet mee eens

1. Ik vind dat er bij veel patiënten de neiging bestaat misbruik te maken van het ziekte-attest.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. Mijn taak bij het geven van een ziekte-attest is het ziekteverlof zo kort mogelijk te houden.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. Frequent kortdurend verzuim kan een uiting zijn van een slechte, inefficiënte organisatie van het bedrijf.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. Frequent kortdurend verzuim kan een uiting zijn van relationele problemen op het werk.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. Naar mijn mening beschik ik over onvoldoende informatie over het werk van patiënt om een goed oordeel over zijn arbeids(on)geschiktheid te kunnen vellen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. Naar mijn mening zijn er meer richtlijnen nodig over hoe je de duur van het ziekteverlof bepaalt.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. Naar mijn mening zouden bedrijven en bedrijfsartsen meer inspanningen moeten doen om de huisartsen goede informatie te verstrekken over arbeids(on)geschiktheid.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. Ik vind dat er meer overleg zou moeten bestaan tussen huisarts en bedrijfsarts.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. Ik vind dat er meer overleg zou moeten bestaan tussen huisarts en controle-arts.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. Ik ervaar te weinig medewerking van de kant van het bedrijf, bij problemen rond arbeidsongeschiktheid.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

helemaal mee eens
 grotendeels mee eens
 deels mee eens, deels mee oneens
 eerder niet mee eens
 volstrekt niet mee eens

11. Ik vind dat het attesteren van arbeidsongeschiktheid door de huisarts een hinderpaal is voor een goede arts-patiëntenrelatie, bij:

- attesten voor 1 dag
- attesten voor 2 dagen
- attesten voor 3 dagen
- attesten voor langer dan 3 dagen

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

12. Ik vind dat het attesteren van arbeidsongeschiktheid door de huisarts een voordeel is voor een goede arts-patiëntenrelatie, bij:

- attesten voor 1 dag
- attesten voor 2 dagen
- attesten voor 3 dagen
- attesten voor langer dan 3 dagen

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

13. Het zou een hele opluchting voor mij zijn als ik van de taak van het attesteren van arbeidsongeschiktheid werd verlost

- attesten voor 1 dag
- attesten voor 2 dagen
- attesten voor 3 dagen
- attesten voor langer dan 3 dagen

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

14. Het attesteren van arbeidsongeschiktheid beschouw ik als een nuttig middel in de therapie.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Als huisarts bevind ik me bij het attesteren vaak in een moeilijke positie: "als ik neen zeg, voel ik me schuldig".

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Hoeveel % van uw patiënten die regelmatig ziek zijn, zouden naar een andere arts gaan, wanneer u ze naar hun gevoel te weinig ziekteverlof zou voorschrijven? %

Nu vragen we u nog, van telkens aan te geven in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken. Het gaat om algemene uitspraken, die niet direct in verband staan met het toekennen van arbeidsongeschiktheid

helemaal mee eens
 grotendeels mee eens
 deels mee eens, deels mee oneens
 eerder niet mee eens
 volstrekt niet mee eens

1. In twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten.
2. In zijn beleid dient een huisarts ervan uit te gaan dat veel klachten vanzelf overgaan.
3. Een huisarts moet op somatisch vlak alles doen om de oorzaak van klachten op te sporen.
4. Als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen.
5. Als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan
6. Op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen.

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Kan u ten slotte deze drie laatste vragen beantwoorden door het gepaste vakje aan te kruisen op de vijf-puntenschaal.

1. Ik hou van dieren

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Ik hou helemaal niet van dieren
2. Ik hou van kansspelen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Ik haat kansspelen
3. Ik vind dat men bij beleggingen risico's moet durven nemen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Ik vind dat bij beleggingen zekerheid boven risico gaat

BIJLAGE 2.5. : Schematisch overzicht van de variabelen in de verschillende onderzoeksinstrumenten

	REGISTRATIEFORMULIER arts registreert voor 4 diagnoses zowel met als zonder ziekte-attest (N = 2223)	PATIENTENVRAGENLIJST patiënt registreert voor 4 diagnoses zowel met als zonder ziekteverlof (N = 1430)	ARTSENVRAGENLIJST arts vult dit éénmalig in na de registratieperiode (N = 88)	WEEKTABELLEN arts registreert voor alle diagnoses elk ziek- teverlof (N = 8238)
ARTS-GEGEVENS			- persoonskenmerken - praktijkkenmerken - (na)vorming - defensieve opstelling	
PATIENT-GE- GEGEVENS	- leeftijd, geslacht, gezinstoestand, functie, duur arts-patiëntrelatie, ziekenfondsstatuut	- leeftijd, geslacht, gezinstoestand, functie, duur arts-patiëntrelatie, ziekenfondsstatuut - beroep, arbeidsomstandigheden - belasting thuisituatie - opleidingsniveau, inkomen - gezondheidsstoestand		
ZIEKTEVERLOF- GEGEVENS	- indien attest: datum, duur eerste attest of verlengingsattest - andere medische interventies	- indien attest: datum, duur en tev- redenheid huidige attest, - kosten van andere medische interventies - verzuimverleden - algemene opinie attestering		- datum, duur
BESLISSINGSFAC- TOKEN ARBEIDS- ONGESCHIKT- HEID	- medische factoren - thuisgebonden factoren - werkgebonden factoren - inbreng patiënt	- lichamelijke redenen - geestelijke redenen - familiale redenen - werkgebonden redenen - eigen inbreng	- attitudes en opinie attestering	

HOOFDSTUK 3: BESCHRIJVENDE ANALYSE VAN ARTS- PRAKTIJK- EN PATIENTKENMERKEN

De paragrafen 1 en 2 geven een bespreking van onze onderzoekspopulatie van respectievelijk huisartsen en patiënten.

3.1. HUISARTS- EN PRAKTIJKKENMERKEN

Aan het onderzoek namen 88 huisartsen deel : 39 artsen uit de provincie Antwerpen, 28 uit de provincie West-Vlaanderen en 21 uit het franstalige landsgedeelte. We bepraken in paragraaf 2.4. hoe we de steekproef artsen samenstelden en in paragraaf 2.5.4. lichtten we de artsenvragenlijst toe, die ons de informatie over de artskenmerken en de praktijkkenmerken verschafte.

3.1.1. Huisartskenmerken

De *mediaanleeftijd* van de artsen uit onze steekproef bedraagt 39 jaar. 82% van de artsen behoort tot het mannelijke *geslacht*, 18% zijn vrouwelijke artsen.

Om deze steekproef te profileren ten overstaan van de totale groep Belgische huisartsen vergelijken we de verdeling naar geslacht en leeftijd (zie tabel 3.1), gebaseerd op de gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid, situatie op 31/12/92, voor de populatie van de "erkende" omnipracticen met klinische praktijk (N=14.897).

TABEL 3.1 : Verdeling huisartsen naar geslacht en leeftijd (in %).

	steekproef (N=88)		Belgische H.A. 1992 (N=14.897)	
	man	vrouw	man	vrouw
<35	16	12	14	10
35-39	22	5	15	6
40-44	28	1	15	3
45-49	8	0	8	1
>49	8	0	26	2

De mediaanleeftijd van de populatie is 42 jaar, t.o.v. 39 jaar voor de steekproef. Het aandeel vrouwelijke artsen in de populatie bedraagt 22%, t.o.v. 18% in de steekproef. De leeftijdsverdeling van de artsen uit onze steekproef komt niet volledig overeen met die van de populatie. Vooral het aandeel mannelijke artsen boven de 49 jaar is ondervertegenwoordigd in de steekproef, terwijl er een oververtegenwoordiging is van artsen tussen 40 en 44 jaar. Omwille van te kleine aantallen kunnen deze verschillen niet getoetst worden met een Chi-kwadraat-toets.

De meeste artsen zijn *afgestudeerd* aan de K.U.Leuven (40%). Op de tweede plaats komt de R.U.G. met 23,5%. Voor U.C.L. bedraagt het percentage 17,6, voor U.I.A. 11,8 en voor U.Liège 4,8. De V.U.B. komt op de laatste plaats met 2,4% afgestudeerden. De mediaan van het *aantal jaar ervaring* bedraagt 11 jaar. Slechts 2 artsen uit de steekproef zijn niet "erkend" (dit betekent dat ze geen toegang hebben tot hogere honoraria voor raadplegingen en huisbezoeken). Voor 58,1% van de artsen is de huisartsgeneeskunde de *énige professionele activiteit*. Ongeveer 13% oefent ook controle-geneeskunde uit. Sport-, school- en arbeidsgeneeskunde wordt slechts in een beperkt aantal gevallen uitgeoefend.

3.1.2. Praktijkkenmerken

De meeste artsen zijn *solo-arts* (73,3%). 16,3% is werkzaam in een duo-praktijk (associatie met collega-huisarts in zelfde gebouw). De anderen werken in een groepspraktijk van drie of meer huisartsen of in een multidisciplinair team.

Het aantal "prestaties" (= arts-patiëntcontacten) per week geven we weer in tabel 3.2. Hieruit kunnen we afleiden dat ongeveer één derde van de steekproef tussen 50 en 99 prestaties per week levert. Voor iets minder dan 30% bedraagt het aantal prestaties per week tussen 100 en 149.

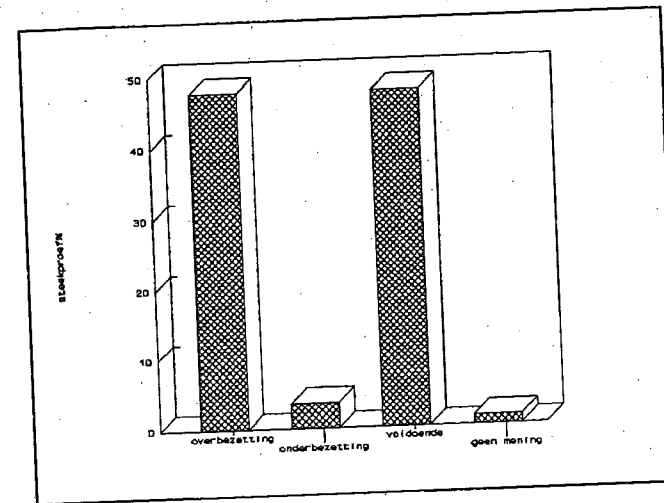
TABEL 3.2 : Verdeling van het aantal contacten per week (in %)

aantal contacten per week	steekproef (N=86)
<50	16
50-99	34
100-149	28
150-199	15
200-249	7

Wat het percentage betreft van de *praktijkbevolking* dat tot de beroepsbevolking behoort varieert het antwoord van de artsen sterk : tussen de 5% en de 90%. De mediaanwaarde bedraagt 40%. De patiënten van de artsen uit de steekproef wonen hoofdzakelijk in een randgemeente (32,6%) en in een kleine stad (30,2%); in mindere mate op het platte land (17%) of in een grootstad (12%).

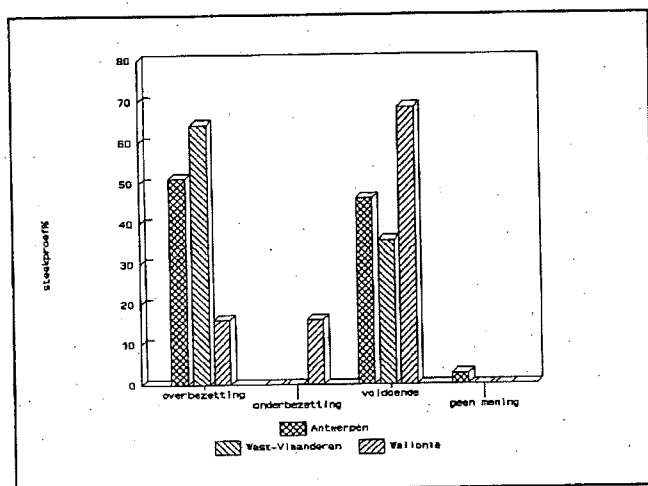
Oordeel over het arsenaanbod in de praktijkregio. 47,7% van de artsen vindt dat er een overbezetting is van huisartsen in het gebied waar ze hun praktijk uitoefenen. Hetzelfde percentage is van mening dat er voldoende artsen zijn (figuur 3.1).

FIGUUR 3.1: Oordeel over het huisartsenaanbod in de praktijkregio (N=88).



Indien we deze percentages opsplitsen per geografisch gebied dan merken we een aantal onderlinge verschillen op (figuur 3.2). Slechts 16% van de Waalse artsen vindt dat er sprake is van een overaanbod aan artsen in hun praktijkregio. Dit percentage ligt beduidend hoger in Antwerpen en West-Vlaanderen (51,3% respectievelijk 64,3%). De gevallen van onderbezetting komen enkel voor in Wallonië.

FIGUUR 3.2: Oordeel over het huisartsenaanbod in de praktijkregio per geografisch gebied (N=88)



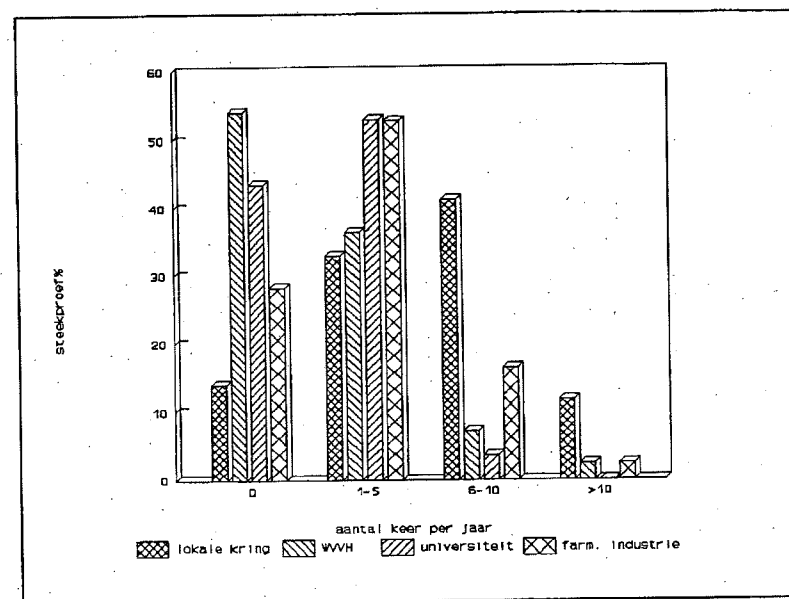
De gemiddelde tijd die wordt besteed aan de patiënt tijdens een consultatie bedraagt ongeveer 16 minuten. Voor een huisbezoek bedraagt dit iets meer, nl. bijna 18 minuten.

Onderzoek en navormingsactiviteiten.

Ongeveer 68% van de totale steekproef heeft reeds eerder meegewerkt aan wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Iets meer dan 50% heeft al eens deelgenomen aan "clinical trials" georganiseerd door farmaceutische firma's en 21% neemt deel aan het peilpraktijkennet van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie.

Figuur 3.3 toont de verschillende navormingsactiviteiten waaraan de artsen tijdens het voorbije jaar hebben deelgenomen.

FIGUUR 3.3: Deelname aan voordrachten of cursussen georganiseerd door lokale kring, WVVH, universiteit of farmaceutische industrie (N=88).



We stellen vast dat meer dan 85% van de artsen minstens 1 maal per jaar deelneemt aan voordrachten of cursussen georganiseerd door de lokale kring.

Op de tweede en derde plaats komen deelname aan voordrachten georganiseerd door de farmaceutische industrie (72%) en de universiteit (57%). Wat het W.V.V.H. en S.I.M.G. betreft is dit percentage lager (45%). Deze rangorde in gevolgde activiteiten, wijkt af van de gegevens van De Maeseneer (1989). In zijn steekproef van 94 Gentse stagemeesters komen voordrachten georganiseerd door de farmaceutische industrie op de laatste plaats. Aan stafbesprekingen met specialisten in het regionale ziekenhuis nemen 36% van de artsen deel. 17% van de artsen volgen trainingen i.v.m. psycho-sociale problemen.

3.2. BESCHRIJVING VAN DE PATIENTKENMERKEN

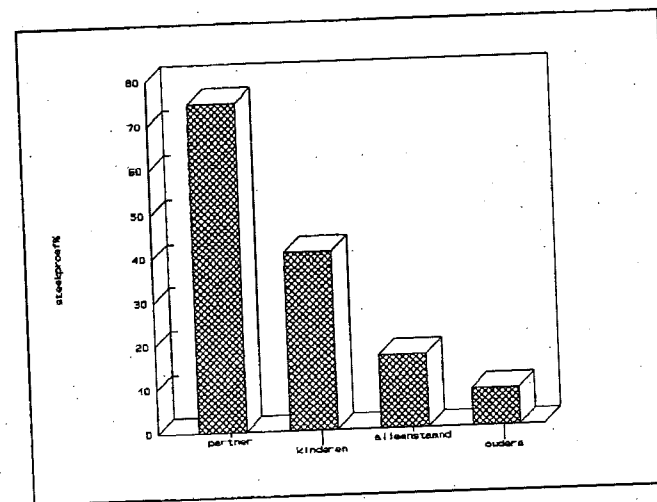
De verzameling van enkele algemene patiëntgegevens gebeurde door middel van 2 onderzoeksinstrumenten : het registratieformulier dat de arts invulde (zie paragraaf 2.5.1.) en de vragenlijst die de patiënten zelf invulden (zie paragraaf 2.5.2.). Deze beide formulieren werden ingevuld na elk arts-patiëntcontact van patiënten uit de beroepsbevolking, voor vier duidelijk omschreven diagnoses. Zoals in 2.5.2. reeds werd aangehaald, laat deze dubbele registratie ons toe over algemene (zij het minder gedetailleerde) gegevens te beschikken van patiënten die hun vragenlijst niet terugstuurden.

3.2.1. Algemene patiëntkenmerken op basis van de registratieformulieren

De *mediaanleeftijd* van de patiënten waarvoor de arts de formulieren heeft ingevuld (N=2223) bedraagt 35 jaar. Ongeveer 55% van de patiënten behoort tot het mannelijke *geslacht*, 45% zijn vrouwen.

De *gezinstoestand* wordt in figuur 3.4 afgebeeld. Hieruit blijkt dat 74,8% samenwoont met levenspartner of echtgeno(o)t(e). 40,9% heeft inwonende kinderen en slechts 8,4% van de geregistreerde patiënten leeft samen met zijn ouders onder het zelfde dak. 16,7% van de patiënten is alleenstaand.

FIGUUR 3.4: Gezinstoestand van de geregistreerde patiënten (N=2223) in %.



Met betrekking tot het *statuut* van de patiënten vinden we de volgende resultaten: ongeveer 17% respectievelijk 27% van de patiënten is ongeschoold respectievelijk geschoold arbeider. 14,7% heeft het statuut van ambtenaar (meestal lager kader). 30% respectievelijk 7% is bediende lager respectievelijk hoger kader. Slechts 3,7% is werkzaam als zelfstandige.

Voor de *duur van de arts-patiëntrelatie* vinden we dat in ongeveer 70% van de gevallen de arts reeds 3 jaar of langer behandelend huisarts van de patiënt is, in 23% van de gevallen minder dan 3 jaar en slechts in 7% van de gevallen gaat het om nieuwe patiënten. Het grootste deel van de patiënten behoort, wat het *ziekenfondsstatuut* betreft, tot het algemeen stelsel.

3.2.2. Patiëntkenmerken op basis van de patiëntenvragenlijst

3.2.2.1. Algemene patiëntkenmerken

De *mediaanleeftijd* van de respondenten die de patiëntenenquête invulden bedraagt 35 jaar. De waargenomen leeftijd met de hoogste frequentie (modus) is 32 jaar. 54,3% van de respondenten behoort tot het mannelijke *geslacht*, 45,7% zijn vrouwen. Deze bevindingen komen vrij goed overeen met de bevindingen uit het registratieformulier.

Wat het hoogst behaalde *diploma* van de respondenten betreft, heeft ongeveer 22% een hoger niet-universitaire diploma, 6,5% een universitair diploma, 35% en 25% van de patiënten behaalden een diploma van resp. hoger en lager secundair onderwijs. 7,3% volgde enkel lager onderwijs en 6,1% van de totale steekproef bezit geen diploma. Tabel 3.3 geeft de *gezinssituatie* weer.

TABEL 3.3 : Gezinssituatie (in steekproef%), N=1430

	neen	ja	ja, zorg- behoevend	ja, niet zorg- behoevend
inwonende kinderen	40,1	0,6	35,7	23,6
inwonende echtgeno(o)t(e) of levenspartner	20,9	13,5	4,6	61,0
samenwonend met/ inwonend bij ouders	86,8	1,8	1,7	9,7

Een grote meerderheid van de respondenten (79,1%) woont samen met echtgeno(o)t(e) of levenspartner. Ongeveer 60% heeft inwonende kinderen en 13,2% van de respondenten leeft samen met de ouders onder hetzelfde dak. Met uitzondering van de kinderen, is het merendeel van de personen waarmee men samenwoont niet hulpbehoevend. Deze percentages wijken af van hetgeen we vonden op basis van de registratieformulieren. Waarschijnlijk is er dus een selectieve non-respons van de patiënten.

3.2.2.2. Belastende factoren in de thuissituatie

TABEL 3.4 : Belastende factoren in de thuissituatie, N=1430

	steekproef%
zorg voor een ziek familielid	3,8
kinderopvangproblemen	3,6
patiënt is in scheiding	3,4
veranderingen aan het huis of verhuis	12,8
patiënt is gestresseerd door combinatie van gezinsverplichtingen en werk	33,4

Ruim één derde van de respondenten heeft last van stress tengevolge van de combinatie van gezinsverplichtingen en werk. Het gaat hier om significant meer vrouwen dan mannen ($p < 0,05$). Voor de overige belastende factoren in de thuissituatie vonden we geen significant verschil tussen beide geslachten.

3.2.2.3. Werksituatie

Slechts een klein deel van de respondenten is werkzoekend (1,5%). Ongeveer 60% is tewerkgesteld in de privé-sector, 27% in de publieke sector, 10% in het onderwijs en de overige 3% is zelfstandig. Van deze laatste categorie is iets meer dan 50% aanvullend verzekerd tegen inkomensverlies.

In 68% van de gevallen wordt door de werkgever een *medisch attest* gevraagd bij afwezigheid van één dag wegens ziekte. De *arbeidsomstandigheden* worden in tabel 3.5 samengevat. Deze tabel heeft uiteraard slechts betrekking op dit deel van de steekproef dat tewerkgesteld is.

TABEL 3.5 : Arbeidsomstandigheden (in steekproef%, enkel voor tewerkgestelden), N=1396

lichamelijk zwaar werk	26,2
hinderlijke fysische omstandigheden*	33,9
psychisch zwaar werk	32,2
minder goede tot slechte werksfeer (omgang met baas, collega's, veranderingen, vernieuwing,...)	22,2
moelijk op het werk te missen (personeelstekort, verantwoordelijkheid)	50,7
weinig medezeggenschap	22,1

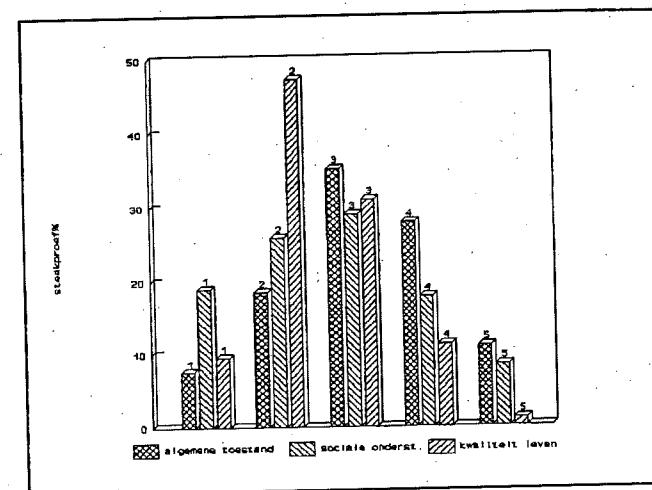
* lawaai, stof, temperatuursverschillen, toxische produkten, gevaar, slechte lichaamshouding, slechte ventilatie, buitenwerk bij slecht weer.

Ongeveer één vierde van de respondenten klaagt over een slechte sfeer op het werk, een tekort aan medezeggenschap of lichamelijk zwaar werk. Eén derde ondervindt hinderlijke fysische omstandigheden of vindt zijn werk psychisch zwaar. Net iets meer dan de helft denkt moeilijk gemist te kunnen worden op het werk.

3.2.2.4. Gezondheidstoestand

In figuur 3.5 wordt een overzicht gegeven van de antwoorden op drie items uit de *Dartmouth Coop Function Charts* (Wilkin e.a., 1992 en van Weel, 1993). Deze items meten de algemene (fysische en emotionele) gezondheidstoestand, de sociale ondersteuning en de kwaliteit van het leven, zoals de respondenten ze globaal inschatten gedurende de laatste 4 weken.

FIGUUR 3.5: Algemene toestand, sociale ondersteuning en kwaliteit van het leven (3 items uit de *Dartmouth Coop Function Charts*), zoals beantwoord op een vijfpuntenschaal door 1430 patiënten : 1=uitstekend, 2=zeer goed, 3=goed, 4=eerder slecht, 5=slecht.



Bijna 40% van de respondenten ervaart hun algemene fysische en emotionele gezondheidstoestand als "eerder slecht" (score 4) of "zwak" (score 5). Voor sociale ondersteuning bedragen deze scores 4 en 5 samen 26%, voor de kwaliteit van het leven 12%. We vergelijken nu even de thuissituatie en de werksituatie van de groep patiënten met een slechte score (4 of 5) op de *Dartmouth Coop Function Charts* met deze met een goede score (1 of 2). Hiervoor gebruiken we een CHI-kwadraattoets en een $\alpha = 0,05$.

Wat de thuissituatie betreft scoren patiënten die in scheiding zijn significant slechter op de drie items. Dit geldt eveneens voor patiënten die aangeven dat zij gestresseerd zijn door de combinatie van gezin en werk. Wat de werkomstandigheden betreft zijn het vooral patiënten met psychisch zwaar werk, met een slechte werksfeer en met weinig medezeg-

gingschap op het werk, die significant slechter scoren dan hun collega's die deze werkomstandigheden niet aankruisen.

3.2.2.5. Verzuimverleden

46,5% van de respondenten is gedurende de voorbije 12 maanden niet afwezig geweest op het werk wegens ziekte (dit eventuele ziekteverlof niet meegerekend). Ongeveer één derde is één keer afwezig geweest wegens ziekte. 20% van de respondenten is gedurende de laatste 12 maanden afwezig geweest voor dezelfde ziekte of hetzelfde gezondheidsprobleem.

3.2.2.6. Duur en trouw van de arts-patiëntrelatie

73,6% van de steekproef is reeds drie jaar of langer patiënt bij de betreffende huisarts. Iets meer dan 80% consulteert nooit een andere huisarts. Hieruit kunnen we besluiten dat de patiënt zijn huisarts redelijk trouw blijft.

3.2.2.7. Bruto-maandloon en ziekenfondsstatuut

Iets minder dan 50% van de totale steekproef heeft een bruto-maandloon dat gelegen is tussen 30.001 en 60.000 Bfr. Ongeveer 29% ontvangt een inkomen gelegen tussen 60.001 en 90.000 Bfr. 7,8% van de totale steekproef verdient meer dan 120.000 Bfr. per maand. Het zelfde percentage verdient minder dan 30.000 Bfr. per maand.

Het grootste deel van de respondenten (ongeveer 95%) behoort, wat het ziekenfondsstatuut betreft, tot het algemeen stelsel.

3.3. BESPREKING

In dit hoofdstuk gaven we een overzicht van de arts- praktijk- en patiëntkenmerken, om de steekproef te kunnen situeren binnen de totale populatie. De leeftjidsverdeling van de artsen uit onze steekproef komt niet volledig overeen met die van de populatie. Vooral het aandeel mannelijke artsen boven de 49 jaar is ondervertegenwoordigd in de steekproef, terwijl er een oververtegenwoordiging is van artsen tussen 40 en 44 jaar.

Wat betreft de patiëntkenmerken, beschikken we over weinig recent vergelijkingsmateriaal, gezien er omzeggens geen gelijkaardig onderzoek is verricht bij patiënten uit de

beroepsbevolking voor de 4 specifieke diagnoses. Wel constateren we een grote overeenkomst tussen de informatie bekomen uit de patiëntenvragenlijst en deze bekomen uit de registratieformulieren van de arts, met uitzondering echter van de gezinssituatie. Waarschijnlijk wijst dit op een selectieve non-respons.

HOOFDSTUK 4: BESCHRIJVEND INZICHT IN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

De belangrijkste doelstelling van deze studie is beschrijvend-exploratief. Dit hoofdstuk geeft dan ook een zeer uitgebreid overzicht van de beschrijvende statistieken van de diverse aspecten van de arbeidsongeschiktheid: epidemiologie en kosten van de arbeidsongeschiktheid, verzuimredenen van de patiënt, beslissingsfactoren van de arts bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid en tenslotte opinies van patiënt en huisarts over de verplichte attestering. Vervolgens geven we reeds een eerste inzicht in de samenhang tussen bepaalde variabelen.

4.1. HET TOEKENNEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR BELGISCHE HUISARTSEN

De verzameling van epidemiologische gegevens over het toekennen van arbeidsongeschiktheid gebeurde d.m.v. 3 onderzoeksinstrumenten: de gedateerde weektabel (zie paragraaf 2.5.3.), het registratieformulier van de arts (zie paragraaf 2.5.1.) en de vragenlijst van de patiënten (zie paragraaf 2.5.2.). In de hierna volgende paragraaf 4.1.1. geven we de epidemiologische gegevens op basis van de uitgeschreven attesten voor alle diagnoses samen (gebaseerd op de weektabel); gevolgd door paragrafen 4.1.2. en 4.1.3. waarin we de gegevens vermelden op basis van de registraties voor de vier hoger omschreven diagnoses (gebaseerd op de registratieformulieren van de arts en de patiënten-vragenlijst).

4.1.1. Gegevens op basis van attesten voor alle diagnoses samen

88 huisartsen registreerden aan de hand van gedateerde weektabel, gedurende de drie eerste maanden van 1993, alle attesten die zij uitschreven aan patiënten uit de beroepsbevolking, voor om het even welke diagnose ($n=8238$ attesten).

Deze huisartsen schrijven gemiddeld in 15,3% van hun contacten (huisbezoeken en consultaties samen) een attest uit. De Maeseneer (1993) en Tellnes (1989) rapporteren

analoge bevindingen: respectievelijk in 15,6% van de contacten en tussen 11% en 35% van de contacten.

De gemiddelde duur van een attest bedraagt 4,8 dagen. Tabel 4.1 toont de verdeling van de attesten over de duur. De huisarts schrijft hoofdzakelijk verzuim voor van zeer korte duur: 97% van de attesten vermeldt een duur van 14 dagen of minder. Deze bevindingen worden bevestigd door De Maeseneer (1993) die eveneens in 97% van de attesten een duur van minder dan 14 dagen terugvindt. De verdeling van de uren binnen deze periode is bij De Maeseneer wel lichtjes verschillend. Hij vindt relatief minder attesten van één tot en met drie dagen en van vier tot en met zeven dagen en bijgevolg een groter aantal attesten van 8 t.e.m. 14 dagen (nl. 15% versus slechts 7% in ons onderzoek). De duur die het meest frequent wordt voorgeschreven (de modus) is drie dagen (in 21% van de attesten), gevolgd door twee dagen (19%), vijf dagen (17%), één dag (12%) en vier dagen (eveneens 12%).

TABEL 4.1: Verdeling van de attesten over de duur ($n=8238$).

Duur (dagen)	% attesten
1 tot en met 3	51,9
4 tot en met 7	37,8
8 tot en met 14	7,2
> 14 dagen	3,1

Het aantal attesten dat wordt uitgeschreven, en ook de modale duur¹ van het attest verschilt naargelang de dag van de week (zie tabel 4.2.). Ruim één derde van de attesten wordt op een maandag uitgeschreven. Er bestaat een dalende trend naar het einde van de week toe. De modale duur van het toegekende ziekteverlof vertoont eveneens een dalende trend naar het einde van de week toe: op een maandag wordt het meest frequent vijf dagen uitgeschreven (in 35% van de maandagattesten), op een dinsdag vier (in 34% van de dinsdagattesten) op een woensdag drie (in 43% van de woensdagattesten) enz. Ook

¹ De modale duur per weekday is de meest frequent toegekende duur, voor die bepaalde weekday.

Carne (1969) en Rutle (1983) stellen in hun onderzoek vast dat nieuwe ziekteperiodes gewoonlijk starten in het begin van de week en eindigen op het einde van de week. Er bestaat m.a.w. een tendens van de arts om de week uit te schrijven. Dit kan (gedeeltelijk) verklaard worden doordat de arts het week-end meerekent voor het genezingsproces indien nodig.

TABEL 4.2: Verdeling van de uitgeschreven attesten en modale duur van het attest per dag van de week.

Dag van de week	Attesten (n=8238) %	Modale duur (dagen)
maandag	35	5 (in 35 %)
dinsdag	18	4 (in 34 %)
woensdag	17	3 (in 43 %)
donderdag	16	2 (in 45 %)
vrijdag	14	1 (in 30 %)
zaterdag	0,	

4.1.2. Gegevens voor de vier diagnoses (op basis van de artsenregistratie)

De 88 huisartsen registreerden, gedurende drie maanden, voor de diagnoses griep, verkoudheid, lage rugpijn en psychische overbelasting elk patiëntcontact, van patiënten uit de beroepsbevolking (ook al werd er geen ziekteverlof uitgeschreven). Dit gaf een steekproef van 2223 registraties. In 60% van de registraties gaat het om een consultatie, in 40% van de gevallen om een huisbezoek.

Tabel 4.3 geeft de verdeling van de registraties over de vier diagnoses weer. In iets meer dan de helft van de gevallen werd griep geregistreerd, gevolgd door verkoudheid (26%). Lage rugpijn en psychische overbelasting betroffen elk ongeveer 10% van de registraties.

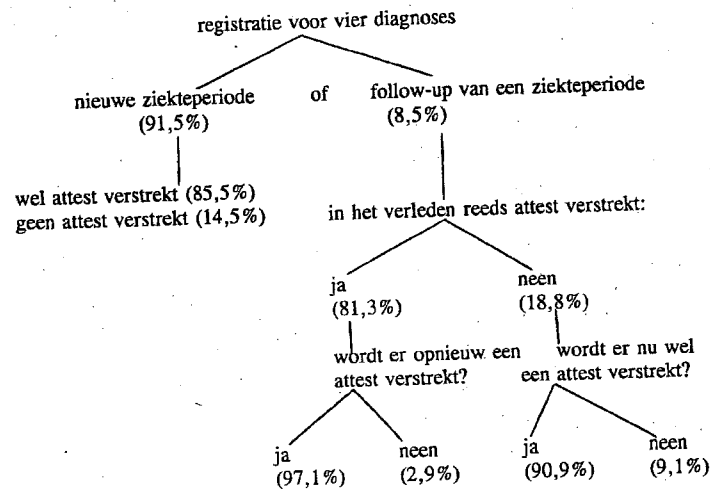
TABEL 4.3: Verdeling van de registraties over de vier diagnoses.

Diagnose	Registraties (n=2223) %
Griep	52
Verkoudheid	26
Lage rugpijn	12
Psychische overbelasting	11
Meervoudige diagnose	2

4.1.2.1. Frequentie van het attesteren.

Onderstaande figuur 4.1. geeft de percentages contacten weer die betrekking hebben op een nieuwe ziekteperiode respectievelijk een follow-up van een vroegere ziekteperiode. Ook wordt aangegeven of er wel of geen attest wordt uitgeschreven.

FIGUUR 4.1: Verdeling van nieuwe ziekteperiodes en follow-ups, waarbij wel of geen attest werd uitgeschreven (N=2223)

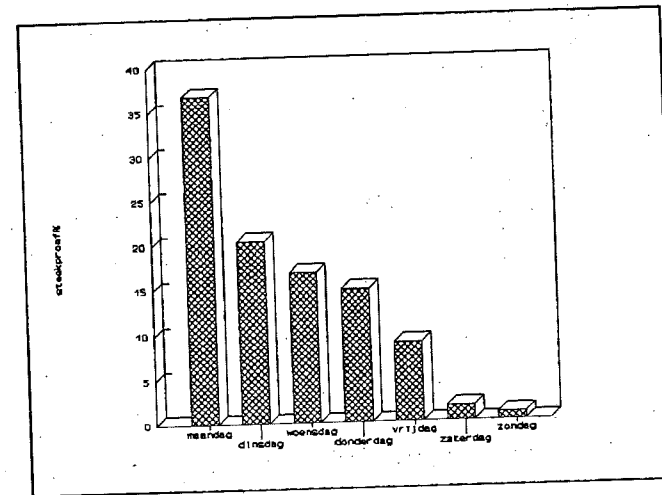


Het gaat in 91,5% van de contacten om een nieuwe ziekteperiode. De overige 8,5% betreft een follow-up van een vroegere ziekteperiode. Indien het om een nieuwe ziekteperiode gaat, wordt in 85,5% een attest verstrekt (=een eerste attest). Met betrekking tot een follow-up werd in 81,3% van de gevallen reeds vroeger een attest verstrekt. In 97,1% van deze gevallen gebeurt een verlenging van het ziekteverlof en spreken we van een *verlengingsattest, wanneer er tussen beide attesten maximaal 14 dagen verstrijken*. Indien het gaat om een follow-up van een ziekteperiode waarbij er voorheen nog geen attest werd uitgeschreven, dan schrijft de arts in ongeveer 91% van de gevallen nu wel een attest voor (*ook dit zijn eerste attesten*).

Het grootste deel (86%) van de patiëntcontacten voor deze vier diagnoses mondt uit in een attest. Er zijn significante verschillen ($p < 0,05$) in het attesteren volgens diagnose: bij verkoudheid wordt in 73% van de contacten een attest uitgeschreven, bij griep in 89%, bij lage rugpijn in 86% en bij psychische decompensatie in 92%.

De verdeling van de uitgeschreven attesten voor een nieuwe ziekteperiode over de dagen van de week (figuur 4.2.), leert ons dat meer dan één derde (36%) van de attesten wordt uitgeschreven op een maandag. Voor dinsdag bedraagt dit percentage slechts 20%. Deze dalende trend zet zich door naar het einde van de week. Op vrijdag wordt 9% van alle ziekteverloven uitgeschreven.

FIGUUR 4.2: Verdeling van de uitgeschreven "eerste attesten" voor 4 diagnoses over de dagen van de week.

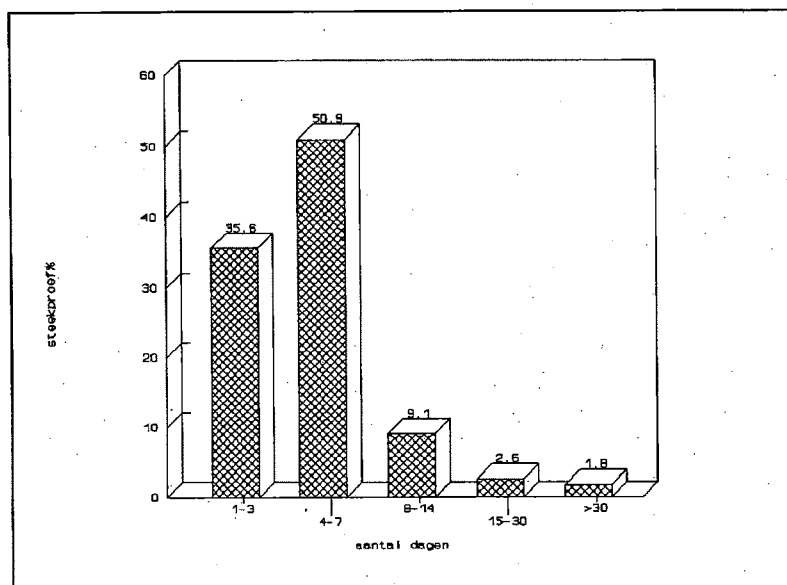


4.1.2.2. Arbeidsongeschiktheidsduur.

Voor de definities van de *totale duur van een ziekteperiode* en de *duur van een eerste attest*, zie paragraaf 2.7.

De *gemiddelde duur van een totale ziekteperiode* bedraagt 5,7 dagen, het minimum 1 dag en het maximum 108 dagen. Figuur 4.3. toont de verdeling van de duur in klassen. In iets meer dan één derde van de gevallen betreft het een duur tussen 1 en 3 dagen. In de helft van de gevallen ligt de duur van het voorgeschreven ziekteverlof tussen de 4 en de 7 dagen. Iets meer dan 95% van alle ziekteperiodes (steeds inclusief verlengingen) duurt korter dan 15 dagen.

FIGUUR 4.3: Verdeling van de totale duur van een ziekteperiode



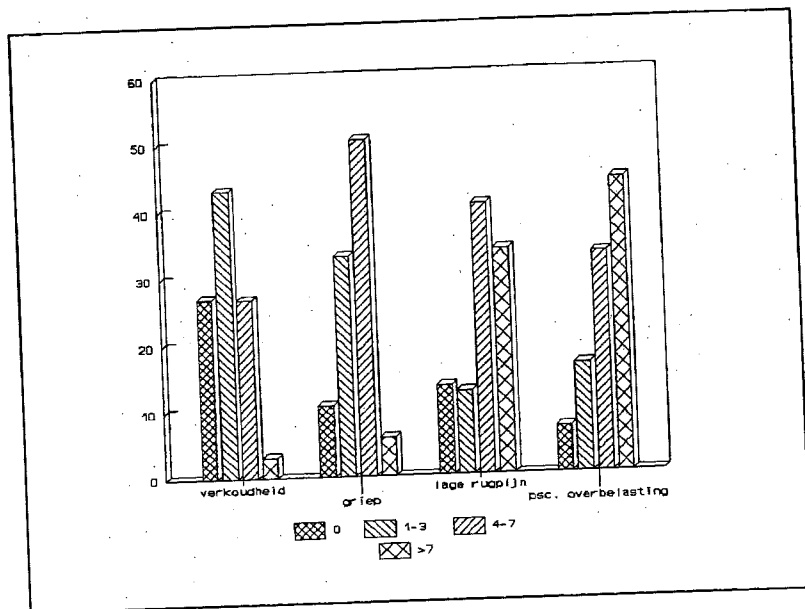
Er zijn significante verschillen ($p < 0,05$) tussen de diagnoses onderling (zie tabel 4.4.). De gemiddelde duur van het totale toegekende ziekteverlof voor griep bedraagt 4,6 dagen. Voor verkoudheid is dit significant minder, nl. 3,7 dagen. De gemiddelde duur voor lage rugpijn en psychische overbelasting is opmerkelijk hoger, 11,2 respectievelijk 12,1 dagen. Voor elk van de vier diagnoses is de standaardafwijking aanzienlijk.

TABEL 4.4: Gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur per diagnose, voor een totale ziekteperiode (N=1843) en voor een eerste attest (N=1730)

	Totale duur ziekteperiode (dagen)		Duur eerste attest (dagen)	
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD
vier diagnoses samen	5,7	7,4	4,8	4,1
verkoudheid	3,7	3,5	3,5	2,7
griep	4,6	3,4	4,3	2,9
lage rugpijn	11,2	17,4	6,6	4,5
psychisch overbelast	12,1	14,9	7,6	7,1

De gemiddelde duur van een eerste attest is 4,8 dagen (zie tabel 4.4.). Ook hier zijn de verschillen tussen de diagnoses onderling significant ($p < 0,05$). Voor verkoudheid geeft de arts gemiddeld 3,5 dagen, voor griep 4,3 dagen, voor lage rugpijn 6,6 dagen en voor psychische overbelasting 7,6 dagen. T.o.v. de totale duur van een ziekteperiode verkleint de standaardafwijking, maar niettemin blijft ze aanzienlijk. Figuur 4.4. toont de verdeling van de duurklassen per diagnose. De modale duurklasse voor verkoudheid is van 1 t.e.m. 3 dagen, voor griep van 4 t.e.m.7 dagen, voor lage rugpijn eveneens van 4 t.e.m. 7 dagen en voor psychische overbelasting > 7dagen. De Maeseneer (1989) vindt voor deze vier diagnoses een verschillend voorschrijfpatroon: de duur van de attesten is korter. Het onderzoek is evenwel niet volledig vergelijkbaar. Alle attesten, zowel schoolattesten als werkattesten en zowel eerste attesten als verlengingsattesten, worden beschouwd.

FIGUUR 4.4: Percentage van contacten waarin wordt geattesteerd en duur van het eerste attest per diagnose



In 42,5% van de contacten is er geen *follow-up* nodig. In ongeveer 40% van de gevallen wordt een voorwaardelijke afspraak gemaakt. De patiënt dient terug te komen indien er geen beterschap optreedt. In 304 gevallen dient de patiënt terug te komen na de afgesproken periode. Slechts in 3,1% van de gevallen mag de patiënt het voorgeschreven ziekteverlof inkorten indien hij zich goed voelt om terug te gaan werken.

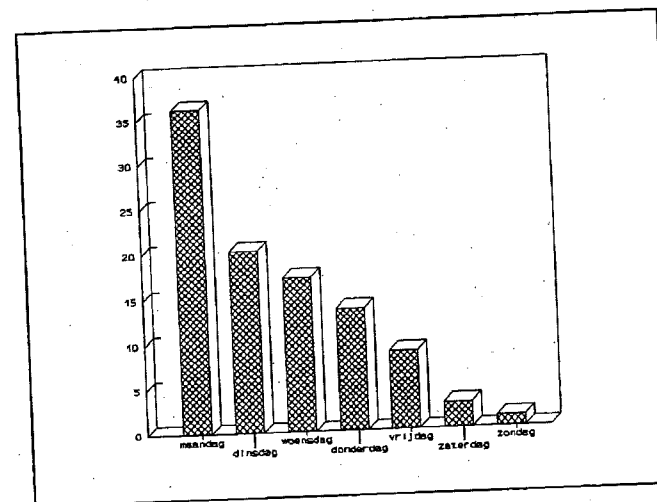
4.1.3. Gegevens voor de vier diagnoses (op basis van de patiënten-registratie)

De informatie over de attesten op basis van de patiëntenregistratie, komt overeen met die op basis van de artsenregistratie. Er is m.a.w. geen selectieve uitval.

In 1203 gevallen (84,8%) schrijft de huisarts ziekteverlof voor.

FIGUUR 4.5: toont de verdeling van het aantal uitgeschreven attesten over de dagen van de week.

FIGUUR 4.5: Verdeling van de uitgeschreven attesten voor 4 diagnoses over de dagen van de week.



Meer dan één derde van de ziekteverloven wordt toegekend op een maandag (36,2%). Voor dinsdag bedraagt dit percentage ongeveer 20%. Het percentage neemt af naar het einde van de week toe. In het weekend wordt ongeveer 4% van het ziekteverlof voorgeschreven.

We merken op dat in ongeveer 85% van de gevallen waar de patiënt een ziekteverlof kreeg, het aantal dagen ziekteverlof 7 dagen of minder bedraagt. Het gaat dus in de eerste plaats om verzuim van korte duur. De *gemiddelde duur* van het ziekteverlof bedraagt 6,2 dagen. De mediaanwaarde is 4 dagen.

4.1.4. Bespreking

De artsen schrijven gemiddeld in 15,3% van hun contacten (huisbezoeken en consultaties samen) een attest uit. De Maeseneer (1993) en Tellnes (1989) rapporteren analoge bevindingen.

Verder is het vooral kortdurend verzuim dat wordt voorgeschreven: in 97% van de gevallen betreft het attesten van minder dan 14 dagen. Ook deze cijfers worden bevestigd door De Maeseneer (1993). De gemiddelde duur per attest bedraagt 4,8 dagen. Dit gemiddelde geldt zowel voor alle uitgeschreven attesten als voor attesten uitgeschreven voor de diagnoses griep, verkoudheid, lage rugpijn en psychische overbelasting samen.

Het ziekteverlof wordt voornamelijk uitgeschreven in het begin van de week. Dit blijkt zowel uit de registratie van ziekteverlofgegevens voor alle mogelijke diagnoses als uit de registratie voor de vier hogervermelde diagnoses. Het komt ook overeen met de bevindingen uit de literatuur (Carné, 1969 en Rutle, 1983).

Hieruit kunnen we afleiden dat de 88 huisartsen uit de steekproef in hun voorschrijfgedrag van arbeidsongeschiktheidsattesten vrij goed voldoen aan de algemene wetenschappelijke bevindingen.

4.2 KOSTEN VAN HET ZIEKTEVERLOF

Het uitschrijven van ziekte-attesten heeft eveneens economische gevolgen. Attesteren brengt *medische kosten* met zich: de kost van de consultatie en van de interventies door de arts uitgevoerd (technische prestaties, medicatievoorschrift, labovoorschrift, verwijzingen naar specialist, kinesist of andere paramedici). In het registratieformulier van de arts (N = 2223) werd gevraagd welke interventies werden uitgevoerd *tijdens de desbetreffende consultatie*. In de patiëntenvragenlijst (N = 1430) werd de omvang van de kosten die de patiënt *tijdens de totale ziekteperiode* opliep, bevraagd. De frequentieverdeling van de interventies en hun kosten worden in paragraaf 4.2.1. besproken. Daarnaast zijn er de *kosten* van het verzuim voor de *werkgever* en van *RIZIV-uitkeringen*. Ze worden in paragraaf 4.2.2. besproken.

4.2.1. Medische kosten van het ziekteverlof.

Uit de *artsenregistratie* (N=2223) leren we dat het voorschrijven van geneesmiddelen de meest frequent uitgevoerde interventie is van de huisarts. Voor de vier diagnoses wordt

in 90,3% van de gevallen minstens één geneesmiddel voorgeschreven. Op basis van het tarief der farmaceutische specialiteiten (1 januari 1993), werd voor de voorschriften vervolgens de kostprijs berekend. Gemiddeld loopt de totale kost van het voorschrift op tot 521 BF. De meeste geneesmiddelen behoren tot de terugbetalingscategorie² d (64,7%) en tot de categorie b (31,5%). Een groot gedeelte van de geneesmiddelenkost valt dan ook ten laste van de patiënt: gemiddeld 296 BF.

De kost van het geneesmiddelenvoorschrift is niet significant verschillend voor de patiënten die wel of geen eerste attest voorgeschreven kregen. Er bestaan wel verschillen tussen de diagnoses. De hoogste totale kost is voor lage rugpijn (575 BF), gevolgd door verkoudheid (555 BF) en griep (514 BF). Deze kosten zijn significant hoger dan voor psychische overbelasting (kost = 401 BF). Het hoogste remgeld wordt betaald bij een verkoudheid (335 BF) en bij griep (302 BF). Dit is significant hoger dan voor lage rugpijn (238 BF) of psychische overbelasting (237 BF).

De andere medische interventies door de arts uitgevoerd, zijn relatief van gering belang. Slechts in 2,6% van de contacten wordt een bloedname gedaan. In 27 gevallen (0,01 %) worden andere interventies uitgevoerd (oa. keeluitstrijkje, cultuurafname, enz.). In 5% van de contacten wordt de patiënt doorverwezen. Aangezien de arts bij deze interventies slechts zelden de nomenclatuurcode vermeldde, kon de kostprijs ervan niet berekend worden.

Uit de *patiëntenvragenlijst* (N=1430) krijgen we informatie over het aantal verstrekkingen en de totale kost ervan voor de totale ziekteperiode. Tabel 4.5 geeft het aantal huisartscontacten (huisbezoeken en raadplegingen samen), het aantal gekochte geneesmiddelen (met of zonder voorschrift), uitgevoerde labo- en radiologische onderzoeken, raadplegingen van specialisten en kinesisten gedurende de ziekteperiode.

² De geneesmiddelen worden ingedeeld in 6 terugbetalingscategorieën. In onderstaande tabel geven we voor elke categorie het terugbetalingspercentage en het maximale remgeld (per verpakking), per 1 januari 1993.

categorie	terugbetalings%		maximum remgeld	
	WIGW	gewone verz.	WIGW	gewone verz.
A	100	100	0 BF	0 BF
B	85	75	230 BF	345 BF
C	50	50	345 BF	575 BF
Cs	40	40	geen	geen
Cx	20	20	geen	geen
D	0	0	geen	geen

TABEL 4.5: Aantal huisartscontacten (huisbezoeken en raadplegingen), het aantal gekochte geneesmiddelen (met of zonder voorschrift), uitgevoerde labo- en radiologische onderzoeken, raadplegingen van specialisten en kinesisten en kinesiologen voor 1430 geregistreerde ziekteperiodes.

	aantallen				
	0	1-5	6-10	>10	m.v. ¹
huisartscontacten	5	1341	9	4	71
geneesmiddelen zonder voorschrift	893	420	2	0	115
geneesmiddelen met voorschrift	142	1115	27	4	142
labo-onderzoek	1257	89	1	0	83
radiologisch onderzoek	1296	47	0	0	87
raadplegingen van specialist	1262	81	2	1	84
raadplegingen van kinesist	1319	5	12	12	82
andere	1342	6	2	0	80

¹ missing value (ontbrekende waarde)

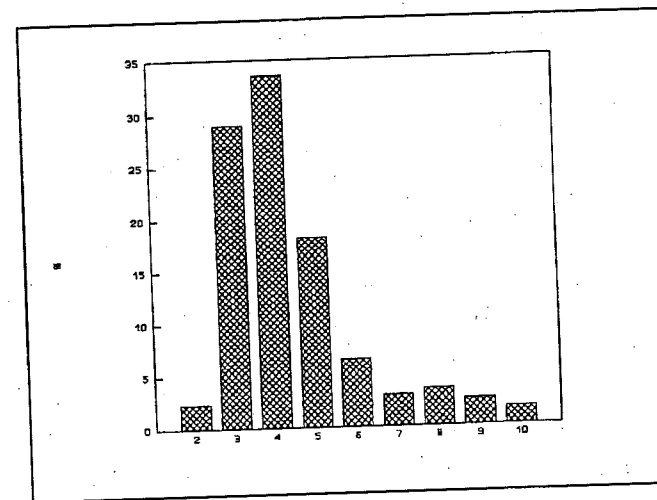
Zoals ook al bleek uit de registratieformulieren van de arts gaat een groot deel van de arts-patiëntcontacten gepaard met het voorschrijven van geneesmiddelen. Labo- of radiologisch onderzoek, raadpleging van specialisten of kinesisten komen slechts zelden voor.

De totale medische kosten voor de respondenten gedurende deze ziekteperiode, zoals weergegeven in figuur 4.6., worden berekend als de som van alle huisartskosten, kosten van geneesmiddelen met of zonder voorschrift, kosten van labo- of radiologisch onderzoek, raadplegingen van specialisten of kinesisten en andere gedurende de ziekteperiode. De bedragen zijn inclusief remgelden en eventuele terugbetalingen³.

³ Om het aantal ontbrekende waarden voor de kosten te beperken werd gewerkt met de patiëntenvragenlijsten die gekoppeld waren aan de artsenregistratie. Op die manier kon voor de kostenberekening van bv geneesmiddelen ook de informatie van de arts gebruikt worden. De steekproefgrootte wordt daardoor 1292.

FIGUUR 4.6: Frequentieverdeling van de totale medische kosten per ziekteperiode (N=1292).

kosten in BF:
¹ 0
² 1-500
³ 501-1000
⁴ 1001-1500
⁵ 1501-2000
⁶ 2001-2500
⁷ 2501-3000
⁸ 3001-5000
⁹ 5001-10000
¹⁰ 10001-34961



De gemiddelde totale medische kost voor de ziekteperiode bedraagt 1732 BF, de mediaan bedraagt 1241 BF. Voor 80% van de ziekteperiodes situeert deze kost zich tussen 501 en 2000 BF. Het gemiddelde remgeld bedraagt 469 BF.

Indien we kijken naar de afzonderlijke componenten van de totale medische kost, dan zien we dat vooral de huisartskosten (iets meer dan 40%) en de kosten van de geneesmiddelen met voorschrift (ongeveer 38%) het zwaarste doorwegen in de totale kost (zie tabel 4.6). Ook voor de diagnoses afzonderlijk geldt dat het relatief aandeel van de honoraria voor de huisarts het belangrijkste is; geneesmiddelen met voorschrift volgen, met uitzondering voor de diagnose psychische overbelasting, waar de honoraria voor de specialist op de tweede plaats komen. Zoals te verwachten, is bij de diagnose lage rugpijn ook het aandeel van de kosten voor de kinesitherapie, voor de radiologie en voor de honoraria voor de specialist relatief groot.

TABEL 4.6: Relatief aandeel van de kostencomponenten in de totale medische kost per ziekteperiode (N=1292)

kostencomponent	alle diagnoses	verkoudheid	griep	lage rug	psychische overbelasting
huisarts	42,8%	41,0%	50,2%	30,0%	39,4%
medicatie zonder voorschrift	7,0%	9,7%	7,5%	2,7%	5,1%
medicatie met voorschrift	29,2%	30,6%	35,1%	21,8%	18,3%
labo	1,1%	0,8%	0,4%	1,4%	1,4%
specialist	7,4%	5,4%	3,1%	11,2%	19,8%
radiologie	4,1%	2,7%	1,7%	12,6%	3,0%
kinesitherapie	6,8%	9,8%	1,8%	18,9%	4,2%
andere	1,6%	0%	0,1%	1,4%	8,8%

Alleen voor de totale medische kosten is er een significant verschil tussen de patiënten die *wel of geen eerste attest* uitgeschreven kregen. Patiënten met een eerste attest hebben een gemiddelde kost van 1582 BF, ten opzichte van 1968 BF voor de andere patiënten.

Tussen de verschillende diagnoses bestaan er meerdere significante verschillen: zowel voor de kosten van geneesmiddelen met voorschrift, zonder voorschrift, voor de totale kosten als voor het totale remgeld. De gemiddelde kosten voor de vier diagnoses staan samengevat in tabel 4.7.

TABEL 4.7: Gemiddelde kosten voor de totale ziekteperiode per diagnose (N=1292)

	kosten geneesmiddelen met voorschrift in BF	kosten geneesmiddelen zonder voorschrift in BF	totale medische kosten in BF	remgeld totale medische kosten in BF
alle diagnoses	502	122	1732	469
verkoudheid	523	166	1716	466
griep	508	108	1439	484
lage rugpijn	526	67	2488	379
psychische overbelasting	388	114	2235	460

4.2.2. Totale niet-medische kosten van het ziekteverzuim voor werkgever en RIZIV

Van de niet-medische kosten van het verzuim berekenen we twee componenten: de loonkost voor de werkgever, die het loon van zijn zieke werknemer gedurende een bepaalde periode moet doorbetalen (gewaarbord loon) en de kosten van het RIZIV van uitkeringen aan de werknemer na de periode van gewaarborgd loon, en van gedeelde inkomsten (verlies aan bijdragen). We gebruiken daarvoor de informatie die de patiënt ons geeft omtrent de afwezigheidsduur op het werk en het bruto-inkomen. Voor het berekenen van de loonkost en de uitkeringen van het RIZIV, is kennis van het wettelijk kader dat de materie van de arbeidsongeschiktheid (AO) in België regelt, nodig. Voor een gedetailleerde bespreking van de deze materie verwijzen we de lezer naar het macro-economische luik van deze studie, waar in hoofdstuk 1, deze aspecten uitvoerig worden besproken. De zelfstandigen worden buiten beschouwing gelaten.

De *loonkost voor de werkgever* wordt berekend als zijnde de som van het brutoloon van de werknemer en de werkgeversbijdrage op dit brutoloon. Wat de privé-sector betreft hebben we ons gebaseerd op een VBO document⁴ om de totale loonkost te berekenen. De werkgeversbijdrage voor bedienden en arbeiders bedragen respectievelijk 57,36 en

⁴ VBO- document sociale zekerheid, Sociale lasten in 1993

60,85%. In deze percentages zitten de bijdragen van de werkgever aan het RSZ, andere met RSZ-bijdrage vergelijkbare lasten (premie voor arbeidsongevallen, arbeidsgeneeskunde en werkloosheidsbijdrage) en tenslotte de kost van de vervangingslonen (vakantiegelden) en sociale lasten die er betrekking op hebben. In de publieke sector veronderstellen we dat de totale loonkost van de modale ambtenaar ongeveer 135% van de brutowedde bedraagt.

Bij de berekening van deze loonkost hebben we ons gebaseerd op de manier waarop het RIZIV zijn uitkeringen bepaalt. Het RIZIV veronderstelt 26 werkdagen per maand. Dit houdt in dat 6 op 7 wekdagen worden uitbetaald. Enkel op zondag gebeurt er geen uitkering. Door het brutoloon van de werknemer te delen door 26 vinden we een fictief dagloon. Uit de totale duur elimineren we alle zondagen. We berekenen vervolgens de totale loonkost door het aantal dagen per ziekteperiode (excl. de zondag) te vermenigvuldigen met het fictieve dagloon, rekening houdend met de wettelijke bepalingen (onderscheid tussen arbeiders en bedienden en al dan niet betaling van de werkgeversbijdragen).

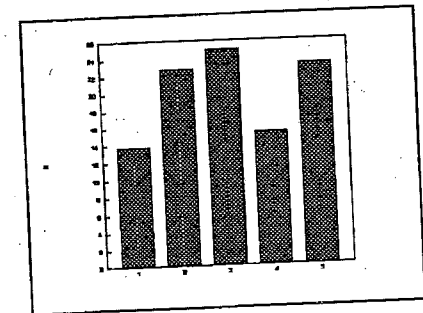
Voor de uitkering door het RIZIV zal het maandloon van de werknemer worden vergeleken met het geplafoneerd loon dat het RIZIV vooropstelt. Indien het loon boven dit bedrag ligt, zal het RIZIV enkel 60% van het geplafoneerde loon uitbetalen. Indien het eronder ligt zal de werknemer 60% van zijn brutoloon ontvangen. Voor arbeiders start de uitkering na 2 weken, voor bedienden na 1 maand. *Gederfde inkomsten* zijn er doordat noch werkgever, noch werknemer bijdragen verschuldigd zijn na 1 maand voor bedienden en na 7 dagen voor arbeiders.

Op deze manier vinden we een gemiddelde loonkost per verzuimperiode van 16.149 BF. Voorts bedraagt het totaal aantal verzuimdagen gedurende de totale registratieperiode (excl. zondagen) 5.172 dagen. De gemiddelde kost per dag verzuim (6 werkdagen in 1 week) is dus 3.113 BF. Of, omgezet naar een vijfdegenweek bedraagt de loonkost per dag verzuim 3.736 BF ($6/5 \cdot 3.113$). Indien we de totale loonkost vergelijken met de totale medische kost, kunnen we besluiten dat de loonkost de grootste kost uitmaakt van het verzuim.

De frequentieverdeling van de totale loonkost is weergegeven in figuur 4.7. Voor 36,5% van de verzuimperiodes bedraagt de totale loonkost minder dan 10000 BF; voor 13,7% zelfs minder dan 5000 BF. Slechts 5% van de ziekteperiodes heeft een loonkost die hoger oploopt dan 35000BF.

FIGUUR 4.7: Frequentieverdeling van de totale loonkost voor de totale duur van de ziekteperiode (N=997)

kosten in BF:
 1 <= 5000
 2 5001-10000
 3 10001-15000
 4 15001-20000
 5 > 20000



De totale uitkeringen van het RIZIV bedragen gemiddeld slechts 1738 BF per verzuimperiode. Dit is 11% van de totale loonkost. In 3% van de gevallen (of m.a.w. voor 20 patiënten) diende een uitkering te gebeuren. De gemiddelde RIZIV-uitkering voor de gevallen die een uitkering genieten, loopt op tot 87.000 BF. Dit gemiddelde wordt volledig scheefgetrokken door vier langdurig zieke patiënten. Uitspraken formuleren over de RIZIV-uitkeringen is niet opportuun. Het is het langdurig verzuim dat deze bepaalt, en onze studie gaat over kortdurend verzuim. Niet enkel de kost van de uitkeringen moet bekeken worden, maar ook de gederfde inkomsten als gevolg van het ziekteverzuim. Deze bedragen ongeveer 623 BF per verzuimperiode. De som van alle uitkeringen en de gederfde inkomsten voor alle ziektegevallen (997 gevallen) bedraagt 2.350.000 BF, wat duidelijk slechts een kleine fractie is van de totale loonkost van 16.100.000 BF voor al deze ziektegevallen.

4.2.3. Enkele bedenkingen

Bij de berekening van de loonkost per dag verzuim willen we toch een aantal bedenkingen formuleren. Door de kost van het verzuim te benaderen via de loonkost, gaan we ervan uit dat enerzijds het loon een juiste maatstaf is van de produktiviteitsbijdrage van een werknemer (wat in principe zo zou moeten zijn) en dat anderzijds de afwezigheid van de werknemer gepaard gaat met een volledig produktiviteitsverlies. Het is gemakkelijk in te zien dat dit niet altijd het geval hoeft te zijn. Er kunnen zich immers binnen het bedrijf tijdelijke verschuivingen (vervangingen) voordoen, zodat de 'open' plaats zich daar bevindt waar ze het kleinste verlies veroorzaakt. Tevens dient er rekening te worden

gehouden met het rendementsverschil dat bestaat tussen de werknemer die gewoon is zijn werk te verrichten en hij die nu als vervanger optreedt. Dit rendementsverschil zal weliswaar afnemen naarmate de vervanging langer gaat duren (t.g.v. een leerproces), maar aangezien we in deze studie vooral het kortdurend verzuim hebben bestudeerd zal dit hier meestal niet het geval zijn. Hieruit blijkt ook dat de kost van het ziekteverzuim niet altijd evenredig hoeft te zijn met de duur ervan.

Ook zullen zich een aantal andere kosten voordoen als gevolg van ziekteverzuim. Denken we maar aan de kosten van gepresteerd overwerk, het in dienst nemen van extra-werkkrachten, kosten van verloren verkopen, enz., waarop we in deze studie geen zicht hebben en die niet altijd even gemakkelijk te berekenen zijn. Het kan zelfs zijn dat binnen het bedrijf een percentage 'additioneel' personeel wordt tewerkgesteld met de bedoeling de nadelige effecten van ziekteverzuim beter te kunnen opvangen. Ook is het zo dat de kosten van ziekteverzuim nauw samenhangen met een aantal bedrijfsgebonden karakteristieken. Een KMO zal het nadelige effect van een zieke werknemer in het algemeen moeilijker kunnen opvangen dan een multinational.

Het probleem is dus grotendeels te herleiden tot het juist kunnen inschatten van de *gevolgen van verzuim op de produktiviteit* binnen het bedrijf en dit in kwantificeerbare en financiële eenheden om te zetten, wat zeker geen sinecure is.

Voor de berekening van de loonkosten voor de werkgever, werd geen rekening gehouden met extra-legale aanvullingen. De reden hiervoor is dat de vragen hieromtrent zeer onvolledig en onbetrouwbaar ingevuld werden door de respondenten, hoofdzakelijk door een gebrek aan kennis. Het inkomensverlies dat de patiënt lijdt, is nagenoeg niet geweten door de patiënt.

4.3. VERZUIMREDEKENEN VAN DE PATIENT

In een eerste paragraaf van onderdeel 4.3 beantwoorden we de vraag: Wat is het relatief aantal patiënten dat arbeidsongeschikt is verklaard omwille van hoofdzakelijk medische redenen ten opzichte van psycho-sociale redenen die verband houden met de thuissituatie of de werksituatie. We bekijken daarvoor de redenen tot arbeidsongeschiktheid zoals ze opgegeven werden door de patiënten in de patiëntenvragenlijst, en dit voor de patiënten aan wie de huisarts ziekteverlof heeft toegekend (N=1396).

In een tweede paragraaf gaan we na of er significante verschillen zijn tussen groepen patiënten. Dit gebeurt op basis van de X²-test ($p < 0,05$). Aangezien we deze analyses uitvoeren voor de patiënten die een eerste attest kregen (vermeld in het artsregistratie-formulier) konden we enkel gebruik maken van die patiëntenvragenlijsten, die te koppelen waren aan het gepaste artsregistratieformulier (N=1031).

4.3.1 Mogelijke verzuimredenen.

Tabel 4.8 toont de mogelijke redenen waarom de patiënten niet kunnen gaan werken. In iets meer dan 90% (1+2) van de gevallen is het voor de patiënt *lichamelijk* onmogelijk om te gaan werken. 50% voelt zich *geestelijk* niet in staat te werken. De aanwezigheid van de respondent in de familie of andere *familiale omstandigheden* zijn in 10% van de gevallen een reden tot arbeidsongeschiktheid. De *werkomstandigheden* beïnvloeden in bijna 30% de nood tot ziekteverlof.

TABEL 4.8: Frequentieverdeling van de verzuimredenen van patiënten, N=1396 (in steekproef %).

	(1) ja, helemaal van toepass.	(2) ja, eerder wel van toepass.	(3) neen, eerder niet van toepass.	(4) neen, helemaal niet van toepass.
1. Het is lichamelijk onmogelijk om te gaan werken (u voelt zich te ziek, u hebt te veel pijn; u hebt rust nodig)	70,5	22,9	3,9	2,7
2. U bent geestelijk niet in staat om op het werk te functioneren.	30,0	21,6	19,2	29,2
3. Bij het ziekteverlof dat u nu krijgt, spelen uw aanwezigheid in de familie, of andere familiale omstandigheden een rol.	4,7	5,9	12,2	77,2
4. Er zijn omstandigheden op het werk die een invloed hebben op het ziekteverlof dat u NU nodig hebt.	14,1	14,2	12,1	59,6

Om verschillen in verzuimredenen tussen groepen patiënten op te sporen, hergroepeerden we de verzuimredenen uit tabel 4.8 als volgt:

1. *strikt medische redenen* tot arbeidsongeschiktheid = lichamelijk ongeschikt (score 1 of 2 op item 1), met uitsluiting van familiale redenen en invloed van werkomstandigheden.
2. *familiale omstandigheden* spelen een rol in de arbeidsongeschiktheid = score 1 of 2 op item 3, al dan niet in combinatie met een score 1 of 2 op andere mogelijke items.
3. *werkomstandigheden* spelen een rol in de arbeidsongeschiktheid = score 1 of 2 op item 4, al dan niet in combinatie met een score 1 of 2 op andere mogelijke items.

De drie categorieën verzuimredenen sluiten elkaar niet uit. Enkel de groep "strikt medische redenen tot verzuim" sluit de invloed van familiale omstandigheden of werkomstandigheden uit.

4.3.2. Verband tussen verzuimredenen en patiëntkenmerken.

4.3.2.1. Strikt medische verzuimredenen.

Enkel strikt medische redenen tot verzuim worden aangehaald door 65,1% van de patiënten (tabel 4.9.). De proportie bij mannen en vrouwen is gelijk en verschilt evenmin tussen de verschillende leeftijdscategorieën. We vinden geen significante verschillen in verband met diploma, bruto-maandloon of type werk.

Het aanhalen van strikt medische verzuimredenen varieert wel naargelang de thuis- en de arbeidssituatie (tabel 4.10.). Patiënten die moeten zorgen voor een ziek familielid, kinderopvangproblemen hebben of stress ondervinden door de combinatie van gezin en werk, blijven in mindere mate thuis omwille van strikt medische redenen. Wat de arbeidssituatie betreft vinden we lagere proporties bij patiënten met zwaar lichamelijk werk, met hinderlijke fysieke werkomstandigheden en met zwaar psychisch werk. Ook patiënten die een slechte werksfeer ondervinden of weinig medezeggenschap hebben op het werk, geven minder strikt medische verzuimredenen op.

Het opgeven van enkel strikt medische verzuimredenen wordt sterk beïnvloed door algemene gezondheidskenmerken van de patiënt (tabel 4.11). Hierbij zijn het vooral patiënten met een zwakke algemene fysieke en emotionele toestand, die weinig sociale ondersteuning ondervinden en die hun levenskwaliteit laag inschatten, die significant minder strikt medische verzuimredenen opgeven, dan de respondenten die op deze drie vlakken beter scoren. Ook de periode van onwel doorwerken beïnvloedt sterk de reden tot verzuim: hoe korter deze periode is, hoe hoger de proportie strikt medische verzuimredenen.

Tot slot heeft ook het onderliggend gezondheidsprobleem (de diagnose) een invloed op de verzuimreden: enkel strikt medische redenen worden vooral aangehaald bij griep (in 74% van de gevallen) en bij verkoudheid (in 69%) en in 60% van de lage rugpijn-patiënten en slechts in 23% van de psychisch overbelaste patiënten.

TABEL 4.9: Verband tussen socio-demografische patiëntkenmerken en verzuimredenen, in %patiënten met een eerste attest (N=1031): een X²-test

Socio-demografische status	N (*)	Verzuimredenen		
		Strikt medisch	Familiaal	Arbeidsgebonden
Totaal:	937	65,1	10,4	26,9
Geslacht:				
Man	517	67,1	7,7	25,3
Vrouw	420	62,1	13,6	28,9
<i>p-waarde</i>		<i>NS</i>	<i>p=0,004</i>	<i>NS</i>
Leeftijd:				
< 30	260	68,1	10,3	22,6
30-40	375	66,1	11,0	25,4
> 40	300	61,0	9,7	32,8
<i>p-waarde</i>		<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>p=0,02</i>
Diploma:				
geen of lagere school	101	58,4	18,3	29,7
lager secundair	224	60,7	11,3	27,5
hoger secundair	316	67,7	9,8	26,8
hoger onderwijs	287	67,9	7,3	25,4
<i>p-waarde</i>		<i>NS</i>	<i>p=0,02</i>	<i>NS</i>
Bruto-maandloon:				
< 60.000	497	63,4	13,6	27,2
60.000-90.000	287	67,9	6,3	26,5
> 90.000	121	63,6	6,6	27,3
<i>p-waarde</i>		<i>NS</i>	<i>p=0,002</i>	<i>NS</i>
Type werk:				
lichamelijk	429	66,2	9,3	25,8
geestelijk, zittend	284	66,9	8,1	24,9
onderwijs	99	67,7	12,2	27,3
welzijnssector	84	53,6	21,2	34,1
<i>p-waarde</i>		<i>NS</i>	<i>p=0,004</i>	<i>NS</i>

(*) De steekproef aantallen omvatten eveneens de observaties met ontbrekende waarden voor de verzuimredenen.

TABEL 4.10: Verband tussen kenmerken van de thuis-en de arbeidssituatie van de patiënt en verzuimredenen, in %patiënten met een eerste attest (N=1031): een X²-test

Thuis- en arbeidssituatie	N (*)	Verzuimredenen					
		Strikt medisch		Familiaal		Arbeidsgebonden	
		situatie van toepassing		situatie van toepassing		situatie van toepassing	
	ja	% ja	% neen	% ja	% neen	% ja	% neen
Belastende thuisituatie:							
zorg voor ziek familielid	35	42,9	66,0 **	34,3	9,4 **	40,0	26,4
kinderopvangproblemen	36	50,0	65,7 *	25,7	9,7 **	30,6	26,7
scheiding	28	64,3	65,2	7,1	10,4	71,4	73,2
verhuis/klussen	124	61,3	65,7	14,6	9,7	27,4	26,8
stres door comb.gezin/werk	323	48,0	74,1 **	17,7	6,5 **	41,3	19,3 **
Kenmerken arbeidssituatie:							
zwaar lichamelijk werk	235	59,1	67,4 *	11,1	10,0	34,0	24,2 **
hinderlijke fys.omst.	307	59,9	68,0 *	11,8	9,5	32,2	23,9 **
zwaar psychisch werk	303	60,1	67,9 *	10,0	10,4	35,3	22,5 **
slechte werksfeer	213	50,7	69,7 **	13,7	9,2	42,0	22,1 **
onmisbaar op het werk	475	62,7	68,1	10,3	10,2	30,0	23,2 *
weinig medezeggenschap	225	57,8	67,8 **	13,9	9,1 *	34,7	24,1 **

(*) De steekproef aantallen omvatten eveneens de observaties met ontbrekende waarden voor de verzuimredenen.

* 0,01 < p ≤ 0,05

** p ≤ 0,01

TABEL 4.11: Verband tussen algemene gezondheidskenmerken van de patiënt en verzuimredenen, in %patiënten met een eerste attest (N=1031): een X²-test. p < 0,05.

Algemene gezondheidskenmerken	N (*)	Verzuimredenen		
		Strikt medisch	Familiaal	Arbeidsgebonden
Coop function charts:				
Alg. fys. en emotioneel: uitstekend + zeer goed	263	78,3	6,1	16,8
goed	314	67,2	6,7	24,1
redelijk zwak + zwak	348	53,4	16,1	37,5
p-waarde		p < 0,00	p < 0,00	p < 0,00
sociale ondersteuning veel (score 1+2)	401	70,3	7,5	21,3
matig (score 3)	268	66,4	8,6	28,3
weinig tot niet (4+5)	220	52,3	15,9	38,6
p-waarde		p < 0,00	p = 0,003	p < 0,00
kwaliteit van het leven: zeer goed tot goed	530	74,5	6,2	19,5
goed/slecht evenredig	281	58,4	12,9	31,7
slecht + zeer slecht	111	38,7	20,0	52,3
p-waarde		p < 0,00	p < 0,00	p < 0,00
Periode van onwel doorwerken:				
> 1 maand	88	31,8	23,0	55,7
tussen 1 maand en 1 week	102	49,0	13,7	41,7
tussen 1 week en 2 dagen	390	60,0	9,0	24,7
1 dag of minder	348	23,2	7,2	17,6
p-waarde		p < 0,00	p < 0,00	p < 0,00
Diagnose:				
verkoudheid	199	69,3	6,0	24,0
griep	512	74,2	8,6	18,6
lage rugpijn	100	60,0	4,9	35,0
psychische overbelasting	112	23,2	29,4	61,6
p-waarde		p < 0,00	p < 0,00	p < 0,00

(*) De steekproef aantallen omvatten eveneens de observaties met ontbrekende waarden voor de verzuimredenen.

4.3.2.2. Familiale verzuimredenen.

Familiale factoren worden opgegeven door 10% van de patiënten (tabel 4.9.). De proportie bij vrouwen is significant hoger dan bij mannen. Verschillen tussen leeftijdsgroepen zijn niet significant. De bijdrage van familiale factoren tot het verzuim neemt toe, naarmate het behaalde diploma en het bruto-maandloon, lager zijn. Wat het type werk betreft geven vooral patiënten uit de welzijnssector familiale factoren op als verzuimreden (in 21%).

Een belastende thuissituatie (tabel 4.10.) geeft, zoals verwacht, in sterke mate aanleiding tot familiale verzuimredenen. Ook patiënten die weinig medezeggenschap op het werk hebben geven meer familiale factoren op dan hun collega's die hier niet over klagen. Ook Tellnes e.a. (1990) stelde eveneens een verband vast tussen problemen thuis en op het werk.

Het opgeven van familiale factoren als reden tot verzuim is significant geassocieerd met algemene gezondheidskenmerken van de patiënt (tabel 4.11.). Hoe slechter de patiënt scoort op de "algemene fysische en emotionele toestand", "de sociale ondersteuning" en "de kwaliteit van het leven", hoe frequenter hij familiale verzuimredenen opgeeft. De periode van onwel doorwerken is eveneens van belang: hoe langer deze periode aansleept, hoe hoger de proportie opgegeven familiale factoren. Ook hier bepaalt de diagnose in sterke mate de verzuimreden: psychisch overbelaste patiënten geven in meer dan één vierde familiale verzuimredenen op.

4.3.2.3. Arbeidsgebonden verzuimredenen.

Arbeidsgebonden factoren die een rol spelen in de reden tot verzuim worden aangehaald door ruim één vierde van de patiënten (27%) (Tabel 4.9.). De proportie bij mannen en vrouwen is gelijk en stijgt significant met de leeftijd.

Het opgeven van arbeidsgebonden verzuimredenen varieert sterk met de kenmerken uit de arbeidssituatie (tabel 4.10.). Hogere proporties vinden we bij patiënten met zwaar lichamelijk werk, hinderlijke fysische omstandigheden, zwaar psychisch werk, een slechte werksfeer, patiënten die onmisbaar zijn op het werk en weinig medezeggenschap hebben. Ook patiënten met stress door de combinatie van gezin en werk geven frequenter arbeidsgebonden verzuimredenen op.

Algemene gezondheidskenmerken van de patiënt spelen ook hier weer een belangrijke rol (tabel 4.11.). Hoe slechter de patiënt zijn algemene fysische en emotionele toestand, zijn sociale ondersteuning en zijn kwaliteit van het leven beoordeelt, hoe frequenter arbeidsgebonden factoren een rol spelen in zijn verzuim. Ook de periode van onwel door-

werken beïnvloedt de reden tot verzuim: hoe langer deze periode is, hoe hoger de proportie arbeidsgebonden verzuimredenen.

De diagnose heeft een grote invloed op de verzuimredenen: psychisch overbelaste patiënten geven in 62% van de gevallen arbeidsgebonden redenen op, lage rugpijnpatiënten in 35%, patiënten met verkoudheid in 24% en met griep in 19%.

4.4. BESLISSINGSFACTOREN VAN DE ARTS BIJ HET TOEKENNEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

In deze sectie 4.4 gaan we nader in op de vraag: Waarop baseert de huisarts zijn beslissing over het ziekteverlof?

Met andere woorden, we maken een inventaris van de beslissingsfactoren van de arts, die volgens hem een rol spelen bij de beslissing over het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid en het bepalen van de duur ervan.

In het onderzoek kon de arts bij elk patiëntcontact voor de vier hoger vermelde diagnoses, op een registratieformulier (zie bijlage 2.3) aankruisen in welke mate bepaalde factoren een rol speelden in zijn beslissing over het toekennen van ziekteverlof. Vier grote groepen beslissingsfactoren kwamen op het registratieformulier voor: zuiver medische factoren, factoren gebonden aan de thuissituatie van de patiënt, factoren gebonden aan het werk van de patiënt en de inbreng van de patiënt. In paragraaf 4.4.1 geven we een inventaris van de beslissingselementen die de arts aanhaalt als van belang in het toekennen van arbeidsongeschiktheid; paragraaf 4.4.2. beschrijft het belang dat de arts toeschrijft aan beslissingsfactoren voor de duur van het verlof. Het gaat hierbij dus telkens om het intentioneel gedrag van de arts. Paragraaf 4.4.3. geeft de resultaten van de bivariate samenhang tussen de beslissingselementen van de arts en het feitelijk gedrag van de arts in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid.

4.4.1. Inventaris beslissingselementen van het toekennen van arbeidsongeschiktheid.

Tabel 4.12 geeft een opsomming van de factoren waarmee de huisarts zijn beslissing over het wel of niet uitschrijven van een eerste attest rationaliseert.

In 81% van zijn beslissingen houdt de huisarts rekening met *objectief klinische bevindingen*. In ongeveer één vijfde van zijn beslissingen kan hij de klachten van de patiënt dus niet objectiveren. Verder is de *inbreng van de patiënt* bij de beoordeling groot: in 87% van zijn beslissingen houdt de huisarts rekening met de ernst van de

subjectieve klachten van de patiënt en in 45% van de gevallen laat de arts zich beïnvloeden door de vraag van de patiënt naar het al dan niet krijgen van ziekteverlof of naar het krijgen van zo kort of zo lang mogelijk ziekteverlof.

De *werkomstandigheden* zijn belangrijk bij de beoordeling: de werkbelasting in 38%, de misbaarheid op het werk in 22% en een slechte werksfeer in 8%. In geringe mate houdt de huisarts rekening met mogelijke controle door de controle-arts van de werkgever (4%), mogelijk inkomensverlies voor de patiënt (4%) en overleg met een bedrijfsarts (0,5%).

Problemen in de thuisomgeving van de patiënt spelen een rol in 14% van de beslissingen over het ziekteverlof. Hierbij gaat het vooral om stress in verband met de combinatie van de gezinsverplichtingen en de eisen van het werk. Overwegend bij vrouwelijke patiënten komt dit probleem naar voor. Ook toezicht op een ziek familielid, kinderopvangproblemen en echtscheidingsproblemen spelen een rol. In geringe mate gaat het om activiteiten in de privésfeer zoals veranderingen aan het huis of een verhuis.

TABEL 4.12: Aandeel van verschillende beslissingselementen in het toekennen van arbeidsongeschiktheid door de arts (in % contacten met of zonder attest)(N = 2021)

Beslissingselementen	%
Medische factoren	
Objectief klinisch onderzoek	81
Bijkomende medische factoren*	10
Verzuimverleden	7
Factoren gebonden aan thuissituatie	
14	
Factoren gebonden aan het werk	
Zwaar werk (fysisch, psychisch, arbeidsomst.)	38
Misbaarheid op het werk	22
Slechte werksfeer	8
Mogelijke controle (controle-arts werkgever)	4
Mogelijk inkomensverlies voor patiënt	4
Overleg met bedrijfsarts	0,5
Inbreng van de patiënt	
Ernst van de subjectieve klachten	87
Vraag patiënt lang ziekteverlof	20
Vraag patiënt kort ziekteverlof	25

* redicief, gekend traag herstel, zwangerschap, bijkomende aandoening, wachttijd

Tussen de vier diagnoses onderling bestaan er significante verschillen in de wijze waarop de huisarts oordeelt over het ziekteverlof. Deze verschillen werden getest op hun significantie met de proportietest ($p < 0,05$).

Statistisch significante beoordelingsverschillen bestaan tussen verkoudheid en griep en tussen lage ruggpijn en griep. Bij psychische overbelasting is er een afwijkend patroon t.o.v. elk van de drie andere diagnoses. De resultaten zijn samengevat in tabel 4.13.

TABEL 4.13: Significante* beoordelingsverschillen tussen de diagnoses onderling (proportietesten). Percentage beslissingen vermeld waarin het beoordelingselement een rol speelt per diagnose (N = 2021).

Beoordelingselementen	Diagnose (% beslissingen)	
	verkoudheid	griep
objectief klinisch onderzoek	81	87
vraag patiënt lang ziekteverlof	20	15
vraag patiënt kort ziekteverlof	29	23
factoren gebonden aan thuissituatie	12	8
slechte werksfeer	6	3
	lage ruggpijn	griep
	65	31
zwaar werk	21	15
vraag patiënt lang ziekteverlof	13	8
factoren gebonden aan thuissituatie	6	3
	psychische overbelasting	
ernst van de subjectieve klachten	92	
factoren gebonden aan thuissituatie	50	
zwaar werk	45	
objectief klinisch onderzoek	44	
vraag patiënt lang ziekteverlof	38	
slechte werksfeer	35	
bijkomende medische factoren ⁵	17	
verzuimverleden ⁶	13	
mogelijk inkomensverlies voor patiënt	8	
mogelijke controle (controle-arts wergever)	7	

* $p < 0,05$

Wanneer we de beslissing over het ziekteverlof bij *verkoudheid* vergelijken met deze bij *griep*, dan blijkt bij verkoudheid de objectieveerbaarheid van de klachten minder belangrijk. Problemen in de thuisomgeving van de patiënt of een slechte werksfeer spelen bij verkoudheid dan weer een grotere rol dan bij griep (respectievelijk in 18% van de

⁵Onder bijkomende medische factoren wordt verstaan: zwangerschap, het feit dat het om een recidief gaat, een patiënt die van nature "traag herstelt", een bijkomende (chronische) aandoening.

⁶Het verzuimverleden van de patiënt is het aantal reeds opgenomen ziekteverloven in het verleden.

beslissingen t.o.v. 11%). Ook wordt aan een patiënt met verkoudheid meer ruimte gegeven om zelf te beslissen over het ziekteverlof (in 49% t.o.v. 38% bij griep). In de beoordeling van patiënten met *lage rugpijn* is vooral de werkbelasting belangrijk (in 65% van de beslissingen). Hieronder wordt verstaan: zwaar fysisch werk, zwaar psychisch werk of hinderlijke werkomstandigheden (zoals een moeilijke houding, gevaar, lawaai, stof...). Ten opzichte van griep gaan er achter de klacht van lage rugpijn meer psychosociale problemen schuil, thuis en/of op het werk (19% bij lage rugpijn t.o.v. 11% bij griep). Lage rugpijn wordt dan ook onder de psychosomatische klachten gerekend en dit weerspiegelt zich in de attesten van de huisarts. Het objectief klinisch onderzoek telt bij lage rugpijn in 89% van de beslissingen mee, maar daarnaast hanteert de attesterende huisarts ook de psycho-somatische stetoscoop. In 21% van de attesten voor lage rugpijn speelt de expliciete vraag van de patiënt om het ziekteverlof voldoende lang te maken een duidelijke rol. Patiënten met klachten van *psychische overbelasting* (de klacht: "het gaat niet meer") worden op een heel eigen wijze beoordeeld. De ernst van de subjectieve klachten spelen bij dit ziektebeeld de grootste rol (in 92%). Dit in tegenstelling met het objectief klinisch onderzoek, dat in minder dan de helft (in 44%) van belang is. In de helft van de gevallen speelt ook de thuisomgeving mee. Werkfactoren, zoals een grote werkbelasting en een slechte werksfeer zijn van belang in respectievelijk 45% en 35% van de beslissingen. Verder speelt de expliciete vraag van de patiënt naar zo lang mogelijk ziekteverlof in 38% van de beslissingen een rol. Andere specifieke beoordelingselementen bij deze patiënten zijn: bijkomende medische factoren (in 17%) en het verzuimverleden van de patiënt (in 13%). In mindere mate, maar wel specifiek bij deze diagnose, spelen een eventueel inkomensverlies voor de patiënt mee (in 8% van de beslissingen) en eventuele patronale controle (door een controle-arts van de werkgever, in 7%).

4.4.2. Invloed van de beslissingselementen op de duur van het ziekteverlof

Voor alle hierboven vermelde beslissingsfactoren, werd aan de arts eveneens gevraagd of ze een invloed uitoefenden op de duur (duurverlengend of duurverkortend) van het toegekende ziekteverlof. We beschrijven de resultaten hiervan in tabel 4.14, enkel voor die gevallen waarin de arts oordeelde dat de factor een rol had gespeeld in zijn beslissing tot het voorschrijven van het ziekteverlof.

De meeste beslissingsfactoren hebben een duurverlengend effect. De factoren die volgens de artsen overwegend een negatieve invloed hebben op de duur zijn mogelijke controle door een controle-arts van de werkgever (in 79,3% van de gevallen waar deze factor een matige tot grote rol speelt, werkt hij duurverkortend), inkomensverlies voor de patiënt

(76,8%), moeilijke vervangbaarheid op het werk (75,4%) en het verzuimverleden van de patiënt (46,1%).

TABEL 4.14: Invloed van de beslissingsfactoren van de arts op de duur van het ziekteverlof in die gevallen waarin de arts oordeelt dat de betreffende factor een matige tot grote rol speelt in zijn beslissing tot het al dan niet toekennen van ziekteverlof

In welke mate hebben de volgende factoren een invloed gehad op de duur van het toegekende ziekteverlof?			
	duurverlengend	geen invloed	duurverkortend
MEDISCHE FACTOREN			
1 graad van subjectieve klachten	73,3	24,6	2,1
2 objectief klinische bevindingen	68,7	27,4	3,9
3 veel voorafgaande ziekteverloven aan patiënt toegekend	37,3	16,7	46,1
4 andere medische factoren	86,2	10,3	3,4
FACTOREN GEBONDEN AAN THUISITUATIE OF NIET-WERKSITUATIE			
	76,2	12,6	11,2
FACTOREN GEBONDEN AAN HET WERK			
1 zwaar werk (fysisch, psychisch, arbeidsomstandigheden)	86,3	12,5	1,2
2 slechts sfeer (relatie baas, collega's, veranderingen)	73,8	15,1	11,1
3 moeilijke vervangbaarheid	7,9	16,7	75,4
4 gemakkelijk te missen op het werk	54,1	27,1	18,8
5 financiële gevolgen voor patiënt (inkomensverlies)	10,7	12,5	76,8
6 mogelijke controle	12,1	8,6	79,3
7 contact met de bedrijfsarts gehad i.v.m. deze patiënt	66,7	0,0	33,3

4.4.3. Bivariate samenhangen tussen de beslissingselementen en het voorschrijfgedrag van de huisarts.

Voor het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid door de huisarts gebruiken we twee indicatoren:

1. het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid
2. de toegekende arbeidsongeschiktheidsduur op een eerste attest

De bivariate analyse geeft hier een indruk over de samenhang tussen de beslissingselementen van de huisarts en het *feitelijk handelen met betrekking tot het attesteren*. Tabel 4.15. geeft een overzicht van de bivariate samenhang tussen de beslissingsfactoren en het al dan niet toekennen van een eerste attest. Als bivariate techniek gebruiken we een Chi-kwadraattoets. We gaan samenhangen na voor de vier diagnoses samen en voor de diagnoses afzonderlijk. De diagnoses lage rugpijn en psychische overbelasting groeperen we in één categorie omdat er tussen beide diagnoses geen significant verschil bestaat in het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid. Bovendien bevatten de diagnoses afzonderlijk te weinig cases.

Tabel 4.16. vermeldt de resultaten van de bivariate variantie-analyse (een one-way-toets) met betrekking tot de duur van een eerste attest, eerst voor de vier diagnoses samen, gevolgd door de resultaten per diagnose.

Kans op een eerste attest.

Voor de meeste beslissingsfactoren van de arts bestaat er een significant verband met de kans op een attest (tabel 4.15). Voor de vier diagnoses samen vergroten de volgende *medische* beslissingsfactoren de kans op een attest: het rekening houden met de subjectieve klachten van de patiënt, met objectief klinische bevindingen en met bijkomende medische factoren. Ook het feit dat reeds veel ziekteverloven aan de patiënt zijn toegekend, vergroot de kans op een attest. Dit laatste vinden we echter niet terug wanneer de diagnoses afzonderlijk worden bekeken.

Het feit dat de arts rekening houdt met factoren uit de *thuisituatie*, beïnvloedt de kans op het geven van een attest niet voor de vier diagnoses samen. Bij lage rugpatiënten en psychisch overbelaste patiënten daarentegen is de arts wel eerder geneigd tot het geven van een attest wanneer hij thuisfactoren in zijn oordeel betreft.

Wat de *arbeidsgebonden* factoren betreft, zijn het vooral het rekening houden met het zware werk van de patiënt, met de verzuimgelegenheid (gemakkelijk te missen op het werk) en met mogelijke controle door een controle-arts van de werkgever, dat de kans op een attest vergroot. Ook in geval van een slechte werksfeer is de arts eerder geneigd tot het uitschrijven van een attest. Enkel bij de diagnose griep speelt dit geen rol. Daarentegen verkleint de kans op het geven van een attest, wanneer de arts rekening houdt met een moeilijke vervangbaarheid van de patiënt op het werk of met mogelijk inkomensverlies voor de patiënt.

Ten slotte heeft ook de *inbreng van de patiënt* een duidelijke invloed op het voorschrijfgedrag van de arts: de expliciete vraag of de (meer algemene) attitude van de patiënt om

geen ziekteverlof te krijgen mondt uit in een kleinere kans tot ziekteverlof, terwijl dit voor de expliciete vraag of attitude om wel ziekteverlof te krijgen net omgekeerd is.

TABEL 4.15.: Bivariate samenhangen tussen de beslissingselementen van de arts' en de kans op het uitschrijven van een eerste attest: een χ^2 -test (N=2021).

Beslissingsfactoren	4 diagnoses samen	verkoudheid	griep	lage rugpijn + psychische overbelasting
MEDISCHE FACTOREN				
1 graad van subjectieve klachten	+	+	+	+
2 objectief klinische bevindingen	+	+	+	+
3 veel voorafgaande ziekteverloven aan patiënt toegekend	+	NS	NS	NS
4 andere medische factoren	+	+	NS	NS
FACTOREN GEBONDEN AAN THUISITUATIE OF NIET-WERKSITUATIE	NS	NS	NS	+
FACTOREN GEBONDEN AAN HET WERK				
1 zwaar werk (fysisch, psychisch, arbeidsomstandigheden)	+	+	+	+
2 slechte sfeer (relatie baas, collega's, veranderingen)	+	+	NS	+
3 moeilijke vervangbaarheid	-	-	-	-
4 gemakkelijk te missen op het werk	+	NS	NS	+
5 financiële gevolgen voor patiënt (inkomensverlies)	-	-	-	-
6 mogelijke controle	+	+	NS	+
7 contact met de bedrijfsarts gehad (i.v.m. deze patiënt)	NS	NS	NS	NS
INBRENG VAN DE PATIËNT				
1 vraag naar geen of zo kort mogelijk ziekteverlof	-	-	-	-
2 vraag naar wel of zo lang mogelijk ziekteverlof	+	+	+	+

* in die gevallen waarin de arts oordeelt dat de betreffende factor een matige tot grote rol speelt in zijn beslissing tot het toekennen van ziekteverlof.
 + : kans vergroot; - : kans verkleint ($p \leq 0,05$)
 NS: geen significant verband

Duur van een eerste attest.

Wat de bivariate samenhang tussen de beslissingsfactoren van de arts en de duur van een eerste attest betreft, vinden we vooral significante verbanden wanneer we de vier diagnoses samen bekijken.

De arts kent een langer ziekteverlof toe wanneer hij de volgende *medische* factoren in zijn oordeel betreft: een groot aantal vooraf toegekende ziekteverloven en de aanwezigheid van bijkomende medische factoren. Hij kent een korter ziekteverlof toe wanneer hij rekening houdt met objectief klinische bevindingen.

Wat de invloed van *thuisfactoren* betreft, deze doen de arts beslissen tot het geven van een langer ziekteverlof, in het bijzonder bij griep- en lage rugpijnpatiënten.

Wanneer de arts rekening houdt met *arbeidsgebonden* factoren zoals zwaar werk, een slechte werksfeer, mogelijk inkomensverlies en mogelijke controle door een controle-arts, dan resulteert dit in een langere ziekteverlofduur, wanneer we de vier diagnoses samen bekijken. Bij de diagnose griep is het vooral het zware werk dat de duur positief beïnvloedt, terwijl dit bij de diagnose psychische overbelasting vooral een slechte werksfeer is.

Ook in deze analyse heeft de *inbreng van de patiënt* een duidelijke invloed op het voorschrijfgedrag van de arts, behalve bij de diagnose lage rugpijn. De expliciete vraag of de attitude van de patiënt naar voldoende lang ziekteverlof, resulteert in een langer ziekteverlof, terwijl het omgekeerde eveneens geldt.

TABEL 4.16: Bivariate samenhangen tussen de beslissingselementen van de arts (1) en de duur van een eerste attest: een variantie-analyse (N=2021).

Beslissingsfactoren	4 diagnoses samen	verkoudheid	griep	lage rugpijn	psychische overbelasting
MEDISCHE FACTOREN					
1 graad van subjectieve klachten	*** -				
2 objectief klinische bevindingen	*** +				
3 veel voorafgaande ziekteverloven aan patiënt toegekend	*** +	** +	*** +		
4 andere medische factoren	*** +		*** +	** +	
FACTOREN GEBONDEN AAN THUISITUATIE OF NIET-WERKSITUATIE					
FACTOREN GEBONDEN AAN HET WERK					
1 zwaar werk (fysisch, psychisch, arbeidsomstandigheden)	*** +		** +		
2 slechte sfeer (relatie baas, collega's, veranderingen)	*** +				*** +
3 moeilijke vervangbaarheid					
4 gemakkelijk te missen op het werk	** +				
5 financiële gevolgen voor patiënt (inkomensverlies)	** +				* +
6 mogelijke controle					
7 contact met de bedrijfsarts gehad i.v.m. deze patiënt					
INBRENG PATIENT					
1 vraag naar geen of zo kort mogelijk ziekteverlof	*** -	*** -	*** -		*** -
2 vraag naar wel of zo lang mogelijk ziekteverlof	*** +		* +		** +

* $0,05 < p \leq 0,10$

** $0,01 < p \leq 0,05$

*** $p \leq 0,01$

(1) in die gevallen waarin de arts oordeelt dat de betreffende factor een matige tot grote rol speelt in zijn beslissing

+ duurverlengend
- duurverkortend

4.5. OPINIE VAN DE PATIENT OVER DE VERPLICHTE ATTESTERING IN BELGIE

In deze paragraaf geven we de houding weer van de patiënten zoals ingevuld in de patiëntenvragenlijst (N = 1430) t.o.v. het huidige gekregen ziekteverlof en t.o.v. de verplichte attestering in het algemeen.

Tabel 4.17. geeft de verwachtingen van de patiënt over het *al dan niet* krijgen van ziekteverlof weer en tabel 4.18. geeft de mening van de patiënt over de *duur* van het gekregen ziekteverlof .

TABEL 4.17: Verwachtingen van de patiënten over het al dan niet krijgen van ziekteverlof, in steekproef % (N = 1430).

verwacht (%) gekregen	ja	neen
ja	73,4	12,2
neen	1,6	12,8

TABEL 4.18: Mening van de patiënten over de duur van het gekregen ziekteverlof, in steekproef % (N = 1430).

genoeg: 74% genoeg (zonder meer): 43,3% genoeg, zelf zo kort mogelijk gevraagd: 27,3% genoeg, zelf zo lang mogelijk gevraagd: 3,1%
te lang: 5% omdat ik op het werk niet kan worden gemist: 4% om andere redenen: 1,2% <ul style="list-style-type: none"> - ik voel me niet zo ziek - ik zit niet graag thuis - ik ben pas van werk veranderd - ik wens geen inkomensverlies
te kort: 4% omdat ik op die tijd niet kan hersteld zijn omdat ik dan terug moet aan de slag gaan vlak voor weekend
weet in dit stadium van de ziekte niet of het ziekteverlof genoeg is: 17%.

De patiënten zijn tevreden over het ziekteverlof dat de huisartsen hen toekent. Gezien de vrije artskeuze in België is dit ook niet zo verwonderlijk. Wanneer de patiënt niet tevreden is kan hij het attest bij een andere arts trachten te bekomen. Toch zijn er ook tekenen die erop wijzen dat de ziekmeldingsdrempel bij de patiënten uit het onderzoek vrij hoog is. 12,2% van de patiënten had geen ziekteverlof verwacht, terwijl de huisarts wel oordeelde dat dit een therapeutisch nut zou hebben. Het gaat hier vooral om patiënten die, wegens een grote verantwoordelijkheid of wegens personeelstekort, onmisbaar zijn op het werk en geen ziekteverlof willen of kunnen nemen. Daarbij vermelden we dat er in dit onderzoek vrij veel "zieke doorwerkers" voorkomen (Tabel 4.19.): iets meer dan één vijfde van de werknemers werkt langer dan één week onwel door.

TABEL 4.19: Duur van de periode van onwelzijn, vooraleer er door de huisarts en/of de patiënt werd beslist dat werken niet meer mogelijk was, in steekproef % (N = 1430).

	% patiënten
Meer dan één maand (aanslepend onwelzijn)	10,1
Tussen één maand en één week (langzaam ziek worden)	11,9
Tussen één week en twee dagen (snel ziek worden)	41,6
Eén dag of minder (zeer snel ziek worden)	36,4

Verder peilden we naar de opinie van de patiënt over het feit dat in België een attest van een arts nodig is om de afwezigheid op het werk tegenover de werkgever te wettigen. 78% van de patiënten is voor het Belgische systeem en dus voor het verplichte attest, 19% is er tegen en 3% is onbeslist. Tabel 4.20. geeft een overzicht van de redenen die de voorstanders van het attest opgeven. Tabel 4.21. geeft de redenen van de tegenstanders op.

TABEL 4.20: Argumenten van de voorstanders van de verplichte attestering (n=1115).

	% patiënten
Vrees voor misbruik zonder medisch attest	87
Arts is toch steeds nodig als men ziek is	8
Enkel een medisch attest is geloofwaardig voor de werkgever	5

TABEL 4.21: Argumenten van de tegenstanders van de verplichte attestering (n=271).

	% patiënten
Arts is overbodig bij korte AO-periodes	57
Patiënt is zelf verantwoordelijk	18
Attest betekent onnodige kosten	12
Zonder attest minder last van geloop naar arts	11
Overige	2

Ruim twee derde van de patiënten uit het onderzoek is voorstander van de verplichte attestering omwille van het feit dat ze bij het afschaffen van het attest misbruik vrezen

van afwezigheden op het werk. De meesten hiervan vrezen dat zij moeten opdraaien voor misbruik door hun collega's. (Sommigen geven zelfs toe dat ze zelf tot misbruik zouden verleid worden!) De tolerantie van de werkende t.o.v de verzuimende collega's ligt dus laag. Hieruit kunnen we afleiden dat het verplichte medische attest voor de echt zieke werknemer een veilig systeem is om rustig uit te zieken.

Onder hen die het attest graag zouden afgeschaf zien, vonden we een oververtegenwoordiging van bepaalde groepen patiënten (verschillen getest met de Chi-kwadraat toets, zie tabel 4.22.). Samenvattend zijn de tegenstanders van het attest vooral patiënten met een sociale problematiek thuis of op het werk. Ook patiënten die aankruisen dat "het niet goed met hen gaat de laatste tijd" (lage score op "levenskwaliteit" op de Coop function schaal) zouden liever van het werk blijven zonder verplicht attest indien werken volgens hen voorlopig niet mogelijk is. Het feit dat "nieuwe patiënten" ook eerder tegen het attest gekant zijn, zou kunnen betekenen dat het hier gaat om patiënten die speciaal om een (geweigerd) attest te bekomen naar een andere arts trekken. Ambtenaren (met uitzondering van de onderwijssector en de welzijnssector) zijn vooral voorstanders van het attest, werknemers uit de privé-sector eerder tegenstanders. Tussen Waalse en Vlaamse patiënten bestaat geen verschil in mening, tussen jongere en oudere patiënten evenmin.

TABEL 4.22: Verband tussen patiëntkenmerken en een negatieve houding t.o.v. het attest (wens tot afschaffen), X²-toets, p < 0,05.

geslacht:
vrouwen
gezinstoestand:
alleenstaanden
zonder kinderen
aanwezigheid van belastende factoren in de thuisomgeving zoals:
kinderopvangproblemen
stress door combinatie van gezin en werk
werkomgeving:
slechte werksfeer
weinig medezeggenschap
sector:
privésector
onderwijs
welzijnssector
redenen voor afwezigheid op het werk:
familiale omstandigheden
levenskwaliiteit beoordeeld door de patiënt zelf:
slecht tot zeer slecht
hoelang patiënt bij "deze" huisarts:
nieuwe patiënt
mening over duur van het ziekteverlof:
te kort

Of een afschaffing van het medisch attest veel consultaties en huisbezoeken zou uitsparen zeggen ons de volgende cijfers. 14% van de patiënten die een attest kregen zeggen dat zij de arts niet zouden geraadpleegd hebben indien het attest niet verplicht was. Dit wil dus zeggen dat deze patiënten louter en alleen naar de huisarts zijn gegaan voor legitimatie van hun afwezigheid t.o.v. de werkgever. 86% van de patiënten die een attest kregen zouden bij afschaffen van het attest hun huisarts toch raadplegen. Deze percentages verschillen volgens de duur van het ziekteverlof dat de patiënt kreeg (Tabel 4.23.): hoe langer de duur, hoe meer patiënten toch naar de arts zouden gaan.

TABEL 4.23: Percentages patiënten dat bij het afschaffen van het attest toch de huisarts zou raadplegen, volgens de duur van het toegekende ziekteverlof.

Duur ziekteverlof	% Patiënten
1 dag	75
3 dagen of minder	80
langer dan drie dagen	90

Het aandeel patiënten dat geen arts zou raadplegen verschilt niet voor de vier diagnoses onderling. Indien het attest zou afgeschaft worden zou een patiënt met verkoudheid of griep dus in dezelfde mate geneigd zijn om toch een huisarts te raadplegen, als een patiënt met lage rugpijn of een psychisch overspannen patiënt. Verkoudheid en griep hebben we in het onderzoek gedefiniëerd als virale aandoeningen. In de meeste gevallen zijn dit zelf-limiterende ziekten waarbij de patiënt geen doktershulp nodig heeft maar zichzelf kan behelpen met koortswerende middelen en eventueel iets pijnstillend. Toch blijkt zelfs in deze gevallen het merendeel van de patiënten een arts te willen consulteren. De meeste mensen willen of kunnen blijkbaar niet de verantwoordelijkheid over hun gezondheid in grote mate op zich nemen en zijn tamelijk doktersafhankelijk. Tot slot vermelden we dat het aandeel patiënten, in de totale onderzochte patiëntenpopulatie, dat een ziekteverlof van 3 dagen of minder kreeg (voor één van de vier onderzochte diagnoses) en de arts niet zou geraadpleegd hebben indien het attest niet verplicht was, 6% bedraagt.

4.6. OPINIE EN ATTITUDE VAN DE HUISARTSEN

In bestaand onderzoek naar het toekennen van arbeidsongeschiktheid door artsen, werd vooral het effect nagegaan van artskenmerken, zoals geslacht, leeftijd en navorming, alsook van bepaalde praktijkkenmerken, waaronder praktijkdrukte en type praktijk. Veel minder vaak werd onderzocht of bepaalde attitudes en opinies van artsen soms verband hielden met het voorschrijven van ziekteverlof. De weinige onderzoeken die het belang van attitudes nagingen, vonden geen effect (Tellnes e.a., 1990, De Maeseneer, 1993 en Monday e.a., 1988).

In dit onderzoek gingen we de opvattingen en attitudes van de huisartsen na op twee gebieden:

1. het omgaan met onzekerheden op medisch gebied (al of niet defensieve opstelling) (paragraaf 4.6.1.)
2. opvattingen en attitudes in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid (paragraaf 4.6.2.)

We onderzochten of het mogelijk was de huisartsen onder te verdelen in een aantal groepen wat betreft deze opvattingen en attitudes. In paragraaf 4.6.2. gaan we dan in een bivariate analyse de samenhang na tussen deze attitude-elementen en het voorschrijfgedrag van de huisarts met betrekking tot ziekteverlof.

4.6.1. Attitude van de artsen in verband met het omgaan met onzekerheden op medisch gebied.

Definitie

Als huisarts wordt men voortdurend geconfronteerd met onzekerheden, die te maken hebben met de vaak vage ziektebeelden waarvoor patiënten consulteren. Deze onzekerheid kan aanleiding geven tot extra onderzoek of verwijzing en dit des te meer naarmate de arts uitgaat van normen als: "neem steeds het zekere voor het onzekere", "beter teveel dan te weinig medisch onderzoek" enz. De meeste huisartsen hebben in wisselende mate geleerd met onzekerheden te werken (vb. afwachten, proefbehandeling, faseren van het onderzoek,...). De mate waarin de huisarts zelf klachten wil afhandelen en daarbij af en toe een (overwogen) risico neemt, is te beschouwen als een operationalisatie van "huisartsgeneeskundige oriëntatie". Wanneer huisartsen daarentegen voortdurend bekommerd zijn om een ernstige diagnose niet over het hoofd te zien, spreken we van een "defensieve opstelling" van de huisarts (De Maeseneer, 1989).

Methode

Om de attitude van de huisarts in dit verband op het spoor te komen gebruikten De Maeseneer (1989) en Grol e.a. (1990) een lijst van 6 items. Wij gebruikten dezelfde lijst. Al de items konden gescoord worden op een vijf-puntenschaal volgens Likert (zie tabel 4.24.).

Bij de verwerking ervan worden de volgende stappen ondernomen:

1. het opstellen van een frequentietabel met de scores per item. Voor het bepalen van de spreiding wordt een driedeling gehanteerd (de twee linker kolommen samen, de twee rechter samen en de middenkolom) waarbij het criterium is dat geen van deze drie meer

dan 85% van de reacties mag bevatten. De items die op basis van dit criterium onvoldoende spreiden worden uit de verdere analyse geweerd.

2. Op de items die voldoende spreiden wordt een factoranalyse uitgevoerd om te bepalen of de veronderstelde dimensie (attitude) ten grondslag ligt aan de gebruikte lijst. We maken hierbij gebruik van principale component-analyse, een vorm van factoranalyse.

Wanneer de veronderstelde dimensie inderdaad uit de gebruikte lijst naar voren komt, vinden we een eerste factor die een belangrijk percentage van de totale variantie verklaart en waarop alle items voldoende hoog laden (>0.35). Items die onvoldoende hoog laden worden niet verder in de analyse gebruikt.

3. Ten slotte voeren we op de items die na deze procedure geselecteerd worden een betrouwbaarheidsanalyse uit met de formule van Cronbach. De Cronbach's alpha is een index van interne consistentie-betrouwbaarheid, die rekening houdt én met de homogeniteit van de schaal én met de lengte ervan. Wanneer Cronbach's alpha voldoende hoog is kunnen de items opgeteld worden tot een somscore, die dan een maat aangeeft voor de plaats van de huisarts op de attitudeschaal.

Resultaten

Tabel 4.24. geeft de frequentieverdeling van de 6 items van de lijst. Uit deze tabel leren we dat de opvattingen van de huisartsen vooral gaan in de richting van het nemen van weinig risico's, het zekere voor het onzekere nemen. We stellen vast dat de items voldoende spreiden.

TABEL 4.24: Opvattingen van huisartsen in verband met defensieve opstelling: frequentieverdeling in percentages (N=88)

	helemaal akkoord	grotendeels akkoord	deels akkoord, deels niet akkoord	eerder niet akkoord	volstrekt niet akkoord
In twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten (ALGUIT1)	15	27	42	15	1
In zijn beleid dient een huisarts ervan uit te gaan dat veel klachten vanzelf overgaan (ALGUIT2)	14	40	33	10	3
Een huisarts moet op somatisch vlak alles doen om de oorzaak van klachten op te sporen (ALGUIT3)	19	30	38	9	4
Als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen (ALGUIT4)	23	38	25	11	3
Als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan (ALGUIT5)	31	38	19	12	-
Op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen (ALGUIT6)	21	34	27	18	-

Principale componenten-analyse op de 6 items levert een eerste factor op die 46,0% van de variantie verklaart (naast een tweede factor met 17,4% verklaarde variantie). Tabel 4.25. geeft de lading op de eerste factor.

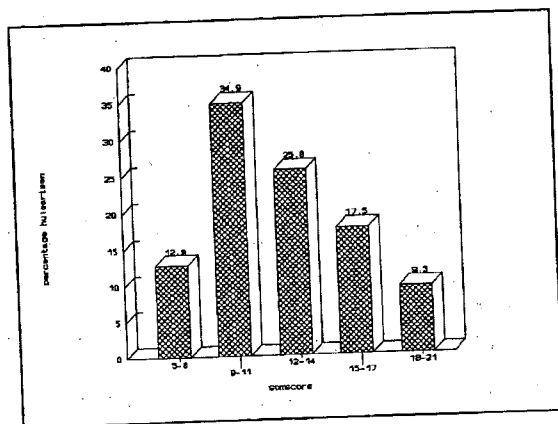
TABEL 4.25: Factorlading eerste factor (Defensieve opstelling)

Item	Factorlading
ALGUIT1	0.74
ALGUIT2	0.03
ALGUIT3	0.72
ALGUIT4	0.79
ALGUIT5	0.57
ALGUIT6	0.83

Alle items behalve item 2, laden hoog op de factor, zoals eveneens gerapporteerd in het onderzoek van De Maeseneer (1989). De verklaring voor het uitvallen van item 2 kan zijn dat dit item als enige geformuleerd is in de richting van een meer huisartsgeneeskundige oriëntatie. De betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) van de schaal bekomen met de vijf overige items bedraagt 0,79. We gebruiken verder de somscore van deze schaal. Deze loopt theoretisch van 5 (sterk defensieve attitude) tot 25 (sterke huisartsgeneeskundige oriëntatie). Fig. 4.8 geeft een overzicht van de verdeling van de somscores. De gemiddelde somscore in ons onderzoek is 12,1 (SD=3,8, modus=9, min=5, max=21) en komt sterk overeen met het gemiddelde van De Maeseneer⁷ 11,2).

⁷ Het gemiddelde bij de Maeseneer = 18,8 maar de schaal loopt hier van 5 (sterk huisartsgeneeskundige oriëntatie) tot 25 (weinig huisartsgeneeskundige oriëntatie). Omgezet naar onze schaal krijgen we dus een gemiddelde van $5 + (25 - 18,8) = 11,2$.

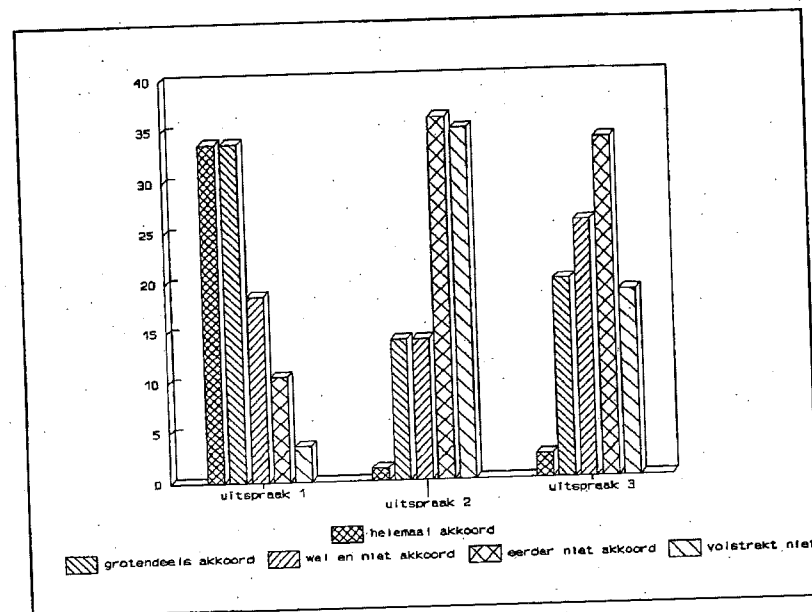
FIGUUR 4.8: Frequentieverdeling van de somscores "Defensieve opstelling" (n=88)



Tussen Waalse en Vlaamse artsen vinden we geen significant verschil in defensieve attitude.

Tenslotte werden nog drie minder voor de hand liggende vragen aan de artsen voorgelegd (zie figuur 4.9.). De veronderstelling was dat artsen die bevestigend antwoorden op de eerste uitspraak (van dieren houden) en ontkennend antwoorden op de uitspraken twee en drie (geen onzekerheid wensen) defensief gericht zijn. Dit werd door de resultaten echter niet bevestigd. Bijgevolg werden deze variabelen in de verdere analyse weggelaten. Volledigheidshalve geven we de frequentieverdeling van de antwoorden in figuur 4.9.

FIGUUR 4.9: Attitude van de arts t.o.v. dieren en t.o.v. het nemen van risico's.



Uitspraak 1: Ik hou van dieren.

Uitspraak 2: In hou van kansspelen.

Uitspraak 3: Ik vind dat men bij beleggingen risico's moet durven nemen.

4.6.2. Attitude van de artsen met betrekking tot het toekennen van arbeidsongeschiktheid.

Ten aanzien van het meten van taakopvattingen van artsen, in het bijzonder met betrekking tot het toekennen van arbeidsongeschiktheid door huisartsen, is weinig onderzoek bekend (zie hoofdstuk 2, literatuurstudie). Wel verrichtte Kaiser (1992) onderzoek naar taakopvattingen van verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen. Dit betrof echter enkel de Nederlandse situatie, waardoor we niet zonder meer konden terugvallen op zijn

meetinstrument. Zijn onderzoek richtte zich specifiek op de opvattingen van laatst genoemde artsen over de meest gewenste *taakhoud, taakgerichtheid en taakomvang*, in verband met de beoordeling, de controle en de begeleiding van de arbeidsongeschikte werknemers. Bij de samenstelling van zijn vragenlijst *Taakopvattingen* ging Kaiser uit van de taken zoals die voortvloeiden uit de "Ziektewet" en de interpretatie van deze taken door bedrijfsverenigingen.

Als uitgangspunt voor onze vragenlijst over *Opinies en attitudes van huisartsen in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid*, kozen we voor het taakopvattingensmodel van Kaiser, waarbij specifieke verzekeringsgeneeskundige taakaspecten werden weggelaten of vervangen door specifieke opvattingen van huisartsen in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid. Ook namen we die aspecten van de arbeidsongeschiktheid op waarover in 1993 discussies gevoerd werden in de beschouwende literatuur: het nut van de attestering van arbeidsongeschiktheid door de huisarts (Donceel P, 1993; Donceel W, 1990; Toon, 1992; Watrin, 1993).

Methode

De uitspraken konden beantwoord worden op de 5-puntenschaal van Likert. Score 1 en 2 samen werden beschouwd als een "akkoord gaan met de uitspraak", score 4 en 5 samen als een "niet akkoord gaan" en score 3 als een onuitgesproken opinie. Met een factoranalyse (zie hoger) gingen we na of het mogelijk was met deze uitspraken een aantal clusters te vormen, die leidden tot reductie van het aantal variabelen.

Resultaten

Tabel 4.26. geeft de frequentieverdeling in percentages van de opvattingen van huisartsen in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid (naar Kaiser, 1992). De uitspraken zijn ingekort weergegeven, voor een volledige weergave zie bijlage 2.3.

TABEL 4.26: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen van huisartsen in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid (naar Kaiser, 1992). N = 88.

Uitspraken i.v.m. toekennen van AO	ja (=score 1+2) %	geen opinie (=score 3) %	neen (=score 4+5) %
1. Bij veel patiënten bestaat neiging tot misbruik van het ziekte-attest (UITSP1)	21	39	40
2. Mijn taak bij het attesteren is het ziekteverlof zo kort mogelijk te houden (UITSP2)	36	32	31
3. Frequent kortdurend verzuim kan een uiting zijn van een slechte inefficiënte organisatie van het bedrijf (UITSP3)	49	33	18
4. Frequent kortdurend verzuim kan een uiting zijn van relationele problemen op het werk (UITSP4)	66	25	9
5. Ik beschik over onvoldoende informatie over het werk van patiënt om de AO goed te kunnen beoordelen (UITSP5)	28	26	46
6. Meer richtlijnen zijn nodig over hoe je de duur van het ziekteverlof bepaalt (UITSP6)	24	20	57
7. Meer inspanningen van bedrijven en bedrijfsartsen zijn nodig, om de huisartsen goede informatie te verstrekken over AO (UITSP7)	44	33	23
8. Meer overleg is nodig tussen huisarts en bedrijfsarts (UITSP8)	60	22	18
9. Meer overleg is nodig tussen huisarts en controle-arts (UITSP9)	66	18	17
10. Meer medewerking vanuit bedrijf is nodig bij problemen rond AO (UITSP10)	52	25	23

Eén vijfde van de ondervraagde artsen gaat akkoord met de uitspraak dat er bij veel patiënten de neiging bestaat om misbruik te maken van het ziekte-attest (Tabel 4.26, uitspraak 1). Iets meer dan één derde van de artsen heeft geen uitgesproken mening en 40% is het er niet mee eens. Iets meer dan één derde van de artsen is het er mee eens dat de taak van de arts bij het geven van ziekteverlof erin bestaat dit verlof zo kort mogelijk te houden (uitspraak 2). Iets minder dan één derde van de artsen gaat hiermee niet akkoord. Ongeveer de helft van de artsen vindt dat frequent kortdurend verzuim een uiting kan zijn van een slechte inefficiënte organisatie van het bedrijf (uitspraak 3), terwijl zelfs twee derde van de artsen vindt dat dit een uiting kan zijn van relationele problemen

op het werk (uitspraak 4). Verder blijkt er in de gang van zaken rond het toekennen van arbeidsongeschiktheid vooral wat te schorten aan de samenwerking tussen artsen. Volgens ongeveer twee derde van de huisartsen zouden zij meer moeten kunnen overleggen met bedrijfsartsen (uitspraak 8) en met controle-artsen (uitspraak 9). De helft van de artsen ervaart te weinig medewerking van de kant van het bedrijf bij problemen rond arbeidsongeschiktheid (uitspraak 10). Volgens 44% van de artsen zouden bedrijven en bedrijfsartsen meer inspanningen moeten doen om de huisartsen op dit domein goed te informeren (uitspraak 7). Daarentegen verwacht slechts één op vier van de huisartsen meer concrete richtlijnen over de duur van het ziekteverlof (uitspraak 6) en bijna de helft meent over voldoende informatie te beschikken over het werk van de patiënt om de arbeidsongeschiktheid goed te kunnen beoordelen (uitspraak 5). Ruim één vierde van de artsen zegt hierover onvoldoende te weten.

De opvattingen over de noodzaak van een goede werkrelatie tussen de curatieve sector (vnl. de huisarts) en de bedrijfs- en controle-artsen komen niet overeen met de bevindingen van Kaiser (1992). Uit zijn onderzoek blijkt dat de Nederlandse arts, die oordeelt over het ziekteverlof slechts in één derde van de gevallen een goede werkrelatie met de curatieve sector nodig acht, terwijl de helft van de verzekeringsartsen zulk een samenwerking niet nodig acht voor een goede begeleiding van de zieke werknemer.

Wat de medewerking van de kant van het bedrijf betreft, komen de bevindingen van de Belgische huisarts dan weer goed overeen met deze van de Nederlandse verzekeringsarts. Iets meer dan de helft van deze artsen vindt dat de medewerking van het bedrijf bij problemen rond arbeidsongeschiktheid onvoldoende is.

Principale componenten-analyse op de 10 items levert 3 inhoudelijk consistente vragenclusters op. Uit de factorladingen blijken items 5 tot en met 10 gecorreleerd te zijn met een eerste factor, die 33,7% van de variantie verklaart. Items 3 en 4 zijn gecorreleerd met een tweede factor die 18,3% van de variantie verklaart en items 1 en 2 met een derde factor die 13% verklaart. Het percentage van de totale verklaarde variantie is eerder aan de lage kant, hetgeen betekent dat we vrij veel informatie verliezen door reductie van de 10 items tot 3 dimensies.

Wel vinden we deze 3 dimensies, in aangepaste vorm, terug in het onderzoek van Kaiser. De eerste factor (items 5 tot en met 10) zegt ons iets over *de condities (de informatie en de samenwerking)* waaraan volgens de arts moet voldaan worden bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid. De tweede factor (items 3 en 4) betreft het hebben van *inzicht in arbeid en arbeidsomstandigheden*. Deze bedrijfsinformatie kan leiden tot een preventieve aanpak van het verzuim. De Nederlandse verzekeringsartsen blijken duidelijk minder

behoefte te hebben aan deze bedrijfsinformatie dan de Belgische huisartsen. De derde factor geeft aan in welke mate het handelen van de arts in het licht staat van de controle. Deze factor maakt een onderscheid tussen sterk *controleerend beoordelen* en niet of weinig controleerend beoordelen en kunnen we vergelijken met de bevindingen van Kaiser. 38% van de Nederlandse verzekeringsartsen is sterk controle-gericht ten opzichte van 28% van de Belgische huisartsen. Tussen Belgische huisartsen die naast hun huisartsgeneeskundige activiteit ook nog controlegeneeskunde uitoefenen en deze die dit niet doen, vonden we geen significant verschil in deze taakopvatting.

Tabellen 4.27, 4.28, 4.29, 4.30 en 4.31 geven de frequentieverdeling in percentages van de opvattingen van de huisartsen over 5 items betreffende de voor- en nadelen van de attestering.

Uit de antwoorden op de volgende uitspraken blijkt dat de artsen grotendeels tevreden zijn met het systeem van verplicht attesteren. Zo vindt een groot deel van de artsen het attesteren van arbeidsongeschiktheid zeker geen hinderpaal voor een goede relatie met de patiënt (uitspraak 11). Bij attesten voor 1 dag is dit iets minder uitgesproken (ongeveer 27% ervaart wel hinder voor de uitbouw van een goede arts-patiënt relatie)

TABEL 4.27: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 11 (UITSP11A, B, C, D), N = 88.

Uitspraak 11: Ik vind dat het attesteren van arbeidsongeschiktheid voor de huisarts een hinderpaal is voor een goede arts-patiënt relatie, bij					
attesten voor:	helemaal akkoord	grotendeels akkoord	deels wel en deels niet akkoord	eerder niet akkoord	volstrekt niet akkoord
1 dag (UITSP11A)	11,8	15,3	9,4	25,9	37,6
2 dagen (UITSP11B)	4,7	10,6	14,1	32,9	37,6
3 dagen (UITSP11C)	2,4	8,2	14,1	35,3	40
> 3 dagen (UITSP11D)	2,4	8,2	9,4	35,3	44,7

Bij uitspraak 12 zijn de meningen verdeeld. Het aandeel artsen dat het volstrekt niet of eerder niet eens is met deze uitspraak ligt hoger dan diegenen die helemaal of grotendeels akkoord gaan, voor die gevallen waar 1 of 2 dagen wordt geattesteerd. Dit is juist andersom voor de attesten van 3 dagen of meer. Hier stemmen meer artsen ermee in dat het attesteren een voordeel is voor een goede arts-patiëntrelatie.

TABEL 4.28: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 12 (UITSP12A, B, C, D), N = 88.

Uitspraak 12: Ik vind dat het attesteren van arbeidsongeschiktheid voor de huisarts een voordeel is voor een goede arts-patiënt relatie, bij					
attesten voor:	helemaal akkoord	grotendeels akkoord	deels wel en deels niet akkoord	eerder niet akkoord	volstrekt niet akkoord
1 dag (UITSP12A)	9,4	18,8	23,5	24,7	23,5
2 dagen (UITSP12B)	10,6	23,5	28,2	16,5	21,2
3 dagen (UITSP12C)	11,8	29,4	24,7	15,3	18,8
> 3 dagen (UITSP12D)	12,9	28,2	23,5	18,8	16,5

Een meerderheid van de artsen gaat eerder niet of volstrekt niet akkoord met de uitspraak dat het een hele opluchting zou zijn indien de arts van de taak van het attesteren van arbeidsongeschiktheid werd verlost (uitspraak 13). Dit percentage stijgt nog naarmate het aantal te attesteren dagen toeneemt (ongeveer 70% wanneer het aantal dagen groter is dan drie).

TABEL 4.29: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 13 (UITSP13A, B, C, D), N = 88.

Uitspraak 13: Het zou een hele opluchting voor mij zijn als ik van de taak van het attesteren van arbeidsongeschiktheid werd verlost bij:					
attesten voor:	helemaal akkoord	grotendeels akkoord	deels wel en deels niet akkoord	eerder niet akkoord	volstrekt niet akkoord
1 dag (UITSP13A)	20,2	13,1	11,9	21,4	33,3
2 dagen (UITSP13B)	14,3	11,9	15,5	25	33,3
3 dagen (UITSP13C)	11,9	7,1	16,7	25	39,3
> 3 dagen (UITSP13D)	9,5	4,8	15,5	28,6	41,7

Meer dan de helft van de artsen beschouwt het attest als een nuttig middel in de therapie (uitspraak 14). Zij kennen ziekteverlof toe als het geven van een voorschrift voor rust. 17% van de artsen vindt het attest daarvoor niet nuttig.

TABEL 4.30: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 14 (UITSP14), N = 88.

Uitspraak 14 : Het attesteren van arbeidsongeschiktheid beschouw ik als een nuttig middel in de therapie.				
helemaal akkoord	grotendeels akkoord	deels wel en deels niet akkoord	eerder niet akkoord	volstrekt niet akkoord
20	36	27	9	8

Het aandeel artsen dat zich bij het attesteren vaak in een moeilijke positie bevindt is 23% t.o.v. 44% dat hier geen hinder van ondervindt (uitspraak 15).

TABEL 4.31: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 15 (UITSP15), N = 88.

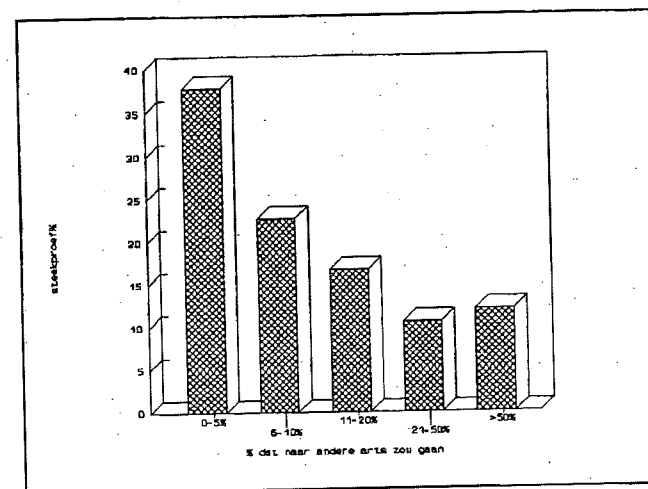
Uitspraak 15: Als huisarts bevindt ik me bij het attesteren vaak in een moeilijke positie: "als ik neen zeg, voel ik me schuldig".				
helemaal akkoord	grotendeels akkoord	deels wel en deels niet akkoord	eerder niet akkoord	volstrekt niet akkoord
7	16	33	28	16

Principale componenten-analyse op deze 5 items (in feite 14 uitspraken), levert 4 factoren op. Uit de factorladingen blijken uitspraken 13 en 14 (met een tegengesteld teken) gecorreleerd te zijn met een eerste factor, die 40% van de variantie verklaart. Deze factor geeft aan in welke mate de huisarts het attesteren als een *nutig middel in de therapie* beschouwt. Voor huisartsen die het attest nuttig vinden in de behandeling, zou het geen opluchting zijn indien het attest werd afgeschaft en zij dus van de taak van het

attesteren werden verlost. Uitspraken 12 A, 12 B, 12 C en 12 D (attesten van 1 dag tot en met langer dan drie dagen) zijn gecorreleerd met een tweede factor die 23% van de variantie verklaart. Deze factor geeft aan in welke mate de huisarts de mogelijkheid tot het attesteren van ziekteverlof beschouwt als *voordelig in de uitbouw van een goede arts-patiëntrelatie*. Uitspraken 11 A en 11 B zijn gecorreleerd met een derde factor die 11% verklaart en uitspraken 11 C, 11D en 15 met een vierde factor die 10% verklaart. Deze derde en vierde factor geven aan in welke mate de huisarts het attesteren ervaart als een *hinderpaal voor een goede arts-patiëntrelatie* en dit voor respectievelijk *kortdurende* attesten van 1 tot 2 dagen en *langerdurende* attesten van 3 dagen of meer.

Figuur 4.10 geeft de percentages weer van de patiënten die regelmatig ziek zijn en die volgens de huisarts naar een andere arts zouden gaan, wanneer ze naar hun gevoel te weinig ziekteverlof voorgeschreven krijgen. 37,8% van de artsen uit de steekproef denkt dat minder dan 6% van hun patiënten naar een andere huisarts zouden gaan als naar hun mening het ziekteverlof te kort is. Slechts 12% van de artsen denkt dat meer dan 50% van de patiënten hun toevlucht zouden zoeken bij een andere huisarts indien naar hun mening de arts te weinig ziekteverlof zou voorschrijven.

FIGUUR 4.10: percentage van de patiënten die regelmatig ziek zijn en die volgens de huisarts naar een andere arts zouden gaan, indien ze naar hun gevoel te weinig ziekteverlof voorgeschreven krijgen.



4.6.3. Bivariate samenhangen tussen de attitude-elementen en het voorschrijfgedrag van de huisarts.

Voor het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid door de huisarts gebruiken we twee indicatoren:

1. het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid
2. de toegekende arbeidsongeschiktheidsduur op een eerste attest

De bivariate analyse geeft hier een eerste indruk over de samenhang tussen de attitudes van de huisartsen en het feitelijk handelen met betrekking tot het attesteren. We deden dit telkens voor elk van de 4 diagnoses afzonderlijk en voor de vier diagnoses samen.

Tabel 4.32 geeft een overzicht van de bivariate samenhangen tussen de attitudekenmerken en de toegekende arbeidsongeschiktheidsduur op een eerste attest. Hierbij werd een variantie-analyse gebruikt. Voor de factoren uit de factoranalyse werd een correlatiecoëfficiënt berekend.

Tabel 4.33 toont de bivariate samenhangen tussen attitudekenmerken en de kans op het uitschrijven van een attest. Hierbij gebruikten we de χ^2 -toets.

Arbeidsongeschiktheidsduur (tabel 4.32).

We bespreken eerst de samenhang tussen de attitude van de arts en de duur van een eerste attest. Tot nu toe is er noch in Vlaams onderzoek, noch in buitenlands onderzoek een dergelijke samenhang aangetoond (De Maeseneer, 1993). Als mogelijke verklaring hiervoor wordt de complexiteit en de interactie van de verschillende factoren die een rol spelen bij het uitschrijven van attesten aangehaald. Onze analyse bracht echter wel een aantal samenhangen naar voor.

Huisartsen die vinden dat er meer overleg nodig is tussen huisartsen en controle-artsen (UITSP9) schrijven attesten uit van langere duur dan hun collega's die het hiermee oneens zijn. Dit is zo voor de vier diagnoses samen en in het bijzonder voor griep. Hetzelfde geldt voor huisartsen die vinden dat op somatisch vlak alles moet gedaan worden om de oorzaak van klachten op te sporen (ALGUIT3). Verder kennen huisartsen die het at-testeren beschouwen als een nuttig middel in de therapie (UITSP14) eveneens significant langere ziekteverloven toe. In tegenstelling tot wat we verwachten geven artsen die zeggen dat meer dan 10% van hun patiënten naar een andere arts zou gaan wanneer zij naar hun gevoel te weinig ziekteverlof zouden krijgen (UITSP16) minder ziekteverlof.

Uiteraard gaat het hier slechts om een bivariate analyse. We zullen in hoofdstuk vier nagaan in hoeverre deze relaties overeind blijven wanneer gelijktijdig meerdere variabelen opgenomen worden.

TABEL 4.32: Bivariate samenhangen tussen attitudes en opinies van de arts en de duur van een eerste attest (N=2021)

Uitspraken	4 diagnoses samen	verkoudheid	griep	lage rugpijn	psychische overbelasting
UITSP1					*2
UITSP2			**		
UITSP3	*				
UITSP4			**		
UITSP5	*			*	
UITSP6					
UITSP7					
UITSP8					
UITSP9	*		***5 1>2 en 1>3		
UITSP10			*3 2>3		
UITSP11A					
UITSP11B			**2 1<3		**
UITSP11C					
UITSP11D					
UITSP12A					
UITSP12B			*		**
UITSP12C					
UITSP12D					
UITSP13A					
UITSP13B					**3 2>3
UITSP13C					
UITSP13D					
UITSP14	**		*		
UITSP15					
UITSP16	** 1>2	** 1>2	** 1>2		
ALGUIT1					
ALGUIT2					
ALGUIT3	***1 1>2		***1 1>2		
ALGUIT4	***3 2>3		***1 1>2		**2 1<3
ALGUIT5					
ALGUIT6			*		

* 0,05 < p ≤ 0,10
 ** 0,01 < p ≤ 0,05
 *** p ≤ 0,01

significante groepsverschillen staan vermeld onder de *:
 groep 1 (score 1+2) = eens
 groep 2 (score 3) = deels eens, deels oneens
 groep 3 (score 4+5) = oneens

Tussen de factoren, bekomen uit de factoranalyse op basis van deze uitspraken, en de duur op een eerste attest bestond geen significante correlatie.

Kans op een attest (tabel 4.33).

Deze paragraaf geeft de samenhang weer tussen de attitude van de huisarts en het al dan niet uitschrijven van een attest. Huisartsen die vinden dat er bij veel patiënten de neiging bestaat misbruik te maken van het ziekte-attest (UITSP1), zijn minder geneigd tot het uitschrijven van een attest. Dit geldt ook voor huisartsen, die vinden dat bedrijven en bedrijfsartsen meer informatie moeten verstrekken (UITSP7), en die meer overleg wensen met bedrijfsartsen (UITSP8) en met controle-artsen (UITSP9). Huisartsen die het als hun taak beschouwen het ziekteverlof zo kort mogelijk te houden (UITSP2) zijn daarentegen eerder geneigd tot het geven van een attest, voor de vier diagnoses samen en in het bijzonder voor griep. De kans op een attest vergroot ook wanneer de arts ermee instemt dat frequent kortdurend verzuim een uiting kan zijn van een slechte bedrijfsorganisatie (UITSP3) of van relationele problemen op het werk (UITSP4). Ook wanneer de arts te weinig meewerking van het bedrijf ervaart bij problemen rond arbeidsomgeschiktheid (UITSP10) is de kans op het geven van een attest groter. Artsen die de mogelijkheid tot attesteren voordelig vinden voor de arts-patiëntrelatie (UITSP12) zijn eerder geneigd tot het uitschrijven van een attest. Bij de artsen die het attesteren ervaren als een hinderpaal in de arts-patiëntrelatie (UITSP11) is de interpretatie van de X²-toets moeilijker: zij geven vooral voor een diagnose van psychische overbelasting eerder een attest. Artsen voor wie het een opluchting zou zijn om van het attesteren te worden verlost (UITSP13) vertonen minder kans tot het toekennen van ziekteverlof, terwijl artsen die het attesteren als een nuttig behandelingsmiddel beschouwen (UITSP14) dan weer meer kans vertonen. Artsen die beweren dat zij zich niet "schuldig" voelen bij weigering van een attest (UITSP15) zijn minder geneigd tot attesteren, dan artsen die hierover geen uitgesproken opinie hebben. Artsen die zeggen dat minder dan 10% van hun patiënten naar een andere arts zou gaan in geval van ontevredenheid over het ziekteverlof (UITSP16) geven eerder een attest dan hun collega's die zeggen dat dit percentage meer dan 10% bedraagt. Ten slotte geven de meeste uitspraken die betrekking hebben op een defensieve houding (ALGUIT1,3,4,5,6) een grotere kans op het uitschrijven van een attest.

TABEL 4.33: Bivariate samenhangen tussen attitudes en opinies van de arts en de kans op het uitschrijven van een eerste attest (N=2021)

Uitspraken	4 diagnoses samen	verkoudheid	griep	lage ruggijn	psychische overbelasting
UITSP1			**		
UITSP2	***	**			
UITSP3	***	***	***		
UITSP4	**		***		
UITSP5					
UITSP6		*			
UITSP7	**		***		
UITSP8	*	**	***	**	
UITSP9	***		***	**	
UITSP10	***	***	***	**	
UITSP11A		*			
UITSP11B	****	***		*	
UITSP11C	*	**	**		
UITSP11D			*		
UITSP12A	***	***	***		
UITSP12B	***	***	***		
UITSP12C	***	***	***		
UITSP12D	***	***	***		
UITSP13A		***			
UITSP13B	***	***			
UITSP13C	*		**		
UITSP13D			***		
UITSP14	***	***	***		
UITSP15			***		
UITSP16	**				
ALGUIT1	***	*		***	
ALGUIT2				***	
ALGUIT3	***		***	**	
ALGUIT4	***	***	*		
ALGUIT5	***	***	***		
ALGUIT6	***	*	***	***	

* 0,05 < p ≤ 0,10
 ** 0,01 < p ≤ 0,05
 *** p ≤ 0,01

4.7. SAMENVATTING EN BESLUIT

De artsen schrijven gemiddeld in 15,3% van hun contacten in de beroepsbevolking (huisbezoeken en consultaties samen) een attest uit. De Maeseneer (1993) en Tellnes (1989) rapporteren analoge bevindingen.

Verder is het vooral *kortdurend verzuim* dat wordt voorgeschreven: in 97% van de gevallen betreft het attesten van minder dan 14 dagen. Ook deze cijfers worden door De Maeseneer (1993) bevestigd. De gemiddelde duur per attest bedraagt 4,8 dagen. Dit gemiddelde geldt zowel voor alle uitgeschreven attesten als voor attesten uitgeschreven voor de diagnoses griep, verkoudheid, lage rugpijn en psychische overbelasting samen.

De verzuimduur verschilt wel significant tussen de diagnoses onderling: voor verkoudheid geeft de arts gemiddeld 3,5 dagen, voor griep 4,3 dagen, voor lage rugpijn 6,6 dagen en voor psychische overbelasting 7,6 dagen.

Het ziekteverlof wordt voornamelijk uitgeschreven in het begin van de week. Dit blijkt zowel uit de registratie van ziekteverlofgegevens voor alle mogelijke diagnoses als uit de registratie voor de vier hogervermelde diagnoses. Daarnaast stellen we vast dat de duur van het voorgeschreven verzuim varieert naargelang de dag waarop het uitgeschreven wordt. Er bestaat een tendens om de week 'uit te schrijven'. Het komt ook overeen met de bevindingen uit de literatuur (Carne, 1969 en Rutle, 1983).

Hieruit kunnen we afleiden dat de 88 huisartsen uit de steekproef in hun voorschrijfgedrag van arbeidsongeschiktheidsattesten vrij goed voldoen aan de algemene wetenschappelijke bevindingen.

De kosten die het verzuim met zich brengt kunnen in 2 categorieën opgesplitst worden. Er zijn de *medische kosten* van de interventies door de huisarts uitgevoerd of voorgeschreven. Deze bedragen gemiddeld 1.732 BF, waarvan ongeveer 27 % ten laste van de patiënt. De medische kosten zijn significant verschillend voor de verschillende diagnoses. Ze zijn het laagste voor griep (1.439 BF) gevolgd door verkoudheid (1.716 BF), psychische overbelasting (2.235 BF) en lage rugpijn (2.488 BF). De kosten van de consultatie van de huisarts en van de voorgeschreven geneesmiddelen wegen het zwaarst door in de medische kosten (met elk een relatief aandeel van ongeveer 40 %).

Een tweede categorie van verzuimkosten zijn de *loonkosten* voor de werkgever. Ze lopen op tot 16.000 BF per verzuimperiode, wat overeenkomt met ongeveer 3.700 BF per verzuimdag. De uitkeringen van het RIZIV en de gedeerde inkomsten van het RIZIV zijn

relatief onbelangrijk aangezien het hier gaat over kortdurend verzuim; we kunnen er geen valiede uitspraken over doen.

Vrouwen geven relatief meer familiale verzuimredenen op dan mannen. Ook patiënten met een lager *opleidingsniveau* en een lager *bruto-maandloon* melden zich vaker om deze redenen ziek. Wat het type werk betreft, halen vooral patiënten uit de *welzijnssector* deze verzuimredenen aan. Met de *leeftijd* stijgt het aandeel arbeidsgebonden verzuimredenen. Volgens de literatuurstudie van Klein Hesselink (1993, p.20) speelt dit in sommige bedrijfstakken een belangrijke rol, bijvoorbeeld in de bouwsector. Daarnaast haalt hij echter ook de studie van van 't Hullenaar e.a. aan (1982). Deze toont dan weer aan dat jongere werknemers de belasting door het werk gemiddeld zwaarder beoordelen dan de oudere werknemers.

Zoals Tellnes (1990), stellen we een *wisselwerking* vast tussen de *thuisituatie* van de patiënt en zijn *werksituatie*. De combinatie van gezinstaken en werkbelasting, vooral door vrouwen als stresserend ervaren, geeft aanleiding tot het opgeven van meer familiale en arbeidsgebonden verzuimredenen, dit ten koste van strikt medische verzuimredenen. Ook patiënten die klagen over weinig medezeggenschap op het werk geven zowel arbeidsgebonden als familiale verzuimredenen op. Uit deze wisselwerking tussen problemen thuis en moeilijkheden op het werk concludeerde Tellnes (1990) dat een nauwe samenwerking tussen de eerste-lijnsgezondheidszorg en een arbeidsgeneeskundige dienst zeer belangrijk is voor de verstrekking van goede medische zorg en voor preventie van verzuim. Uit dit onderzoek blijkt echter dat twee derde van de huisartsen het overleg tussen de bedrijfsarts en de huisarts onvoldoende vindt.

Verder stellen we vast dat de score op de *Coop Function Charts* in verband met de algemene gezondheidstoestand, de sociale ondersteuning en de kwaliteit van het leven, zoals beoordeeld door de patiënten, een aanwijzing geeft voor de mogelijke redenen tot arbeidsongeschiktheid. Een slechte score voor deze drie items wijst in de richting van minder strikt medische en meer familiale en arbeidsgebonden verzuimredenen. Wilkin e.a. (1992) en van Weel (1993) stelden reeds vast dat deze charts ook, naast het meten van de gezondheidstoestand van de patiënt, het ziekteverzuim in zekere zin kunnen voorspellen. In ons onderzoek vinden we eveneens aanwijzingen voor het feit dat deze charts indirect inzicht kunnen geven in de achtergrond van het verzuim.

Bij de beslissing over het toekennen van arbeidsongeschiktheid blijkt de huisarts te vertrekken van het vermoeden van goede trouw ten opzichte van de patiënt, hetgeen ethisch verantwoord is. Er moeten al ernstige redenen zijn om dit vermoeden opzij te zetten. Subjectief meegedeelde gevoelens van fysisch of psychisch onwelbevinden kunnen

immers wel degelijk ziekteverschijnselen zijn, ook al kan de arts geen objectieve of medische elementen vaststellen. Daarbij is de overgang van functionele klachten (vb. rugpijn zonder een afwijkend klinisch onderzoek) naar een reële aandoening (vb. een lumbago of verschoot) vloeiend. Hiermee bedoelen we dat de objectieve, fundamentele tekenen soms pas na enige tijd duidelijk zijn.

Arbeidsongeschiktheid is nooit een louter medisch begrip. Dit blijkt uit het feit dat ook de werksituatie van de patiënt in de beoordeling betrokken wordt. De huisarts bespreekt voornamelijk twee groepen verzuimbevorderende factoren met de patiënt:

1. werkbezwaren zoals fysisch of psychisch belastende werkomstandigheden. Bij lage rugpijn blijkt de huisarts dit zelfs in 2/3 van de contacten op te sporen.
2. een minder goede sociale organisatie van het bedrijf. Hierbij heerst er vaak een klimaat waarin weinig aandacht wordt geschonken aan onderlinge verhoudingen en communicatie en waarbij geen delegatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden plaatsvindt. Deze bedreigende werksituatie ontdekt de huisarts vooral bij klachten van psychische decompensatie: namelijk in meer dan één derde van deze contacten.

De formule "arbeidsongeschiktheid wegens familiaal verlof" zou in principe de hoeveelheid niet-medische attesten moeten verminderen. Toch blijven ze bestaan omdat dit verlof een maximum kent van 10 dagen per jaar, onbezoldigd is en soms omwille van personeelstekort niet mag worden opgenomen door de werkgever (Deberdt, 1992).

In vergelijking met de andere diagnoses, zegt de huisarts bij psychische overbelasting meer rekening te houden met het verzuimverleden van de patiënt. Dit kan erop wijzen dat de arts zich bij deze atypische klachten wat minder zeker voelt en zich in sommige gevallen een opinie tracht te vormen over de betrouwbaarheid van de patiënt, door het verzuimverleden in zijn oordeel te betrekken (zie ook Mudde, 1992 en van Eck, 1990). Nochtans strookt zijn werkelijk gedrag hier niet met zijn intentionele houding. Patiënten met een verzuimverleden krijgen in werkelijkheid significant meer dagen verzuim.

Het attest bevestigt het *legitieme karakter van de afwezigheid* aan de werkgever en de collega's van de werknemer. Voor de werknemers is dit het belangrijkste argument om het attest te behouden. Meer dan drie vierde is voorstander van het attest, meestal omdat zij menen dat er zonder verplicht attest misbruik zou gemaakt worden van afwezigheden op het werk. Gezien deze lage tolerantie van "werkenden" tegenover "verzuimenden" biedt het attest voor de werkelijk zieken een veilig middel om in alle rust uit te zieken. De ziekmeldingsdrempel in dit onderzoek ligt hoog, meer dan één op vijf van de patiënten werkt langer dan één week ziek door. Dit wijst in de richting van het feit dat het attest

een *psychologische barrière* is. De tegenstanders van het attest zijn vooral patiënten met een sociale problematiek thuis of op het werk.

Meer dan de helft van de artsen beschouwt het attest als een *nuttig middel in de therapie*. Zij kennen ziekteverlof toe als het geven van een voorschrift voor rust. Twee derde van de artsen ziet het attesteren van arbeidsongeschiktheid niet als een hinderpaal voor een goede arts-patiëntrelatie. In tegenstelling tot de resultaten uit de bestaande literatuur, vonden we een bivariaat verband tussen attitudes en opinies van huisartsen in verband met de attestering. In een multivariate analyse zal verder worden nagegaan of dit verband overeind blijft.

HOOFDSTUK 5: VERKLARENDE ANALYSE

In dit deel van het empirisch onderzoek trachten we eerst een antwoord te vinden op de vraag: in welke mate is er een samenhang tussen het toekennen van AO door de arts voor verkoudheid, griep, lage rugpijn en stress en de arts- en patiëntkenmerken. Aangezien in onze steekproef ook individuen voorkomen die geen ziekteverlof voorgeschreven kregen, splitsen we de analyse in twee delen:

- 1) In een eerste fase schatten we de *kans op het toekennen van ziekteverlof d.m.v. een 'eerste' attest*
- 2) In een tweede fase trachten we de *duur van het toegekende ziekteverlof te verklaren*

Wat de duur van het ziekteverlof betreft, verklaren we zowel de duur van het eerste attest als de *totale duur van de ziekteperiode*. Vanuit socio-economisch gezichtspunt is het immers vooral van belang de determinanten van de totale duur van een ziekteperiode te kennen. Vanuit de beslissingspraktijk van de huisarts is het vooral nuttig om de factoren te kennen die een effect hebben op de *duur van een eerste attest*, omdat de beslissing van de huisarts in eerste instantie betrekking heeft op een eerste attest. Na verdere evolutie van de ziekte neemt de huisarts mogelijkerwijze een tweede beslissing over een verlengingsattest. Dit laatste beslissingelement kon evenwel niet door ons bestudeerd worden, door het te klein aantal verlengingsattesten.

We trachten ook inzicht te verkrijgen in de determinanten van de verzuimkosten. Voor de loonkost is er (via de wetgeving) een direct verband tussen de duur van het verzuim en de totale kosten, zodat we de determinanten uit het model van de duur kunnen achterhalen. Vervolgens trachten we een aantal determinanten op te sporen van de *totale medische kost*. Uit het aandeel van de verschillende componenten in de totale medische kost blijkt dat vooral de kosten van de huisarts (honoraria) en de kosten van voorgeschreven geneesmiddelen zwaar doorwegen. Daarom worden ook deze twee kostencomponenten van naderbij bestudeerd.

Bij het bepalen van de determinanten van de verschillende afhankelijke variabelen (i.c. het

al dan niet voorschrijven van een eerste attest, duur van een eerste attest, totale duur van een ziekteperiode en totale medische kost) hebben we zowel bivariate als multivariate statistische technieken gebruikt. Het nadeel van bivariate analyses is dat ze geen rekening houden met de invloed van zgn. 'doorkruisende variabelen', zodanig dat effecten kunnen worden toegeschreven aan verkeerde variabelen. Niettegenstaande deze beperking kunnen de resultaten van de bivariate analyses ons wel enig inzicht verschaffen in de onderzochte verbanden, vooraleer over te gaan naar multivariate analyses. Het voordeel van deze analyses is dat de verschillende variabelen gezamenlijk en in hun onderlinge samenhang worden bestudeerd.

Vooraleer over te gaan tot de bespreking van de resultaten van een aantal modellen, bespreken we eerst de verklarende (onafhankelijke) variabelen.

5.1. VERKLARENDE VARIABLEN

In de hoofdstukken 3 en 4 hebben we ruim aandacht besteed aan de verschillende arts- en patiëntkenmerken. Voor sommige van deze variabelen zal worden nagegaan of ze een invloed hebben op de te verklaren variabelen (de afhankelijke variabelen). Om het geheugen van de lezer terug op te frissen bespreken we hier kort nog eens de verschillende beschikbare kenmerken, zowel van de arts als van de patiënt met vermelding van de naam van de variabele, wanneer deze variabele in de vergelijking opgenomen werd (tussen haakjes). De exacte definitie van elke variabele (zoals ze worden opgenomen in het model) is terug te vinden in de tabellen 4.1. en 4.2.. Dezelfde definities worden gehanteerd voor alle modellen die hier aan bod komen. Wel is het zo dat voor de bivariate analyse de variabelen soms in klassen gegroepeerd moeten worden (bv voor de CHI-kwadraattoets). Voor de variabelen die besproken worden, duiden we tevens de gebruikte klassen aan.

5.1.1. Artskenmerken

Via de *arsenenquête* worden een aantal artsgebonden factoren bevraagd zoals persoonskenmerken van de arts, praktijkgegevens, onderzoek en navorming. Ook wordt naar de mening van de arts gepeild m.b.t. een aantal uitspraken betreffende arbeidsongeschiktheid en een aantal algemene uitspraken.

5.1.1.1. Personalia

De arts moet naast zijn leeftijd (LEEFT), geslacht (GESLA) en aantal jaar ervaring (ERVARING) ook meedelen aan welke universiteit hij afstudeerde (AFSTUDEERUNIV) en of hij buiten zijn normale praktijk nog andere professionele activiteiten verricht, zoals arbeids-, controle- (CONTROLE), school- of sportgeneeskunde.

5.1.1.2. Praktijkgegevens

Er wordt gevraagd in welk type praktijk de arts werkzaam is (solo-arts (SOLO), duo-praktijk,...), hoeveel prestaties hij gemiddeld per week verricht (PREPERWEEK), wat de gemiddelde tijd is die hij besteedt aan een consultatie of huisbezoek (TIJDCONTACT), of er in de regio waarin hij werkzaam is een overbezetting is aan artsen (AANTALHA) en waar zijn praktijkbevolking hoofdzakelijk woont (PRAKTIJKPLAATS).

5.1.1.3. Onderzoek en navorming

De arts moet aangeven of hij het voorbije jaar deelnam aan navormingsactiviteiten (BIJSCHOLING)(oa. voordrachten en cursussen georganiseerd door lokale kring, W.V.V.H., universiteiten, farmaceutische industrie, stafbesprekingen met specialisten, trainingen /intervisie i.v.m. psycho-sociale problemen, enz.) en hoeveel keer dit op jaarbasis is gebeurd (NAVORMING).

5.1.1.4. Attitudes van de arts

Op basis van 6 uitspraken die aan de artsen worden voorgelegd is het via factoranalyse mogelijk op een gevalideerde schaal een defensieve houding te meten (zie hoofdstuk 4). Onder een defensieve arts (DEFHOUDING) verstaan we een arts die het zekere voor het onzekere neemt, iemand die geen risico neemt en die in twijfelgevallen steeds naar een specialist verwijst. Het komt overeen met het economisch begrip risico-aversie. In de verdere analyses wordt met de factor verder gewerkt (i.p.v. met de 6 uitspraken).

Factoranalyse wordt ook toegepast op een aantal uitspraken m.b.t. het toekennen van arbeidsongeschiktheid. De bespreking van de factoren kwam ook reeds aan bod in het vorige hoofdstuk. FACTOR1 geeft aan in welke mate de arts opgelucht is wanneer hij niet hoeft te attesteren en hoe nuttig hij het attest vindt als middel in de therapie (een lage score betekent een grote opluchting en het attest is geen nuttig middel in de therapie);

FACTOR2 geeft weer in welke mate de arts de verplichte attestering een voordeel vindt (hoe lager de score, hoe groter het voordeel). FACTOR3 respectievelijk FACTOR4, duiden aan in welke mate de arts het attesteren voor 1 of 2 dagen, respectievelijk meer dan 2 dagen, een hinderpaal vindt voor een goede arts-patiënt relatie. Sommige van deze factoren worden opgenomen in een aantal van de multivariate modellen.

TABEL 5.1: Definitie van de artsgebonden variabelen

Variabele	Omschrijving (D) = dummy variabele (X) = continue variabele (C) = categorische variabele
PERSONALIA	
LEEFT	(X) = leeftijd van de arts klassen: <30 jaren; 30-39 jaren; ≥40 jaren
GESLA	(D) = 1 indien de arts=vrouw
ERVARING	(X) = aantal jaren ervaring van de arts klassen: < 5 jaren; 5-14 jaren; ≥15 jaren
HUISARTS	(D) = 1 indien huisarts de enige professionele activiteit is
CONTROLE	(D) = 1 indien de arts ook nog controle-arts is
AFSTUDEER-UNIV	(C) = Universiteit van afstuderen klassen: KUL, UIA, RUG, UCL
PRAKTIJKGEGEVENS	
SOLO	(D) = 1 indien de arts alleen werkt
PREPERWEEK	(X) = aantal prestaties per week klassen: 1-49; 50-149; ≥150
TIJDCONTACT	(X) = gemiddelde tijd die arts besteedt aan een huisbezoek
AANTALHA	(D) = 1 indien de arts vindt dat er een overbezetting is aan artsen in zijn praktijkomgeving
PRAKTIJK-PLAATS	(C) = situering van de praktijk klassen:stad, randgemeente, dorp of platteland
WOONGEBIED	(D) = 1 indien merendeel van de praktijkbevolking in de stad woont (afgeleid uit PRAKTIJKPLAATS)
ARTS	(D) = 1 indien de arts afkomstig is uit het franstalige landsgedeelte
ONDERZOEK EN NAVORMING	
ONDERZOEK	(C) = deelname van de arts aan wetenschappelijk onderzoek klassen: geen; wel met clinical trials; wel, maar geen clinical trials
BUSCHOLING	(D) = 1 indien de arts universitaire bijscholing volgt
PSYTRAINING	(D) = 1 indien de arts deelneemt aan psycho-sociale trainingen

NAVORMING	(X) = de som van de navormingsactiviteiten waaraan de arts het voorbije jaar deelgenomen heeft
ATTITUDES	
DEFHOUDING	(X) = factor, op basis van een principaalcomponenten analyse, die de defensieve houding (de mate van risico-aversie) van de arts meet (hoe lager de score, hoe defensiever de arts)
FACTOR1	(X) = factor, op basis van een principaalcomponenten analyse, die de mate van de opluchting weergeeft bij de arts indien hij van het attesteren van arbeidsongeschiktheid (ongeacht het aantal dagen) wordt verlost en hoe nuttig hij het attest vindt als middel in de therapie (een lage score betekent een grote opluchting en het attest is geen nuttig middel in therapie)
FACTOR2	(X) = factor, op basis van een principaalcomponenten analyse, die meet of de arts het attesteren (ongeacht het aantal dagen) een voordeel vindt in een goede arts-patiënt relatie (een lage score betekent dat de arts het een voordeel vindt)
FACTOR3	(X) = factor, op basis van een principaalcomponenten analyse, die meet of de arts het attesteren voor 1 of 2 dagen een hinderpaal vindt in een goede arts-patiënt relatie (een lage score betekent dat de arts het een hinderpaal vindt)
FACTOR4	(X) = factor, op basis van een principaalcomponenten analyse, die meet of de arts het attesteren voor langer dan 2 dagen, en in mindere mate voor minder dan 3 dagen, een hinderpaal vindt in een goede arts-patiënt relatie (een lage score betekent dat de arts het een hinderpaal vindt)

5.1.2. Patiëntkenmerken

In de *patiëntenquête* hebben we een aantal gegevens aan de patiënt gevraagd. Deze kenmerken kunnen we in 4 groepen indelen, nl. persoonskenmerken, gegevens over de gezins- en thuissituatie, functie- en bedrijfsgerelateerde factoren en tenslotte gegevens die de algemene gezondheidstoestand van de patiënt omschrijven.

5.1.2.1. Personalia

Naast de leeftijd (LEEFTIJD), geslacht (GESLP) en burgerlijke staat (PARTNER) wordt aan de patiënt ook het hoogst behaalde diploma (DIPLOMA) en zijn brutomaandloon (LOON) gevraagd.

5.1.2.2. Gezins- en thuissituatie

De patiënt geeft aan of hij moet instaan voor ouders, kinderen of partner die zorgbehoevend zijn (ZORG). Ook worden een aantal omstandigheden (ziek familielid, kinderopvangproblemen, scheiding, verhuis, stress door combinatie van gezins- en werkverplichtingen (STRESS)) aan de patiënt voorgelegd die een belastende invloed kunnen hebben op de gezinssituatie. De patiënt moet vervolgens aankruisen welke

factoren op hem van toepassing zijn. Het geheel wordt gevat door de variabele BELAST.

5.1.2.3. Functie- en bedrijfsgerelateerde factoren

De patiënt dient ook een aantal gegevens te verstrekken over het beroep dat hij momenteel uitoefent. Hij vermeldt zijn type werk (WERK) en zijn statuut (STATUUT). Daarnaast moet hij aankruisen welke omstandigheden op zijn werk (lichamelijk zwaar werk of hinderlijke werkomstandigheden (ZWAAR)), slechte sfeer op het werk (SFEER), misbaarheid (ONMISBAAR) en medezeggenschap op het werk (WEINZEG)) op hem van toepassing zijn. Voorts wordt gevraagd in welke sector de patiënt werkzaam is en of hij in ploegverband (PLOEGEN) werkt. Aangezien we functie-gerelateerde variabelen opnemen in ons model en gezien het zeer beperkt aantal werklozen, worden de werklozen niet verder opgenomen in de onderzoekspopulatie.

5.1.2.4. Algemene gezondheidstoestand van de patiënt

De patiënt moet aangeven hoeveel keer hij gedurende de voorbije 12 maanden afwezig was wegens ziekte (zowel voor dezelfde aandoening als voor een andere ziekte) zodat we een idee krijgen over zijn verzuimverleden (HOEVEEL). Ook moet hij vermelden hoelang hij reeds onwel doorwerkte vooraleer er door de arts of door hemzelf werd beslist dat werken niet meer mogelijk was (ONWEL). Tenslotte peilen we ook naar de algemene toestand (ALGEMEEN), de kwaliteit van het leven van de patiënt gedurende de laatste 4 maanden (KWALITEIT) en de sociale ondersteuning (SOCIAAL) die hij tijdens deze periode heeft genoten (Coop Function Charts).

TABEL 5.2: Definitie van de patiëntgebonden variabelen

Variabele	Definitie
D = dummy variabele X = continue variabele C = categorische variabele	
PERSONALIA	
LEEFTIJD	(X) = leeftijd van de patiënt klassen < 30 jaren; 30-39 jaren; ≥ 40 jaren
GESLP	(D) = 1 indien de patiënt = vrouw
DIPLOMA	(X) = opleidingsniveau (9-puntenschaal gaande van geen diploma tot diploma van universitair onderwijs)
LOON	(X) = bruto-maandloon klassen ≤ 60000; 60001 - 90000; > 90000

GEZINS- EN THUISITUATIE	
KIND	(D) = 1 indien de patiënt kinderen ten laste heeft
ZOR GKIND	(D) = 1 indien de patiënt kleine of zorgbehoevende kinderen ten laste heeft
ZORG	(D) = 1 indien de patiënt zorgbehoevende ouders, kinderen of partner heeft
STRESS	(D) = 1 indien de patiënt gestresseerd is door een combinatie van werk- en thuisfactoren
BELAST	(D) = 1 indien er 1 of meerdere van de volgende factoren aanwezig zijn Zorgen voor een ziek familielid; kinderopvangproblemen; scheiding; veranderingen aan het huis; stress door een combinatie van werk- en thuisfactoren
PARTNER	(D) = 1 indien de patiënt samenwoont met partner
FUNCTIE- EN BEDRIJFSGERELATEERDE FACTOREN	
WERK	(C) = type werk klassen: lichamelijk werk, geestelijk werk, welzijnsector, onderwijs
LICH	(D) = 1 indien het werk lichamelijk zwaar is
FYS	(D) = 1 indien er fysisch hinderlijke werkomstandigheden zijn
ZWAAR	(D) = 1 indien het werk lichamelijk zwaar is of de fysieke werkomstandigheden hinderlijk zijn (combinatie van LICH en FYS)
SFEER	(D) = 1 indien er een slechte sfeer heerst op werk
WEINZEG	(D) = 1 indien de patiënt weinig medezeggenschap heeft op zijn werk
ONMISBAAR	(D) = 1 indien de patiënt vindt dat hij onmisbaar is op zijn werk
PLOEGEN	(D) = 1 indien de patiënt in ploegverband werkt
PSYCH	(D) = 1 indien het werk psychisch zwaar is
STATUUT	(D) = 1 indien de werknemer arbeider is (versus bediende)
ATTESTVEREIST	(D) = 1 indien de werkgever een medisch attest eist bij afwezigheid van 1 dag
ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND EN VERZUMREDEKENEN	
ONWEL	(X) = periode van onwelzijn; waarden: 1=meer dan 1 maand; 2=tussen 1 maand en 1 week; 3=tussen 1 week en 2 dagen; 4=1 dag of minder
ALGEMEEN	(X) = algemene toestand (gemeten op een 5-puntenschaal); waarden: 1=uitstekend; 2=zeer goed; 3=goed; 4=redelijk; 5=zwak
KWALITEIT	(X) = kwaliteit van het leven (schaal idem 'ALGEMEEN')
ALGKWA	(X) = som variabelen ALGEMEEN en KWALITEIT
SOCIAAL	(X) = sociale ondersteuning; waarden: 1=zoveel ik maar wou; 2=heel wat; 3=nogal; 4=een beetje; 5=helemaal niet
HOEVEEL	(D) = 1 indien de patiënt in het voorbije jaar reeds afwezig is geweest op het werk wegens ziekte (zelfde of ander gezondheidsprobleem)

WERKOMST	(D) = 1 indien er werkomstandigheden van toepassing zijn bij het krijgen van het ziekteverlof
FAMILIE	(D) = 1 indien er familiale omstandigheden van toepassing zijn bij het krijgen van het ziekteverlof
GEEST	(D) = 1 indien men zich geestelijk niet in staat voelt om op het werk te functioneren

5.1.3. Selectie van patiënt- en artsgebonden factoren

Uit de opsomming van de bevraagde gegevens voor zowel de patiënt als voor de arts blijkt dat we over enorm veel gegevens beschikken. Het zou echter niet zinvol zijn al deze variabelen op te nemen in 1 multivariaat regressiemodel. Eén van de belangrijkste redenen om eerst een selectie door te voeren is het probleem van *multicollineariteit*. Indien we bv. de leeftijd en het aantal jaren ervaring van een arts samen zouden opnemen, kan aangetoond worden dat de aanwezigheid van deze sterke positieve correlatie nadelige gevolgen heeft op de significantieniveaus van de te schatten parameters. Zo kunnen significante effecten niet-significant worden als gevolg van multicollineariteit. Hetzelfde geldt voor de tijd die een huisarts gemiddeld besteedt aan een huisbezoek en aan een consultatie, en voor het bruto-maandloon en het opleidingsniveau van de patiënt.

Een bijkomend probleem is dat de meeste variabelen *nominale* (bv. geslacht) of *ordinaal* (bv. algemene toestand van de patiënt wordt gemeten op een 5-puntenschaal gaande van zeer goed tot zeer slecht) variabelen zijn. In principe zou elke nominaal en ordinaal gemeten variabele omgezet dienen te worden in een aantal dummy's. Dit zou echter leiden tot een explosie van dummy-variabelen. Daarom zullen een aantal ordinaal gemeten variabelen toch beschouwd worden als min of meer continue variabelen.

Daarnaast werden ook een aantal variabelen gegroepeerd onder één meer alomvattende variabele (bv. de variabele NAVORMING meet de som van de verschillende mogelijke navormingsactiviteiten). Dit gebeurde enerzijds om het aantal dummy-variabelen te beperken, anderzijds omdat per variabele de groep van patiënten waarvoor de desbetreffende variabele van toepassing is, te klein is om mee verder te werken.

Bij het selecteren van de verklarende variabelen voor de kans op het toekennen van ziekteverlof en voor de duur (zowel voor eerste attest als voor totale ziekteperiode) hebben we ons gebaseerd op de reeds verschenen literatuur. Op basis van de *literatuurstudie* uit hoofdstuk 1 hebben we een selectie van variabelen kunnen doorvoeren, waarvan de invloed op de duur vrij eenduidig werd vastgesteld. Voor de formulering van de hypothesen verwijzen we de lezer naar het desbetreffende hoofdstuk.

Wel is het zo dat de meeste studies die in het literatuuronderzoek aan bod komen zich

situëren op bedrijfsniveau. Hierin worden dan ook uitsluitend patiënt-, functie en bedrijfsgebonden factoren bestudeerd. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat studies die artsgebonden factoren opnemen, veel minder uitgevoerd werden. Toch worden artskenmerken door ons wel weerhouden, omdat het nagaan van hun mogelijke invloed juist een belangrijke bijdrage vormt van dit onderzoek. Bij de selectie hebben we ons ook laten leiden door de bivariate analyse.

5.1.4. Effect van diagnose

In ons onderzoek worden enkel registraties verricht voor de diagnoses verkoudheid, griep, lage rugpijn of psychische overbelasting. Uit de beschrijvende analyse (zie hoofdstuk 4) blijkt dat er sterke significante verschillen zijn tussen de gemiddelde duur (zowel voor een eerste attest als voor de totale ziekteperiode) van deze diagnoses. Het gaat hier om een nominale variabele. Om het effect van diagnose te kunnen opnemen in het multivariaat model creëren we 3 dummy-variabelen. We nemen als *referentiecategorie* de diagnose verkoudheid aangezien de gemiddelde duur voor deze diagnose het laagst is. De coëfficiënten van de andere dummy's moeten dus geïnterpreteerd worden t.o.v. de referentiecategorie verkoudheid.

TABEL 5.3: Definitie van de variabelen die de diagnose weergeven

Variabele	Omschrijving (D) = dummy variabele
DIAGN2	(D) = 1 indien diagnose = griep
DIAGN3	(D) = 1 indien diagnose = lage rugpijn
DIAGN4	(D) = 1 indien diagnose = psychische overbelasting
DIAGN1	(D) referentiecategorie verkoudheid

5.1.5. Effect van 'dag van de week'

Uit de literatuur blijkt dat de dag van de week ook een belangrijke verklarende variabele is voor de duur van een ziekteperiode. Ook dit is een nominale variabele. Normaal zouden we dus 6 dummy's moeten creëren (+ één referentiecategorie). Aangezien we reeds een groot aantal dummy-variabelen in ons model opnemen, hebben we getracht dit effect op een andere manier weer te geven. Indien we de gemiddelde waarden bekijken van de duur van de verlopen die worden uitgeschreven voor de verschillende weekdays (zowel voor eerste attest als voor de totale ziekteperiode), dan constateren we dat de

gemiddelde duur het hoogst is voor zaterdag. Daarna volgt zondag, dan maandag enz. Indien we zaterdag de waarde 1 geven, zondag de waarde 2, ... vrijdag de waarde 7 dan is er een dalende trend zichtbaar. Op deze manier wordt dit effect als een soort continue variabele gedefinieerd.

TABEL 5.4: Definitie variabele DAGVW

Variabele	Omschrijving
DAGVW	1 indien attest wordt uitgeschreven op zaterdag 2 indien attest wordt uitgeschreven op zondag 3 indien attest wordt uitgeschreven op maandag 4 indien attest wordt uitgeschreven op dinsdag 5 indien attest wordt uitgeschreven op woensdag 6 indien attest wordt uitgeschreven op donderdag 7 indien attest wordt uitgeschreven op vrijdag

5.2. DETERMINANTEN VAN HET AL DAN NIET VOORSCHRIJVEN VAN EEN EERSTE ATTEST

In dit eerste deel pogen we determinanten op te sporen (zowel artsgebonden als patiëntgebonden) die de beslissing over het al dan niet *voorschrijven van een eerste attest* beïnvloeden. Deze afhankelijke variabele is een binaire variabele. Hij neemt de waarde één aan wanneer de arts een eerste attest uitschrijft; anders is hij gelijk aan nul. Als bivariate analysetechniek gebruiken we een Chi-kwadraat toets. De multivariate analyse bestaat uit een logit-model.

5.2.1. Bivariate analyse

Op basis van een Chi-kwadraat toets kunnen verbanden onderzocht worden tussen 2 categorische variabelen (variabelen zoals leeftijd van de patiënt en van de arts worden eerst omgevormd). De te verklaren variabele is het al dan niet voorschrijven van een eerste attest. De verklarende variabelen zijn de arts- en patiëntgebonden variabelen.

In onderstaande tabel 5.5. worden enkel de significante effecten weerhouden.

TABEL 5.5: Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en het al dan niet toekennen van een eerste attest; alle diagnoses samen (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, p=0,10)

Significante variabelen	Verklaring: +: meer kans op een attest -: minder kans op een attest
1. PATIËNTGEBONDEN VARIABELEN * STRESS * ATTESTVEREIST * PLOEGEN * WEINZEG * HOEVEEL * LOON * STATUUT	stress door combinatie werk/gezin: + attest vereist voor 1 dag: + ploegendienst:- weinig medezeggenschap: + vroeger reeds ziekteverlof gehad: + hoger loon:- arbeider t.o.v. bediende: +
2. ARTSGEBONDEN VARIABELEN * ARTS * SOLO * PREPERWEEK * BIJSCHOLING * AFSTUDEERUNIV * LEEFT * ERVARING * PRAKTIJKPLAATS * ONDERZOEK * AANTALHA	franstalig gebied:- solopraktijk: + < 50 contacten per week:- deelname navorming georganiseerd door univ.: - KUL: +; UIA: +; RUG:-; UCL:- oudere artsen (>39 jaar): + 5-15 jaren ervaring:- platteland:-; randgemeente: + incl. clinical trials:- excl. clinical trials: + overbezetting: +

Dezelfde oefening wordt herhaald per diagnose. Voor diagnoses lage rugpijn en psychische overbelasting zijn er voor sommige variabelen te weinig theoretische observaties per cel, zodat de resultaten niet betrouwbaar zijn.

Voor de diagnose *verkoudheid* wordt een significant verband vastgesteld tussen het geslacht van zowel arts als patiënt en het al dan niet voorschrijven van een eerste attest. Vrouwelijke artsen schrijven minder vlug een attest voor en vrouwelijke patiënten krijgen ook minder vlug een attest voorgeschreven. Voorts heeft de patiënt die deeltijds werkt

minder kans op een attest. Voor leeftijd en ervaring van de arts en deelname aan wetenschappelijk onderzoek wordt een zelfde verband gevonden als voor alle diagnoses samen.

Voor diagnose *griep* vinden we gelijkaardige resultaten als voor alle diagnoses samen. Voorts zal voor deze diagnose een arts die ook nog controle-activiteiten uitvoert, geneigd zijn minder vlug een eerste attest uit te schrijven.

5.2.2. Multivariate analyse

De bivariate analyse op basis van de Chi-kwadraat-toets bekijkt enkel het verband tussen één afhankelijke variabele (i.c. het al dan niet attesteren) en één onafhankelijke variabele. Een multivariate analyse daarentegen bekijkt alle onafhankelijke variabelen samen, rekening houdend met hun onderlinge verbanden. Deze multivariate aanpak is dan ook de enige correcte manier om de juiste determinanten te bepalen.

Aangezien de afhankelijke variabele binair is, kan de meervoudige lineaire regressie-analyse niet toegepast worden¹. De kans op het voorschrijven van een eerste attest wordt daarom geschat via het logit-model. Het logit-model steunt op de cumulatieve logistische verdeling; het wordt geschat via de maximale aannemelijkheidsmethode. De te schatten vergelijking ziet er als volgt uit:

$$P_i = 1 / (1 + e^{-(\alpha + \sum_{j=1}^m b_j X_{ij} + \sum_{j=1}^n c_j D_{ij})})$$

met P_i = de kans dat patiënt i een ziekte-attest krijgt
 X_{ij} = continue verklarende variabele ($j = 1 \rightarrow n$)
 D_{ij} = binaire verklarende variabele ($j = 1 \rightarrow m$)
 b_j en c_j = coëfficiënten

¹ Het schatten van een vergelijking met een binaire afhankelijke variabele via de gewone kleinste kwadraten (OLS) methode is niet aangewezen. Ten eerste incorporeert deze methode niet de beperking dat de voorspelde probabieliteit tussen 0 en 1 moet liggen. Ook zal de storingsterm heteroscedastisch zijn, waardoor OLS niet langer efficiënt is. Vermits de structuur van de storingsterm niet-normaal is, kan bovendien de gebruikelijke hypothese-toetsing niet uitgevoerd worden.

De volledige resultaten van dit logit-model worden weergegeven in *bijlage 5.1*, een samenvatting van de significante effecten vindt u in tabel 5.6. Op basis van het teken van de coëfficiënten kunnen we bepalen hoe de beslissing van het 'al dan niet toekennen van een eerste attest wordt beïnvloed.

TABEL 5.6: Significante determinanten van de kans op een ziekte-attest, de duur van een eerste attest en de totale duur van de ziekteperiode

Variabele	logit-model voorschrijven eerste attest N = 926	log-lineair model duur eerste attest N = 756	log-lineair model totale duur N = 789
AANTALHA		+	
ATTESTVEREIST	++		
BELAST		-	
CONTROLE	-		
DAGVW		--	--
DEFHOUDING	-		
DIAGN2	++	++	++
DIAGN3	++	++	++
DIAGN4	++	++	++
DIPLOMA		-	-
FACTOR1	+		
FACTOR3	-		
FACTOR4	-		
FAMILIE		+	
GEEST		++	++
GESLA		++	++
GESLP			++
HOEVEEL	++	-	-
LEEFTIJD			+
NAVORMING	--	-	-
ONMISBAAR			
ONWEL		-	-
PLOEGEN			
PREPERWEEK	--	++	+
PSYCH			++
SFEER			++
TIJDCONTACT	-	++	++
WEINZEG	++		
ZORG	+		
ZWAAR		+	++

++ (-) positief (negatief) significant op een 0,05 niveau
+ (-) positief (negatief) significant op een 0,1 niveau

Alle coëfficiënten van het logit model samen zijn significant verschillend van nul. De verklarende variabelen zijn in staat een gedeelte van de variabiliteit in de kans op het voorschrijven van een eerste attest te verklaren. Eerst en vooral kunnen we concluderen dat de dummy variabelen DIAGN2, DIAGN3, DIAGN4 sterk significant zijn. Dit houdt in dat, in vergelijking met de referentiecategorie (i.c. de diagnose verkoudheid) de kans op het voorschrijven van een eerste attest bij griep, lage rugpijn en psychische overbelasting significant hoger ligt dan de kans op het voorschrijven van een attest bij verkoudheid². M.a.w., indien de patiënt griep, lage rugpijn of stress heeft, dan zal hij van zijn arts vlugger een ziekte-attest krijgen dan wanneer het de diagnose verkoudheid betreft.

Voorts zijn er een vijftal patiëntgebonden variabelen die het voorschrijfgedrag significant beïnvloeden. Een eerste variabele is de vereiste van een attest voor de werkgever wanneer de werknemer 1 dag afwezig is (*ATTESTVEREIST*). Dit zal de kans op het voorschrijven van een eerste attest verhogen. Het *verzuimverleden* (*HOEVEEL*) van de patiënt speelt ook een rol. Indien de patiënt in het voorbije jaar minstens één maal afwezig was wegens ziekte, zal dit de kans op het uitschrijven van een attest verhogen. De patiënt die in *ploegverband* (*PLOEGEN*) werkt, zal minder snel een ziekte-attest krijgen. *Zorgbehoevende* ouders, kinderen of partner (*ZORG*) of *weinig medezeggenschap* op het werk (*WEINZEG*) verhogen dan weer de kans op een attest.

Wat de artskenmerken betreft, blijkt dat een *drukke praktijk* (*PREPERWEEK*), een *lang contact* met de patiënt (*TIJDCONTACT*)³, deelname aan veel *navormingsactiviteiten* (*NAVORMING*) en het verrichten van *controle-activiteiten* (*CONTROLE*) de kans op het uitschrijven van een eerste attest verkleinen. Voorts tonen de resultaten van het logit-model aan dat er een verband bestaat tussen bepaalde opvattingen en/of attitudes van de arts en de kans op het uitschrijven van een attest. Uit ons onderzoek blijkt een *defensieve houding* van de arts (*DEFHOUDING*) de kans op het voorschrijven te verhogen. Indien de arts van mening is dat het ziekteverlof een *nuttig middel* is in de behandeling (*FACTOR1*) of indien hij het attest een *hinderpaal* vindt in de arts-patiënt relatie (*FACTOR3*

² Gezien het grote belang van de diagnose, werd eveneens getracht om per diagnose afzonderlijke schattingen uit te voeren. Dit was niet goed mogelijk wegens een tekort aan observaties voor sommige diagnoses.

³ De variabele tijdcontact meet de tijd die een huisarts besteedt aan een huisbezoek. Deze variabele is sterk gecorreleerd met de gemiddelde tijd die hij besteedt aan een consultatie. Daarom hebben we slechts de eerste variabele opgenomen.

en FACTOR4) dan zal dit eveneens de kans op het voorschrijven van een attest verhogen.

5.3. DETERMINANTEN VAN DE DUUR VAN EEN EERSTE ATTEST

Nadat we de determinanten van de beslissing van het al dan niet voorschrijven van een eerste attest hebben gevonden, bekijken we nu de determinanten van de duur van het eerste attest. Deze tweede stap - hoe lang voorschrijven - wordt in onze analyse afzonderlijk onderzocht. Het is immers niet noodzakelijk dat de beslissingsfactoren voor het toekennen van ziekteverlof dezelfde zijn als diegene die de duur bepalen. We werken nu met een geselecteerde steekproef: enkel de patiënten die een eerste attest uitgeschreven kregen, worden opgenomen.

Als bivariate techniek gebruiken we een 'oneway'-toets. De multivariate analyse bestaat uit een log-lineair regressiemodel.

5.3.1. Bivariate analyse

De oneway-toets wordt gebruikt wanneer de afhankelijke variabele een continue variabele is en de onafhankelijke een categorische. De gemiddelde waarde van de afhankelijke variabele (i.c. de duur van een eerste attest) wordt vergeleken tussen de verschillende categorieën van de onafhankelijke variabele. Ter illustratie: voor de variabele 'geslacht van de patiënt' wordt de gemiddelde duur van een eerste attest voor vrouwen vergeleken met de gemiddelde duur van het attest voor mannen. De toets geeft aan of de verschillen significant zijn.

In onderstaande tabel worden enkel de significante resultaten opgenomen.

TABEL 5.7: Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en de duur van een eerste attest; alle diagnoses (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, p=0,10)

Significante variabelen	Verklaring: +: duurbevorderend -: duurremmend
1. PATIËNTGEBONDEN VARIABELEN * SFEER * WERKOMST * FAMILIE * ONMISBAAR * ONWEL * ALGEMEEN * SOCIAAL * KWALITEIT * STATUUT * LEEFTIJD	slechte sfeer: + werkomstandigheden als mede-oorzaak: + familiale omstandigheden als medeoorzaak: + gemakkelijk misbaar op het werk: + lang onwel doorwerken: + slechte algemene fysische, psychische toestand: + weinig sociale ondersteuning: + slechte kwaliteit van het leven: + arbeiders t.o.v. bedienden: + oudere patiënten: +
2. ARTSGEBONDEN VARIABELEN * HUISARTS * PREPERWEEK * LEEFT * PRAKTIJKPLAATS * PSYTRAINING	enkel huisarts: + > 150 prestaties per week: + < 30 jaar: + stad:-; platteland: + deelname aan psycho-sociale training:-

Gelijkaardige testen werden gedaan per diagnose afzonderlijk. Voor de diagnoses *verkoudheid, lage rugpijn en psychische overbelasting* vinden we slechts een klein aantal significante variabelen. De verklaring hiervoor dient gezocht te worden in het klein aantal observaties dat overblijft indien we de gegevens per diagnose bestuderen. Hierdoor zullen verschillen in duur tussen categorieën van een bepaalde variabele als niet significant worden beschouwd. De test op significantie houdt immers rekening met het aantal observaties in elke groep. Hoe kleiner het aantal observaties per groep of categorie, hoe groter het verschil van de gemiddelde duur moet zijn om significant te zijn.

De gevonden resultaten voor diagnose *griep* zijn gelijklopend met de resultaten van de 4 diagnoses samen.

5.3.2. Multivariate analyse

Het multivariaat regressie-model dat we hanteren is een *log-lineair regressiemodel*. De loglineaire specificatie gaf de beste aansluiting met de data⁴. De geschatte vergelijking is als volgt opgebouwd:

$$duur_t = e^{\alpha_u} \cdot \prod_{i=2}^n e^{\alpha_i D_i} \cdot e^{\beta_u X_u} \cdot \prod_{j=2}^m \beta_j X_j \cdot e^{U_t}$$

$$\ln(duur_t) = \ln(e^{\alpha_u} \cdot \prod_{i=2}^n e^{\alpha_i D_i} \cdot e^{\beta_u X_u} \cdot \prod_{j=2}^m \beta_j X_j \cdot e^{U_t})$$

$$= \alpha_{1t} + \sum_{i=2}^n \alpha_i D_i + \beta_{1t} X_{1t} + \sum_{j=2}^m \beta_j \ln X_j + U_t$$

X_i	=	dag van de week-variabele
D_i	=	dummy variabele i
X_j	=	continue variabele j
U	=	storingsterm
α_i	=	coëfficiënt van dummy variabele D_i
β_j	=	coëfficiënt van continue variabele X_j

De *coëfficiënten* van de continue variabelen moeten geïnterpreteerd worden als constante elasticiteiten (die de procentuele verandering weergeven in de duur ten gevolge van een procentuele verandering in de verklarende variabele). De relatieve verandering van de duur bij het omslaan van een dummy van 0 naar 1 is gelijk aan $(e^\alpha - 1)$, wat voor kleine α -waarden ongeveer overeenkomt met α . De coëfficiënt α_1 van de 'dag van de week' variabele geeft de relatieve verandering weer in de duur indien de waarde van deze variabele met één eenheid (1 dag) toeneemt. Een positief teken duidt op een duurverlengend effect, een negatief teken op een duurremrend effect.

De volledige resultaten van het log-lineair model zijn terug te vinden in *bijlage 5.2*, een samenvatting met enkel de significante effecten in tabel 5.6.

De volledige verzameling van coëfficiënten is significant verschillend van nul. Ongeveer

⁴ Bij de andere specificaties was de storingsterm niet normaal verdeeld.

30% van de totale variantie van de duur wordt verklaard, wat redelijk is, gezien het om individuele observaties gaat. Zoals ook in het logit-model het geval was, zijn de dummy-variabelen DIAGN2, DIAGN3 en DIAGN4 sterk significant. M.a.w, in vergelijking met de *diagnose* verkoudheid wordt voor de andere 3 diagnoses significant langer voorgeschreven. Ook het *dag van de week* effect heeft een grote invloed op de duur. In het weekend en in het begin van de week worden langere ziekteverloven uitgeschreven. Dit heeft te maken met het feit dat het uitschrijven van de volledige week 5 dagen bedraagt wanneer het verlof begint op een maandag, terwijl dit op dinsdag slechts 4 dagen is.

Vervolgens belanden we bij enkele significante patiëntgebonden variabelen. De meest significante variabele is de variabele *ONWEL*⁵. De patiënt die lang onwel doorwerkte vooraleer beslist werd tot arbeidsongeschiktheid, zal een langer ziekteverlof krijgen. Hetzelfde geldt voor iemand die zich *geestelijk* (GEEST) niet staat acht om te werken of iemand die *familiale omstandigheden* (FAMILIE) inroept als reden voor zijn afwezigheid. Ook *belastende factoren* (BELAST) in de thuissituatie zullen duurverlengend werken.

Slechts één werkgerelateerde variabele beïnvloedt de duur van eerste attest, nl. *hinderlijke werkomstandigheden of fysiek zwaar werk* (ZWAAR).

Het *opleidingsniveau* (DIPLOMA)⁶ heeft een duurverkortende invloed. Hoe hoger het behaalde diploma, hoe korter de duur van een eerste attest. Indien de patiënt het voorbije jaar minstens één maal ziek is geweest, resulteert dit in een relatief kortere periode. De arts houdt dus rekening met het *verzuimverleden* (HOEVEEL) van de patiënt.

Vijf significante artsgebonden factoren komen uit ons model naar voren. *Vrouwelijke* (GESLA) artsen schrijven langer voor dan hun mannelijke collega's. Vervolgens speelt de *praktijkdrukke* (PREPERWEEK) ook een rol in de duur. Hoe meer prestaties de arts verricht, hoe langer hij voorschrijft. Er is eveneens een positief verband tussen de

⁵ De variabele onwel wordt enkel bevraagd aan de patiënt wanneer een ziekteverlof werd voorgeschreven. Hij werd daarom niet opgenomen in het eerste model, aangezien daar ook patiënten voorkomen die geen ziekteverlof kregen. Verder is deze variabele sterk gecorreleerd met de variabelen die de algemene toestand en de kwaliteit van het leven van de patiënt meten. Daarom wordt enkel ONWEL opgenomen in dit tweede model terwijl ALGKWA in het eerste model voorkwam.

⁶ De variabele DIPLOMA is zeer sterk gecorreleerd met het bruto-maandloon. Aangezien de gegevens voor deze laatste variabele minder goed ingevuld werden, werd steeds de eerste variabele gebruikt.

gemiddelde tijd (TIJDCONTACT) die de arts besteedt aan zijn patiënt en de duur van het voorgeschreven attest. De duur zal daarentegen negatief beïnvloed worden door het aantal *navormingsactiviteiten* (NAVORMING) waaraan de arts het voorbije jaar deelnam. Als laatste significante variabele is er de opvatting van de arts over de *huisartsenbezetting* (AANTALHA) in het gebied waar zijn meeste patiënten wonen. Indien de arts van mening is dat er een overbezetting is, dan schrijft hij systematisch langer voor.

Uit de resultaten kunnen we besluiten dat zowel artsgebonden als patiëntgebonden variabelen (5 resp. 7 variabelen) de duur van een eerste attest beïnvloeden. Dat het *effect van diagnose* zo belangrijk is (het verklaart ongeveer 16% van de variantie) is enigszins geruststellend: de arts houdt wel degelijk rekening met het ziektebeeld van de patiënt bij het uitschrijven van het ziekteverlof. Het *'dag van de week'* effect mag ook niet worden onderschat.

5.4. DETERMINANTEN VAN DE TOTALE DUUR VAN EEN ZIEKTEPERIODE

Het enige verschil met het voorgaande deel (5.3.), is dat de afhankelijke variabele nu de totale duur is van een ziekteperiode, dus inclusief mogelijke verlengingen.

Ook voor de totale duur van een ziekteperiode hebben we eerst enkele 'oneway'-toetsen gedaan. Vervolgens hebben we een log-lineair regressiemodel opgesteld.

5.4.1. Bivariate analyse

Tabel 5.8. geeft enkel de significante verbanden weer.

TABEL 5.8.: Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en de totale duur van een ziekteperiode; alle diagnoses (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, $p=0,10$)

Significante variabelen	Verklaring: +: duurbevorderend -: duurremmend
1. PATIËNTGEBONDEN FACTOREN * LEEFTIJD * KIND * ZORGKIND * DIPLOMA * WERK * LICH * FYS * SFEER * ONMISBAAR * ONWEL * ALGEMEEN * SOCIAAL * KWALITEIT	oudere patiënten: + indien er kinderen aanwezig zijn: - indien de kinderen klein of zorgbehoevend zijn: + universitair of hoger- niet universitair diploma: - lichamelijk werk en welzijnsector: + geestelijk werk en onderwijs: - lichamelijk zwaar werk: + zware fysieke werkomstandigheden: + slechte sfeer op het werk: + indien onmisbaar op het werk: - indien reeds lang onwel aan het doorwerken: + slechte algemene toestand: + weinig sociale ondersteuning: + slechte kwaliteit van het leven: +
2. ARTSGEBONDEN KENMERKEN * ARTS * LEEFT * PREPERWEEK * BIJSCHOLING	Wallonië: + oudere artsen: + drukke praktijk: + deelname aan universitaire bijscholing: -

5.4.2. Multivariate analyse

Als multivariaat model ter verklaring van de totale duur van een ziekteperiode hebben we ook hier geopteerd voor een *log-lineair regressiemodel*. De interpretatie van de coëfficiënten gebeurt op identiek dezelfde wijze als bij het model van de duur van een eerste attest. De volledige resultaten van het model zijn terug te vinden in *bijlage 5.3*. Een samenvatting van de significante effecten staat in tabel 5.6.

Vergelijken we de resultaten van dit model met het model voor de duur van een eerste attest, dan valt er een grote gelijkheid op. Dit is ook logisch. Het gaat grotendeels om

dezelfde gegevens aangezien het aantal verlengingsattesten slechts beperkt is.

De dummy variabelen DIAGN2 DIAGN3 DIAGN4 zijn sterk significant zijn. M.a.w., in vergelijking met de diagnose verkoudheid wordt voor de 3 andere *diagnoses* significant langer voorgeschreven (incl. verlengingen). Voor de diagnose lage ruggijn (DIAGN3) is dit effect het grootst. Daarnaast vinden we ook het effect van de *dag van de week* (DAGVW) terug.

Wat de patiëntgebonden variabelen betreft, zijn er 2 belangrijke variabelen die i.t.t. het vorige model nu wel significant zijn, nl. *leeftijd* (LEEFTIJD) en *geslacht* (GESLP). Zo krijgen *vrouwen* uit onze steekproef relatief langer voorgeschreven dan hun mannelijke collega's. Het duurverlengend effect van de *leeftijd* is licht significant aanwezig. Hieruit mogen we concluderen dat verlengingen vooral worden uitgeschreven voor vrouwen en voor oudere patiënten.

Het effect van het *opleidingsniveau* (DIPLOMA), het *verzuimverleden* (HOEVEEL) en van de variabele *ONWEL* vinden we wel opnieuw terug.

Fysisch zwaar werk of hinderlijke werkomstandigheden (ZWAAR) blijft zijn duurbevorderend effect behouden. Er wordt wel een tweede werkgerelateerde variabele significant, nl. de *sfeer op het werk* (SFEER). Indien de patiënt van oordeel is dat de sfeer op het werk minder goed is, zal dit leiden tot een langere duur.

Van de vijf artsgebonden variabelen die in het vorige model significant bleken te zijn, blijven er nog 4 behouden, nl. het *geslacht* (GESLA) van de arts, de *tijd* (TIJDCONTACT) die de arts gemiddeld aan zijn patiënt besteedt, het *aantal prestaties per week* (PREPERWEEK) en het aantal *navormingsactiviteiten* (NAVORMING) waaraan de arts tijdens het voorbije jaar deelnam. Ook de invloed op de totale duur is dezelfde gebleven. Enkel het effect van de opvatting van de arts over de huisartsenbezetting verdwijnt.

Vervolgens hebben we via factoranalyse nagegaan in hoeverre de verschillende artsgebonden karakteristieken afkomstig zijn van een zelfde dimensie, om zo eventueel een *profiel* te vinden van de arts die systematisch langer voorschrijft. De resultaten uit onze factoranalyse zijn eerder teleurstellend. Op basis van de gevonden factoren is het niet mogelijke een bepaald 'type' arts te definiëren. Dit wijst er eigenlijk op dat de verschillende artskaracteristieken zoals defensieve houding, aantal jaar ervaring, navormingsactiviteiten, aantal prestaties enz. wel degelijk andere aspecten meten en niet sterk gecorreleerd zijn.

5.5. DETERMINANTEN VAN DE TOTALE MEDISCHE KOST

Zoals reeds in de inleiding gesteld, willen we tevens de determinanten van verzuimkosten bepalen. Voor de loonkosten is er een rechtstreeks verband met de duur van het verzuim, en kunnen we verwijzen naar de bovenstaande analyses. In dit deel concentreren we ons daarom op de determinanten van de totale medische kost.

Onder de totale medische kost verstaan we de kosten van de huisarts (honoraria), de kosten van medicatie met en zonder voorschrift, de kosten van labo-onderzoeken, radiologie, specialisten, kinesisten en andere. Het gaat hier om de totale kost van de medische consumptie gedurende de periode van onwelzijn van de patiënt, ongeacht het feit of de patiënt al dan niet ziekteverlof heeft gekregen (*en dit i.t.t. de modellen van de duur, waar enkel de gevallen worden bekeken waarvoor de arts een ziekte-attest heeft uitgeschreven*). Ook bekijken we de kosten van voorgeschreven medicatie en huisartskosten apart omdat ze de twee belangrijkste componenten zijn van de totale medische kost.

5.5.1. Bivariate analyse

In tabel 5.9. vinden we de significante resultaten van de oneway-toetsen.

TABEL 5.9: Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en de totale medische kost; alle diagnoses tesamen (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, p=0,10)

Significante variabelen	Verklaring +: kostenverhogend -: kostenverlagend
1. PATIËNTGEBONDEN FACTOREN	
* LEEFTIJD	oudere patiënten: +
* DIPLOMA	hoger diploma: -
* BELASTING	belastende omstandigheden aanwezig: +
* WERK	lichamelijk werk: +
* LICH	lichamelijk zwaar werk: +
* SFEER	slechte sfeer op het werk: +
* HOEVEEL	vroeger reeds ziek geweest: +
* ALGEMEEN	slechte toestand: +
* SOCIAAL	weinig sociale ondersteuning: +
* KWALITEIT	slechte kwaliteit van het leven: +
2. ARTSGEBONDEN FACTOREN	
* ARTS	in Wallonië: +
* ONDERZOEK	indien deelname aan wetenschappelijk onderzoek: -

5.5.2. Multivariate analyse: bespreking van de resultaten

De resultaten van het log-lineair regressiemodel worden in *bijlage 5.4* opgenomen. Significante effecten worden vermeld in tabel 5.10. Alvorens de resultaten te bespreken merken we op dat de verklaringskracht (aangepaste R kwadraat) van het model beperkt is. De opgenomen variabelen in het model verklaren slechts een klein deel van de waargenomen variantie. M.a.w., er bestaan een aantal niet opgenomen variabelen en/of toevalsfactoren die de variantie in de kosten veroorzaken. Dit houdt ook in dat de gevonden resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

TABEL 5.10: Significante effecten van verklarende variabelen op de totale medische kosten, de kosten voor huisartsconsultaties, de kans op het voorschrijven van geneesmiddelen en de kosten van geneesmiddelen

Variabele	log-lineair model totale medische kosten N = 983	log-lineair model kosten huisarts N = 1048	logit-model voorschrijven geneesmiddelen N = 1055	log-lineair model kosten geneesmiddelen N = 936
AANTALHA			++	-
ALGKWA	++	++		
ARTS	++	++		++
ATTEST				
BELAST	++	++		
DEFHOUDING	--			--
DIAGN2			-	
DIAGN3			-	
DIAGN4			-	
DIPLOMA	--	--		
ERVARING	--	-		--
GESLA			+	
GESLP			-	
HOEVEEL		++		
LEEFTIJD				
NAVORMING	--			--
PREPERWEEK			+	
SOCIAAL	--	--		
TUJDCONTACT			+	
WOONGEBIED	++			++
ZORG	--			--

++ (-) positief (negatief) significant op een 0,05 niveau

+ (-) positief (negatief) significant op een 0,1 niveau

Kijken we eerst naar de patiëntkenmerken, dan zien we dat een zestal variabelen de totale medische kost significant beïnvloeden. Een eerste significante variabele is de aanwezigheid van een *belastende factor* (BELASTING) in de gezinssituatie. De aanwezigheid ervan leidt tot een verhoging van de totale medische kost. De tweede variabele, die de

algemene toestand en kwaliteit van het leven (ALGKWA) van de patiënt gedurende de laatste 4 weken weergeeft, heeft een negatieve impact op de kosten. Hoe beter de toestand van de patiënt, (hoe lager de waarde voor deze variabele), hoe lager de totale medische kosten. De *sociale ondersteuning* (SOCIAAL) die de patiënt geniet heeft echter een tegenovergesteld effect op de kosten. Minder sociale ondersteuning leidt tot minder medische kosten. Voorts speelt het *opleidingsniveau* (DIPLOMA) ook bij de kosten een belangrijke rol. Een hoger opleidingsniveau gaat gepaard met minder kosten. En in de *stad* (WOONGEBIED) wordt er blijkbaar meer medische zorg geconsumeerd dan in de randgemeente of op het platteland. Als laatste patiëntgerelateerde factor is er de aanwezigheid van *zorgbehoevende* (ZORG) kinderen, partner of ouders. De aanwezigheid hiervan leidt tot een kleinere totale kost. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de patiënt niet naar de arts gaat omdat hijzelf ziek is, maar wel om ziekteverlof te krijgen zodat hij de zorgbehoevende beter kan verzorgen. De patiënt zal dan geen behoefte hebben aan extra medische verzorging zoals geneesmiddelen, labo-onderzoeken, raadplegingen van specialisten, kinesisten, enz.

Vervolgens zijn er ook een aantal artsgebonden factoren die de medische kost beïnvloeden. Eerst en vooral blijkt er een groot verschil te zijn wat de medische consumptie betreft tussen de twee *taalgebieden* (ARTS). In Wallonië ligt de totale kost van de medische consumptie veel hoger. Ook de *ervaring* (ERVARING)⁷, het aantal *navormingsactiviteiten* (NAVORMING) en de *defensieve houding* (DEFHOUDING) van de arts zijn significante variabelen. Voor de eerste 2 bestaat er een negatief verband met de duur. M.a.w., meer ervaring en meer navorming leidt tot een lagere medische kost. Wat de defensieve houding betreft, vinden we een tegenovergestelde relatie. Hoe defensiever de arts, hoe hoger de kost.

Uit het aandeel van de verschillende componenten in de totale medische kost (zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.2.1.) blijkt dat vooral de kosten van de huisarts (honoraria) en de kosten van voorgeschreven geneesmiddelen zwaar doorwegen (43% resp. 29% van de totale medische kost). Daarom zullen we deze twee kostencomponenten ook afzonderlijk bestuderen.

⁷ De leeftijd van de arts (LEEFT) wordt niet opgenomen vanwege de sterke positieve correlatie met aantal jaar ervaring van de arts.

5.5.3. Determinanten van de huisartskosten

Aangezien er voor de huisartsenhonoraria vaste tarieven bestaan, moeten verschillen in huisartskosten voornamelijk gezocht worden in het aantal contacten dat de patiënt gedurende zijn ziekteperiode met de arts heeft gehad. Het model ter verklaring van de huisartskosten is identiek aan het model voor de totale medische kost (log-lineair model met dezelfde onafhankelijke variabelen⁸). De resultaten worden in *bijlage 5.5* getoond; de samenvatting van de significante effecten staat in tabel 5.10.

Wat de patiëntkenmerken betreft, zijn het de leeftijd van de patiënt (LEEFTIJD), de aanwezigheid van belastende factoren (BELASTING), zijn algemene toestand, sociale ondersteuning (SOCIAAL) en het opleidingsniveau (DIPLOMA) die het aantal contacten met de arts bepalen. Hoe beter de patiënt zijn *algemene toestand* ervaart, hoe minder contacten met de huisarts en hoe lager dus deze kost. Het tegenovergestelde geldt voor de *sociale ondersteuning* die de patiënt kreeg gedurende de laatste 4 weken. Meer sociale ondersteuning zal rapper leiden tot een bezoek aan de huisarts. Blijkbaar wordt de patiënt door zijn omgeving aangespoord om toch maar naar de arts te stappen. De aanwezigheid van *belastende factoren* zal leiden tot meer arts-patiënt contacten. Idem dito voor de *leeftijd* van de patiënt. Oudere patiënten zoeken de arts tijdens hun ziekteperiode frequenter op. *Hoger geschoolden* daarentegen, zullen minder vaak naar hun arts stappen. Uit de resultaten kan voorts worden afgeleid dat er in Wallonië vaker naar de arts wordt gegaan tijdens een ziekteperiode dan in het Vlaamse landsgedeelte. De huisartskosten per ziekteperiode liggen er significant hoger. Dit kan zowel artsgebonden (de arts laat zijn patiënten vlugger en meer terugkomen tijdens de ziekteperiode) als patiëntgebonden (de patiënt gaat in Wallonië gewoon meer naar de huisarts) zijn. Als enige zuivere artsgebonden factor is er het aantal jaar *ervaring*. Hoe meer ervaring, hoe minder follow-ups de arts noodzakelijk acht, hoe lager de huisartskosten.

5.5.4. Determinanten van het voorschrijfgedrag van de arts

De analyse van het voorschrijfgedrag hebben we opgesplitst in twee delen. Enerzijds hebben we nagegaan welke factoren het al dan niet voorschrijven van geneesmiddelen beïnvloeden (op basis van een logit-model waarvan de resultaten in *bijlage 5.6* worden voorgesteld). Vervolgens onderzoeken we de totale kost van voorgeschreven geneesmid-

⁸ We kunnen een gewone regressie-analyse uitvoeren, aangezien er steeds minstens één huisartscontact plaatsvond (registratie verliep via de huisarts).

delen voor de gevallen waar de kost strikt positief is (zie bijlage 5.7). De significante coëfficiënten staan opnieuw vermeld in tabel 5.10.

Uit het logit-model halen we dat er minder kans is op het voorschrijven van medicatie voor de diagnoses (griep (DIAGN2), rugpijn (DIAGN3) en stress (DIAGN4) t.o.v. de referentiecategorie verkoudheid. Dit effect is het meest significant voor rugpijn en stress. Het geslacht van de patiënt is ook belangrijk voor het al dan niet voorschrijven. *Vrouwelijke patiënten* (GESLP) hebben minder kans op medicatie (ze kregen wel significant langer voorgeschreven; zie bespreking van de resultaten van de totale duur van een ziekteperiode). *Vrouwelijke artsen* (GESLA) daarentegen zijn eerder geneigd om medicatie voor te schrijven. Dit effect is echter licht significant. Voorts zijn er nog een viertal andere artsgebonden variabelen significant. Indien de arts vindt dat er een *overbezetting* (AANTALHA) van artsen is, leidt dit tot een verhoogde kans op voorschrijven van medicatie. Dit geldt ook voor de *drukke* van de praktijk (PREPERWEEK) en de *tijd* (TIJDCONTACT) die de arts gemiddeld besteedt aan een huisbezoek. Hoe meer prestaties de arts per week verricht of hoe meer tijd hij besteedt aan de patiënt, hoe groter de kans op het voorschrijven van geneesmiddelen. Tot slot leidt een *defensievere houding* (DEFHOUDING) van de arts tot een verhoogde kans op voorschrijven.

In bijlage 5.7 zijn de resultaten terug te vinden voor de kost van medicatie, enkel in de gevallen dat er wordt voorgeschreven. De resultaten leren ons dat *Waalse artsen* (ARTS) hogere kosten veroorzaken m.b.t. voorgeschreven medicatie dan hun *Vlaamse collega's*. Dit geldt eveneens voor *defensievere artsen* (DEFHOUDING), *artsen met weinig ervaring* (ERVARING) en *artsen die weinig aan navorming doen* (NAVORMING). In *overbezette gebieden* (AANTALHA) worden er minder kosten gemaakt (alhoewel de kans op voorschrijven groter is). In de *stad* (WOONGEBIED) ligt de kost van voorgeschreven geneesmiddelen ook hoger. Indien de patiënt moet *zorgen* voor kinderen, partner of ouders (ZORG) zal dit resulteren in een lagere kost. De patiënt zelf behoeft geen medicatie, enkel ziekteverlof om te kunnen instaan voor de zorgbehoevende.

5.6. BESLUIT

In dit hoofdstuk werd gezocht naar de determinanten van de kans op het attesteren, van de arbeidsongeschiktheidsduur (duur van een eerste attest en totale ziekteperiode) en van de medische kosten van de ziekteperiode (totale medische kosten, kosten van huisartsconsul-

taties, kans op voorschrijven van geneesmiddelen en kosten van voorgeschreven geneesmiddelen). De belangrijkste niet medische kosten van de verzuimperiode (nl de loonkost voor de werkgever, de kosten van RIZIV-uitkeringen en gedeerde RIZIV-inkomsten) werden wel berekend (zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.2.) maar niet verklaard in dit hoofdstuk, aangezien ze samenhangen met de duur van de ziekteperiode. Zowel patiënt- als artskenmerken werden in multivariate verklaringsmodellen als determinanten beschouwd.

In het algemeen kunnen we stellen dat de modellen voor de kans op het voorschrijven van ziekteverzuim en voor de duur van het verzuim een redelijke verklaringskracht hebben. Het effect van de diagnose is belangrijk zowel voor de kans op het voorschrijven van ziekteverzuim als voor de duur van het eerste attest en voor de duur van de totale ziekteperiode. In vergelijking met de diagnose verkoudheid, is de kans op een attest en de duur hoger bij griep, psychische overbelasting en lage rugpijn. Deze bevinding is evident en tevens geruststellend: de arts houdt wel degelijk rekening met het ziektebeeld van de patiënt bij het uitschrijven van ziekteverlof. Zoals teruggevonden in de literatuur stellen we ook een effect van de dag van de week vast op de duur van het verzuim. In het begin van de week is de gemiddelde duur van het attest langer; artsen hebben de neiging om de week uit te schrijven.

Uit het literatuuronderzoek werd een negatief verband afgeleid tussen leeftijd van de patiënt, opleidingsniveau, gezondheidstoestand, vrouwen, gehuwden en *verzuimfrequentie*. Daarnaast werkt een belastende thuis- en gezinssituatie en weinig sociale ondersteuning verhogend op de verzuimfrequentie. Een slechte sfeer op het werk, weinig medezeggenschap, hinderlijke fysische werkomstandigheden en psychisch zwaar werk komen uit de literatuur naar voren als frequentieverhogende verzuimfactoren.

In onze studie wordt de verzuimfrequentie benaderd door de kans op het verkrijgen van ziekteverlof. Van de hypothesen uit de literatuur vinden we in ons model slechts bevestiging voor de thuisgebonden factor ZORG, die het zorgen voor zorgbehoevende kinderen, partner of ouders weergeeft en voor de werkgerelateerde factor WEINZEG, die wijst op het ontbreken van medezeggenschap op het werk. Deze factoren verhogen de kans op het krijgen van ziekteverlof. Daar waar in de literatuur tegenstrijdige bevindingen vastgesteld worden voor ploegwerk, vinden wij een significant negatief verband. Het verzuimverleden van de patiënt heeft dan weer een positief significant effect. Patiënten waarvan de werkgever ook voor een afwezigheid van één dag een medisch attest eist, hebben eveneens een hogere kans op het krijgen van ziekteverlof.

De invloed van sommige *patiënt* karakteristieken op de *duur* van het ziekteverlof, is niet gelijklopend aan deze op de frequentie van het ziekteverlof. Op basis van het literatuuronderzoek formuleerden we voor de patiëntkenmerken de hypothese dat oudere patiënten, mannen, gehuwden en patiënten met een lagere opleiding langer verzuimen. Deze hypothese formuleerden we ook voor patiënten met een slechtere gezondheidstoestand. Voor een belastende thuis- en gezinssituatie en in geval van een geringe sociale ondersteuning, stelden we eveneens een duurverlengend effect voorop. De arbeidsgebonden variabelen waarvoor een duurverlengend effect vooropgesteld werd zijn: slechte sfeer, weinig medezeggenschap, slechte werkomstandigheden en psychisch zwaar werk.

Slechts een beperkt aantal van deze factoren zijn significant in onze modellen van de duur van het eerste attest en van de totale duur. We vinden een duurverlengend effect bij patiënten met een lagere opleiding en met zware fysische werkomstandigheden. Opmerkelijk is dat leeftijd en een slechte werksfeer -zoals verwacht- een duurverlengend effect hebben op de totale duur van de ziekteperiode, maar niet op de duur van een eerste attest. Vermoedelijk schrijven artsen voor deze patiënten een even lange duur op een eerste attest, maar hebben deze patiënten een hogere kans op een verlengingsattest. In tegenstelling tot onze hypothesen verzuimen mannen minder lang (totale duur alleen) en heeft een belastende thuissituatie een negatief effect op de duur van een eerste attest. Patiëntkenmerken die in ons onderzoek wel significant bleken, maar minder aan bod kwamen in de literatuurstudie, zijn de verzuimredenen die de patiënt opgeeft, de periode van onwel doorwerken en het verzuimverleden van de patiënt. Familiale en geestelijke verzuimredenen, een lange periode van onwel doorwerken en vorige afwezigheden op het werk hebben een positieve invloed op de duur.

De invloed van de *arts* op het ziekteverzuim komt in de literatuur veel minder aan bod. Uit het literatuuronderzoek konden we slechts enkele hypothesen formuleren m.b.t. persoons- en praktijkkenmerken van de arts en het uitschrijven van ziekte-attesten. Oudere artsen en met een drukker praktijk, zouden minder frequent, maar langduriger ziekteverlof voorschrijven. Meer navorming en bedrijfsbinding (bv als bedrijfsarts) leidt tot een geringere attestering.

In onze studie blijkt duidelijk het belang van artskenmerken. Zoals in de literatuur wordt een negatieve invloed teruggevonden van praktijkdrukke, navorming en het uitoefenen van een controle-activiteit op de kans van het uitschrijven van een attest. De gemiddelde tijd die een arts besteedt aan een contact heeft eveneens een negatieve invloed op deze kans. De praktijkdrukke en de gemiddelde tijd per contact zijn tevens duurverhogend, navorming duurverlagend. In tegenstelling tot de literatuur konden we wel het belang van de attitude en de opinie van de arts voor het attestingsgedrag aantonen.

Voor de kans op het uitschrijven van een attest, bleek dit het geval. Defensievere artsen, artsen die het uitschrijven van een attest een nuttig middel vinden in de therapie, en artsen die de attestering beschouwen als een hinderpaal voor een goede arts-patiëntrelatie, schrijven gemakkelijker ziekteverlof uit. We zouden dit kunnen interpreteren als een positief en een negatief gebruik van de attestering. Defensieve artsen en artsen die het attest beschouwen als een hinderpaal in de arts-patiëntrelatie, schrijven -uit schrik (bv. om patiënten te verliezen)- eerder attesten uit. Artsen die het attest een nuttig middel vinden in de therapie, schrijven eerder een attest uit, omwille van de therapeutische waarde van rust.

We staan nog even stil bij de modellen die de medische kosten van het ziekteverzuim trachten te verklaren. De verklaringskracht van deze modellen is veel beperkter. Arts- en patiëntkenmerken samen verklaren nog geen 10% van de variantie in de kosten. Artskenmerken die een belangrijk effect ressorteren zijn het taalgebied van de arts, de defensieve houding van de arts, zijn ervaring en zijn navormingsactiviteiten. In de lijn van de verwachting stellen we vast dat Waalse artsen, artsen die zich defensiever opstellen (risico-averter zijn) en praktijk voeren in een verstedelijkt gebied, hogere kosten genereren; artsen met meer ervaring en die meer aan navorming deelnemen daarentegen genereren minder kosten. De patiëntkenmerken zijn in mindere mate significant en minder eenvormig doorheen de vier modellen. Ook het effect van de diagnose is hier veel minder belangrijk en komt enkel terug bij de kans op het voorschrijven van geneesmiddelen: voor griep, psychische overbelasting en lage rugpijn is de arts minder geneigd om voor te schrijven dan voor verkoudheid.

BIJLAGE 5.1: RESULTATEN VAN HET LOGIT-MODEL VOOR HET AL DAN NIET VOORSCHRIJVEN VAN EEN EERSTE ATTEST

-2 Log Likelihood	698.75068		
-2 Log Likelihood	568.584		
Goodness of Fit	1029.500		
	Chi-Square	df	Significance
Model Chi-Square	130.166	34	.0000

Variables in the Equation						
Variable	B	S.E.	Wald	Sig	R(1)	mean
AANTALHA	.2051	.2849	.5181	.4716	.0000	0.45
ALGKWA	-.0771	.0762	1.0238	.3116	.0000	5.61
ARTS	.2604	.4389	.3519	.5530	.0000	0.12
ATTESTVEREIST	.7495	.2491	9.0529	.0026 **	.1005 (P)	0.67
BELAST	-.0327	.2428	.0182	.8928	.0000	0.47
CONTROLE	-.9045	.4796	3.5571	.0593 *	-.0472 (A)	0.08
DEFHOUDING	-.4751	.1580	9.0409	.0026 **	-.1004 (A)	0.23
DIAGN2	1.7881	.2629	46.2618	.0000 **	.2517	0.52
DIAGN3	.8991	.3690	5.9362	.0148 **	.0751	0.11
DIAGN4	1.8358	.4700	15.2547	.0001 **	.1377	0.11
DIPLOMA	.0005	.0485	.0001	.9925	.0000	6.41
ERVARING	.0321	.0231	1.9381	.1639	.0000	13.06
FACTOR1	.2615	.1397	3.5038	.0612 *	.0464 (A)	-0.02
FACTOR2	.1334	.1641	.6613	.4161	.0000	-0.17
FACTOR3	-.2311	.1387	2.7762	.0957 *	-.0333 (A)	-0.24
FACTOR4	-.5466	.1538	12.6224	.0004 **	-.1233 (A)	0.10
GESLA	.3629	.4604	.6213	.4306	.0000	0.13
GESLP	-.1596	.2579	.3830	.5360	.0000	0.44
HOEVEEL	.4849	.2272	4.5540	.0328 **	.0605 (P)	0.53
LEEF TIJD	.0142	.0128	1.2285	.2677	.0000	35.55
NAVORMING	-.0391	.0177	4.8839	.0271 **	-.0642 (A)	15.89
ONMISBAAR	-.0510	.2314	.0486	.8255	.0000	0.51
PLOEGEN	-.6302	.2796	5.0816	.0242 **	-.0664 (P)	0.18
PREPERWEEK	-.2377	.1179	4.0619	.0439 **	-.0543 (A)	3.99
PSYCH	.3167	.2667	1.4101	.2350	.0000	0.33
SFEER	-.1136	.2883	.1553	.6936	.0000	0.23
SOCIAAL	.0346	.1096	.0997	.7522	.0000	2.65
STATUUT	.1940	.3284	.3491	.5546	.0000	0.85
TIJDCONTACT	-.0630	.0320	3.8706	.0491 **	-.0517 (A)	16.55
TYPE	-.1203	.3195	.1418	.7065	.0000	0.23
WEINZEG	.6824	.3101	4.8418	.0278 **	.0638 (P)	0.23
WOONGEBIED	-.1027	.2512	.1673	.6825	.0000	0.43
ZORG	.4575	.2364	3.7451	.0530 *	.0500 (P)	0.41
ZWAAR	-.1995	.2536	.6192	.4313	.0000	0.46
Constant	2.3741	1.2541	3.5839	.0583		

(1) Een positieve waarde van R geeft aan dat indien de onafhankelijke variabele in waarde stijgt, de kans dat een attest wordt uitgeschreven ook zal toenemen (en v.v.).
 ** (*) : de variabele is significant op een 0.05 (0.1)-niveau
 A (P) : artsgebonden (patiëntgebonden) factor

BIJLAGE 5.2: RESULTATEN VAN HET LOG-LINEAIR MODEL VOOR DE DUUR VAN EEN EERSTE ATTEST

Multiple R	.55152
R Square	.30417
Adjusted R Square	.27840
Standard Error	.48893

Analysis of Variance			
	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	27	76.18109	2.82152
Residual	729	174.27227	.23906

F = 11.80274 Signif F = .0000

Variables in the Equation

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
AANTALHA	.073404	.038834	.063404	1.890	.0591 * (A)
BELAST	-.065994	.040029	-.057246	-1.649	.0997 * (P)
DAGVW	-.089503	.013142	-.214940	-6.810	.0000 **
DEFHOUDING	-.061127	.042719	-.047247	-1.431	.1529
DIAGN2 (griep)	.246995	.046583	.213148	5.302	.0000 **
DIAGN3 (rugpijn)	.658416	.070050	.346010	9.399	.0000 **
DIAGN4 (stress)	.337068	.074092	.189666	4.549	.0000 **
DIPLOMA	-.066924	.034605	-.067384	-1.934	.0535 * (P)
ERVARING	.034437	.036897	.031680	.933	.3510
FAMILIE	.116781	.064069	.060296	1.823	.0688 * (P)
GEEST	.097966	.039178	.085078	2.501	.0126 ** (P)
GESLA	.246007	.060325	.142953	4.078	.0001 ** (A)
GESLP	.056818	.037936	.049000	1.498	.1346
HOEVEEL	-.145421	.037283	-.126123	-3.900	.0001 ** (P)
LEEF TIJD	.115269	.079490	.049702	1.450	.1475
NAVORMING	-.086756	.034065	-.085991	-2.547	.0111 ** (A)
ONMISBAAR	-.052791	.037263	-.045864	-1.417	.1570
ONWEL	-.287976	.052046	-.203798	-5.533	.0000 ** (P)
PARTNER	-.008644	.047099	-.006078	-.184	.8544
PLOEGEN	.058518	.048940	.038252	1.196	.2322
PREPERWEEK	.192109	.062312	.110112	3.083	.0021 ** (A)
PSYCH	.055334	.040955	.045467	1.351	.1771
SFEERP	.068572	.044593	.050753	1.538	.1245
SOCIAAL	.012969	.039139	.011242	.331	.7405
TIJDCONTACT	.187043	.068225	.092705	2.742	.0063 ** (A)
ZORG	.056734	.038962	.048765	1.456	.1458
ZWAAR	.067081	.039935	.058158	1.680	.0934 * (P)
(Constant)	.813596	.384515		2.116	.0347

** : de variabele is significant op een 0.05-niveau
 * : de variabele is significant op een 0.1-niveau

(A) : artsgebonden factor (P) : patiëntgebonden factor

BIJLAGE 5.3.: RESULTATEN VAN HET LOG-LINEAIR MODEL VOOR DE TOTALE DUUR VAN DE ZIEKTEPERIODE

Multiple R .55626
 R Square .30943
 Adjusted R Square .28590
 Standard Error .56024

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	26	107.30430	4.12709
Residual	763	239.47808	.31386

F = 13.14930 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
AANTALHA	.066623	.043434	.049979	1.534	.1255
BELAST	-.047592	.044887	-.035883	-1.060	.2894
DAGVW	-.088062	.014594	-.185066	-6.034	.0000 **
DEFHOUDING	-.068194	.046893	-.046817	-1.454	.1463
DIAGN2 (griep)	.264442	.052757	.198688	5.012	.0000 **
DIAGN3 (rugpijn)	.806615	.076928	.381120	10.485	.0000 **
DIAGN4 (stress)	.460998	.080570	.233319	5.722	.0000 **
DIPLOMA	-.101029	.038506	-.088601	-2.624	.0089 ** (P)
ERVARING	.028246	.041167	.022506	.686	.4928
GEEST	.124667	.044123	.093936	2.825	.0048 ** (P)
GESLA	.166194	.068484	.082324	2.427	.0155 ** (A)
GESLP	.095685	.042226	.071740	2.266	.0237 ** (P)
HOEVEEL	-.124540	.041863	-.093696	-2.975	.0030 ** (P)
LEEFTIJD	.150479	.089165	.056575	1.688	.0919 * (P)
NAVORMING	-.090798	.038282	-.077962	-2.372	.0179 ** (A)
ONMISBAAR	-.063754	.041805	-.048087	-1.525	.1277
ONWEL	-.323533	.057204	-.204199	-5.656	.0000 ** (P)
PARTNER	.029557	.052983	.018012	.558	.5771
PLOEGEN	.044316	.054800	.025103	.809	.4189
PREPERWEEK	.133087	.068128	.067517	1.953	.0511 * (A)
PSYCH	.062771	.046059	.044815	1.363	.1733
SFEER	.101540	.049556	.065851	2.049	.0408 ** (P)
SOCIAAL	-.028323	.043832	-.021434	-.646	.5184
TIJDCONTACT	.196502	.076941	.083980	2.554	.0108 ** (A)
ZORG	.064157	.043533	.047836	1.474	.1410
ZWAAR	.104675	.044649	.078913	2.344	.0193 ** (P)
(Constant)	.833246	.429425		1.940	.0527

** : de variabele is significant op een 0.05-niveau

* : de variabele is significant op een 0.1-niveau

(A) : artsgebonden factor

(P) : patiëntgebonden factor

BIJLAGE 5.4.: RESULTATEN VAN HET LOG-LINEAIR MODEL VOOR DE TOTALE MEDISCHE KOSTEN

Multiple R .31066
 R Square .09651
 Adjusted R Square .07582
 Standard Error .56027

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	22	32.22193	1.46463
Residual	961	301.65532	.31390

F = 4.66596 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
AANTALHA	.027556	.041004	.023505	.672	.5017
ALGRWA	.272594	.061776	.166142	4.413	.0000 ** (P)
ARTS	.247178	.061489	.141791	4.020	.0001 ** (A)
ATTEST	-.047273	.055626	-.027025	-.850	.3956
BELAST	.102062	.039848	.087511	2.561	.0106 ** (P)
DEFHOUDING	-.124443	.044227	-.093742	-2.814	.0050 ** (A)
DIAGN2 (griep)	-.043928	.044930	-.037645	-.978	.3285
DIAGN3 (rugpijn)	.083464	.067711	.043486	1.233	.2180
DIAGN4 (stress)	-.059847	.067975	-.033007	-.880	.3788
DIPLOMA	-.099014	.030745	-.101583	-3.220	.0013 ** (P)
ERVARING	-.126505	.036688	-.115218	-3.448	.0006 ** (A)
GESLA	-.082250	.061270	-.046371	-1.342	.1798
GESLP	-.026880	.037374	-.022976	-.719	.4722
HOEVEEL	.007502	.037132	.006436	.202	.8399
LEEFTIJD	.047267	.076065	.020565	.621	.5345
NAVORMING	-.074396	.035717	-.072100	-2.083	.0375 ** (A)
PARTNER	.036761	.046679	.026122	.788	.4312
PREPERWEEK	.046945	.061239	.027127	.767	.4435
SOCIAAL	-.100517	.041595	-.086617	-2.417	.0159 ** (P)
TIJDCONTACT	-.082098	.073426	-.039174	-1.118	.2638
WOONGBIED	.085878	.038543	.072783	2.228	.0261 ** (A)
ZORG	-.091747	.038803	-.077270	-2.364	.0183 ** (P)
(Constant)	7.557987	.371010		20.371	.0000

** : de variabele is significant op een .05-niveau

A : artsgebonden factor

P : patiëntgebonden factor

BIJLAGE 5.5.: RESULTATEN VAN HET LOG-LINAIR MODEL VOOR DE HUISARTSKOSTEN

Multiple R .26686
 R Square .07121
 Adjusted R Square .05130
 Standard Error .40219

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	22	12.72476	.57840
Residual	1026	165.95910	.16175

F = 3.57580 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
AANTALHA	.004819	.028367	.005799	.170	.8652
ALGKWA	.169493	.042425	.145699	3.995	.0001 ** (P)
ARTS	.160692	.042477	.131196	3.783	.0002 ** (A)
ATTEST	.028087	.038254	.023073	.734	.4630
BELAST	.058444	.027481	.070713	2.127	.0337 ** (P)
DEFHOUDING	-.021000	.030372	-.022607	-.691	.4894
DIAGN2 (griep)	.037279	.031254	.045150	1.193	.2332
DIAGN3 (stress)	.011505	.045797	.008709	.251	.8017
DIAGN4 (rugpijn)	.032639	.046572	.025971	.701	.4836
DIPLOMA	-.059787	.021029	-.088159	-2.843	.0046 ** (P)
ERVARING	-.049822	.025585	-.064024	-1.947	.0518 * (A)
GESLA	-.066142	.042944	-.052100	-1.540	.1238
GESLP	.011029	.025894	.013319	.426	.6703
HOEVEEL	.042175	.025879	.051029	1.630	.1035
LEEF TIJD	.126697	.052060	.079045	2.434	.0151 ** (P)
NAVORMING	-.021803	.024895	-.029636	-.876	.3813
PARTNER	-.005001	.032146	-.005037	-.156	.8764
PREPERWEEK	.007215	.042901	.005837	.168	.8665
SOCIAAL	-.114474	.028503	-.139903	-4.016	.0001 ** (P)
TIJDCONTACT	-.025173	.050932	-.017110	-.494	.6212
WOONGEBIED	.005626	.026977	.006713	.209	.8348
ZORG	-.014946	.026806	-.017810	-.558	.5773
(Constant)	6.115769	.256073		23.883	.0000

** : de variabele is significant op een .05-niveau
 * : de variabele is significant op een .1-niveau

A : artsgebonden factor
 P : patiëntgebonden factor

BIJLAGE 5.6.: RESULTATEN VAN HET LOGIT MODEL VOOR HET AL DAN NIET VOORSCHRIJVEN VAN MEDICATIE

-2 Log Likelihood 739.26461
 -2 Log Likelihood 620.501
 Goodness of Fit 1051.127

	Chi-Square	df	Significance
Model Chi-Square	118.764	22	.0000
Improvement	118.764	22	.0000

AFHANKELIJKE VARIABELE:

0 = er wordt geen medicatie voorgeschreven
 1 = er wordt wel medicatie voorgeschreven

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	Sig	R(1)	(2)
AANTALHA	.5885	.2465	5.6980	.0170 **	.0707	0.04 (A)
ALGKWA	-.3518	.3952	.7924	.3734	.0000	
ARTS	.5640	.4014	1.9744	.1600	.0000	
ATTEST	-.2516	.3764	.4469	.5038	.0000	
BELAST	.1078	.2414	.1994	.6552	.0000	
DEFHOUDING	-.7338	.2886	6.4646	.0110 **	-.0777	-0.05 (A)
DIAGN2	-.6655	.3490	3.6355	.0566 *	-.0470	-0.04
DIAGN3	-1.4948	.4056	13.5857	.0002 **	-.1252	-0.17
DIAGN4	-2.4806	.3892	40.6202	.0000 **	-.2286	-0.38
DIPLOMA	-.2017	.1898	1.1286	.2881	.0000	
ERVARI	-.0926	.2110	.1927	.6607	.0000	
GESLA	.6549	.3965	2.7282	.0986 *	.0314	0.04 (A)
GESLP	-.5396	.2242	5.7931	.0161 **	-.0716	-0.04 (P)
HOEVEEL	-.3376	.2244	2.2629	.1325	-.0189	
LEEF TIJD	-.5840	.4514	1.6734	.1958	.0000	
NAVORMING	-.1571	.2168	.5249	.4688	.0000	
PARTNER	-.2439	.2770	.7752	.3786	.0000	
PREPERWEEK	.6102	.3338	3.3421	.0675 *	.0426	0.04 (A)
SOCIAAL	.1734	.2326	.5559	.4559	.0000	
TIJDCONTACT	.8920	.4379	4.1498	.0416 *	.0539	0.06 (A)
WOONGEBIED	.0134	.2307	.0034	.9538	.0000	
ZORG	-.0176	.2291	.0059	.9388	.0000	
Constant	4.5207	2.2478	4.0446	.0443		

(1) De R-statistiek is een maatstaf voor de partiële correlatie tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabele. R kan een waarde aannemen tussen -1 en +1. Een positieve waarde geeft aan dat indien de waarde van de variabele stijgt, de kans dat medicatie wordt voorgeschreven ook zal stijgen (en v.v.).

** : de variabele is significant op een .05-niveau
 * : de variabele is significant op een .1-niveau

(A): artsgebonden factor (P): patiëntgebonden factor

(2) De exacte elasticiteit voor een continue variabelen X_j (opgenomen in het model als logaritme), kan als volgt berekend worden: $(1-P_1) \cdot b_j$, met

$$P_1 = 1 / (1 + e^{-(a + \sum_{j=1}^n b_j \ln X_j + \sum_{k=1}^m c_k D_k)})$$

b_j = de logit-coëfficiënt van variabele X_j

Voor de dummy-variabelen D_i wordt de relatieve verandering in de probabilliteit als gevolg van het omslaan van de dummy van 0 naar 1 als volgt berekend: $(P_2 - P_1) / P_1$, met

$$P_1 = 1 / (1 + e^{-(a + \sum_{j=1}^n b_j \ln X_j + \sum_{k=1, k \neq i}^m c_k D_k)})$$

$$P_2 = 1 / (1 + e^{-(a + \sum_{j=1}^n b_j \ln X_j + \sum_{k=1}^m c_k D_k + c_i)})$$

Nota: De veranderingen, zowel voor dummy-variabelen als voor de continue variabelen worden berekend in het gemiddelde van de variabelen.

BIJLAGE 5.7.1 RESULTATEN VAN HET LOG-LINEAIR MODEL VOOR DE KOSTEN VOOR VOORGESCHREVEN MEDICATIE

Multiple R .26975
 R Square .07277
 Adjusted R Square .05045
 Standard Error .65020

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	22	30.32356	1.37834
Residual	914	386.40558	.42276

F = 3.26032 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
AANTALHA	-.088950	.048953	-.066301	-1.817	.0695 * (A)
ALGKWA	.032006	.072317	.016983	.443	.6582
ARTS	.170818	.072018	.087966	2.372	.0179 ** (A)
ATTEST	.029631	.064472	.015359	.460	.6459
BELAST	.027924	.046751	.020872	.597	.5505
DEFHOUDING	-.207365	.050668	-.142084	-4.093	.0000 ** (A)
DIAGN2 (griep)	-.064785	.052135	-.048476	-1.243	.2143
DIAGN3 (ruggpijn)	.092342	.079212	.042564	1.166	.2440
DIAGN4 (stress)	-.078933	.087807	-.033447	-.899	.3689
DIPLOMA	-.050381	.035985	-.046011	-1.400	.1618
ERVARING	-.137975	.043219	-.111135	-3.192	.0015 ** (A)
GESLA	-.037716	.072942	-.018626	-.517	.6052
GESLP	-.068341	.044473	-.050890	-1.537	.1247
HOEVVEL	-.071254	.044254	-.053400	-1.610	.1077
LEEF TIJD	-.054364	.089887	-.020854	-.605	.5455
NAVORMING	-.115574	.042697	-.098170	-2.707	.0069 ** (A)
PARTNER	-.016514	.055067	-.010308	-.300	.7643
PREPERWEEK	.042513	.075178	.021099	.565	.5719
SOCIAAL	-.075322	.049468	-.056602	-1.523	.1282
TIJDCONTACT	.010187	.087706	.004309	.116	.9076
WOONGEBIED	.211372	.046401	.156176	4.555	.0000 ** (A)
ZORG	-.108034	.045702	-.079823	-2.364	.0183 ** (P)
(Constant)	7.195537	.440043		16.352	.0000

** : de variabele is significant op een .05-niveau

* : de variabele is significant op een .1-niveau

A: artsgebonden factor

P: patiëntgebonden factor

HOOFDSTUK 6: SAMENVATTINGEN EN BESLUIT

6.1. ACHTERGROND EN DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

Dit onderzoek is een *explorerend beschrijvend* en een *explorerend verklarend* onderzoek naar het toekennen van arbeidsongeschiktheid in de huisartsgeneeskunde op het niveau van het arts-patiënt contact. De attestering behelst verschillende dimensies: een ethisch-juridische, een medisch-sociale en een economische dimensie.

De *ethisch-juridische dimensie* werd vooral gedurende het voorbije jaar in België nader belicht in de beschouwende literatuur. Hierbij werd de nadruk gelegd op de moeilijke positie van de huisarts bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid (De Maeseneer, 1993). Op hetzelfde ogenblik dient de huisarts immers verschillende rollen te vervullen: medische hulpverlener, advocaat en beslisser over het financieel inkomen van de patiënt. Bovendien wordt er op gewezen dat de huisarts binnen een gezondheidssysteem met open concurrentie opereert. Dit brengt met zich mee dat het weigeren van een attest de therapeutische arts-patiëntrelatie kan vertroebelen en dat de patiënt zich eventueel bij een andere arts van een attest kan voorzien.

Alhoewel deze ethisch-juridische dimensie niet minder belangrijk is, gaan we in de studie voornamelijk in op de *medisch-sociale en economische dimensie* van het attest. Uitgangspunt hiervoor was het feit dat er vaak een kwaliteitsoordeel werd uitgesproken over de attestering van de huisarts. Nochtans bleek dat hierover weinig onderzoek was verricht. Het was niet duidelijk hoe de huisarts in de alledaagse praktijk zijn beslissingen over arbeidsongeschiktheid nam. Jongere artsen kloegen erover dat zij tijdens hun opleiding te weinig richtlijnen kregen in deze materie en dat hun ervaring hieromtrent moest worden opgedaan door gissen en missen. Huisartsen met langere ervaring, hadden dan weer meningsverschillen met controle-artsen en eventueel met bedrijfsleiders en personeelschefs wat betreft de duur en de frequentie van het toegekende ziekteverlof. Vanuit de huisartsen zelf was er dus nood aan onderzoek op het domein van de attestering van arbeidsongeschiktheid, maar ook omwille van de economische gevolgen van deze medische taak, is een optimalisering van het toekennen van arbeidsongeschiktheid noodzakelijk.

De *doelstellingen* worden geconcretiseerd in vijf aspecten:

1. Het bepalen van de gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid, zoals toegekend door Belgische huisartsen, voor vier wel omschreven gezondheidsproblemen.
2. Het berekenen van de financiële kosten (m.a.w. de economische gevolgen) van de uitgeschreven ziekte-attesten, voor de patiënt, de werkgever en de gemeenschap.
3. Het inventariseren van zowel artskenmerken als patiëntkenmerken die een rol spelen bij de beslissing over het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid en het bepalen van de duur ervan.
4. Het nagaan wat de patiënt van zijn arts verwacht bij een beslissing over ziekteverlof en het toetsen van de visie van de patiënt aan het oordeel van de arts.

De bestaande *literatuur* belicht het ziekteverzuim voornamelijk vanuit het standpunt van het bedrijf. Jobsatisfactie, werksfeer, human resource management, werkbelasting, arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en verantwoordelijkheid zijn daarbij belangrijke aandachtspunten. Slechts een beperkt aantal studies richt de aandacht op de arts. Typisch aan dit onderzoek -zoals blijkt uit de doelstellingen- is dat zowel patiëntkenmerken als artskenmerken aan bod komen.

6.2. ONDERZOEKSMETHODE

Om de bovenvermelde doelstellingen te realiseren, is het noodzakelijk zelf empirische gegevens te verzamelen. De dataverzameling gebeurt door registratie via de huisarts.

Vijftig huisartsen uit Antwerpen, 52 uit West-Vlaanderen en 42 uit het franstalig landsgedeelte verklaren zich oorspronkelijk bereid tot deelname aan het onderzoek (na schriftelijke of mondelinge contactname). Slechts 61 procent (88 artsen) voltooit de ganse registratie. Het betreft dus geen aselechte *steekproef*. De leeftijdsverdeling van de artsen uit onze steekproef komt niet volledig overeen met die van de populatie. Vooral het aandeel mannelijke artsen boven de 49 jaar is ondervetegenwoordigd in de steekproef, terwijl er een oververtegenwoordiging is van artsen tussen 40 en 44 jaar.

Aan deze huisartsen vragen we om gedurende 13 weken (van 4/1/93 tot 2/4/93) een aantal *registraties* te verrichten bij de patiënten uit de beroepsbevolking.

Een eerste soort registratie betreft het al dan niet toekennen van ziekteverlof voor 4

welbepaalde diagnoses: verkoudheid, griep, lage rugpijn zonder uitstraling en psychische overbelasting. De selectie van deze diagnoses gebeurt op basis van een vooronderzoek (Dirckx e.a., 1993), waaruit blijkt dat deze 4 diagnoses frequent voorkomen op het ziekte-attest. Ook speelt bij de keuze van de diagnoses de beslissingsvrijheid per type aan-doening een rol.

Wanneer een patiënt uit de beroepsbevolking zich met één van deze 4 diagnoses bij de huisarts aanmeldt, vult de huisarts een registratieformulier in, ook al kent hij de patiënt geen ziekteverlof toe. Op het *registratieformulier* worden volgende gegevens genoteerd: de diagnose die wordt gesteld, de aard van het contact (huisbezoek of consultatie), het al of niet toegekend ziekteverlof met de data en enkele patiëntgegevens. Verder wordt aan de arts ook gevraagd welke factoren (medische factoren, factoren uit de thuissituatie en werkfactoren) een rol hebben gespeeld in de beslissing over het ziekteverlof. Ten slotte peilen we naar interventies die de arts bij zijn patiënt uitvoert: voorgeschreven medicatie, klinisch biologie, RX, verwijzingen, follow-up.

Telkens wanneer de huisarts voor de 4 diagnoses een registratieformulier invult, geeft hij aan de patiënt ook een *patiëntenvragenlijst* mee. Deze is met een nummer gekoppeld aan het registratieformulier zodat de gegevens samen kunnen verwerkt worden. De patiënt dient de vragenlijst thuis in te vullen en hem anoniem en portvrij naar het onderzoekscen-trum terug te zenden. In de patiëntenvragenlijst worden de volgende gegevens gevraagd: persoonskenmerken, thuis- en gezinssituatie, beroeps- en werkomstandigheden, meningen omtrent ziekteverlof, redenen voor eventueel ziekteverlof, vragen over de algemene toestand en de sociale ondersteuning van de patiënt en vragen over de uitgaven die de patiënt heeft gedaan gedurende deze ziekteperiode.

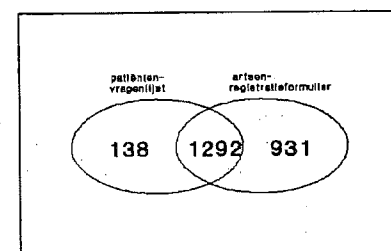
Een derde soort registratie betreft het noteren, door de huisartsen, van elk ziekteverlof dat ze tijdens de registratieperiode hebben voorgeschreven bij de actieve bevolking, in *gedateerde weektabellen*. Dit geldt zowel voor ziekteverloven uitgeschreven tijdens de consultaties, als tijdens de huisbezoeken en voor om het even welke diagnose. De artsen noteren op de datum van het uitschrijven van het attest, de duur van de ziekteperiode. Deze gegevens maken het ons mogelijk de omvang te berekenen van het totale toegekende ziekteverlof binnen deze periode, alsook het relatief belang van de vier weerhouden diagnoses.

Na afloop van de registratieperiode wordt naar elke huisarts nog een *artsenvragenlijst* opgestuurd. Hiermee bekomen we de volgende gegevens: persoonsgegevens van de arts, praktijkgegevens, bemerkingen i.v.m. de registratieperiode, informatie i.v.m. bijscholing

en navorming van de arts en zijn opvatting over 16 items met betrekking tot arbeids-ongeschiktheid. Ook gaan we na in hoeverre de huisarts een huisartsgeneeskundige attitude versus een defensieve attitude aanneemt.

Er zijn 2223 artsenregistratieformulieren en 1430 patiëntenvragenlijsten teruggestuurd (zie figuur 6.1.). Tien procent van de patiëntenvragenlijsten kon niet gekoppeld worden aan een artsenregistratieformulier. Er is een grote overeenkomst tussen de patiënteninformatie bekomen uit de patiëntenvragenlijst en deze bekomen uit de registratieformulieren van de arts, met uitzondering van de gezinssituatie. Waarschijnlijk wijst dit op een selectieve non-respons. In de weektabellen werden 8238 ziekte-verloven geregistreerd. Alle artsen vulden een artsenvragenlijst in.

FIGUUR 6.1.: Aantal casussen per onderzoeksinstrument



6.3. BELANGRIJKE KENGETALLEN IN VERBAND MET DE ATTESTERING

De weektabellen geven ons enkele algemene gegevens over het toekennen van arbeidsongeschiktheid. Gemiddeld schrijven de huisartsen in 15,3% van hun contacten in de beroepsbevolking een attest uit, voornamelijk in het begin van de week. Het is vooral kortdurend verzuim dat wordt voorgeschreven: 97% van de attesten zijn korter dan 14 dagen. De gemiddelde duur van het attest bedraagt slechts 4,8 dagen; deze duur is het hoogst voor attesten uitgeschreven in het begin van de week en daalt daarna.

Ongeveer 23% van alle attesten, hebben betrekking op de vier geselecteerde diagnoses. Ook voor deze diagnoses vinden we een gemiddelde *duur* per attest van 4,8 dagen, wordt het ziekteverlof voornamelijk uitgeschreven in het begin van de week en neemt de gemiddelde duur af naar het einde van de week toe. Er bestaat een tendens om de week uit te schrijven. De *frequentie* van het attesteren voor de vier diagnoses ligt op 86%. Deze kengetallen komen vrij goed overeen met de bevindingen uit de literatuur, waaruit we kunnen afleiden dat het attesteringsgedrag van de artsen uit de steekproef niet afwijkend is.

De resultaten voor de afzonderlijke diagnoses zijn onderling significant verschillend wat betreft frequentie en duur van het attest. Voor verkoudheid wordt in 73% van de contacten een attest uitgeschreven met een gemiddelde duur van 3,5 dagen per (eerste) attest, voor griep in 89% van de contacten en gemiddeld 4,3 dagen, voor lage rugpijn in 86% van de contacten en gemiddeld 6,6 dagen en tenslotte voor psychische overbelasting in 92% van de contacten en gemiddeld 7,6 dagen per attest. De totale duur van de ziekteperiode (inclusief verlengingen) is voor elk van de diagnoses lichtjes hoger, respectievelijk 3,7 dagen, 4,6 dagen, 11,2 dagen en 12,1 dagen voor verkoudheid, griep, lage rug en psychische overbelasting.

We berekenden een totale gemiddelde *kost* van 17.900 BF per verzuimperiode. De verzuimduur bepaalt in belangrijke mate deze kost. Gedurende zijn afwezigheid ontvangt de werknemer van zijn werkgever immers een gewaarborgd loon (volledige loondoorbetaling gedurende 14 dagen voor arbeiders en één maand voor bedienden). Deze loonkosten bedragen in ons onderzoek gemiddeld 16.150 BF per verzuimperiode of 3.700 BF per verzuimdag. De uitkeringen van het RIZIV en de gederfde inkomsten van het RIZIV zijn verwaarloosbaar in onze studie aangezien het nagenoeg uitsluitend afwezigheidsduren korter dan 14 dagen betreft. Ook de medische kosten, die gemiddeld 1.732 BF bedragen per verzuimperiode, zijn in vergelijking met de loonkosten relatief onbelangrijk.

Het grootste deel van de kosten van het kortdurend verzuim (90%), komt dus op rekening van de werkgever. Het RIZIV komt op de tweede plaats met een bijdrage van 7% van het totaal; het betaalt 73% van de medische kosten (en uitzonderlijk keert het een vervangingsinkomen uit en verliest het inkomsten). De financiële gevolgen voor de patiënt zijn zeer gering: 3% van het totaal, of een gemiddelde van 500 BF als aandeel in de medische kosten.

6.4. VERZUIMREDENEN VAN DE PATIENT

Strikt medische, familiale en arbeidsgebonden motieven kunnen door de patiënt aangehaald worden ter verantwoording van het verzuim. Vijfenzestig procent van de patiënten stelt dat enkel strikt medische redenen verantwoordelijk zijn voor hun ziekteverlof. Familiale omstandigheden zijn een (mede)oorzaak van het verzuim in 10% van de gevallen en omstandigheden op het werk in 17%.

Familiale verzuimredenen worden relatief meer ingeroepen door vrouwen, door patiënten met een lager opleidingsniveau, met een lager bruto-maandloon of door werknemers uit de welzijnssector. Met de leeftijd stijgt het aandeel arbeidsgebonden verzuimredenen. Verder stellen we vast dat een slechte score op de Coop Function Charts in verband met de algemene gezondheidstoestand, de sociale ondersteuning en de kwaliteit van het leven, zoals beoordeeld door de patiënten, wijst in de richting van minder strikt medische en meer familiale en arbeidsgebonden verzuimredenen.

6.5. DE BEOORDELING VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR DE ARTS

De huisarts baseert zijn beslissing over het ziekteverlof niet enkel op strikt medische factoren. In 81% van zijn beslissingen blijkt hij rekening te houden met objectief klinische bevindingen, maar in ongeveer één geval op vijf kan hij de klachten van de patiënt niet objectiveren. De inbreng van de patiënt is bijzonder groot. In 87% van alle gevallen houdt de arts rekening met de ernst van de subjectieve klachten en in bijna de helft van de gevallen (45%) houdt hij eveneens rekening met de vraag van de patiënt naar het al dan niet krijgen van (voldoende lang of eerder kort) ziekteverlof. Daaruit blijkt dat de huisarts vertrekt van het vermoeden van goede trouw bij de patiënt, wat ethisch verantwoord is. Ook factoren gebonden aan de thuis- en de werksituatie van de patiënt worden in de beoordeling van de huisarts betrokken. Als thuisgebonden factoren komen toezicht op een zieke familielid, kinderopvangproblemen, echtscheidingsproblemen en stress in verband met de combinatie van gezinsverplichtingen en eisen op het werk naar voren. Arbeidsgebonden factoren waarmee de huisarts rekening houdt zijn: de fysische en psychische werkbelasting, hinderlijke fysische werkomstandigheden en de werksfeer (relaties met collega's en chef). Huisartsen houden dan weer veel minder rekening met mogelijke

controle door de controle-arts van de werkgever of met mogelijk inkomensverlies voor de patiënt (telkens hooguit 4%).

Er zijn ook significante verschillen tussen de vier specifieke diagnoses wat de beoordelingswijze van de huisarts over het ziekteverlof betreft. Bij *verkoudheden* blijkt de objectiveerbaarheid van de klachten, in vergelijking met griep, minder belangrijk te zijn terwijl een slechte werksfeer of problemen thuis dan weer aan belang winnen. Opmerkelijk is ook dat bij een verkoudheid aan de patiënt meer ruimte gegeven wordt om zelf te beslissen over het ziekteverlof (in 49% van de gevallen tegen slechts 38% bij griep). Bij *lage rugpijn* is dan weer de werkbelasting een belangrijke beslissingsfactor (in 65%). Hieronder wordt verstaan zwaar fysisch of psychisch werk evenals hinderlijke werkomstandigheden zoals een moeilijke houding, gevaar, lawaai e.a. Ook psycho-sociale factoren uit de thuis- en de werksituatie spelen bij lage rugpijn een grotere rol dan bij griep. Het feit dat lage rugpijn tot de psycho-somatische klachten wordt gerekend weerspiegelt zich dus in de attesten van de huisarts. *Psychisch overbelaste* patiënten worden op een heel specifieke wijze beoordeeld: objectief klinisch onderzoek speelt hier een veel geringere rol dan de ernst van de subjectieve klachten.

Voor elk van de vier genoemde ziektebeelden bestaat er dus een verschillend beoordelingspatroon, hetgeen resulteert in een significant verschillend aantal ziektedagen per diagnose. Daarnaast bestaat er een belangrijke variatie tussen huisartsen onderling bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid (inter-doktervariatie). Geaggregeerd op het niveau van de arts varieert de gemiddelde duur van een eerste attest voor griep bijvoorbeeld, tussen een minimum van drie dagen en een maximum van acht dagen. Voor de andere diagnoses bestaat een analoge spreiding.

6.6. DETERMINANTEN VAN DE OMVANG EN DE KOSTEN VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

In het onderzoek werden multivariate modellen geschat ter verklaring van de kans op het attesteren, de arbeidsongeschiktheidsduur (van een eerste attest en van de totale ziekteperiode) en van de medische kosten (totale medische kosten, huisartskosten, kans op voorschrijven van medicatie en medicatiekosten). Gezien de veelheid aan modellen zou een gedetailleerde bespreking van alle significante effecten ons te ver leiden. We beperken ons hier tot enkele zeer opvallende resultaten.

De meest belangrijke determinanten van de arbeidsongeschiktheid zijn de dag van de week waarop het attest uitgeschreven wordt (enkel voor de duur) en de diagnose (voor de kans en de duur). Daarnaast dragen meerdere patiënt- en artskenmerken bij tot de verklaring. Sommige variabelen hebben een tegengesteld effect op de kans op een attest versus op de duur. We constateren een positief effect van het verzuimverleden van de patiënt (aantal vorige afwezigheden) op de kans op een attest en andersom voor de duur. We constateren een negatief effect van het aantal prestaties per week en duur van een arts-patiënt contact op de kans op een attest en vice versa voor de duur. Meer navorming van de arts vermindert zowel de kans op een attest als de duur van het attest. Andere variabelen zijn slechts significant in één van de verklaringsmodellen (voor meer detail verwijzen we naar hoofdstuk 5).

In het algemeen kunnen we stellen dat de modellen die de kosten trachten te verklaren een zeer geringe verklaringskracht hebben. Opvallend is het feit dat de diagnose meestal niet significant is. Enkele artskenmerken hebben wel een significant effect (maar niet steeds systematisch voor de vier modellen). Hogere kosten worden gegenereerd door Waalse artsen, artsen uit verstedelijkt gebied, die zich defensiever opstellen, met minder ervaring of minder navorming. Patiëntkenmerken zijn in mindere mate significant.

6.7. ROL VAN HET ATTEST

In België is door de verplichte attestering een rol weggelegd voor de huisarts bij het ziekteverzuim. Dit werkt in zeker opzicht *kostenverhogend* voor de gezondheidszorg. Uit dit onderzoek bij vier diagnoses, blijkt 6% van de artsenhonoraria (voor huisbezoeken en consultaties samen) te kunnen worden uitgespaard door afschaffing van het attest voor een ziekteverlof van drie dagen of minder (20% van de patiënten met minder dan 4 dagen ziekteverlof, zouden niet naar de arts gegaan zijn indien het attest niet verplicht was). Nochtans zijn de medische kosten slechts een kleine fractie van de totale kosten van het verzuim. Een *vermindering van het gemiddelde verzuim* ten gevolge van de verplichte attestering van minder dan 1% zou deze kostenverhoging al compenseren. Het lijkt ons niet onlogisch zo'n effect te mogen veronderstellen. Het attest blijkt immers een psychologische barrière te zijn. De ziekmeldingsdrempel in dit onderzoek ligt dan ook hoog: iets meer dan één vijfde van de patiënten werkt langer dan één week onwel door alvorens er door de arts of door henzelf wordt beslist dat werken niet meer mogelijk is.

De verplichte attestering werkt ook *medicaliserend*. Heel wat niet strikt medische problemen van de werknemers, zijn verantwoordelijk voor afwezigheden op het werk. Deze problemen worden door de verplichte attestering in een medisch kanaal geduwd, waardoor de afwezigheden een legitiem karakter krijgen. De werknemer schuift daardoor de verantwoordelijkheid over de beslissing tot werken af op de arts. Het merendeel van de mensen blijkt in deze studie trouwens nogal doktersafhankelijk te zijn. Zelfs voor korte ziekteperiodes van drie dagen en minder, omwille van virale aandoeningen, verkiest 80% van de patiënten toch een arts te consulteren. Kan afschaffen van het attest (van korte duur) de werknemers ertoe brengen meer verantwoordelijkheid over arbeid en gezondheid op zich te nemen of is de tijd daar nog niet rijp voor?

Anderzijds kan de verplichting van het attest de medicalisering ook juist tegengaan. De huisarts heeft de gelegenheid na te gaan wat de *diepere betekenis van de ziekmelding* is. De klachten van de patiënt worden niet enkel vertaald in diagnoses. Eén van de belangrijkste vaardigheden van de huisarts is het identificeren van gedrags- en sociale factoren in het ziek zijn van zijn patiënt. Uit het onderzoek blijkt dat de huisarts vaak een verband legt tussen de klachten van de patiënt en zijn werksituatie (de sfeer op het werk, medezeggenschap). Ook legt de huisarts geregeld het verband tussen bepaalde klachten en de thuisomgeving van de patiënt. Hierbij speelt stress door de combinatie van werk en gezin een belangrijke rol. Het gaat vaak om een verband dat de patiënt zelf niet ziet. Door de patiënt in zijn geheel te benaderen, en dus ook het spoor van het werk te volgen, kan de arts fixatie op psycho-somatische klachten trachten te voorkomen. De huisarts kan mee op zoek gaan naar alternatieven voor de ziekmelding. Een patiënt met gezondheidsproblemen omwille van het werk dient ons inziens even integraal benaderd te worden als een patiënt met hoofdpijn omwille van relatieproblemen. Afschaffen van het attesteren betekent een minder integrale benadering van de patiënt in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het attest bevestigt het *legitieme karakter* van de afwezigheid voor de werkgever en de collega's van de werknemer. Voor de werknemers is dit het belangrijkste argument om het attest te behouden. Achtentwintig procent is voorstander van het attest, meestal omdat zij menen dat er zonder verplicht attest misbruik zou gemaakt worden van afwezigheden op het werk. Gezien deze lage tolerantie van de werkenden tegenover verzuimenden, biedt het attest voor de werkelijk zieken een veilig middel om in alle rust uit te zieken.

Toch mag de rol van de huisarts bij de attestering niet beperkt blijven tot een passieve

wettigende handeling. Wanneer de huisarts bij het uitschrijven van attesten problemen in verband met het werk opspoot, wordt dit enerzijds niet genoeg aan het bedrijf (bedrijfsarts) gesignaleerd. Anderzijds hecht het bedrijf vaak te weinig aandacht aan de achtergrond van de ziekmelding van de werknemers. Er bestaat *weinig overleg* tussen huisartsen, controle-artsen en bedrijfsartsen. In het onderzoek vindt ruim 60% van de huisartsen dat hier verbetering nodig is.

Een minderheid van de artsen vindt de attestering een hinderpaal voor een goede arts-patiënt relatie. Zevenentwintig procent vindt dit voor de attesten van één dag, 16% voor die van 2 dagen en 10% voor die van drie dagen. Zij schrijven, evenals artsen met een defensieve opstelling, eerder attesten uit. Artsen die een overbezetting in hun regio ervaren, schrijven dan weer attesten van een langere duur. Voor deze artsen is de attestering in zeker opzicht een *opgedrongen handeling*. Uit schrik, bijvoorbeeld om patiënten te verliezen, willigen zij bij onzekerheid over de ernst van de klachten meestal toch gewoon de wensen van de patiënt in.

Nochtans vindt iets meer dan de helft van de artsen het attest een nuttig middel in de therapie. Zij gebruiken het toekennen van arbeidsongeschiktheid als het *voorschrijven van rust*. De *juiste dosering* van de rusttherapie heeft evenveel medisch belang als de juiste dosering van geneesmiddelen. Hoewel er grote onderlinge verschillen bestaan tussen artsen in de duurbeoordeling, waarbij soms gewoon de week wordt uitgeschreven, vonden we toch in het onderzoek zelfs een significant verschil in de duur van een eerste attest voor griep en voor verkoudheid. Dit wijst eerder op een zorgvuldige omgang met de duurbeoordeling. In dezelfde richting wijst het feit dat ook het verzuimverleden van de patiënt in de beoordeling betrokken wordt. Dit vooral in gevallen van onzekerheid over de ernst van de klachten. Hoe vaker de patiënt in het verleden reeds afwezig is geweest op het werk, hoe zuiniger de arts is met het aantal toegekende ziektedagen. De duurbeoordeling blijkt voor de meeste artsen geen echt probleem. Slechts één vierde van hen verwacht meer richtlijnen hieromtrent.

Globaal genomen lijken patiënten en artsen tevreden over het systeem van de verplichte attestering. De mogelijke nadelen van het attest wegen volgens ons niet op tegen de voordelen.

6.8. BELEIDSRELEVANTIE EN SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK

In deze studie is -voor het eerst in België- een raming gemaakt van de duur en de totale kosten van het verzuim voor vier specifieke diagnoses. Dit is belangrijke informatie voor de *evaluatie* van (nieuwe) therapieën. Bijvoorbeeld, wanneer men het invoeren van griepvaccinatie voor werknemers wil evalueren, is kennis over de kosten van griep een vereiste. In het algemeen wordt vaak de invloed van nieuwe therapieën op het verzuim aangehaald als een belangrijke baat voor de therapie. Meer systematisch onderzoek naar de kosten en de determinanten van het verzuim (ook voor andere diagnoses), laat toe om deze baten beter te kwantificeren.

Dit onderzoek bracht nogmaals naar voren dat ziekteverzuim een multi-causaal probleem is. Ziekteverzuim wordt bepaald door de persoonskenmerken, de thuissituatie, de situatie op het werk en de voorschrijvende arts. Het is dan ook van belang met elk van deze factoren rekening te houden bij het uitstippelen van een verzuimbeleid. Inwerken op één enkele factor is onvoldoende om resultaten te boeken.

Het belang van arbeidsgebonden factoren werd in de literatuur reeds veelvuldig aangetoond. Hetzelfde geldt voor persoonsgebonden kenmerken van de patiënt. Wij kunnen hier het *belang van artsgebonden kenmerken* aan toevoegen. Uit onze studie blijkt het belang van de navorming van de arts, zijn houding t.o.v. het attest, zijn huisartsgeneeskundige oriëntatie en een nevenactiviteit als controle-arts. Het bestuderen van de arbeidsongeschiktheid vanuit huisartsgeneeskundig oogpunt heeft dus additionele inzichten bijgebracht en is een weg die zeker moet blijven gevolgd worden.

Het is echter niet evident om uit deze studie reeds veel beleidsgerichte conclusies te trekken. Ook het toegenomen inzicht in arbeidsgebonden en persoonsgebonden verzuimfactoren, heeft niet echt geleid tot veel concrete preventieve maatregelen. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat het effect van elke determinant afzonderlijk erg beperkt is, of vaak ook erg bedrijfsgebonden of moeilijk te beïnvloeden.

M.b.t. de artsgebonden factoren, zou men via *navormingsactiviteiten* kunnen trachten in te werken op de duur van het ziekteverlof. Het is niet meteen duidelijk of dit zinvol is. De invloed van de navorming (het betreft in onze studie navorming in het algemeen) op de variabiliteit van de duur is immers zeer klein en extra navorming kan een kostelijke manier zijn om een geringe impact op de duur te realiseren. Wellicht moet in verder onderzoek bestudeerd en gekwantificeerd worden wat het effect is van navorming (op

korte en op lange termijn) in de verschillende domeinen van het medisch handelen, om uit te maken of de kosten-baten analyse van extra navorming gunstig is.

Verder moet ook nagekeken worden of het toekennen van arbeidsongeschiktheid niet expliciet als thema in de huisartsnavorming behandeld moet worden. Dit gebeurt tot op heden niet. Voordat deze topic echter op zinvolle wijze in de navorming kan worden opgenomen is het nuttig in *verder onderzoek* eerst in te gaan op de volgende vragen:

1. Waarin liggen de beoordelingsverschillen met betrekking tot het toekennen van arbeidsongeschiktheid tussen huisartsen die geen en deze die wel een nevenactiviteit als controle-geneeskunde uitoefenen? Deze laatste groep artsen blijkt immers systematisch minder kans te hebben tot het uitschrijven van attesten. Kunnen er ook verschillen teruggevonden worden tussen huisartsen die geen en wel bedrijfsgeneeskunde als nevenactiviteit uitoefenen? Huisartsen met een nevenactiviteit als bedrijfsarts waren in onze studie te weinig vertegenwoordigd om als aparte groep te worden beschouwd. Een beter inzicht in de beoordelingswijze van deze groepen artsen, die in nauwer contact staan met de bedrijfswereld, zou kunnen leiden tot richtlijnen voor huisartsen op het vlak van het toekennen en de preventie van de arbeidsongeschiktheid.

2. Wat houdt de nood aan een betere samenwerking tussen de artsen op het domein van de arbeidsongeschiktheid, hetgeen uit dit onderzoek naar voren kwam, precies in? Moeten de initiatieven tot contact tussen de artsen uitgaan van de bedrijfsarts of van de huisarts? Stemt de patiënt hiermee in?

3. In welke mate wordt het toekennen van verlof om familiale redenen, door de huisarts benut en welke zijn hierbij de problemen? Aangezien uit dit onderzoek blijkt dat de combinatie werk en gezin, vooral door vrouwen als stresserend ervaren, leidt tot langer ziekteverzuim, kunnen we ons afvragen in hoeverre de reeds bestaande maatregel van het familiaal verlof voldoende is.

Daarnaast kunnen we stellen dat het invoeren van een uniforme regeling betreffende het voorschrijven van het ziekteverlof per diagnose, ons op het eerste gezicht minder aangewezen lijkt, aangezien er toch ook een vrij groot aantal patiëntgebonden factoren aanwezig zijn die doorwegen in de beslissing over de duur. Door het opleggen van eenduidig bepaalde 'tarieven' per diagnose wordt de arts in zijn beslissingsvrijheid beperkt en kan hij met andere factoren minder rekening houden.

DEEL II

HET ZIEKTEVERZUIM IN BELGIE, NEDERLAND, FRANKRIJK, DUITSLAND EN HET VERENIGD KONINKRIJK

INLEIDING

In het tweede deel van het onderzoeksrapport wordt het ziekteverzuim belicht vanuit een macro-economisch vergelijkend perspectief. Het is de bedoeling van het tweede deel om inzicht te krijgen in de omvang en de kosten van het ziekteverzuim in België en deze te situeren ten opzichte van de buurlanden.

Een zinvolle interpretatie van het ziekteverzuim is slechts mogelijk wanneer men kennis heeft van het wettelijk kader met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In een eerste hoofdstuk worden dan ook de regelingen van toepassing in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk besproken. Hoofdstuk twee geeft vervolgens een overzicht van de omvang van het ziekteverzuim in de betreffende landen. De kosten van het ziekteverzuim worden bestudeerd in hoofdstuk drie.

Voor dit tweede deel van de studie kon enkel gebruik gemaakt worden van reeds bestaand empirisch materiaal¹. Aangezien vergelijkbare internationale ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidscijfers nauwelijks voorhanden zijn, beperken we ons in hoofdzaak tot het beschrijven en commentariëren van de bestaande nationale gegevens. Waar mogelijk wordt dit aangevuld met een vergelijkende internationale analyse.

¹ Voor de opsporing van de gegevens werd samengewerkt met het Belgisch Instituut voor Gezondheiseconomie (BIGE).

HOOFDSTUK I: WETTELIJK KADER M.B.T. ZIEKTEVERZUIM EN ARBEIDSONGESCHIKTHEID IN BELGIË EN 4 BUURLANDEN

Bij een vergelijking van de verzuimgegevens tussen verschillende landen is het belangrijk rekening te houden met factoren die betrekking hebben op de structuur van de gezondheidszorg en de werking van de sociale wetgeving en het arbeidsrecht.

In dit hoofdstuk trachten we de gelijkenissen en de verschillpunten in het sociale zekerheidssysteem en het arbeidsrecht op te sporen in 5 verschillende landen. De onderzochte landen zijn België, Nederland, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk (V.K.). Vooral de reglementering in België wordt uitvoerig besproken. Er moet wel worden vermeld dat we in dit hoofdstuk geen volledigheid hebben nagestreefd. Enkel de o.i. meest belangrijke aspecten van de wettelijke regeling m.b.t. het ziekteverzuim (ZV) en de arbeidsongeschiktheid (AO) worden belicht.

Voor elk land afzonderlijk wordt eerst het wettelijk en organisatorisch kader geschetst. Enkel werknemers (en dus niet de zelfstandigen) komen aan bod. We maken daarbij steeds een onderscheid tussen enerzijds de privé- en de publieke sector (tenzij de regeling identiek is) en anderzijds tussen primaire (tijdelijke) AO en de permanente AO (invaliditeit). Binnen elke periode komen aspecten zoals de definitie van AO, het minimum % AO, legitimatie, wachtdagen, uitkeringen, controle enz. aan bod. We geven aan of er een aparte of bijkomende regeling is voorzien voor arbeidsongevallen, beroepsziekten of zwangerschap, zodat bij een vergelijking van geaggregeerde (nationale) verzuimgegevens, (meestal verstrekt door de administraties van de verschillende sociale zekerheidssystemen) hiermee rekening kan worden gehouden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een schematisch vergelijking van alle behandelde aspecten voor elk land.

In dit hoofdstuk hebben we veelvuldig gebruik gemaakt van een aantal publikaties van Prins¹ die deze materie reeds uitvoerig heeft bestudeerd, en een document uitgegeven door de Europese Commissie², waarin de sociale zekerheidssystemen in de Europese landen worden vergeleken. Wat de Belgische situatie betreft, hebben we ons ook gebaseerd op de publikatie van Janvier³. Voor een meer gedetailleerde bespreking van de wettelijke stelsels verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar de aangehaalde werken.

1.1. BELGIË

In België bestaat een uitgebreid systeem van sociale zekerheid. De verzekering tegen ziekte en invaliditeit maakt o.m. deel uit van dit systeem. Ze bestaat uit 2 afdelingen. De afdeling 'verstrekingen' voorziet in de terugbetaling van de kosten van de gezondheidszorg (medische behandeling, medicatie enz.). De afdeling 'uitkeringen' verstrekt uitkeringen bij AO (t.g.v. ziekte, moederschap of invaliditeit). Sinds 1945 zijn werknemers in België verplicht zich te verzekeren tegen ziekte. De werknemer moet zich daarvoor aansluiten bij een mutualiteit van zijn keuze of bij de 'Hulpkas voor ziekte en invaliditeitsverzekering', die instaan voor de uitvoering van de Ziekte en Invaliditeitsverzekering (ZIV). Men is dus niet naar personeelscategorie, bedrijfstak of per onderneming verzekerd, maar individueel bij één van de vijf landsbonden of bij de Hulpkas.

De financiering van het stelsel gebeurt op basis van bijdragen van werknemers en werkgevers op het loon en van staatsusssenkost. Deze bijdragen worden samen met de andere bijdragen voor de sociale zekerheid centraal geïnd door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ). De bijdragen worden vervolgens doorgestort aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), dat instaat voor de controle en het beheer ervan. Het RIZIV zal op zijn beurt de middelen doorstorten aan de mutualiteiten, op basis van hun werkelijke uitgaven.

¹ Prins, R., (1990), Chapter 3
Prins, R., Veerman, T.J., Koster, M.K.; (1993).
Prins, R., Veerman, T.J., Andriessen, S.; (1992).

² Eurostat, Social Protection in the member states of the community, 1993.

³ Janvier, R.;(1991).

In hetgeen volgt wordt het wettelijk kader besproken betreffende ZV en AO. Eerst komt de regeling voor de privé-sector aan bod. Vervolgens bekijken we de reglementering in de publieke sector.

1.1.1. Regeling in de privé-sector

1.1.1.1. Ziekte of primaire arbeidsongeschiktheid

De periode van primaire AO bedraagt maximaal 1 jaar. Binnen deze periode kunnen we 2 *regelingen* onderscheiden met elk een eigen definitie van het begrip AO. Enerzijds is er de reglementering die van toepassing is op de periode van het gewaarborgd loon, anderzijds is er de regeling die van start gaat na deze periode.

De periode van het gewaarborgd loon is geregeld in de Wet betreffende de Arbeids-overeenkomsten van 3 juli 1978. AO wordt in de wet omschreven als *de onmogelijkheid voor de werknemer zijn werk te verrichten ten gevolge van ziekte of ongeval* (artikel 31). Het gaat om de ongeschiktheid van de werknemer om zijn eigen beroep uit te oefenen. Het is dus niet relevant of de werknemer in staat is ander werk uit te oefenen. Anders dan in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (cfr. infra) is hier geen minimale graad van AO vereist.

M.b.t. de periode en de uitkering van het gewaarborgd loon wordt in de Belgische wetgeving een onderscheid gemaakt tussen arbeiders en bedienden.

De werkgever zal gedurende de eerste 7 dagen van de afwezigheid van zijn *arbeider* het volledig bruto-loon uitbetalen. De volgende 7 dagen ontvangt de arbeider van zijn werkgever 86,97% van zijn normale bruto-loon, wat overeenkomt met het bruto-loon minus de werknemersbijdrage. Zowel de werknemer als zijn werkgever zullen na de eerste zeven dagen geen RSZ-bijdragen meer moeten betalen. Vanaf dag 15 valt de arbeider terug op een uitkering van het RIZIV die 60% bedraagt van een geplafoneerd bruto-loon (momenteel geplafoneerd op 90.603,5 BF op maandbasis of 3484,75 BF per dag à rato van 26 werkdagen in een maand). Vanaf deze dag heeft de arbeider wel nog recht op een aanvullende uitkering, verstrekt door de werkgever, die 26,97% bedraagt van het loon dat het maximumloon niet overschrijdt en 86,97% van het loon dat deze grens wel overschrijdt. Indien de totale duur van de ziekteperiode korter is dan 14 dagen valt één carensdag ten laste van de arbeider (wordt meestal opgeheven in CAO's).

De regeling voor de *bedienden* is eenvoudiger. Er dient wel een onderscheid gemaakt te worden tussen bedienden voor korte duur (bedienden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd of voor een welomschreven werk van mindér dan drie maanden) en bedienden voor lange duur (anderen). De bedienden voor lange duur behouden hun volledige wedde gedurende de eerste 30 dagen van hun AO (*gewaarborgd maandloon*). Dit komt volledig ten laste van de werkgever. Zowel werkgever als werknemer zullen gedurende de eerste maand hun RSZ-bijdragen betalen. De carensdag is hier niet van toepassing. De regeling voor de bedienden van korte duur komt grotendeels overeen met deze van de arbeiders.

Samengevat komt het er dus op neer dat zowel de arbeiders als de bedienden gedurende de eerste 30 dagen van hun AO hun *volledige netto-loon* behouden. Daarna vallen ze terug op 60% van hun bruto-inkomsten (komt ongeveer overeen met 80% van het netto-loon), volledig uitgekeerd door het RIZIV.

Een belangrijk aspect tijdens de periode van het gewaarborgd loon betreft de *legitimatie* van de AO. De werknemer die recht heeft op dit gewaarborgd loon dient zijn werkgever bij ziekte zo vlug mogelijk op de hoogte te brengen. Indien dit in een CAO of arbeidsreglement is vastgelegd of wanneer de werkgever er om vraagt (wat meestal het geval is), moet een medisch attest aan de werkgever worden voorgelegd. Dit attest wordt in principe opgesteld door de behandelende geneesheer van de werknemer (meestal de huisarts) en vermeldt naast de diagnose ook een prognose van de vermoedelijke duur van de AO.

De werkgever heeft in deze periode van gewaarborgd inkomen het recht zijn werknemer te laten controleren. Deze *controle* kan uitgevoerd worden door een (huis)arts, een eigen bedrijfscontroledienst, door een gespecialiseerd medisch controle-bureau of zelfs door de verzekeringsmaatschappij (indien de werkgever zich voor het gewaarborgde loon heeft verzekerd). De jurisprudentie is niet altijd even éénvoudig als het gaat om de bevoegdheid van de controle-arts. Volgens de Arbeidsovereenkomstenwet mag de controle-arts enkel het bestaan (of niet bestaan) van de AO vaststellen. Op grond hiervan mag hij echter de betrokken werknemer niet dwingen om terug aan het werk te gaan. Wel kan hij zijn bevindingen doorgeven aan de werkgever.

Zoals reeds aangehaald valt de verzekerde na de periode van gewaarborgd loon ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. AO wordt hierbij omschreven als *"iemand die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het*

verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot één derde of minder van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft uitgeoefend of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding" (Ziekte- en invaliditeitswet van 9 augustus 1963, art. 56, paragraaf 1).

M.a.w., om aanspraak te kunnen maken op een uitkering van het RIZIV moet de werknemer alle arbeid stopgezet hebben als gevolg van een ziekte of een ongeval (de uitkeringen worden beschouwd als een vervangingsinkomen, hetgeen veronderstelt dat het normale inkomen uit arbeid is weggefallen) en moet hij minstens 66,6% arbeidsongeschikt zijn. Een bijkomende voorwaarde is dat de werknemer eerst het recht op het gewaarborgd loon volledig heeft uitgeput.

Na zes maanden AO (dus nog binnen de periode van de primaire AO) vindt er echter een verandering van het arbeidsongeschiktheids criterium plaats en dus ook in de beoordeling. Gedurende de eerste zes maanden wordt bij de beoordeling enkel gekeken naar het eigen werk dat de werknemer uitoefende op het moment dat hij arbeidsongeschikt werd. Dit criterium verandert vanaf de zevende maand. Dan dient de AO ook beoordeeld te worden in het licht van alle beroepen die de werknemer zou kunnen uitvoeren uit hoofde van zijn opleiding of ervaring. Anders dan bij de beoordeling van de AO in het kader van de Wet op de Arbeidsovereenkomst, wordt de werknemer dus niet langer vergeleken met zichzelf, maar met een uitvoerig beschreven 'maatman'.

Ook hier zal er een controle plaatsvinden om na te gaan of de werknemer effectief in aanmerking komt voor de voorziene uitkering. De *controle* op de AO na de periode van het gewaarborgd loon gebeurt door de adviserende geneesheer (*verzekeringsgeneeskundige*) van de mutualiteit waar de verzekerde is bij aangesloten.

1.1.1.2. Blijvende AO (invaliditeit)

Het criterium om aanspraak te maken op een invaliditeitsuitkering is identiek aan het criterium tijdens de primaire AO. De uitkering, daarentegen, bedraagt 65% van het begrensde gederfde bruto-loon voor werknemers met gezinslast, 45% voor werknemers zonder gezinslast wiens verloren loon het enige inkomen was en 40% voor personen zonder gezinslast die samenwonen met anderen die over een eigen inkomen beschikken.

De verzekeringsgeneeskundige zal na (bijna) één jaar primaire AO een voorstel doen aan het RIZIV voor een invaliditeitsuitkering. Op basis van dit voorstel zal de *Geneeskundige raad voor Invaliditeit* van het RIZIV beslissen over de erkenning en over de duur ervan. Indien de uitkering door het RIZIV wordt erkend, zal de betrokken mutualiteit instaan voor de betaling en de periodieke controle. De toekenning van een uitkering is normaliter een tijdelijke beslissing en dient steeds herzien te worden. Hiervoor zal 2 maanden voor het verstrijken van de uitkeringstermijn de adviserende geneesheer opnieuw een aanvraag doen bij het RIZIV die de situatie dan opnieuw bekijkt.

Vanwege het hoge criterium (minstens voor 66,7% arbeidsongeschikt) om te kunnen genieten van de invaliditeitsverzekering wordt aangenomen dat een groot aantal arbeidsongeschikten als werklozen staan ingeschreven waardoor we een scheef trekking krijgen van het werkelijk aantal arbeidsongeschikten. Hiermee moet rekening worden gehouden bij een vergelijking tussen België en onze buurlanden.

1.1.1.3. Bijkomende regelingen

Op basis van de Programmawet van 22 december 1989 wordt een *moederschapsverzekering* ingericht voor rekening van de ZIV. Dit systeem vervangt de oude regeling waarbij de werknemers recht hadden op een gewaarborgd loon ten laste van de werkgever tijdens het zwangerschaps- en bevallingsverlof. Tijdens de moederschapsrust (die bestaat uit een pre- en postnatale periode en in totaal 15 weken bedraagt) ontvangt de gerechtigde werknemers een moederschapsuitkering. Deze bedraagt tijdens de eerste 30 dagen van deze periode 82% van het onbeperkte gederfde loon (er is dus geen plafond vooropgesteld). Vanaf de 31ste dag bedraagt de uitkering 75% van het gederfde loon, maar begrensd tot het geldende plafond voor de normale ziekte- en invaliditeitsuitkering. Wanneer de werknemers genieten van deze uitkering dan is de werkgever geen gewaarborgd loon verschuldigd.

Wat de verzekering tegen *arbeidsongevallen* betreft, bestaat in België een aparte regeling. Alle werknemers zijn tegen de financiële gevolgen van arbeidsongevallen (ook ongevallen van of naar het werk worden hieronder beschouwd) verzekerd via hun werkgever. Het is de taak van de werkgever om deze verzekering af te sluiten bij één van de erkende (particuliere) verzekeringsmaatschappijen) of bij een erkende maatschappelijke verzekeringskas (non-profit). De te betalen premie is dus volledig voor rekening van de werkgever.

Gedurende de eerste 30 dagen van *tijdelijke AO* als gevolg van een arbeidsongeval heeft de werknemer recht op de volledige doorbetaling van zijn bruto-inkomen. Na 30 dagen ontvangt hij een uitkering van 90% van het loon, volledig ten laste van de arbeidsongevallenverzekeraar.

Indien wordt vastgesteld dat de AO van *blijvende aard* is, wordt de weerslag op het economisch potentieel (hieronder verstaan we de mogelijkheid om regelmatige inkomsten uit arbeid te verwerven) van de werknemer bepaald. Hierbij worden een aantal sociaal-economische factoren in rekening genomen zoals leeftijd, uitgeoefend beroep, scholing, omvormingsmogelijkheden, enz. Zodoende wordt een *graad van blijvende AO* vastgelegd, op basis waarvan een vergoeding of jaarlijkse rente wordt toegekend aan het slachtoffer.

België is het enige land in Europa dat een *aparte beroepsziekteverzekering* kent. Alle werknemers, werklozen en invaliden die een aanpassing of een beroepsscholing ondergaan, leerjongens en stagiaires zijn verzekerd tegen beroepsziekten. De werkgever heeft de verplichting om zich volledig ten zijne laste te verzekeren bij het Fonds der Beroepsziekten. Het gaat hier wel om een limitatieve lijst van ziekten die in aanmerking komen. De regeling vertoont zeer grote gelijkenissen met de reglementering van de beroepsongevallen.

1.1.2. Publieke sector

In de publieke sector hebben ambtenaren recht op een *verlof wegens ziekte of gebrekkigheid* (zwangerschapsverlof inbegrepen). Het criterium dat hier wordt gehanteerd is de onmogelijkheid van de ambtenaar om zijn ambt uit te oefenen. Dit verlof bedraagt maximum 21 dagen per 12 maand dienstanciënniteit. Voorts kan de ambtenaar ook een verlof opnemen voor verminderde prestaties na een periode van afwezigheid wegens ziekte of gebrek. Beide verloven worden gelijkgesteld met dienstactiviteit, zodat de ambtenaar voor de volledige duur ervan een recht kan laten gelden op de doorbetaling van zijn volledige wedde.

Wanneer de maximumduur van het verlof wegens ziekte of gebrekkigheid is bereikt (het 'ziektekapitaal' is uitgeput) en wanneer uit de ziekte of gebrekkigheid geen definitieve dienstongeschiktheid voortvloeit, wordt de ambtenaar in *disponibiliteit* gesteld. Het criterium wordt iets verruimd: er wordt nagegaan of de ambtenaar in staat is om andere taken waar te nemen die beter in overeenstemming zijn met zijn fysieke geschiktheid. De ambtenaar kan dus in theorie verplicht worden een ander ambt uit te oefenen.

Vanaf het ogenblik dat de ambtenaar in disponibiliteit wordt gesteld, ontvangt hij een wachtgeld dat 60% bedraagt van zijn laatste activiteitschaal. Indien het gaat om een ernstige en langdurige ziekte is het wachtgeld gelijk aan de laatste activiteitschaal.

Indien wordt vastgesteld dat de ambtenaar niet meer in staat is zijn ambt volledig, geregeld of onafgebroken uit te oefenen, zal dit leiden tot vroegtijdig ontslag. De ambtenaar zal dan recht hebben op een *invaliditeitspensioen*.

De controlebevoegdheid ligt bij de *administratieve Gezondheidsdienst*. Hun taak bestaat erin na te gaan of de fysieke toestand van de ambtenaar hem belet zijn taak normaal en volledig uit te voeren.

In de publieke sector is er ook een regeling voor *arbeidsongevallen* (hieronder vallen ook de ongevallen van en naar het werk) en *beroepsziekten* uitgewerkt. Indien het gaat om een tijdelijke AO, wordt het zelfde criterium gehanteerd als tijdens het verlof wegens ziekte of gebrekkigheid. In geval van invaliditeit worden, in grote lijnen, dezelfde principes gehanteerd als in de regeling voor de privé-sector.

1.2. NEDERLAND

De sociale wetgeving kende in Nederland een vrij late ontwikkeling in vergelijking met andere Europese landen. De eerste loondervingswet dateert van 1901. De Ziekwet werd pas in 1930 ingevoerd.

Het Nederlandse systeem van uitkeringsregelingen bij loonderving wegens gezondheidsproblemen verschilt voor een aantal aspecten vrij sterk van andere West-Europese systemen. In 1967 werden enkele belangrijke wijzigingen doorgevoerd. Er kwam een herziening van de ziekwet waardoor de ongevallenwet verviel. Er wordt sindsdien geen onderscheid meer gemaakt tussen kortdurende AO als gevolg van ziekte of als gevolg van een (arbeids)ongeval. Het causaliteitsprincipe is m.a.w. afgeschaft. Voor de langdurende AO (langer dan 1 jaar) werd de Wet op de Arbeidsongeschiktheid ingevoerd (WAO), waarin een aantal van de op dat moment geldende invaliditeitswetten werden gebundeld. Nadien ging ook de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) van kracht, waarin oa. werd bepaald dat zelfstandigen ook recht op uitkering krijgen. Ook in Nederland is er een aparte regeling voorzien voor de privé- en publieke sector.

1.2.1. Regeling in de privé-sector

1.2.1.1. Ziekte of primaire arbeidsongeschiktheid

De materie van de primaire AO wordt in de Nederlandse wetgeving geregeld in de Ziektewet. Ze behandelt enkel (en dit i.t.t. België) de pure loondervingsregelingen en dus niet de ziektekostenregeling. Wat de ziektekostenregeling betreft, kan men hiervoor in Nederland terecht bij aparte uitvoeringsorganen. Er is een verplicht lidmaatschap voorzien bij ziekenfondsen voor lager betaalde werknemers en een vrijwillige particuliere verzekering voor zelfstandigen en hoger betaalde werknemers.

Volgens de definitie van de Ziektewet is iemand arbeidsongeschikt, als *hij wegens ziekte ongeschikt is voor zijn werk*. Waar in België een onderscheid wordt gemaakt tussen een bedrijfs- en niet-bedrijfsongeval, is dit onderscheid in de Nederlandse wetgeving niet meer aanwezig. Ook is er geen verschil tussen bedienden en arbeiders. De wet omvat ook 16 weken zwangerschaps- en bevallingsverlof. De AO wordt beoordeeld in het licht van de huidige functie. Indien de AO meer dan 52 weken aanhoudt, zal worden overgegaan naar de WAO/AAW, indien aan de nodige voorwaarden wordt voldaan.

De uitvoering van de Ziektewet berust in Nederland bij 19 Bedrijfsverenigingen. Deze branchegewijze georganiseerde verenigingen verzorgen de administratie voor hun leden (omslagleden), waarbij ca. 80% van de verzekerden aangesloten zijn. Voor de andere 20% verzekerden zal de werkgever zelf als afdelingskas of eigen risicodragers (AKER) de Ziektewet in eigen beheer uitvoeren. Van de 19 bedrijfsverenigingen zijn er 13 die hun administratie gezamenlijk laten uitvoeren door het (Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK). Drie andere doen een beroep op het Gemeenschappelijk Uitvoeringsorgaan (EUO). De resterende 3 bedrijfsverenigingen voeren hun administratie zelfstandig uit.

In de Ziektewet wordt de *regelingen i.v.m. de uitkeringen* opgenomen. Sinds 1/1/1994 is er een periode van gewaarborgd loon voorzien die 2 resp. 6 weken bedraagt voor kleine (minder dan 15 werknemers) resp. grote bedrijven. Daarna valt de verzekerde terug op de ziektewet. Voordien ontving de verzekerde een ziektegeld dat 70% bedroeg van het dagloon van de verzekerde, betaalbaar na 2 wacht dagen (carensdagen). In de meeste sectoren werd in CAO's vastgelegd dat de bedrijfsverenigingen gemachtigd zijn om deze carensdagen uit te betalen evenals een aanvulling van het ziektegeld tot 100% van het bruto-inkomen. De uitkering gedurende de 16 weken zwangerschaps- en bevallingsverlof

bedraagt 100%.

Het ziektegeld wordt gedurende ten hoogste 52 weken uitbetaald. Voorwaarde voor het verkrijgen van een uitkering is dat men wegens ziekte ongeschikt is om arbeid te verrichten. Dit wordt in eerste instantie beoordeeld door de werknemer zelf (i.t.t. België, waar de (huis)arts hierover uitspraak doet). Een zieke werknemer is *dus niet verplicht een medisch attest* aan zijn werkgever te overhandigen ter legitimatie van zijn afwezigheid. Dit is toch vrij opmerkelijk. De bedrijfsvereniging waarbij de werknemer is aangesloten zal de betrokken werknemer wel aanraden binnen een redelijke termijn een bezoek aan de arts te brengen. Uiteraard zal hierdoor de *controle* op de afwezigheid anders verlopen dan bv. in België. Ziektewetcontrole kan worden uitgevoerd door de medische dienst van de betreffende bedrijfsvereniging, van het GAK of van het GUO, of op aanvraag van de werkgever indien deze niet aangesloten is bij een bedrijfsvereniging. Het tijdstip van controle en het al dan niet controleren hangt af van het beleid van de werkgever of vereniging.

Ziektewetcontrole wordt opgedragen aan de rapporteur Ziektewet. Dit is een *lekencontroleur* die medisch niet geschoold is. Hij zal meestal bij de belanghebbende thuis de werknemer ondervragen naar zijn klachten en deze noteren. Een diagnose zelf mag hij niet stellen. Hij beoordeelt ook of de aanspraak op uitkering rechtmatig is en vraagt naar de vermoedelijke datum van werkhervatting. Directe controle door een arts (de *verzekeringsgeneeskundige*) gebeurt bij de meeste bedrijfsverenigingen alleen als daarvoor een bijzondere reden is. Dit kan gebeuren als de werkgever bijvoorbeeld een gemotiveerde spoedcontrole heeft aangevraagd of vanuit de bedrijfsvereniging zelf als iemand zich direct na de herstelverklaring opnieuw ziekmeldt. Ook kan een arts worden opgeroepen indien de lekencontroleur van mening is dat de werknemer reeds vroeger het werk kan hervatten dan dat hij zelf meent. Ook de gevallen die naar alle waarschijnlijkheid langer zullen duren dan 4 weken, worden aan de verzekeringsgeneeskundige overgemaakt.

Als duidelijk wordt dat de betrokken werknemer niet meer geschikt is om zijn eigen werk uit te oefenen, wordt een melding gedaan aan de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). Dat gebeurt in elk geval indien de periode van AO langer duurt dan 6 maanden. Dan neemt de GMD de feitelijke gevalbehandeling van de bedrijfsvereniging over. Voor de beoordeling van de blijvende AO zal het *behandelingsteam* van het GMD, dat bestaat uit een verzekeringsgeneeskundige, een arbeidsgeneeskundige en een wetstechnisch beoordelaar, een advies uitbrengen aan het uitvoeringsorgaan.

1.2.1.2. Invaliditeit

Werknemers die na 52 opeenvolgende weken een Ziektewetuitkering hebben ontvangen en nog steeds arbeidsongeschikt zijn, kunnen in aanmerking komen voor een WAO/AAW-regeling. Volgens de definitie van de AAW/WAO is een verzekerde arbeidsongeschikt, indien deze 52 weken arbeidsongeschikt is geweest (Ziektewet) en door ziekte of gebrek niet in staat is met zijn werk een bedrag te verdienen, dat gewoonlijk door een soortgelijk gezond persoon (de 'maatman') met werk wordt verdiend. Het behandelingsteam gaat dan een medisch en arbeidskundig onderzoek doen om zo het arbeidsongeschiktheidspercentage vast te stellen. De WAO en AAW kennen resp. 7 en 6 gradaties van ongeschiktheid, waarbij minimale graad van ongeschiktheid 15% resp. 25% bedraagt (in vergelijking met België waar de toegangdrempel 66,6% bedraagt, is dit een stuk lager). De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de vastgestelde percentages.

1.2.2. Regeling in de publieke sector

De regeling voor de publieke sector staat beschreven in het *Algemeen Rijksambtenaren Reglement*. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen (beroeps)ongevallen en (beroeps)ziekten. De regeling betreffende zwangerschap is opgenomen in het reglement. Als criterium wordt gehanteerd *de onmogelijkheid om eigen werk uit te voeren als gevolg van ziekte*.

De ambtenaar met een vast contract ontvangt gedurende de eerste 18 maanden zijn volledige wedde. Voor ambtenaren met een tijdelijk contract gebeurt de volledige doorbetaling enkel voor de eerste 12 maanden. Daarna ontvangen ze beiden 80% van hun wedde. Indien het percentage AO minder is dan 55% of indien de verzekerde meer dan 45% van zijn normale werktijd werkt, dan wordt de volledige wedde doorbetaald, ook na de 12/18 maanden.

De blijvende AO wordt geregeld in de *Algemeen Burgerlijke Pensioenwet*. De verzekerde wordt onderzocht door het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds dat de graad van invaliditeit vaststelt. De hoogte van de uitkering varieert naargelang de graad van invaliditeit, het aantal gewerkte jaren en het inkomen gedurende de laatste 2 jaren.

1.3. DUITSLAND

Het Duitse ziekteverzekeringssysteem vertoont een *aantal gelijkenissen met het Belgische systeem*. Eerst en vooral bestaat er in Duitsland ook een aparte regeling voor AO wegens beroepsrisico's (arbeidsongeval en beroepsziekte) en sociale risico's (ziekte en gebrek). Ook worden ziektekosten (medicatie enz.) en ziekengeld (inkomensdervingsregelingen) samen geregeld. Beide maken deel uit van één en dezelfde ziekteverzekering. Voorts vinden we in de Duitse wetgeving nog steeds een onderscheid terug tussen arbeiders (Arbeiter) en bedienden (Angestellten) alhoewel er een tendens bestaat, om wat de uitvoering betreft, naar elkaar toe te groeien. Ten slotte is ook in Duitsland een medisch attest vereist ter legitimatie van een afwezigheid wegens ziekte.

1.3.1. Regeling in de privé-sector

1.3.1.1. Ziekte of primaire arbeidsongeschiktheid

De begrippen ziekte en de AO zijn in de Duitse wetgeving niet duidelijk omschreven. Onder AO wegens ziekte wordt algemeen verstaan *de fysische of psychische kwaal die medische verzorging of werkbekwaamheid in de huidige betrekking tot gevolg heeft*. In de Duitse ziektewet worden geen gradaties teruggevonden. Men is ofwel volledig arbeidsongeschikt, ofwel niet. De *uitvoering* van de ziekteregeling is in handen van meer dan 1100 ziekenfondsen (Krankenkassen) die op basis van verschillende criteria (regionaliteit, branche, bedrijfsgrootte, e.d.) zijn georganiseerd. Deze diensten zijn verenigd in 'Landesverbände' en 'Bundesverbände'.

Wat de *loonderving* betreft, zal de werkgever de eerste zes weken het loon van de werknemer volledig doorbetalen, zowel voor arbeiders als bedienden. Er gelden geen wachtdagen (carensdagen). Vanaf week 7 gebeurt een betaling door het ziekenfonds van 80% van een geplafoneerd bruto-inkomen (Krankengeld). Deze regeling geldt voor 78 weken binnen een tijdsperiode van 3 jaar te rekenen vanaf de eerste verzuimdag. Indien de periode van AO onderbroken wordt voor een periode van minstens 6 weken gaat deze regeling opnieuw in.

Zoals ook in België het geval is moet arbeidsongeschiktheid door een arts worden vastgesteld. De 'Lohnfortzahlungsgesetz' schrijft immers voor dat de ziekmelding aan hun

werkgever door arbeiders of bedienden op de eerste resp. vierde ziekte­dag moet gebeuren en *gelegitimeerd* moet worden op basis van een medisch attest. In vele CAO's wordt er van deze regeling afgeweken en het verschil tussen arbeiders' en bedienden opgeheven. Meestal moet pas na drie dagen een medisch attest worden afgeleverd, zonder onderscheid in statuut. De controle vindt plaats op uitdrukkelijk en gemotiveerd verzoek van de werkgever en/of op basis van interne criteria van het plaatselijke ziekenfonds. De eigenlijke *controle* gebeurt door de onafhankelijke 'Medische Dienst der Kranken­versicherung' (MDK). Zij zullen dus beoordelen of de betrokkene wel daadwerkelijk arbeidsongeschikt is.

Wat de *zwangerschapsregeling* betreft, loopt die ongeveer parallel met de Belgische regeling. Gedurende een pre-natale periode van 6 weken en een post-natale periode van 8 weken ontvangt de verzekerde een moederschapsuitkering die overeenkomt met het netto­inkomen (enkel in het geval dat het loon niet wordt doorbetaald door de werkgever).

1.3.1.2. Invaliditeit

Wat de *invaliditeit* (blijvende gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid) betreft in Duitsland, zijn er 2 regelingen voorzien. De eerste regeling ('Berufsunfähigkeitsrente') geldt wanneer er een reductie van de verdiencapaciteit ontstaat wegens ziekte of gebrek tot minder dan de helft van dat van een gezonde verzekerde met vergelijkbare opleiding, kennis en vaardigheden. Hierbij wordt verondersteld dat nog inkomsten kunnen verkregen worden met de resterende verdiencapaciteit. De uitkering heeft dan ook een aanvullend karakter. Bij algemene invaliditeit ('Erwerbsunfähigkeit') is de verdiencapaciteit quasi nihil, zodat men er geen of quasi geen inkomen kan mee verwerven. In dit geval zal de uitkering het karakter aannemen van een vervangingsinkomen. De hoogte van de uitkering is in beide invaliditeitscategorieën variabel en hangt af van het aantal verzekerde jaren, het algemene basisloon en het bruto-inkomen van de werknemer. Het uitkeringspercentage schommelt tussen de 15 en 80% van het gederfde inkomen. De uitkeringen nemen een aanvang van zodra aan de medische en organisatorische voorwaarden wordt voldaan. Er is dus geen specifieke wachtperiode voorzien.

1.3.1.3. Bijkomende regelingen

In het Duitse systeem moet elke werkgever aangesloten zijn bij *arbeidsongevallenver­zekeringsmaatschappij* van de sector waarin hij werkzaam is. De te betalen premie valt volledig ten laste van de werkgever. Na zes weken doorbetaling van het inkomen door de

werkgever (zoals in geval van ziekte) zal de verzekeringsmaatschappij 80% uitkeren van het bruto-inkomen indien de werkonbekwaamheid tijdelijk is ('Verletzengeld'). Bij perma­nente AO varieert de uitkering naargelang de graad van AO, met een maximum van 66,6% van het inkomen ('Verletzenrente'). Indien de graad van invaliditeit kleiner is dan 30% is het mogelijk dat het slachtoffer een 'forfaitair' bedrag wordt uitgekeerd. Hetzelfde geldt voor *beroepsziekten* (lijst van 55 mogelijke beroepsziekten)

1.3.2. Regeling in de publieke sector

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds personen die tewerkgesteld zijn door de overheid en die het statuut hebben van arbeider of bediende en anderzijds personen met het ambtenarenstatuut. Op de eerste categorie is de regeling van de privé­sector van toepassing. Voor de ambtenaren geldt een aparte reglementering, nl de '*Bundesbeamtengesetz*'. Gedurende de periode van AO zal de ambtenaar zijn volledig inkomen behouden. Na ongeveer zes maanden van dienstactiviteit ondergaat de ambte­naar een medische evaluatie. Indien hieruit blijkt dat de ambtenaar niet in staat is zijn eigen werk of gelijkaardig werk te doen, zal hij terugvallen op een *invaliditeitspensioen*. De hoogte van de uitkering is afhankelijk van het aantal gepresteerde dienstjaren en het vroegere inkomen.

Beroepsongevallen en beroepsziekten worden ook geregeld in de Bundesbeamtengesetz. In geval van tijdelijke AO ontvangt de ambtenaar zijn volledig inkomen. Indien er permanente AO optreedt, ontvangt hij een soort pensioen, afhankelijk van het aantal jaren anciënniteit en het huidig inkomensniveau. De uitkering ligt ongeveer 20% hoger dan het invaliditeitspensioen voor niet werkgebonden invaliditeit.

1.4. FRANKRIJK

De structuur van het Franse sociale Zekerheidssysteem betreffende ziekte en AO is iets ingewikkelder dan in de overige bestudeerde landen. Het systeem bestaat uit een groot aantal partiële systemen, zogenaamde "*Régimes*". Er is 1 groot systeem (Régime Général) en een aantal kleinere systemen die elk van toepassing zijn op een bepaalde doelgroep en die elk hun eigen procedures hebben. De regeling die hier besproken wordt heeft enkel betrekking op het algemeen stelsel en enkele kleinere systemen die aansluiten bij dit algemeen stelsel. Onder deze regeling valt ongeveer 90% van de actieve bevolking.

Zowel uitkeringen tijdens ziekte, invaliditeit, beroepsongevallen, beroepsziekten, zwangerschap alsook de geneeskundige verstrekkingen worden door de regimes geregeld.

Er dient wel vermeld te worden dat er ook een aantal *extra-legale regelingen* mogelijk zijn. In CAO's, die van toepassing zijn op de meeste werknemers, worden bijkomende uitkeringen voorzien. Het algemeen regime moet eerder beschouwd worden als een basisregeling voor die personen die niet vallen onder de CAO's. Vervolgens zijn de meeste personen ook nog eens verzekerd bij een private verzekeringsmaatschappij, oa. voor bijkomende geneeskundige verstrekkingen en in sommige gevallen ook nog voor bijkomende uitkeringen. De uitvoering van het algemeen stelsel ligt in handen van de Nationale Kas voor Ziekteverzekering (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, CNAMTS).

Zowel in Frankrijk als in het Verenigd-Koninkrijk (zie 2.5) wordt er wat de regeling van ziekte en AO betreft *geen* onderscheid gemaakt tussen werknemers uit de privé-sector en ambtenaren.

1.4.1. Primaire Arbeidsongeschiktheid

Er is geen specifieke definitie voorzien voor het begrip werkkombekwaamheid. Ook wordt er geen minimumpercentage AO bepaald. De werknemer ontvangt van het CNAMTS een *ziektegeld* vanaf de vierde dag van zijn afwezigheid. Er zijn dus 3 carensdagen ten laste van de werknemer. De uitkeringen bedragen 50% van het bruto-inkomen. Een *medisch attest is vereist* door de werkgever. Voor uitkeringsgerechtigden met meer dan 3 kinderen wordt de hoogte van de uitkering opgetrokken tot 66,6% na 31 dagen ziekte. Ingeval van hospitalisatie vallen de uitkeringen terug tot 20% (indien er geen gezinslast is) resp. 50% (indien er ten minste 2 kinderen zijn). Indien het om een langdurige ziekte gaat, wordt na de zevende maand een minimum dagelijkse uitkering voorzien die overeenkomt met 1/365 ste van het minimum invaliditeitspensioen. Normaal gebeuren de uitkeringen voor een maximumperiode van 1 jaar per periode van 3 opeenvolgende jaren. In sommige gevallen wordt hiervan afgeweken (bv. bij langdurige ziekten of rehabilitatie). Zowel de werkgever als de mutualiteit waaronder de werknemer valt, hebben het recht om de werknemer te *controleren* tijdens zijn afwezigheid.

1.4.2. Invaliditeit

Het minimumpercentage AO bedraagt 66,7%. Het percentage AO wordt bepaald door de

werknemer te vergelijken met een maatman met dezelfde opleiding komende uit dezelfde regio. De uitkeringen beginnen vanaf het moment dat de permanente AO wordt vastgesteld (dus geen specifieke wachtperiode). We kunnen 3 categorieën onderscheiden. Diegene die gedeeltelijk en permanent AO zijn ontvangen 30%. Personen die volledig AO ontvangen 50%. Indien medische verpleging door een derde noodzakelijk is, komt er nog eens 40% bij. Deze percentages worden berekend op een jaarlijks inkomen dat de werknemer verdiende gedurende de laatste 10 jaren, en niet, zoals in de overige landen, op basis van het meest recente inkomen.

1.4.3. Bijkomende regelingen

Zoals reeds vermeld, valt de regeling voor *beroepsziekten* (lijst van 82 ziekten) en *beroepsongevallen* volledig onder het algemeen stelsel. We vinden een onderscheid terug tussen tijdelijke en permanente AO. Gedurende de eerste 28 dagen van de periode van tijdelijk AO ontvangt de werknemer 50% van zijn basisinkomen, daarna 66,7% (er is geen vermindering voorzien in geval van hospitalisatie). De uitkeringen, die zowel naar boven als naar onder toe begrensd zijn, starten vanaf de tweede dag (de eerste dag is ten laste van de werkgever). Indien er geen volledige genezing meer mogelijk is, wordt de graad van AO bepaald, rekening houdend met de algemene toestand van de patiënt, zijn leeftijd, opleidingsniveau... De toegekende uitkering is afhankelijk van zijn basisinkomen en de graad van AO. Indien de werknemer minder dan 10% AO is bevonden, ontvangt hij een 'forfaitair' bedrag i.p.v. een invaliditeitspensioen.

Het *moederschapsverlof* bedraagt 16 weken. Gedurende deze periode wordt er 84% van het basisinkomen uitgekeerd.

1.5. VERENIGD-KONINKRIJK

De wettelijke kader betreffende ziekte en AO is beschreven in de 'Social Security Acts' van 1975, 1982 en 1986. De organisatie van de praktische uitvoering van de inkomensvervangingsprogramma's gebeurt door de Social Security Department (SSD). Er is een *gelijkaardige regeling* voorzien voor werknemers uit privé-sector en voor ambtenaren. Kenmerkend voor de regeling in het V.K. is dat de hoogte van de uitkeringen (het ziekengeld en het invaliditeitspensioen) bijna onafhankelijk is van het inkomen van de werknemer. Er worden vaste bedragen uitgekeerd. Iemand met een hoger loon zal dus een

hoger inkomensverlies leiden. De meeste werknemers hebben recht op aanvullende vergoedingen voorzien in CAO's.

1.5.1. Primaire Arbeidsongeschiktheid

Gedurende de eerste 28 weken van AO zal de werkgever in de meeste gevallen een 'statutory sick pay' (SSP) uitkeren aan zijn werknemers. De hoogte van de SSP is afhankelijk van het inkomen tijdens de periode van 8 weken die de AO voorafging. Er worden 3 tarieven gehanteerd. Indien de werknemer meer dan UK£ 195 per week verdient, ontvangt hij van zijn werkgever UK£ 52,5 per week. Ligt het inkomen tussen UK£ 56,00 en UK£ 194,99 dan is de bijdrage UK£ 46,95. Indien het wekelijkse inkomen minder dan UK£ 56,00 bedraagt, ontvangt de werknemer geen SSP. Gedurende maximaal 28 weken wordt 80% van dit bedrag door de SSD aan de werkgever terugbetaald. Voor de werknemers die geen recht hebben op SSP (bv. werknemers met een tijdelijk contract van 3 maanden of minder) is er een ziekgeld voorzien. Dit bedraagt UK£ 42,70 per week plus UK£ 26,40 per week voor elke bijkomende volwassene ten laste en UK£ 10,95 per kind ten laste (family benefit). De eerste 3 dagen zijn ten laste van de werknemer. De meeste werknemers hebben via CAO's ook recht op aanvullingen. Zowel de werkgever als het departement voor de sociale dienst (via een 'regional medical officer') kunnen controle laten uitvoeren.

1.5.2. Invaliditeit

Er is ook een uitkering voorzien in geval van invaliditeit. De uitkering gaat automatisch van start na de 28 weken tijdelijk AO. Het invaliditeitspensioen bedraagt op UK£ 56,10 per week. Vervolgens ontvangt de werknemer ook een invaliditeits toeslag, afhankelijk van zijn leeftijd waarop de invaliditeit is opgetreden. Tenslotte wordt er ook nog een bijkomend pensioen uitgekeerd, berekend op basis van het jaarlijks inkomen.

1.5.3. Bijkomende regelingen

Wat de beroepsongevallen en -ziekten betreft, vallen de eerste 3 dagen ten laste van de werknemer. Gedurende 15 weken na het beroepsongeval (een ongeval van of naar het werk valt hier normaal niet onder) of -ziekte (lijst van 54 ziekten) ontvangt de werknemer ofwel de SSP, indien hij er recht op heeft, ofwel een ziekgeld. Vervolgens ontvangt de werknemer een invaliditeitsuitkering op voorwaarde dat het minimum verlies aan verdien-capaciteiten 14% bedraagt (met uitzondering van sommige beroepsziekten). De hoogte

van het uitkeringsbedrag is afhankelijk van de schaal van werkonbekwaamheid (er zijn 8 schalen met elk een bijhorend vast uitkeringsbedrag).

Er wordt een *moederschapverlof* voorzien van 18 weken. Gedurende deze periode zal de werkgever een 'Statutory Maternity Pay' (SMP) uitkeren aan zijn werknemster (indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan). Tijdens de eerste 6 weken bedraagt de SMP 90% van het gemiddeld wekelijkse inkomen. De resterende 12 weken is de uitkering een vast bedrag, nl. UK£ 47,95 per week. Indien de werknemster geen recht heeft op SMP, ontvangt ze een wekelijkse moederschapsuitkering van UK£ 43,75 plus bijkomende uitkeringen afhankelijk van het aantal personen ten laste.

1.6. GELIJKENISSEN EN VERSCHILPUNTEN IN DE VERSCHILLENDE REGELINGEN

Tabel 1 bevat een schematische vergelijking van de regelingen in de verschillende landen. We vatten de belangrijkste gelijkenissen en verschilpunten samen.

1.6.1. Privé-sector

1.6.1.1. Ziekte of primaire AO

Wat de ziekteregeling betreft (primaire AO), wordt in alle landen, met uitzondering van Nederland, het causaliteitsprincipe gehanteerd. Voor die landen is er een aparte regeling voorzien voor werk en niet-werk gerelateerde ongevallen of ziekten.

In België, Nederland en Duitsland wordt de regeling voor de uitkeringen tijdens de periode van AO (zowel primaire als permanente AO) en de medische verstrekkingen opgenomen in hetzelfde programma.

De periode van primaire AO en de invaliditeit lopen in elkaar over in België, Nederland en het V.K. De regelingen zijn dus ook op mekaar afgestemd.

België is het enige land waar gedurende de periode van ziekte een minimum% AO vereist is, nl. 66,7%. De andere landen veronderstellen volledige AO.

De financiële implicaties voor zowel de werkgever als de werknemer zijn ook verschillend. In België en Duitsland zal de werkgever gedurende een bepaalde periode het loon volledig doorbetalen aan zijn werknemer. In Nederland en Frankrijk gebeurt er meestal een aanvulling door de werkgever. De werkgever in het V.K. zal een deel van zijn SSP terugbetaald krijgen van de Sociale Zekerheid.

De werknemer wordt in sommige landen geconfronteerd met een aantal carendagen. Het grootste inkomensverlies gedurende de periode van primaire AO wordt geleden in België, Frankrijk en het V.K. De meerderheid van de Duitse werknemers en de Nederlandse werknemers daarentegen behouden gedurende een lange periode hun volledig inkomen.

Een algemene opmerking bij het bestuderen van de wetgeving is dat er ook een groot aantal extra-legale regelingen van toepassing zijn waar we minder zicht op hebben.

1.6.1.2. Invaliditeit

Het minimumpercentage AO verschilt vrij sterk in de onderzochte landen, gaande van 15% in Nederland tot 66,7% in België en Frankrijk. In het V.K. wordt geen minimum% AO voorzien.

Enkel in België, Nederland en het V.K. moet er een bepaalde wachtperiode in acht worden genomen vooraleer het slachtoffer kan genieten van een invaliditeitsuitkering. In Duitsland en Frankrijk neemt de uitkering een aanvang vanaf het moment dat de invaliditeit wordt vastgesteld en aan de administratieve voorwaarden wordt voldaan. Er is in deze 2 landen geen wachtperiode voorzien.

1.6.1.3. Beroepsongevallen- en ziekten

Met uitzondering van Nederland, heeft elk land een aparte regeling voor beroepsongevallen en beroepsziekten. Het gaat hier telkens om een verplicht verzekeringssysteem volledig op kosten van de werkgever. Enkel in België is er nog een aparte regeling voorzien voor de beroepsziekten.

De financiële implicaties voor de werknemer zijn steeds voordeliger wanneer het gaat om werkgerelateerde ongevallen of ziekten.

1.6.2. Publieke sector

In Frankrijk en het V.K. is er geen aparte regeling voorzien voor de publieke sector. Zowel de ambtenaren als de werknemers uit de privé-sector vallen dus onder één en hetzelfde programma.

In de landen waar een aparte regeling voorhanden is, zullen de inkomens-vervangingsprogramma's voordeliger zijn voor de ambtenaren. Er zijn geen wachtperioden ten laste van de werknemer en de hoogte en de duur van de uitkeringen zijn voordeliger i.v.m. de regeling in de privé-sector. Ook is er meestal een volledige doorbetaling van het bruto-inkomen door de werkgever (overheid) voorzien voor een lange periode.

Een vergelijking tussen de 5 landen leert ons dat de minst voordelige condities voor de ambtenaren te vinden zijn in het V.K. Daartegenover staan Duitsland en Nederland met volledige doorbetaling gedurende een lange periode.

TABEL 1.1 :

Schematisch overzicht van het wettelijk kader i.v.m. ziekte en invaliditeit voor de onderzochte landen (situatie op 1/1/1994)

	BELGIE	NEDERLAND	DUITSLAND	FRANKRIJK	GROOT-BRITANNIE
	PRIVE-SECTOR				
	ZIEKTE OF "PRIMAIRE" ARBEIDSGESCHIKTHEID (AO)				
Legitimatie van afwezigheid wegens ziekte	Medisch attest vereist vanaf eerste dag	Geen medisch attest vereist	Medisch attest vereist vanaf 1ste dag (arbeiders) en 4de dag (bedienden)	Medisch attest vereist vanaf eerste dag	Eerste week: zelf certificatie
Aantal wachtdagen	1 voor arbeiders: indien afwezigheid < dan 14 dagen duurt	Normaal 2, maar meestal opgeheven in CAO's	Geen	3	3
Uitkeringen door werkgever	Arbeiders: 1ste week volledige doorbetaling; 2de week 60% van bruto-loon + een bijkomende aanvulling van ca. 27% van het bruto-loon van week 2 t.e.m. week 4 Bedienden: eerste 4 weken volledige doorbetaling	Werkgever verzekert meestal zijn werknemers voor aanvulling ziekte-uitkering, carabanda en CAO's Sinds 1/1/1994: eerst periode van gewaarborgd loon van 2 of 6 weken	Volledige doorbetaling door werkgever gedurende eerste 6 weken	Geen	Werkgever betaalt meestal een vast bedrag gedurende 28 weken (Statutory sick pay, SSP), dus geen volledige doorbetaling
Begin van ziekte-uitkeringen	Arbeiders: vanaf 3de week bedienden: vanaf 5de week	Normaal na de 2 wachtdagen Sinds 1/1/1994: na periode van gew. loon	Na de 6de week	Vanaf vierde dag	Vanaf vierde dag, enkel indien de werknemer geen recht heeft op SSP
Hoogte van de ziekte-uitkering	60% van bruto-inkomen (geplafoneerd)	70% van bruto-inkomen (geplafoneerd)	80% van bruto-inkomen (geplafoneerd)	50% van bruto-inkomen (basisniveau, meestal aangevuld via privé-verzekering)	Vast bedrag (UKE 42,7 per week) + family benefit

	BELGIE	NEDERLAND	DUITSLAND	FRANKRIJK	GROOT-BRITANNIE
Criteria voor uitkering ziektegeld	Vermogen tot verdienen moet verminderd zijn met één derde of minder eerste 6 maanden: t.o.v. eigen werk daarna: t.o.v. alle beroepen die uitgevoerd kunnen worden op basis van opleiding of ervaring	Ongeschiktheid om het normale werk uit te voeren ingevolge een fysische of psychische kwaal	Fysische of psychische kwaal die werkongeschiktheid in de huidige betrekking tot gevolg heeft	Geen specifieke definitie	Fysische en mentale werkongeschiktheid t.o.v. huidige functie
Controle van afwezigheid wegens ziekte	In opdracht van werkgever: - (huis)arts - medische dienst - controlebureau - verzekeringsmaatschappij In opdracht van ziektefonds: - verzekerings-geneeskundige	-rapporteur ziektewet -verzekerings-geneeskundige van hetzij afvenigting of eigen risico-drager	Verzekerings-geneeskundige van onafhankelijk medische dienst in opdracht van ziektefonds	Zowel de werkgever als de mutualiteit hebben het recht om de werknemers te laten controleren	Zowel de werkgever als het Departement voor de sociale zekerheid (via 'Regional medical Officer') kunnen controle laten uitvoeren
Maximale duur uitkering ziektegeld	52 weken	52 weken	78 weken in 3 jaar	52 weken in 3 jaar	28 weken
Minimum AO	66,7%	15%(VAO) 25%(AAN)	50%	66,7%	Geen
Aantal AO- klassen	1	VAO: 7 AAN: 6	2	2	1
Uitkerings%	40-45%, afh. van gezinlast	20-70%, afh. van de graad van AO	15-80%, afh. van arbeidsverleden	30%-50%-90% op het gemiddeld bruto-inkomen van de laatste 10 jaar	Vast bedrag (UKE 56,10 per week) plus supplementen

	BELGIE	NEDERLAND	DUISSLAND	FRANKRIJK	GROOT-BRITANNIE
Vaststelling in- validiteit	Verzekeringse- kundige van het ziekenfonds doet de aanvraag; geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV beslist.	Verzekeringse- en er- bedagseskundige van de geneeschappelijke medische dienst	Sociaal- medische dienst van Renteverzekering, eventueel externe expe- rtise	Verzekeringsooktor (Médicin-Conseils des Organismes de Sécurité Sociale)	Geneeskundige, verbonden aan het departement van Sociale Zekerheid (Regional Medical Of- ficer)
Begin uitkering	Na 52 weken primaire AO	Na 52 weken Ziekteuitkering	Van zodra aan medische en administratieve voorwaarden wordt voldaan	Vanaf het moment dat staat van invaliditeit wordt vastgesteld	Na 28 weken
MOEDERSCHAPSVERZEKERING					
Moederschapsver- lof	15 weken	16 weken	14 weken	16 weken	18 weken
Moederschapsuit- kering	Eerste 30 dagen: 82% van het gedeerde inkomen daarna: 75% (met maximum)	Ziektegeld dat gelijk is aan het volledige inkomen	Het inkomen wordt vol- ledig doorbetaald graad op de 14 weken door Ziekteverzekering	Gedurende 16 weken wordt 84% van het basisinkomen uitgekeerd	50% uitkering door de werkgever Moederschapsuitkering: indien werkneemster geen recht heeft op SJP
ARBEIDSONGEVALLEN EN BEROEPSZIEKTEN					
Arbidsongeval: uitkering tijdens periode van tijde- lijke AO	Eerste 30 dagen: volledige doorbetaling door werkgever daarna: 90% van het bruto-inkomen uitgekeerd door verzekeringsmaat- schappij	Inbegrepen in ziektewet, geen aparte regeling voorzien	Eerste 6 weken: door- betaling inkomen door werkgever daarna: 80% van het bruto-inkomen uitgekeerd door verz. maatschappij	Eerste 28 dagen: 50% van bruto-inkomen daarna: 66,7% laste (eerste dag ten laste van de werkgever)	Eerste 15 weken: SSP of ziektegeld
Uitkering tijdens periode van perma- nente AO	Afhankelijk van graad van AO (geen minimum AO)		Afhankelijk van graad van AO (minimum AO van 20%, maximum uitkering 15 66,7%)	Uitkering tot 100%, af- hankelijk van de graad van AO (geen minimum AO)	Na 15 weken: uitkering afh. van schaal van AO (minimum van 14%)
Beroepszeker- verzekering	Verplichte verzekering door werkgever bij Fonds der Beroepsziekten	Inbegrepen	Zie arbeidsongevallen	Zie arbeidsongevallen	Zie arbeidsongevallen

	BELGIE	NEDERLAND	DUISSLAND	FRANKRIJK	GROOT-BRITANNIE
PUBLIEKE SECTOR					
Aparte regeling?	Ja	Ja	gedeeltelijk	Neen	Neen
Legitimatie	ZIEKTE of "PRIMAIRE" AO Medisch attest vereist op 1ste dag	Geen attest vereist	Attest vereist op 4de dag	Zie regeling in Privé- sector	Zie regeling in Privé- sector
Eremsdagen	Geen	Geen	Geen		
Uitkering werkgever	Volledige doorbetaling tot ziektekapitaal is opgebruikt (dan tijdelijk en ziekteuitkering)	Volledige doorbetaling gedurende 12/18 maanden (onderscheid tussen tijdelijk en vastbenoemd) Daarna: 80% van bruto- inkomen	Volledige doorbetaling gedurende de volledige periode van AO		
Ziekteuitkering	60% van bruto-inkomen (100% voor langdurige en ernstige ziekte)	Geen	Geen		
Zwangerschaps- regeling	Inbegrepen	Inbegrepen	Niet inbegrepen		

	BELGIE	NERLAND	DUITSLAND	FRANKRIJK	GROOT-BRITANNIË
	BEDROEPSGEVAL OF -ZIEKTE				
Uitkering tijdens de periode van tijdelijk AO	Normale inkomsten, uitbetaald door werkgever (zwaarteit)	Geen aparte regeling Zie ziekte of 'primaire' AO	Normale inkomsten, uitbetaald door werkgever		
Uitkering tijdens periode van permanente AO	Uitkering afhankelijk van graad van AO		Uitkering van een pensioen op basis van inkomenniveau en anciënniteit		
	INVALIDITEIT				
Minimum AOZ Uitkering	Geen 5-100% van bruto-inkomen	15% 9-70% van bruto-inkomen	Geen Pensioen op basis van inkomenniveau en anciënniteit (tot 100%)		

HOOFDSTUK II: VERZUIMGEGEVENS IN EEN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

In dit hoofdstuk nemen we de beschikbare ziekteverzuimgegevens van de onderzochte landen onder de loupe. Het hoofdstuk is opgebouwd uit 3 delen. In een eerste deel wordt dieper ingegaan op de verschillende manieren waarop ziekteverzuim kan worden gemeten. Er wordt aandacht besteed aan de problemen die zich op dit niveau kunnen situeren. Ook worden een aantal categorieën weergegeven waaronder het ziekteverzuim kan worden ondergebracht. In het tweede deel worden per land afzonderlijk een aantal bronnen (en resultaten) weergegeven die ziekteverzuimgegevens hebben bijgehouden en onderzocht. Uit de weergave van deze resultaten zal blijken dat ze niet of nauwelijks geschikt zijn voor een internationale vergelijking. In het derde en laatste deel worden de resultaten besproken van een viertal onderzoeken die gepoogd hebben ziekteverzuimgegevens tussen de landen te vergelijken.

2.1. BEGRIPPEN, MAATSTAVEN EN CATEGORIEËN VAN ZIEKTEVERZUIM

Alvorens met de bespreking van ziekteverzuimgegevens te beginnen leek het ons nuttig om eerst duidelijk te bepalen wat de term ziekteverzuim precies inhoudt. Het blijkt een begrip te zijn dat vele ladingen dekt. In de literatuur worden vaak verschillende definities gehanteerd, wat de interpretatie en de vergelijking van de gegevens niet altijd vergemakkelijkt. De operationele definitie van ziekteverzuim die we in dit hoofdstuk zullen hanteren is deze die terug te vinden is in de sociale wetgeving van de onderzochte landen. Deze materie is reeds uitvoerig aan bod gekomen in het vorige hoofdstuk waarin het wettelijk kader werd behandeld. Indien het gaat om nationale ziekteverzuimstatistieken, is dit de juiste en enige correcte definitie. Indien het echter gaat om ziekteverzuimgegevens afkomstig van landelijke of sectoriële enquêtes, kunnen afwijkende definities worden gehanteerd.

In dit hoofdstuk beperken we ons tot verzuim ten gevolge van ziekte of een ongeval. Er zijn immers nog tal van andere oorzaken van afwezigheid. Denken we maar aan afwezigheid wegens huwelijk, geboorte, overlijden, enz. Tenzij het anders is vermeld, hebben de voorgestelde resultaten enkel betrekking op verzuim wegens ziekte of ongeval.

Wat de maatstaven van het ziekteverzuim betreft, worden er in de literatuur een 3-tal statistieken vrij universeel gebruikt.

Deze statistieken zijn:

1. het ziekteverzuimpercentage (V%):

$$\frac{\text{totaal aantal verloren dagen door ziekteverzuim}}{\text{totaal aantal dagen gedurende de registratie}}$$

2. de ziekteverzuimfrequentie (VF):

$$\frac{\text{aantal ziekmeldingen gedurende de registratieperiode}}{\text{aantal onderzochte personen gedurende de reg. periode}}$$

3. de gemiddelde verzuimduur (GD):

a) per verzuimperiode

$$\frac{\text{totaal aantal verzuimde dagen}}{\text{totaal aantal verzuimepisodes}}$$

b) per werknemer of verzekerde

$$\frac{\text{totaal aantal verzuimde dagen}}{\text{totaal aantal onderzochte personen}}$$

c) per verzuimer

$$\frac{\text{totaal aantal verzuimde dagen}}{\text{totaal aantal personen die minstens 1 maal verzuimen gedurende registratieperiode}}$$

Tussen deze 3 variabelen bestaat een zekere mate van samenhang. In feite is het verzuimpercentage het resultaat van de frequentie enerzijds en de gemiddelde duur van de ziektegevallen anderzijds. Een benadering van het aantal dagen dat verzuimd is wegens ziekte, wordt verkregen door het aantal ziekmeldingen te vermenigvuldigen met de gemiddelde duur van deze gevallen.

Er zijn dus vijf soorten gegevens nodig om de statistieken te kunnen berekenen, nl. het totaal aantal verzuimdagen, het totaal aantal verzuimperiodes of ziekmeldingen, het aantal werknemers die minstens één maal verzuimen gedurende de registratieperiode, de grootte van de steekproef (aantal werknemers) waarover de gegevens worden bijgehouden en de duur van de registratieperiode. Bij het analyseren van deze statistieken worden we al dadelijk geconfronteerd met een aantal problemen, want er zijn verschillende mogelijkheden om ze te berekenen. Zo kunnen we werken met kalenderdagen of werkdagen in teller en noemer. Er kunnen correcties doorgevoerd worden in de noemer, zoals voor vakanties, onbetaald verlof en dergelijke meer (vooral belangrijk wanneer we resultaten van bedrijven onderling willen vergelijken). Tot slot kunnen we werken met beginnende en/of eindigende verzuimperiodes (in onderzoek waar de registratieperiode kort is, kan dit tot verschillende resultaten leiden).

De meeste onderzoeken beperken zich tot het analyseren van 1 enkele verzuimstatistiek, nl. het verzuimpercentage. Indien we echter inzicht willen krijgen in de problematiek van het verzuim moeten we ook de twee andere maatstaven opnemen in het onderzoek. Zo kan het gebeuren dat er in een bedrijf veelvuldig kortdurend verzuim voorkomt als gevolg van een minder goede werksfeer. Een ander bedrijf heeft dan weer te maken met een aantal langdurige verzuimgevallen als gevolg van fysiek zwaar werk en hinderlijke werkomstandigheden. Indien we enkel naar het verzuimpercentage zouden kijken levert dit voor beide bedrijven misschien hetzelfde beeld op, alhoewel de onderliggende oorzaken van het verzuim totaal verschillend zijn. Door ook de verzuimfrequentie en de gemiddelde duur van een ziektegeval op te nemen kunnen we de oorzaken beter achterhalen.

Voorts kan het verzuim ook onderverdeeld worden naar de aard van de kenmerken. Aldus ontstaan een aantal categorieën van verzuim. Hieronder vermelden we een drietal indelingen van verzuim.

A. Vermijdbaar versus onvermijdbaar verzuim

Onvermijdbaar verzuim houdt in dat het verzuim niet te voorkomen is. Onder onvermijdbaar verzuim verstaan we een aantal dagen per jaar dat de werknemer zich minder goed voelt en noodgedwongen moet thuis blijven. Indien door het nemen van een aantal maatregelen het ziekteverzuim kan worden ingeperkt of beïnvloed, dan is er sprake van vermijdbaar verzuim. Het is echter niet altijd even gemakkelijk het causale verband vast te stellen tussen de maatregelen en de invloed hiervan op het ziekteverzuim.

B. Wit, grijs en zwart verzuim

Onder wit verzuim verstaan we het verzuim dat een rechtstreeks gevolg is van een zeer ernstige tot zeer lichte aandoening, zonder dat er andere omstandigheden een rol spelen in deze beslissing. Het gaat dus over verzuim waarvoor aantoonbare oorzaken aanwezig zijn. De zieke werknemer heeft dan ook weinig of geen beslissingsvrijheid. De tegenhanger van het witte verzuim is het zwarte. Hierbij zijn het externe omstandigheden (hetzij in de privé-sfeer, hetzij in de werksfeer) die leiden tot verzuim, zonder dat er sprake is van een of andere aandoening. De werknemer verzuimt dus onder het voorwendsel van ziekte. Tussen deze twee types van verzuim ligt het grijze verzuim. Het gaat hier om een ziekmelding, zonder dat absoluut vaststaat dat de betreffende persoon echt niet in staat is te werken. In de Engelstalige literatuur wordt er een gelijkaardig onderscheid gemaakt, nl. disease (ziek zijn), illness (zich ziek voelen) en sickness (zich ziek melden).

C. Indeling naar de duur van het verzuim

De indeling van het verzuim naar de duur is in zekere zin arbitrair. Onder kortdurend verzuim wordt verstaan die ziekteperiodes die niet langer dan 14 dagen duren. Tussen de 15 en de 30 dagen valt het middellang verzuim. Lang verzuim geldt voor ziekteperiodes van langer dan 30 dagen. Vermelden we ook dat een groot deel van het totaal aantal verzuimdagen wordt veroorzaakt door een relatief gering aantal langdurige ziektegevallen. Als vuistregel wordt de verhouding 80/20 genomen, of m.a.w. ongeveer 80% van het totale aantal verzuimdagen wordt veroorzaakt door 20% van de langdurige gevallen.

2.2. VERZUIMSTATISTIEKEN PER LAND

Er zijn voor elk land grosso modo eigenlijk twee soorten informatiebronnen. Een eerste bron van gegevens is terug te vinden bij de diverse sociale zekerheidsdiensten in de

verschillende landen. Meestal worden door de bevoegde afdelingen van deze diensten jaarlijks verzuimgegevens bijgehouden en gepubliceerd. De verzuimgegevens hebben betrekking op al diegenen die onder het sociale zekerheidsrecht (dat de materie van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim regelt) vallen, m.a.w. de verzekerden en dit voor zover het verzuim voldoet aan juridische voorwaarden vervat in de regelingen. Deze gegevens zijn betrouwbaar en meestal is er een vrij gedetailleerde opdeling mogelijk (bv. naar geslacht, leeftijd, statuut, duur van de ziekteperiode enz.). Een nadeel is dat een deel van het ziekteverzuim, dat niet geregeld wordt door het sociale zekerheidsrecht, (bv. ten laste van de werkgever) verborgen blijft.

Een tweede bron van informatie wordt geleverd door landelijke of industriegebonden enquêtes waarin gepeild wordt naar het ziekteverzuim. Een nadeel van deze manier van werken is dat de bekomen resultaten niet altijd extrapoleerbaar zijn als gevolg van een niet representatieve steekproef. Ook zijn de gegevens niet altijd op een betrouwbare manier verzameld. In sommige gevallen is de registratieperiode niet lang genoeg waardoor het gevaarlijk is conclusies vast te knopen aan de resultaten.

In hetgeen volgt worden voor elk land de belangrijkste informatiebronnen besproken. We beperken ons hoofdzakelijk tot de tijdelijke arbeidsongeschiktheid van werknemers in de privé-sector als gevolg van ziekte of een ongeval (exclusief werkgerelateerde aandoeningen). Over de zelfstandigen en de publieke sector zijn er immers weinig of geen geregistreerde verzuimgegevens beschikbaar. Hetzelfde geldt, weliswaar in mindere mate, voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. Wat de invaliditeit betreft, verwijzen we naar het volgende hoofdstuk, waar, indien mogelijk, een evolutie geschetst wordt van het aantal intredens en uitredens in de invaliditeitsregeling. In de meeste verzuimstudies wordt enkel de tijdelijke AO onderzocht.

Het is geenszins onze bedoeling om alle resultaten in detail te bespreken. Daarvoor verwijzen we de lezer naar het betreffende onderzoek of publicatie. We geven hier enkel de voornaamste resultaten. Hierbij vermelden we telkens op welke doelgroep de gegevens van toepassing zijn. Vooral de gegevens voor België komen uitvoerig aan bod.

2.2.1. België

Voor België bespreken we een viertal informatiebronnen, te beginnen met gegevens verstrekt door het RIZIV in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Vervolgens bekijken we de resultaten van een jaarlijkse enquête die wordt gehouden onder de

leden van de federatie van de chemische nijverheid en de kledingfederatie. Tot slot bespreken we de resultaten van 2 éénmalige studies die werden gedaan in de non-profit sector.

2.2.1.1. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkeringen

De meest volledige informatie over ziekteverzuim vinden we bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkeringen (RIZIV). Er dient wel te worden vermeld dat deze statistiek volledig is, enkel voor wat de RIZIV-verzekerden betreft. Alle gevallen die niet in aanmerking komen voor een RIZIV-uitkering komen in de statistieken niet voor. In concreto betekent dit dat alle ziektegevallen die minder dan 15 resp. 30 dagen duren voor arbeiders resp. bedienden niet terug te vinden zijn in deze statistieken.

In onderstaande tabel 2.1 vatten we een aantal kencijfers weer m.b.t. de primaire arbeidsongeschiktheid. We geven de evolutie weer voor de laatste 10 jaar, opgesplitst naar geslacht. De gegevens hebben betrekking op alle werknemers uit de privé-sector (arbeiders, bedienden en mijnwerkers samen).

TABEL 2.1: Evolutie van de gemiddelde uitkeringsduur per geval voor primaire AO van het gemiddelde aantal ziektegevallen per 100 primaire uitkeringsgerechtigden en van het gemiddelde aantal uitkeringsdagen per primaire uitkeringsgerechtigde (PUG)

Jaar	Gemiddelde uitkeringsduur per geval voor primaire AO		Gemiddelde aantal ziektegevallen per 100 primaire uitkeringsgerechtigden		Gemiddeld aantal uitkeringsdagen per primaire uitkeringsgerechtigde (PUG)	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
1983	42,79	49,60	16,32	24,78	6,98	12,29
1984	42,18	49,42	16,29	25,16	6,87	12,43
1985	42,33	50,61	16,46	24,70	6,97	12,50
1986	42,89	50,65	15,82	27,07	6,79	12,19
1987	50,98	55,11	11,82	21,25	6,03	11,71
1988	51,72	55,08	11,76	21,70	6,08	11,95
1989	50,06	55,54	11,89	21,92	5,95	12,17
1990	49,40	47,22	11,72	18,06	5,79	8,53
1991	51,19	49,06	11,91	16,68	6,10	8,18
1992	52,37	51,44	11,16	14,51	5,84	7,46

BRON: RIZIV, Dienst voor uitkeringen, Financiële en statistische gegevens

De verzuimgegevens bleven gedurende deze periode relatief stabiel, wanneer we zouden corrigeren voor de juridische wijzingen die plaatsvonden.

De stijging van de gemiddelde uitkeringsduur, de daling van het gemiddeld aantal ziektegevallen en de lichte daling van het aantal uitkeringsdagen per 100 PUG's (zowel voor mannen als voor vrouwen) tussen 1986 en 1987 is te verklaren door de verlenging van de periode van gewaarborgd loon voor de arbeiders van 1 naar 2 weken. Door deze nieuwe regeling zullen voor de arbeiders enkel nog ziekteperiodes van langer dan 2 weken (i.p.v. 1 week) opgenomen worden in de statistieken. Hierdoor zal de gemiddelde duur per ziektegeval uiteraard stijgen en het aantal gevallen per 100 PUG's dalen. Opmerkelijk

is wel de geringe impact van deze maatregel op het gemiddeld aantal uitkeringsdagen per 100 PUG's.

De verklaring voor de afname van de gemiddelde uitkeringsduur en de afname van het aantal uitkeringsdagen per 100 PUG's voor vrouwen tussen 1989 en 1990 ligt in de invoering van de Programmawet in '89 waardoor er een aparte uitkering voor vrouwen werd voorzien gedurende de zwangerschaps- en bevallingsperiode. Deze gevallen worden vanaf 1990 in aparte statistieken opgenomen.

Algemeen kunnen we zien dat vrouwen frequenter en meer verzuimen dan mannen, ook indien men zwangerschap niet meerekent. In 1992 bv. zijn er gemiddeld 11 ziektegevallen per 100 mannen versus 14,5 per 100 vrouwen. Anderzijds is de gemiddelde verzuimduur voor vrouwen 1 dag minder lang (51 dagen voor vrouwen versus 52 voor mannen). Het verschil is echter onvoldoende groot om te compenseren voor de hogere frequentie. Vrouwelijk gerechtigden hebben dan ook gemiddeld meer uitkeringsdagen: 7,5 dagen in 1992 versus slechts 5,8 voor de mannelijke gerechtigden. Gegeven dat er 312 uitkeringsdagen zijn per jaar, komt dit neer op een verzuimpercentage van respectievelijk 2,4 % voor vrouwen en 1,8 % voor mannen.

2.2.1.2. Federatie van de chemische nijverheid en Kledingfederatie

De Federatie van de chemische nijverheid (FCN) publiceert jaarlijks (vanaf 1981) resultaten van een enquête die ze houdt onder haar leden over de omvang van het absenteïsme op het werk. Aan de laatste enquête (1991) hebben 84 bedrijven meegewerkt. Deze 84 bedrijven vertegenwoordigen een personeelsbestand van 49.139 werknemers. De onderzoekspopulatie is ongeveer de helft van de 98.875 werknemers, tewerkgesteld door de ondernemingen die aangesloten zijn bij de FCN, waardoor de representativiteit gewaarborgd is.

Het betreft hier een enquête die meer registreert dan enkel ziekteverzuim. De afwezigheidsorzaken worden in 7 rubrieken ingedeeld:

1. ziektes van eender welke aard en ongevallen met uitzondering van de arbeidsongevallen, voor een duur korter dan of gelijk aan 6 maanden
2. arbeidsongevallen met een duur korter dan of gelijk aan 6 maanden

3. zwangerschapsverlof

4. gerechtvaardigde afwezigheden

5. ongerechtvaardigde afwezigheden

6. stakingen

7. ziektes en ongevallen van eender welke aard voor een periode van langer dan zes maanden

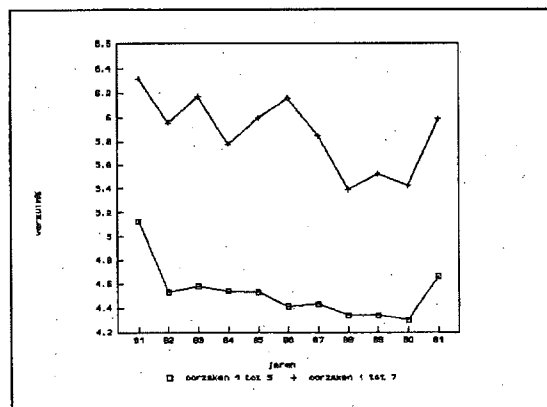
In figuur 2.1 wordt de evolutie geschetst van het absenteïsme voor de totale steekproef (constante plus variërende steekproef samen) over de periode 1981-1991. Wat betreft het absenteïsme van korte duur (oorzaken 1 tot 5), is er vanaf 1983 een lichte daling waar te nemen (met uitzondering van het jaar 1987) van het verzuimpercentage. In 1991 zien we echter een (forse) toename.

Het gemiddeld totaal verzuimpercentage (oorzaken 1 tot 7) kent ook een daling vanaf 1986 tot 1990. Daarna volgt ook hier een toename. De daling in de jaren '80 van het verzuimpercentage is gedeeltelijk te wijten aan een afname van het aantal arbeiders (waarvan het verzuimpercentage normaal hoger ligt dan dit van bedienden).

FIGUUR 2.1: Evolutie van het totale verzuimpercentage (oorzaken 1-5 en oorzaken 1-7 samen)

Oorzaken 1 t.e.m. 5:
kortdurend verzuim

Oorzaken 1 t.e.m. 7:
totale verzuim



BRON: Federatie van de chemische nijverheid, Het absentieisme van 1981 tot 1991

In figuur 2.2 worden de verzuimpercentage weergegeven voor oorzaken 1, 3 en 7. Het verzuimpercentage voor zwangerschappen slaat enkel op de vrouwelijke werknemers van de constante steekproef. De overige 2 percentages hebben betrekking op alle werknemers van de constante steekproef.

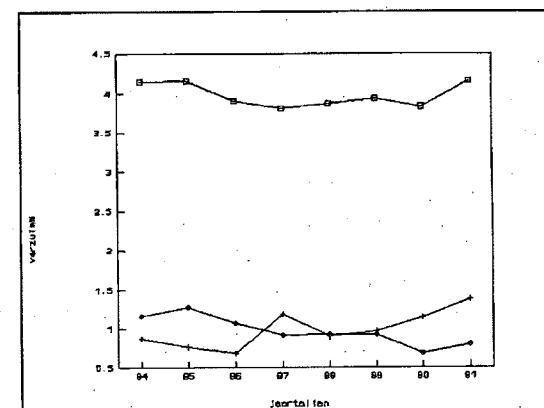
Bekijken we enkel de afwezigheid ten gevolge van ziekte of ongevallen (andere dan bedrijfsongevallen) met een duur korter dan of gelijk aan 6 maanden, dan schommelt het ziekteverzuimpercentage rond de 4%. Dit is duidelijk de belangrijkste afwezigheidsoorzaak. Ongeveer 68% van *alle* afwezigheden wordt veroorzaakt door kortdurend (< 6 maanden) ziekte of ongeval (excl. bedrijfsongeval). Samen met zwangerschapsverlof en afwezigheid door arbeidsongevallen bedraagt het aandeel in het totaal verzuimpercentage meer dan 85%.

Het verzuimpercentage voor zwangerschap stijgt de laatste jaren lichtjes. Dit heeft in hoofdzaak te maken met een forse stijging van dit verzuimpercentage bij vrouwelijke bedienden. Voor arbeidsters is er zelfs een daling waar te nemen. Het verzuimpercentage voor het absentieisme van lange duur (oorzaak 7) kent de laatste jaren een lichte afname

en bedraagt in 1991 0,8%.

FIGUUR 2.2: Evolutie van het verzuimpercentage voor oorzaak 1, 3 en 7

- Oorzaak 1: ziekteverzuim met een duur < 6 maanden (geen AO)
- + Oorzaak 3: zwangerschapsverlof
- ◇ Oorzaak 7: verzuim wegens ziekte of ongeval (ook AO) > 6 maanden



BRON: Federatie van de chemische nijverheid, Het absentieisme van 1984 tot 1991

In het verslag van de FCN worden de resultaten verder uitgesplitst naar geslacht en statuut. Ook wordt elke afwezigheidsoorzaak apart bekeken.

De sociale dienst van de Kledingfederatie doet jaarlijks een gelijkaardig onderzoek onder haar leden. Het aantal ondernemingen die aan de studie meewerken varieert van jaar tot jaar. Het gaat dus niet elk jaar over dezelfde bedrijven en dit kan, aldus de onderzoekers, de resultaten beïnvloeden. De gemiddelde personeelssterkte van de steekproef bedraagt ongeveer 25% van de totale sectoriële tewerkstelling.

Het algemeen verzuim wordt opgedeeld in een 10-tal categorieën, gaande van ziekteverlof dat aanleiding geeft tot de betaling van gewaarborgd loon tot afwezigheid wegens sociale promotie of betaald educatief verlof. In onderstaande tabel 2.2 worden de belangrijkste resultaten van de laatste jaren weergegeven (met uitzondering van 1990, aangezien er voor dat jaar geen enquête werd verricht).

TABEL 2.2: Dagen van absenteïsme (per categorie) als percentage van het aantal bezoldigde werkdagen

Jaar	GWL (1)	GML (2)	Ziektegeval > 30 dagen (3)	Bevallingsrust (4)
'86	1,76	1,99	2,51	1,78
'87	1,69	1,56	3,40	1,65
'88	1,71	1,89	3,25	1,79
'89	1,69	2,11	3,28	1,30
'91	1,86	2,22	3,91	1,82
'92	1,81	2,22	3,41	1,69

(1) Het betreft het totaal aantal ziekte-dagen (ziekte of ongeval van gemeen recht, dus geen arbeidsongeval) die aanleiding geven tot betaling van het gewaarborgde weekloon, welke ook de duur van de ziekte is, t.o.v. het aantal bezoldigde werkdagen.

(2) Het betreft het totaal aantal ziekte-dagen die aanleiding geven tot het betalen van het gewaarborgde maandloon (2e t/m 4e week), t.o.v. het aantal bezoldigde werkdagen.

(3) Het betreft het totaal aantal dagen binnen de eerste 12 maanden van de onderbreking van de arbeid wegens ziekte waarvoor gelijkstelling is voor de RSZ-aangifte, met uitzondering van de dagen gedekt door (1) en (2), t.o.v. het aantal bezoldigde werkdagen.

(4) Het betreft de afwezigheden wegens bevallingsrust (maximaal 15 weken); de afwezigheden wegens ziekte tengevolge van de zwangerschap moeten opgenomen worden in de rubriek ziekte (1), (2) of (3), t.o.v. het aantal bezoldigde werkdagen.

BRON: Belgische Federatie der Kledingnijverheid

Het totale verzuimpercentage wegens primaire AO (de eerste 3 categorieën samen) neemt toe van 6,26% in 1986 tot bijna 8% in 1991. In 1992 is er daling waar te nemen van ongeveer 0,5%. Dit heeft vooral te maken met een daling van het aantal ziektegevallen die langer dan 30 dagen duren.

In vergelijking met de resultaten van de FCN, zijn de ziekteverzuimpercentages in de kledingfederatie duidelijk hoger.

2.2.1.3. Verzekeringsmaatschappijen en sociale secretariaten

Verzekeringsmaatschappijen zoals GEKOLI en SECUREX houden verzuimgegevens bij van de bedrijven die een beroep doen op hen (vooral grote bedrijven). Deze zijn ook bij hen te verkrijgen. Het betreft hier gegevens over alle gecontroleerde gevallen. Opsplitsing is mogelijk naar geslacht, statuut, afwezigheidsduur, diagnose... Ook de sociale secretariaten hebben zicht op de verzuimgegevens van individuele bedrijven waarvoor zij de loonadministratie doen. De gegevens van deze maatschappijen geven niet altijd een representatief beeld.

2.2.1.4. Eenmalige onderzoeken

Er zijn de laatste jaren in tal van sectoren of bedrijven onderzoeken gedaan om inzicht te krijgen in de hoogte en de structuur van het ziekteverzuim. In het licht van een steeds scherper wordende concurrentie trachten de bedrijven hun kosten te beheersen en er alle bestanddelen van te kennen. Het absenteïsme is immers een belangrijke parameter in de loonkost. Het is een onmogelijke opdracht al deze individuele onderzoeken hier samen te brengen (dit zou een onderzoek op zich kunnen vormen). We beperken ons tot het bespreken van 2 studies en overlopen de belangrijkste resultaten.

Een eerste studie die hier aan bod komt werd gedaan bij het personeel van het OCMW in Antwerpen in 1984¹. Het interessante aan dit onderzoek is dat het werd uitgevoerd in de publieke sector. De meeste verzuimstudies gebeuren in de privé-sector, waar kosten en productiviteit een grote rol spelen. Dit onderzoek had tot doel het ziekteverzuim in kaart brengen, aangezien er onder bepaalde subgroepen een hoog verzuim bleek te bestaan. Voorts moet deze studie een eerste stap zijn in de richting van een permanent ziekteverzuimonderzoek.

Het ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschap en arbeidsongevallen) bedraagt voor het ganse OCMW 3,61%, de gemiddelde ziekteduur per episode 11,95 kalenderdagen en de gemiddelde ziektefrequentie 1,07. De onderzoekspopulatie bestaat uit 7.640 werknemers, het absoluut ziekenbestand bestaat uit 3.992 werknemers (52%). Voorts worden de verzuimmeten opgesplitst volgens instelling, burgerlijke staat, geslacht, leeftijd en functie.

¹ Verzuimcijfers in een openbare instelling, Het ziekteverzuim bij het personeel van het OCMW - Antwerpen, ESOC Publicatie Nr. 6, 1984.

Een overzicht van deze resultaten vinden we terug in onderstaande tabel. De kolommen 2, 4 en 6 stellen respectievelijk het verzuimpercentage (V%), de gemiddelde verzuimduur en de gemiddelde verzuimfrequentie voor, binnen elke subcategorie (bv. mannen, vrouwen, personen ouder dan 50, ...). De kolommen 3, 5 en 7 stellen de ratio's van de verzuimaten voor binnen de variabelen geslacht, leeftijd, functie en burgerlijke staat. De ratio's worden berekend als de verhouding van de verzuimstatistiek van de subcategorie tot het gemiddelde van alle andere subcategorieën (binnen de variabele) samen. Vrouwen hebben bv. een V% dat 2,15 (nl. 4,30/2,00) maal hoger ligt dan dat van mannen. Hun verzuimfrequentie ligt 1,68 maal hoger. Voorts kunnen we uit de tabel afleiden dat de verzuimduur per geval voor 50 plussers ongeveer het dubbele bedraagt (1,91) van werknemers onder de 50 jaar. Het medisch personeel heeft i.v.m. de andere 4 categorieën zowel een zeer laag V% als een lage gemiddelde verzuimduur als een lage verzuimfrequentie.

Bekeken naar burgerlijke staat vinden we het hoogste V% voor de gescheiden. Dit is te wijten aan zowel een hoge gemiddelde duur als aan een hoge frequentie. De ongehuwden hebben het laagste relatieve V%.

TABEL 2.3: Het absentieisme bij het personeel van het OCMW-Antwerpen

	V%	V%-ratio	Duur	Duur-ratio	Frequentie	Freq.-ratio
Algemeen	3,61	-	11,95	-	1,07	-
Mannen	2,00	47	10,00	80	0,72	60
Vrouwen	4,30	215	12,43	124	1,21	138
+ 50 jaar	5,39	161	20,69	191	0,94	86
35-50 jaar	3,98	118	13,17	118	1,09	104
25-34 jaar	2,96	74	9,17	66	1,11	107
24 jaar en -	2,23	60	8,18	67	0,94	87
Medisch	0,47	12	4,64	38	0,36	32
Loontrekkend	5,55	199	14,58	140	1,37	146
Weddetrekkend	2,50	66	8,83	71	1,00	93
Verplegend	3,18	80	10,97	86	1,01	91
Paramedisch	2,54	69	11,51	96	1,77	71
Ongehuwd	2,47	65	10,93	91	0,81	72
Gehuwd	3,49	93	11,60	94	1,06	97
Wedu(e)naar	4,69	132	14,60	124	1,17	109
Gescheiden	5,66	170	13,48	117	1,53	151
Samenwonend	6,40	180	9,42	80	2,34	221

BRON: Verzuimcijfers in een openbare instelling, ESOC publicatie Nr 6, 1984.

Een tweede onderzoek dat we bespreken werd, eveneens uitgevoerd in de gezondheidssector. Het onderzoeksrapport werd opgesteld door de interbedrijfsgeneeskundige dienst voor werkgevers (IDEWE, 1993).

De bedoeling van dit rapport is de samenhang tussen het ziekteverzuim, rugklachten en psychische en fysische arbeidsomstandigheden na te gaan en te beoordelen. In concreto betekent dit een beschrijving van de omvang en de kenmerken van het ziekteverzuim, een beschrijving van de omvang van rugklachten en een aantal bijbehorende kenmerken (bv. antecedenten, frequentie, duur, lokalisatie, ...), een beschrijving van het "burn-out" fenomeen en als laatste een analyse van de samenhang tussen deze variabelen onderling en met kenmerken van de werkpost en van de arbeidsomstandigheden.

De onderzoekspopulatie bestaat uit 2778 werknemers die tewerkgesteld zijn in 11 instellingen uit de gezondheidssector. Hiervan zullen er uiteindelijk 2004 personen deelnemen. Dit betekent een respons van 72,4 %.

De voornaamste resultaten worden hieronder beknopt besproken.

De arbeidsongevallenfrequentie (het aantal arbeidsongevallen uitgedrukt als percentage van het totaal aantal werknemers in de steekproef) bedraagt 4,6 %. Voor het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverwickelingen bedraagt dit kengetal 47,8 %. De gemiddelde verzuimperiode per werknemer wegens ongevallen en ziekte bedraagt jaarlijks 2 resp. 10 dagen. Uitgedrukt per verzuimer komt dit neer op 27 resp. 21 dagen. 36 % van alle ziekteperiodes wordt veroorzaakt door aandoeningen van de ademhalingswegen of van neus, keel en oren. Op de tweede plaats komen aandoeningen van het bewegingsstelsel. Zij zijn verantwoordelijk voor 14 % van alle ziekteperiodes. De periode-prevalentie van rugklachten over de laatste 12 maanden bedraagt 43 %. De puntprevalentie (dus op het moment van de studie) is 15,5 %. In vergelijking met een Nederlandse referentiegroep scoort de steekproef significant beter voor alle items over arbeidsomstandigheden. Op de vragen over gezondheidsklachten, fysieke arbeidsomstandigheden en veiligheid zijn de resultaten tegenovergesteld. Ook de burn-out scores zijn beter dan de door Maslach aangegeven referentiescore. Tevens worden er significante verschillen aangetroffen in het verzuim, de arbeidsomstandigheden en de stress-indicatoren naargelang het type instelling, het geslacht, de leeftijd en beroepsgroep. Er treedt een significant verband op tussen het voorkomen van rugklachten en het ziekteverzuim met ongunstige arbeidsomstandigheden en hoge burn-out scores.

Tenslotte geven de onderzoekers een aantal beperkingen van hun opzet aan. In eerste instantie gaat het hier om een momentopname. Dit laat de onderzoekers toe enkel een beschrijving te geven van de omvang en de samenhang van de onderzochte variabelen. Er kunnen geen causale verbanden worden onderzocht. Ook de wijze waarop de steekproef is samengesteld en de meetproblemen nopen de onderzoekers ertoe de resultaten met de nodige voorzichtigheid te interpreteren.

2.2.2. Nederland

Voor Nederland baseren we ons in de eerste plaats op de gegevens die jaarlijks worden gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de statistiek. Vervolgens bespreken we ook de ziekteverzuimgegevens afkomstig van het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg, die op basis van een enquête worden verkregen. Tot slot stellen we resultaten voor van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor.

2.2.2.1. Centraal Bureau voor de statistiek (CBS), Diagnosestatistiek van de bedrijfsverenigingen

Een eerste bron is het Centraal Bureau voor de statistiek (CBS). Het gaat hier om verzuimgegevens, in absolute en relatieve cijfers, voor alle bij de bedrijfsverenigingen gemelde ziekteverzuimgevallen. De gegevens hebben betrekking op alle volgens de ziekwet verzekerde werknemers van alle bedrijven die bij een Bedrijfsvereniging zijn aangesloten. Het gaat om in totaal tussen de 3,0 (1980) en de 3,4 (1990) miljoen type-werknemers (i.e. equivalent van 260 dagen waarover loon is genoten), dit is ongeveer 80% van de ziekwet-verzekerden of ongeveer 50% van de beroepsbevolking. De belangrijkste verzuimstatistieken zijn in tabel 2.4 samengevat.

TABEL 2.4: Evolutie van het aantal uitgekeerde verzuimgevallen per 100 type-werknemers, de gemiddelde verzuimduur per geval (in uitgekeerde kalenderdagen) de gemiddelde verzuimduur per type-werknemer (in uitgekeerde kalenderdagen), telkens opgesplitst voor mannen en vrouwen (voor vrouwen zijn de gegevens exclusief normale zwangerschappen)

Jaar	Aantal uitgekeerde verzuimgevallen per 100 type-werknemers		Gemiddelde verzuimduur per geval (in uitgekeerde kalenderdagen)		Gemiddelde verzuimduur per type-werknemer (in uitgekeerde kalenderdagen)	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
1980	122	134				
1981	-	-				
1982	-	-				
1983	102	129	24,1	21,5	24,6	28,6
1984	119	132	-	-	-	-
1985	119	129	22,6	19,7	26,9	26,1
1986	-	-	21,7	19,7	-	-
1987	118	126	22,6	22,4	26,7	28,8
1988	118	126	22,9	23,4	27,0	29,5
1989	125	133	22,8	23,6	28,5	32,0
1990	126	131	23,3	25,5	29,4	34,1

BRON: CBS, eigen berekeningen

Vrouwen scoren op elk van de drie verzuimaten steeds hoger dan mannen. De verklaring kan niet gezocht worden in zwangerschapsverloven, aangezien de gegevens voor vrouwen exclusief normale zwangerschappen zijn. Voorts is er in de jaren tachtig een (lichte) stijging waar te nemen, zowel voor mannen als voor vrouwen, van de drie statistieken.

2.2.2.2. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG)

Hierbij worden ziekteverzuimgegevens (inclusief ongevallen, exclusief zwangerschappen) verzameld op basis van een vrijwillige deelname van ondernemingen aan een enquête ingericht door het NIPG. De steekproef bestaat uit ongeveer 170.000 volgens de ziekwet verzekerde werknemers (137.000 mannen en 32.000 vrouwen) werkzaam bij ca. 230 bedrijven en instellingen uit 9 verschillende bedrijfspgroepen. Het aantal deelnemende bedrijven varieert lichtjes in de tijd, en dus ook de grootte van de steekproef.

In onderstaande tabel wordt het verzuimpercentage weergegeven per bedrijfspgroep, opgesplitst naar geslacht.

TABEL 2.5: Verzuimpercentage per bedrijfspgroep

	Mannen						
	'79	'81	'83	'85	'87	'89	'91
Tech. apparaten	8,8	7,5	5,8	4,9	4,6	4,7	4,6
Metaal	10,4	8,4	8,1	7,7	7,9	8,4	7,3
Nutsbedrijven	7,7	7,3	7,4	7,1	6,4	7,1	6,3
Levensmiddelen	12,0	10,5	7,6	7,8	8,0	8,2	6,9
Chemie	9,0	7,2	6,1	5,8	5,6	5,5	4,9
Rubber	14,9	12,9	11,2	8,6	8,3	9,0	8,3
Bouwmateriaal	12,7	11,4	9,5	8,0	8,0	8,7	8,0
Vervoer	8,7	8,1	7,7	7,0	6,4	7,1	6,0
Adm. diensten	5,6	5,1	5,2	5,5	4,7	4,8	4,9
TOTAAL	9,7	8,2	7,2	6,6	6,3	6,4	5,8

	Vrouwen						
	Tech. apparaten	13,1	11,6	9,3	8,1	8,4	8,4
Metaal	12,6	10,1	9,3	9,7	10,4	11,5	10,4
Nutsbedrijven	9,7	7,9	9,3	8,5	8,7	9,7	9,2
Levensmiddelen	19,3	17,7	11,9	11,2	12,2	12,9	12,3
Chemie	13,3	13,5	8,7	8,2	7,6	7,2	8,1
Vervoer	7,3	7,6	7,7	7,3	7,9	7,9	7,7
Adm. diensten	9,6	9,0	8,6	8,8	7,9	8,3	8,3
TOTAAL	12,0	10,9	9,4	8,6	8,7	8,8	8,9

BRON: Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg

In tegenstelling tot de vorige bron valt een dalende trend waar te nemen van de verzuimpercentages, zowel bij mannen als bij vrouwen, in de meeste industrietakken. De sectoren die het hoogst scoren bij de mannen zijn rubber, bouwmaterialen en metaal. Bij de vrouwen zijn dit de sectoren levensmiddelen en metaal. Vrouwelijke werknemers hebben ook systematisch een hoger verzuimpercentage in de sectoren waarvoor beide percentages beschikbaar zijn.

2.2.2.3. Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK)

De laatste informatiebron voor Nederland die we hier bespreken is het GAK. Dit kantoor voert de sociale administratie voor 13 van de 19 Bedrijfsverenigingen. In totaal zijn dit ongeveer 50% van de ziekwet-verzekerden of een derde van de beroepsbevolking. Het GAK publiceert jaarlijks de volledige gegevens van alle ziekmeldingen (incl. ongevallen, excl. zwangerschap) in de bij haar aangesloten bedrijfsverenigingen.

Een samenvatting van de belangrijkste gegevens is te vinden in onderstaande tabel.

TABEL 2.6: Ziekmeldingen, toekenningen en gemiddelde uitkeringsduur.

Jaar	Ziekmeldingen per 100 verzekerde mensjaren	Toekenningen per 100 verz. mensjaren	Uitkeringsdagen in % van het totaal aantal vergoede dagen	Gemiddelde uitkeringsduur per toekenning
'82	152,9	125,5	7,55	15,7
'83	144,5	119,6	7,41	16,1
'84	152,1	126,1	7,51	15,5
'85	155,8	129,6	7,3	14,6
'86	155,8	128,7	7,24	14,6
'87	159,7	128,8	7,28	14,9
'88	155,1	123,7	7,07	15,1
'89	158,4	126,1	7,09	14,9
'90	158,4	124,6	7,5	15,9
'91	164,4	127,7	7,45	15,2
'92	168,3	131,2	7,21	14,9

BRON: GAK

In 1992 zijn er 168,3 ziekmeldingen per 100 verzekerde mensjaren. Het aantal toekenningen per 100 verzekerde mensjaren bedraagt 131,2. De gemiddelde uitkeringsduur per toekenning bedraagt ongeveer 15 dagen. Enkele schommelingen buiten beschouwing gelaten blijkt, op basis van deze bron, het verzuim redelijk stabiel gedurende de laatste 10 jaren.

2.2.3. Duitsland

In Duitsland vinden we verzuimgegevens in eerste instantie terug bij het 'Bundesministerium für Arbeit und Socialordnung'. Dit ministerie publiceert jaarlijks gegevens over tijdelijke arbeidsongeschiktheidsgevallen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds alle gevallen van tijdelijke arbeidsongeschiktheid en anderzijds alle ziektegevallen die langer duren dan 6 weken.

In tabel 2.7 geven we gegevens over alle tijdelijke arbeidsongeschiktheidsgevallen ('Arbeitsunfähigkeitsfälle') en over de gevallen die langer duren dan de periode van het gewaarborgd loon, nl. 6 weken ('Krankengeldfälle'). Onder verzekerde verstaan we de

verplichte en de vrijwillige verzekerde werknemers van de Gesetzliche Krankenversicherung (GVK).

TABEL 2.7: Tijdelijke arbeidsongeschiktheidsgevallen

	'87	'88	'89	'90	'91
Aantal verzekerden (000)	26.005	26.211	26.326	26.929	27.582
Gevallen van tijdelijke AO langer dan 6 weken					
Aantal gevallen (000)	1.946	1.941	1.928	1.993	2.009
Aantal dagen (000)	117.133	121.742	122.939	128.726	140.015
Gevallen per 100 verzekerden	7,5	7,4	7,3	7,4	7,3
Dagen per 100 verzekerden	450,4	464,5	467,0	478,0	507,6
Gemiddelde verzuimduur per verzuimperiode	60,2	62,7	63,8	64,6	69,7
Alle gevallen van tijdelijke AO					
Aantal gevallen (000)	25.874	26.545	28.178	30.230	30.996
Aantal dagen (000)	406.518	415.202	426.468	450.467	470.045
Gevallen per 100 verzekerden	99,5	101,3	107,0	112,3	112,4
Dagen per 100 verzekerden	1563,3	1584,1	1619,9	1672,8	1704,2
Gemiddelde verzuimduur	15,7	15,6	15,1	14,9	15,2

BRON: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, eigen berekeningen

Deze tabel leert ons dat de gemiddelde verzuimduur voor alle gevallen van tijdelijke AO ongeveer 15 dagen bedraagt en de verzuimfrequentie 1,12. Deze lage ziekteverzuimfrequentie is vooral te wijten aan het feit dat er pas na 3 dagen een medisch attest vereist is. Een gevolg hiervan is dat het aantal ziekteperiodes van 3 dagen of minder vrij onvolledig wordt bijgehouden en geregistreerd. Er treedt dan ook een onderschatting op van het aantal kortdurende ziekteperiodes en bijgevolg ook een onderschatting van de ziektefrequentie. Een omgekeerd effect zal optreden bij de gemiddelde duur.

Voor de gevallen van tijdelijke AO die langer dan 6 weken duren vinden we een gemiddelde duur van bijna 70 dagen in 1991. In vergelijking met 1987 betekent dit een toename van ongeveer 10 dagen. Meer gedetailleerde gegevens zijn eveneens verkrijgbaar (oa. opgesplitst naar geslacht en leeftijds-groep).

Voor de volledigheid vermelden we nog 2 instanties waar meer gedetailleerde verzuimgegevens (hoofdzakelijk op basis van enquêtes) beschikbaar zijn. Deze instanties zijn het 'Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung en 'Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände.

2.2.4. Frankrijk

Een eerste studie die we hier bespreken dateert van 1985 en werd uitgevoerd door de CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). In deze studie gebruiken de onderzoekers een gestratificeerde nationale steekproef van 7660 werknemers (die aangesloten zijn bij de CNAMTS en dus recht hebben op ziekte-uitkeringen) om de verzuimgegevens te verkrijgen. Het is de enige landelijke steekproef die ooit in Frankrijk werd verricht. Voor de werknemers in de steekproef wordt nagegaan hoeveel ziekteuitkeringen ze in 1985 hebben ontvangen. Deze gegevens worden verkregen via de plaatselijke mutualiteiten. Op basis hiervan wordt vastgesteld hoeveel dagen de werknemers afwezig zijn geweest op het werk wegens ziekte of ongeval. De begindatum van elke ziekteperiode wordt berekend door 3 dagen af te trekken van de eerst betaalde ziektedag, om zo rekening te houden met een wachtperiode van 3 dagen (carensdagen). Door te werken met uitkeringsdagen worden de ziekteperiodes van minder dan 4 dagen niet opgenomen in de studie, aangezien hiervoor geen uitkeringen gebeuren. Tenslotte worden enkel die ziekteperiodes bekeken die aanvangen in 1985. Alle bekomen informatie wordt opgesplitst naar leeftijdsgroep en naar geslacht.

In onderstaande tabel worden de belangrijkste resultaten schematisch weergegeven.

TABEL 2.8: Verzuimpercentages, -duur en -frequentie, opgesplitst naar leeftijd en geslacht

	<20j	20-29j	30-39j	40-49j	50-59j	60+
Verzekerden met ziekteverzuim als % van het totaal aantal verzekerden in elke leeftijdsgroep (1)						
MANNEN	41,6	34,1	34,0	31,5	31,6	9,7
VROUWEN	43,4	46,9	42,3	36,7	23,6	19,8
TOTAAL	42,2	39,3	36,9	33,1	31,9	13,5
% van elke leeftijdsgroep in het totaal aantal verzekerden met ziekteverzuim (2)						
MANNEN	4,1	28,9	32,0	19,2	14,8	0,9
VROUWEN	3,0	39,6	30,5	14,6	10,8	1,5
TOTAAL	3,7	33,3	31,4	17,3	13,2	1,1
% van elke leeftijdsgroep in het totaal aantal verzuimgevallen (3)						
MANNEN	3,9	28,9	32,0	19,2	14,8	0,9
VROUWEN	2,4	40,4	30,5	14,6	10,8	1,5
TOTAAL	3,3	33,7	31,4	17,3	13,2	1,1
% van elke leeftijdsgroep in het totaal aantal verzuimdagen (4)						
MANNEN	3,1	19,7	28,3	25,1	21,8	2,0
VROUWEN	1,6	44,5	27,1	13,6	10,8	2,4
TOTAAL	2,3	32,1	27,7	19,3	16,3	2,2
Ziekteverzuimfrequentie (5)						
MANNEN	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,1
VROUWEN	1,3	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5
TOTAAL	1,4	1,6	1,5	1,6	1,5	1,3
Gemiddelde duur per verzekerde met verzuim, uitgedrukt in dagen (6)						
MANNEN	29,1	26,7	34,6	51,2	57,4	92,2
VROUWEN	30,0	64,0	50,6	53,4	57,3	88,9
TOTAAL	29,4	44,8	40,9	51,9	57,4	90,4

BRON: CNAMTS, 1985.

Bij vrouwen is het aantal verzekerden met ziekteverzuim als % van het totaal aantal verzekerden systematisch hoger in elke leeftijdsgroep dan bij mannen. Bekijken we deze statistiek per leeftijdsgroep, dan vinden we een hoger aantal verzekerden met ziektever-

zuim als % van het totaal aantal verzekerden in de jongere leeftijdscategorieën, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen (1).

Het totaal aantal verzekerden (mannen en vrouwen tesamen) tussen de 20 en de 39 jaar vertegenwoordigen bijna twee derde van het totaal aantal verzekerden met ziekteverzuim. Het onderscheid tussen mannen en vrouwen situeert zich vooral in de leeftijdscategorie 20-29 jaar. Het percentage van deze leeftijdsgroep in het totaal aantal verzekerden met ziekteverzuim ligt voor de vrouwen meer dan 10% hoger dan bij de mannen (39,6% resp. 28,9%). Dit kan grotendeels verklaard worden door de strikte toepassing van de moederschapsregeling. Hierdoor vallen ziekten als gevolg van zwangerschap of moederschap die zich voordoen in de periode voorafgaand aan de 6 weken voor de bevalling of in de periode volgend na 8 weken na de bevalling onder de ziekteregeling (en niet onder de moederschapsregeling) (2).

Hetzelfde verschil tussen vrouwen en mannen geldt voor het percentage van de leeftijdsgroep 20-29 jaar in het totaal aantal verzuimgevallen (40,4% resp. 28,9%) (3).

Bij de vrouwen situeert zich bijna 45% van alle verzuimdagen in deze leeftijdscategorie en 27,1% in de categorie 30-39 jaar. De gedeeltelijke verklaring hiervoor ligt ook hier in de strikte toepassing van de moederschapsregeling waardoor er een verhoging van het aantal ziektedagen te merken is in deze leeftijdscategorieën. Bij de mannen vinden we een min of meer gelijkmatige verspreiding tussen de 20 en de 60 jaar, met het hoogste percentage voor de leeftijdsgroep 30-39 jaar, nl. 28,3% (4).

De ziekteverzuimfrequentie per verzekerde is vrij stabiel over de leeftijdscategorieën heen. Enkel de oudere werknemers hebben een lagere verzuimfrequentie. Dit is een bevestiging van de omgekeerde relatie tussen leeftijd en frequentie. Ook is er weinig verschil te merken tussen mannen en vrouwen (5).

De gemiddelde verzuimduur per verzekerde met verzuim ligt voor de leeftijdscategorieën 20-29 en 30-39 jaar opmerkelijk hoger voor vrouwen dan voor mannen. De verklaring hiervoor werd reeds herhaaldelijk vermeld. De gemiddelde duur voor alle verzekerden samen stijgt naarmate de leeftijd toeneemt (met uitzondering van categorie 20-29, als gevolg van een hoge gemiddelde duur bij de vrouwen). Dit komt overeen met de positieve relatie tussen duur en leeftijd (6).

Voorts werd ook nog nagegaan of er een verband bestond tussen duur en frequentie van de afwezigheden en het tijdstip in het jaar. De frequentie bleek het hoogst te zijn gedurende de eerste 3 maanden van het jaar. De gemiddelde duur daarentegen was het laagst in deze periode. Het tegenovergestelde deed zich voor in het begin van de lente en de zomer, nl. een lagere frequentie maar een hogere gemiddelde duur.

Een tweede (partiële) informatiebron zijn de jaarlijks gepubliceerde gegevens van de CNAMTS die betrekking hebben op alle CNAMTS-verzekerden (Carnets Statistiques). De informatie heeft enkel betrekking op het aantal uitgekeerde ziektedagen ('indemnités journalières'). Opdeling naar geslacht, leeftijd, categorie van tewerkstelling, ... is niet mogelijk. De enige opsplitsing die wordt gemaakt is tussen periodes langer en korter dan 3 maanden. De evolutie van het aantal uitkeringsdagen is terug te vinden in hoofdstuk 3. Er wordt ook niets vermeld over het aantal ziekmeldingen of aantal verzekerden. Op basis van de gepubliceerde gegevens is het dus niet mogelijk verzuimpercentages, -frequentie of gemiddelde duur te berekenen. Deze informatiebron geeft wel gedetailleerde informatie over uitkeringsbedragen (cfr. hoofdstuk 3).

In 1986 werd er in Frankrijk éénmalig een landelijke enquête ('Structure des salaires') gehouden onder 6,8 miljoen werknemers waarin oa. het verzuim werd onderzocht. Onder verzuim dient verstaan te worden afwezigheid wegens ziekte, moederschap, arbeidsongevallen en afwezigheid als gevolg van familiale omstandigheden. De totale verzuimpercentages worden opgesplitst naar geslacht, leeftijdsgroep, beroepscategorie en bedrijfstak. De resultaten zijn terug te vinden in tabel 2.9.

TABEL 2.9: Verzuimpercentages (verzuimdagen in % van het aantal te werken dagen) opgesplitst naar geslacht, leeftijdsgroep, beroepscategorie en bedrijfstak

Leeftijd:		Beroepscategorie:	
< 25 jaar	10,8	Werklieden	16,0
25-35 jaar	11,0	Bedienden	11,4
35-45 jaar	10,2	Opzichters	6,8
45-55 jaar	14,0	Technici	6,8
55 jaar en +	20,2	Kaders	3,4

Bedrijfstak:		Geslacht:	
Voeding	14,6	Mannen	10,6
Nutsbedrijven	9,2	Vrouwen	14,8
Bouw	11,6		
Handel	9,8		
Verzekeringen	16,4		
Fin. instellingen	9,8		

BRON: INSEE, Structure des Salaires, 1986

Uit de voorgestelde resultaten leren we dat oudere personen een hoger verzuimpercentage hebben, dat in de voedingsindustrie en de verzekering het verzuimpercentage het hoogst is, dat het verzuimpercentage van kaderpersoneel 5 maal lager is dan dat van werklieden en dat vrouwen meer verzuimen dan hun mannelijke collega's.

2.2.5. Groot-Brittannië

In 1987 en 1993 organiseerde de 'Confederation of British Industry' een enquête onder haar leden waarbij oa. gepeild wordt naar het ziekteverzuim van het voorbije jaar (1986 resp. 1992) in deze bedrijven. In 1993 werkten ongeveer 300 leden mee aan het onderzoek, samen goed voor ongeveer 1,2 miljoen werknemers.

De belangrijkste resultaten van het onderzoek uit 1993 m.b.t. het ziekteverzuim (betreffende de verzuimgegevens uit 1992) worden hieronder in een notedop samengevat.

- De gemiddelde ziekteverzuimduur per werknemer is 8 dagen (idem dito voor 1987). Dit komt overeen met 3,5% van de beschikbare werktijd.
- Voltijdse arbeiders verzuimden 2 maal zoveel als voltijdse bedienden.
- Het verzuimpercentage in 1992 ligt 0,5% lager dan voor 1991 (4%).
- Het verzuimpercentage ligt ongeveer 1,3% hoger in de publieke sector (in vergelijking met de privé-sector).
- Er zijn enorme intersectoriële verschillen in de verzuimpercentages. De horecasector (hotel & leisure) scoort het hoogst. Ook waren er sterke interregionale verschillen.
- Kleinere bedrijven hebben het laagste verzuimpercentage.

Een tweede bron van informatie is het Britse Ministerie van tewerkstelling. Zij organiseert jaarlijks een landelijke enquête (Labour Force Survey) bij een steekproef van 63.000 gezinnen, die gebeurt in het kader van de EG-enquête naar de arbeidsomstandigheden (cfr. 2.3.3). Er wordt aan de respondent gevraagd hoeveel dagen hij afwezig is geweest gedurende de referentieweek, alsook de reden van zijn afwezigheid. De respondent kan hierbij kiezen uit een 9-tal mogelijkheden, waaronder ziekte of ongeval ('sick or injured'). Er wordt hem ook gevraagd hoelang de periode van afwezigheid wegens ziekte of ongeval reeds duurt en hoeveel maal hij de voorbije 12 maanden afwezig is geweest op het werk wegens ziekte of ongeval. In de onderstaande tabellen worden de voornaamste resultaten weergegeven.

TABEL 2.10: Werknemers met ziekteverzuim gedurende de referentieweek als percentage van de actieve bevolking

	'85	'86	'87	'88	'89	'90
TOTAAL	2,0	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9
MANNEN	1,9	2,0	1,8	1,8	1,7	1,7
VROUWEN	2,1	2,2	2,2	2,3	2,1	2,2

BRON: Department of Employment, Labour Force Survey, 1985-1990; eigen berekeningen

TABEL 2.11: Ziektegevallen naar verzuimduur - relatief aandeel in het totaal

	'85	'86	'87	'88	'89	'90
1-3 dagen	2,4	1,9	1,9	2,1	2,0	1,2
4-6 dagen	19,9	14,9	14,7	15,5	16,3	18,3
7-14 dagen	15,8	17,1	14,4	16,5	16,1	16,8
15-21 dagen	11,5	10,6	10,6	9,5	10,3	10,7
22-28 dagen	8,2	7,5	6,1	6,7	7,5	7,4
29-35 dagen	5,6	6,5	5,7	6,2	11,7	14,7
36-42 dagen	3,7	4,6	4,8	5,0		
43-49 dagen	2,8	3,2	3,4	2,2		
50-56 dagen	2,2	2,7	3,5	3,2		
> 56 dagen	25,9	31,0	34,9	33,0	33,3	30,9

BRON: Department of Employment, Labour Force Survey, 1985-1990; eigen berekeningen

TABEL 2.12: Werknemers met ziekteverzuim naar frequentie gedurende de laatste 12 maanden - relatief aandeel van elk frequentietype

	TOTAAL	MANNEN	VROUWEN
1 x	47,5	48,6	46,4
2 x	27,3	27,8	26,8
3 x	8,2	7,8	8,7
4 x	2,8	2,8	2,7
5 x	1,7	1,5	1,9
6 x	0,5	0,7	0,2
7-11 x	1,5	1,5	1,6
> 11 x	0,5	0,3	0,8
Onbekend, minstens 1 x	10,0	9,0	7,0

BRON: Department of Employment, Labour Force Survey, 1990; eigen berekeningen

Uit tabel 2.10 leren we dat in 1990 ongeveer 2% van de totale steekproefpopulatie gedurende de referentieweek verzuimt wegens ziekte. Het percentage voor vrouwen ligt iets hoger dan voor mannen. Bekijken we de ziektegevallen naar verzuimduur (tabel 2.11), dan blijkt dat ongeveer 31% van alle ziektegevallen langer dan 56 dagen duurt, wat toch vrij opmerkelijk is. Dit is gedeeltelijk te verklaren door de oververtegenwoordiging van ziekteperiodes van lange duur als gevolg van de korte referentieperiode (1 week). Iets meer dan 36% heeft betrekking op kortdurend verzuim (1-14 dagen). Ongeveer 50% van de werknemers met ziekteverzuim zijn slechts 1 maal afwezig geweest gedurende de laatste 12 maanden (tabel 2.12).

2.3. VERGELIJKENDE STUDIES M.B.T. ZIEKTEVERZUIM

In dit deel worden 4 studies besproken die pogen de verzuimpercentages tussen een aantal landen te vergelijken.

2.3.1. Studie van Salowsky

Bij de bespreking van vergelijkende ziekteverzuimstudies komen we automatisch terecht

bij een Duitse studie die werd uitgevoerd door Salowsky in 1980. Het is een studie die in dit hoofdstuk zeker niet mag ontbreken, aangezien het een eerste oriëntatiepunt is voor verder onderzoek in dit domein. Het onderzoek is niet alleen interessant omdat het een goed beeld geeft van de hoogte van het verzuim in de bestudeerde landen, maar ook omdat het aangeeft met welke problemen een internationaal vergelijkend onderzoek te kampen heeft. De onderzoeker concentreert zich vooral op gegevens over 'Individuele Fehlzeiten'. Onder Fehlzeiten wordt niet enkel verstaan verzuim wegens ziekte of ongevallen, maar ook afwezigheid wegens persoonlijke redenen (bv. geboorte of huwelijk). Dit begrip kan het best vertaald worden door arbeidsverzuim. Het doel van de studie is de hoogte en de samenstelling van dit arbeidsverzuim in West-Duitsland te vergelijken met de cijfers van zes andere industrielanden, m.n. Frankrijk, Nederland, Italië, Zweden, U.S.A. en Japan. Als verzuimmaatstaf hanteert de onderzoeker het arbeidsverzuimpercentage. Hierbij wordt voor elk land het totaal aantal verzuimde werkdagen (-uren) weergegeven als een percentage van de jaarlijkse arbeidsduur van de werkende bevolking van dat land.

Het grootste probleem waarmee de onderzoeker geconfronteerd wordt is het vinden van vergelijkbare cijfers voor de verschillende landen. Hij moet zich baseren op gegevens van industriële werkgeversorganisaties (Italië), resultaten van onderzoeken (Frankrijk), cijfers van statistieken (Nederland, Zweden, Japan) of schattingen op basis van jaarlijkse enquêtes onder huishoudens (U.S.A.). Daarnaast stellen zich ook problemen in verband met de definitie van het arbeidsverzuim. Tenslotte zijn er ook grote verschillen in de manier waarop het langdurig arbeidsverzuim wordt meegerekend.

Een beknopt overzicht van de resultaten van het onderzoek uit 1980 vinden we terug in tabel 2.13.

TABEL 2.13: Arbeidsverzuim% in 7 industriële landen

Land	Bedrijfstak	Jaar	Totaal arbeidsverzuim%
B.R.D.	Industrie en dienstverlening	1979	7,7
Frankrijk	"	1974	8,3
Nederland	"	1979	12,0
Italië	Industrie	1978	10,6
Zweden	"	1978	13,8
U.S.A.	Alle excl. de agrarische sector	mei 1978	3,5
Japan	"	1977	2,0

BRON: Salowsky, 1980

Als een gevolg van de zwakke statistische basis van de gegevens per land, de verschillen tussen de landen m.b.t. populaties, onderzoeksmethoden en van andere reeds vermelde gebreken is het niet aangewezen om op basis van deze resultaten gefundeerde conclusies te trekken. De onderzoeker is zich hier wel degelijk van bewust en blijft in zijn conclusies dan ook vrij oppervlakkig. In een rapport van Prins (1981) worden ook de nodige kritische opmerkingen en bedenkingen bij dit onderzoek geplaatst.

In een tweede rapport van Salowsky worden de arbeidsverzuimpercentages voor 1981 herberekend. Er worden ook nog een aantal andere West-Europese landen betrokken in het onderzoek. Sindsdien wordt deze oefening jaarlijks herhaald en deze aangepaste verzuimpercentages worden ook gepubliceerd. In tabel 2.14 geven we de resultaten voor 1984, 1988 en 1992 voor België, Nederland, Duitsland, Frankrijk en Verenigd Koninkrijk.

TABEL 2.14: Arbeidsverzuim% in België, Nederland, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk

Land	Arbeidsverzuim%		
	1984	1988	1992
België	4,3	6,7	6,1
Nederland	7,4	8,5	7,7
West-Duitsland	7,4	8,1	8,8
Frankrijk	7,2	8,2	7,1
V.K.	n.n.	6,5	5,8

BRON: Institut der Deutschen Wirtschaft: 1984, 1988, 1992

Het totale arbeidsverzuimpercentage blijkt het hoogst te zijn in West-Duitsland. Nederland komt op de tweede plaats. België en het Verenigd Koninkrijk bevinden zich onderaan met een arbeidsverzuimpercentage van 6,1 resp. 5,8%.

2.3.2. Studie van Prins

Een tweede studie die hier aan bod komt is het onderzoek van Prins (1990). In dit onderzoek wordt op bedrijfsniveau (i.t.t. het macro-economisch onderzoek van Salowsky), het ziekteverzuim vergeleken tussen 3 landen, nl. België, Nederland en (West-) Duitsland. Het ziekteverzuim omvat ziekte, ongevallen, gebrek, zwangerschaps- en bevallingsverlof, met een maximale verzuimduur van 52 weken. Aangezien dit onderzoek op bedrijfsniveau gebeurt is het niet mogelijk uitspraken te doen over het verzuimpercentage op nationaal niveau. Er werden in totaal slechts 11 bedrijven onderzocht, wat dus zeker geen representatieve steekproef is voor de nationale actieve populatie. Het voordeel van deze opzet daarentegen is de gestandaardiseerde manier van werken. In elk land werd dezelfde definitie, registratiemethode en populatie gebruikt.

Naast verzuimgegevens worden ook een aantal personeelsgegevens opgevraagd, waardoor het mogelijk is een correctie door te voeren voor een uiteenlopend personeelsbestand (correcties voor leeftijdsopbouw, geslacht, handarbeiders 'vs' bedienden). De deelnemende bedrijven worden in 'clusters' ingedeeld. Hierdoor wordt de invloed van arbeidsomstandigheden en soort werk op de verzuimgegevens gecontroleerd. Elke cluster

bestaat uit een groep van ondernemingen (uit elk land 1) die qua produkt en productieproces (vrijwel) identiek zijn en indien mogelijk ook qua grootte en ligging.

In 1983 worden er 4 clusters samengesteld met in totaal 11 bedrijven (4 sectoren, 3 landen maar 1 Westduits bedrijf trok zich in het laat stadium terug). De bedrijven zijn uit de volgende sectoren afkomstig: chemie (3 bedrijven), levensmiddelenindustrie (2 clusters met elk 3 bedrijven) en de metaalindustrie (2 bedrijven). De verzuimgegevens hebben betrekking op de jaren 1980 en 1981.

In onderstaande tabel worden de gestandaardiseerde ziekteverzuimgegevens (directe standaardisatie naar leeftijd, geslacht en verhouding arbeiders-bedienden) weergegeven, geaggregeerd over de verschillende clusters per land, voor de periode 1980-1981.

TABEL 2.15: Gestandaardiseerde ziekteverzuimgegevens per land

		België	Duitsland	Nederland
		abs. index	abs. index	abs. index
Totaal	ZV%	5,6 100	7,8 139	10,7 191
	VF	1,32 100	1,86 141	2,25 170
1-7 dagen	ZV%	1,1 100	0,9 82	1,4 127
	VF	0,81 100	0,92 114	1,24 153
8-42 dagen	ZV%	2,0 100	3,9 195	3,9 195
	VF	0,42 100	0,82 195	0,83 198
43-365 dagen	ZV%	2,5 100	3,0 120	5,4 216
	VF	0,09 100	0,11 122	0,18 200
Totaal aantal werknemers		2244	3731	3498

BRON: Prins, o.c., p. 94

Door de gegevens te standaardiseren (corrigeren) voor een aantal kenmerken (leeftijd, geslacht, verhouding bediende/ arbeider) zijn de verschillen in verzuimniveau uit de bovenstaande tabel zeker niet te wijten aan verschillen in samenstelling van het personeel (de resultaten uit de studie wezen uit dat door deze standaardisatie, de verschillen tussen de landen groter werden).

M.b.t. de resultaten uit de tabel kunnen we een aantal zaken concluderen. Ten eerste ligt het totale verzuimpercentage (V%) voor Nederland beduidend hoger. Ongeveer 90% meer kalenderdagen worden verzuimd in Nederland t.o.v. België. Duitsland neemt een tussenpositie in. Het V% ligt ongeveer 40% hoger t.o.v. het V% in België. Wat de verzuimfrequentie (VF) betreft, vinden we een gelijkaardig beeld. Ook hier scoort Nederland beduidend hoger dan België, en in tweede instantie ook Duitsland. In Nederland zijn er gedurende de periode 1980-1981 gemiddeld 70% meer ziekmeldingen per werknemer dan in België. Duitsland neemt weer een tussenliggende positie in.

Kijken we vervolgens naar het kortdurende verzuim (1 tot 7 dagen), dan constateren we dat het Nederlandse V% in deze categorie iets hoger ligt (27%) dan in België. Dit is vooral het gevolg van een hogere meldingsfrequentie binnen deze categorie van verzuim (de VF ligt ongeveer 50% hoger voor Nederland). Ondanks het feit dat het Duitse ZV% lager ligt dan in België (18% lager), is de VF toch iets hoger, nl. 14%. De grootste verschillen situeren zich echter bij ziektegevallen tussen 8 en 42 dagen en tussen 43 en 365 dagen. Bij het ziekteverzuim van 8-42 dagen zijn het aantal gevallen in de Nederlandse bedrijven 2 keer zo hoog als in België, wat resulteert in een V% dat het dubbele is van dat in de Belgische steekproef. Voor Duitsland krijgen we gelijkaardige resultaten. Het ziekteverzuim, veroorzaakt door ernstige en langdurige arbeidsongeschiktheid (43-365 dagen), is in Nederland opvallend hoger dan zowel in België als in Duitsland. T.a.v. dergelijke gevallen ligt het Nederlandse V% 116% hoger dan het Belgische peil. Er zijn dubbel zoveel gevallen in deze categorie dan in België. De Duitse gegevens (zowel V% als VF) liggen ongeveer 20% hoger dan in België.

De ziekteverzuimverschillen kunnen volgens Prins veroorzaakt worden door 3 soorten factoren. Een eerste verklaring ligt in de structuur, inhoud en uitvoering van de sociale verzekeringswetten. Dit aspect werd reeds uitvoerig toegelicht in het vorige hoofdstuk. Hieruit bleek dat de Nederlandse wetgeving het meest verzuimbevorderend werkt. Een tweede verklaring zou kunnen gezocht worden in verschillen in personeelsbeleid, arbeidsverhoudingen, ontslagbeleid, bedrijfsgezondheidszorg en verzuimbeleid. Uit gesprekken met de betrokken personeelsfunctionarissen en bedrijfsartsen bleek dat in Nederlandse bedrijven een meer sociaal personeelsbeleid gevoerd wordt, daar waar in Belgische en Duitse bedrijven de klemtoon vooral ligt op het economische aspect. De Nederlandse bedrijfsarts zal zich vooral bezig houden met verzuimbegeleiding. Dit laatste komt in de andere 2 landen veel minder voor. Ook is de ontslagbescherming in Nederland strenger dan in de andere landen. Deze bescherming is het minst aanwezig in België. Een laatste verklaring voor de verschillen moet volgens de auteur gezocht worden in sociaal-

culturele aspecten. Uit onderzoek blijkt dat de Nederlandse werknemers relatief meer tevreden zijn met hun inkomen en meer belang hechten aan niet-materiële werkaspecten. Een eigenaardige bevinding is dat de levensverwachting en de sterftecijfers in Nederland gunstiger zijn dan in België en Duitsland. Ook het Nederlandse ziektegedrag is m.b.t. een aantal aspecten iets gunstiger dan in het buitenland. Zo zijn er gemiddeld minder artsbezoeken en ligt het medicijngebruik ook lager.

2.3.3. Studie van EUROSTAT

Een derde bron van vergelijkende verzuimstatistieken die hier aan bod komt, wordt geleverd door EUROSTAT (1988). De verzuimgegevens hebben niet enkel betrekking op ziekteverzuim, maar op alle mogelijke vormen van arbeidsverzuim. De gegevens worden bekomen via een enquête (Labour Force Survey) die wordt uitgevoerd in de verschillende lidstaten gedurende een referentieweek in 1988. De werknemers die tot de steekproef behoren zijn allen voltijds tewerkgesteld. De gegevens zijn dus niet afkomstig van personeelsdiensten van de bedrijven waar de werknemers werken, noch van lokale of nationale overheidsdiensten.

Indien de resultaten van de steekproef worden geëxtrapoleerd naar de totale actieve en werkende Europese bevolking toe (ongeveer 128,4 miljoen), dan zijn er 21,6 miljoen mensen gedurende de referentieweek geheel of gedeeltelijk afwezig op hun werk (ongeveer 16,8%). De gebruikelijke wekelijkse arbeidsduur gedurende die week bedraagt 4.900 miljoen arbeidsuren. Daarvan gingen ongeveer 380 miljoen uur (d.w.z. 7,8%) verloren. M.a.w., deze konden niet gebruikt worden voor de produktie van goederen of diensten wegens afwezigheid van de betrokkenen gedurende de hele of een gedeelte van de referentieweek.

In tabel 2.16 worden de mogelijke redenen aangegeven van arbeidsverzuim alsook hun procentueel aandeel in het totale arbeidsverzuim.

TABEL 2.16: Redenen voor arbeidsverzuim - EUR 12 - 1988 (in %)

Reden voor arbeidsverzuim	Procentueel aandeel
Snipperdagen of vakantie	43,7
Ziekte of ongeval	24,3
Glijdende werktijden	4,4
Werkijdverkorting	4,0
Zwangerschapsverlof	3,6
Slecht weer	3,5
Opleiding/bijtscholing	1,9
Arbeidsconflict	0,8
Overige redenen	11,1
Geen antwoord	2,6
TOTAAL	100,0

BRON: Eurostat, Statistique Rapides, Population et Condition Sociales, 1990

Snipperdagen en vakantie zijn de meest voorkomende reden voor arbeidsverzuim (43,7% van de verloren uren). Op de tweede plaats komen ziekte of ongevallen (24,3%). Andere, maar veel minder voorkomende redenen zijn glijdende werktijden (4,4%), werkijdverkorting om technische of economische redenen (4,0%), zwangerschapsverlof (3,6%), slecht weer (3,5%) en bijscholing van het personeel (1,9%).

In de volgende tabel worden de wegens ziekte of letsel (zonder een onderscheid te maken tussen beroeps- en niet beroepsgerelateerde aandoeningen) verzuimde werkuren in % van het normale aantal te werken uren weergegeven. Het gaat hier enkel om de gevallen van tijdelijke arbeidsongeschiktheid. De gegevens hebben betrekking op de periode 1987-1991. Ze worden op dezelfde manier verzameld als deze voor 1988 (dus via enquêtes gedurende een referentieweek in het betreffende jaar).

TABEL 2.17: Wegens ziekte of letsel verzuimde werkuren in % van het normale aantal te werken uren

	1987	1988	1989	1990	1991
België	1,0	0,9	1,2	0,8	1,0
Frankrijk	2,1	2,1	2,0	2,6	2,5
Nederland	3,2	4,0	4,3	4,6	4,5
Duitsland	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4
V.K.	2,5	2,6	2,7	2,7	2,8
EG-gemiddelde	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0

BRON: Eurostat, 1987-1991

Uit deze tabel blijkt nog maar eens dat Nederland de koppositie inneemt. België en Duitsland doen het zeker niet slecht en liggen onder het EG-gemiddelde. Frankrijk en het V.K. liggen boven dit gemiddelde.

Om de bespreking van deze studie af te sluiten willen we toch nog een aantal bedenkingen en beperkingen formuleren die inherent verbonden zijn aan deze onderzoeksopzet.

Een eerste bedenking heeft te maken met het feit dat er slechts gedurende één week wordt geregistreerd. In het geval dat er iemand gedurende de referentieweek om een of andere reden minder werkt dan normaal, maar dit de volgende week inhaalt, zal er wel sprake zijn van arbeidsverzuim, alhoewel dit in feite niet het geval is. Het verlengen van de referentieperiode zou hier dus een oplossing kunnen bieden. Wat de vergelijkbaarheid van de resultaten betreft, is het probleem van de 'survey timing'. M.a.w., de referentieweek was niet in ieder land dezelfde, waardoor er vertekeningen kunnen optreden (bv. als gevolg van wettelijke vakantiedagen). Als laatste bedenking is er het probleem van de uniformiteit. De terminologie die in het onderzoek wordt gebruikt is niet voor elk land dezelfde. Zo zijn er een aantal antwoordmogelijkheden in de enquête die in sommige landen niet voorkomen.

2.3.4. Studie van Einerhand e.a.

Tot slot van dit hoofdstuk bespreken we een onderzoek dat in Nederland werd uitgevoerd

door Einerhand, Knol, Prins en Veerman (1994). Hierbij wordt getracht de totale hoogte van arbeidsongeschiktheid ('work incapacity') tussen 6 verschillende landen (België, Nederland, Duitsland, Groot-Brittannië, Denemarken en Zweden) te vergelijken. AO wordt gedefinieerd als zijnde de som van de dagen tijdens dewelke niet kan worden deelgenomen aan het arbeidsproces wegens ziekte, arbeidsongeval of beroepsziekte en invaliditeit. De omvang van deze AO wordt vervolgens gerelateerd tot de populatie die onder de verschillende regelingen vallen (totaal aantal verzekerden).

Voor een correcte cross-nationale vergelijking moeten een aantal aanpassingen en standaardisaties worden doorgevoerd m.b.t. de beschikbare nationale statistieken. Er wordt gewerkt met data van het jaar 1990 (voor Denemarken worden de data van 1991 gehanteerd). In landen waar een periode van loonwaarborg geldt, zijn er meestal geen nationale statistieken beschikbaar over het ziekteverzuim. Op basis van schattingen wordt het ziekteverzuim gedurende deze periode opgenomen in de resultaten.

Zonder in detail te treden, vermelden we hier drie standaardisaties die worden toegepast om de statistieken vergelijkbaar te maken. Een eerste standaardisatie heeft betrekking op de gehanteerde definities en concepten. Hierbij wordt een minimale gemeenschappelijk noemer nagestreefd. Ter illustratie: in België bedraagt het minimum percentage AO 66,7% om in aanmerking te komen voor ziekteuitkering. In Nederland is dit slechts 15%. Door 66,7% als drempel te nemen moeten we voor Nederland de gevallen aftrekken met een percentage lager dan 66,7%. Een vereiste is natuurlijk dat de statistieken opgesplitst kunnen worden naar percentage AO. Een tweede standaardisatie betreft de onderzochte populatie. Enkel de regeling in de privé-sector wordt bekeken ('dominant scheme'). Ook hier zullen de nodige correcties moeten worden doorgevoerd. In sommige landen geldt een gelijkaardige regeling voor zowel privé-sector als publieke sector als voor de zelfstandigen. Al de gevallen voor de subpopulaties, andere dan de privé-sector, moeten worden afgetrokken van het totaal. Dit vereist ook weer dat de statistieken per subcategorie worden bijgehouden. Indien dit niet het geval is, zullen de onderzoekers pogen een schatting te maken van het relatief aandeel van elk van deze subcategorieën in het totaal. Een laatste standaardisatie heeft betrekking op geslacht en leeftijd. De omvang van arbeidsongeschiktheid is sterk afhankelijk van de leeftijd en het geslacht. Aangezien het niet de bedoeling is om de invloed van demografische factoren op de AO na te gaan moet hiervoor gecorrigeerd worden. Ook dit is slechts mogelijk indien de statistieken opgesplitst worden naar leeftijd en geslacht.

In onderstaande tabel worden de gestandaardiseerde resultaten weergegeven voor primaire AO (kortdurend verzuim, max 1 jaar) en invaliditeit (permanente AO). Ook de beroepsgerelateerde aandoeningen zitten in de resultaten verwerkt. Zwangerschaps- en bevallingsverloven zitten er niet in begrepen.

TABEL 2.18: Primaire AO en invaliditeit

	Primaire AO	Invaliditeit	Totaal
België	3,6	4,2	7,8
Nederland	7,1	8,9	16,0
Duitsland	5,0	3,3	8,3
Groot-Brittannië	2,6	3,4	6,0
Denemarken	4,4	3,8	8,2
Zweden	6,1	3,5	9,6

Deze studie toont nogmaals aan dat Nederland een zeer hoog AO-percentage (zowel kortdurende AO als permanente AO) kent. België bevindt zich in deze studie op de voorlaatste plaats, met een totaal AO-percentage van bijna 8%.

2.4. BESLUIT

Uit de bespreking van de aangehaalde resultaten mogen we besluiten dat er voor elk land wel een aantal bronnen voorhanden zijn die verzuimgegevens registreren. De meest betrouwbare gegevens worden veelal geleverd door nationale instanties die verzuimstatistieken bijhouden. De gegevens hebben betrekking op personen die onder het sociale zekerheidssysteem vallen. Een beperking van deze gegevens is dat ze worden bijgehouden i.f.v. het wettelijke kader. Zo zullen er in België geen verzuimgegevens beschikbaar zijn gedurende de periode van de loonwaarborg om de eenvoudige reden dat in deze periode het RIZIV geen ziekte-uitkeringen doet, waardoor er ook geen registratie gebeurt van de gevallen. Een tweede bron van informatie wordt geleverd door de sociale secretariaten van industrietakken. Op basis van enquêtes wordt gepeild naar de omvang van het verzuim onder de leden. Als laatste bron vermelden we de landelijke of regionale

enquêtes waarbij aan de respondenten wordt gevraagd informatie te verstrekken over hun (eventuele) afwezigheid gedurende een bepaalde periode. Voorts zijn er ook tal van onderzoeken binnen de bedrijven zelf. Aan (ziekte)verzuim hangt immers een hoog kostenplaatje vast waardoor meer en meer bedrijfsleiders het noodzakelijk achten inzicht te krijgen in de hoogte en de omvang van het verzuim.

Om deze resultaten te gebruiken voor een vergelijking tussen de landen onderling, is een ander paar mouwen. Door de verschillende toegepaste methodologie, onderzoekspopulatie, referentieperiode, gehanteerde begrippen enz. is het quasi onmogelijk vergelijkende uitspraken te doen. Daarom hebben we ook een viertal studies opgenomen die deze problemen trachten te vermijden of te omzeilen door verzuimgegevens op een identieke en gestandaardiseerde manier te verzamelen in de verschillende landen. Op deze manier kunnen een aantal vertekenende invloeden worden gecontroleerd. Toch wijzen we erop dat de resultaten van deze studies ook met de nodige voorzichtigheid moeten worden gehanteerd. Wat de resultaten van de vergelijkende studies betreft, komt steeds hetzelfde beeld naar voren. Nederland heeft te kampen met een hoog ziekteverzuim. Niet voor niets wordt er gezegd dat Nederland 'ziek' is en aan 'Hollanditis' lijdt. De verklaring moet voor een groot stuk gezocht worden in het wettelijk kader, dat meer verzuimbevorderend werkt dan in andere landen. België daarentegen scoort algemeen beter (i.e. lager ziekteverzuim). Volgens EUROSTAT gegevens liggen we zelfs onder het EG-gemiddelde. Ook hier heeft de wettelijke regelingen i.v.m. ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een belangrijke impact op de hoogte van het verzuim (zie hoofdstuk 1). Frankrijk en Duitsland nemen een tussenliggende positie in. Het verzuimpercentage van het Verenigd Koninkrijk leunt dichterbij dat van België. Voor België treedt er een stabilisatie tot zelfs een lichte daling op van de voornaamste verzuimstatistieken doorheen de tijd.

HOOFDSTUK III: DE KOSTEN VAN HET ZIEKTEVERZUIM EN DE INVALIDITEIT IN BELGIË EN 4 BUURLANDEN

In dit hoofdstuk zullen we de kosten (uitkeringsbedragen) in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in de vijf onderzochte landen bekijken. Ook vermelden we de uitkeringen voor beroepsziekten en arbeidsongevallen en de moederschapsuitkeringen indien hiervoor een aparte regeling is voorzien. Indien mogelijk, schetsen we de evolutie van de uitkeringsbedragen over de laatste 10 jaar.

Een vergelijking tussen de landen op basis van het cijfermateriaal per land is nagenoeg uitgesloten. Dit komt in hoofdzaak doordat het wettelijk kader in de vijf bestudeerde landen volledig anders is opgebouwd. Hierdoor worden de gegevens op een verschillende manier bijgehouden en weergegeven door de bevoegde instanties. We zijn dan ook genoodzaakt ons in eerste instantie te beperken tot het weergeven van de uitkeringsbedragen per land (met bronvermelding) en te vermelden waar de problemen zich situeren.

De voorgestelde gegevens zijn meestal afkomstig van nationale instituten of beroepsverenigingen die de statistieken jaarlijks publiceren. Deze gegevens zijn niet altijd allesomvattend (als gevolg van afwijkende of aparte regelingen), maar geven toch een goede indicatie van de uitkeringen die per land geschieden. Er zijn twee tekortkomingen. Enerzijds zijn er, in landen waar er een periode van gewaarborgd loon is, weinig of geen statistieken bekend over de loonkost voor de werkgever gedurende deze periode. Anderzijds is de informatie m.b.t. uitkeringsbedragen gedurende de periode van ziekte en invaliditeit in de publieke sector voor de vijf landen onvolledig of zelfs onbestaande. Meestal zullen sommige publieke instellingen een eigen regeling hebben inzake ziekte en invaliditeit, met eigen, beperkte statistieken en uitkeringsbedragen.

Zoals reeds aangehaald, beperken we ons in dit hoofdstuk in de eerste plaats tot de bespreking van de gegevens die afkomstig zijn van de nationale organisaties of instellingen die geaggregeerde statistieken bijhouden. Op het einde van dit hoofdstuk zullen we

echter ook de resultaten bespreken van een tweetal studies die werden uitgevoerd door EUROSTAT, waarin de uitgaven en inkomsten van de sociale zekerheidssystemen in de lidstaten van de Europese Unie worden toegelicht. Deze studies lenen er zich beter toe om een vergelijkende analyse uit te voeren.

3.1. BASISSTATISTIEKEN PER LAND

3.1.1. België

Wat de privé-sector in België betreft, onderscheiden we in de periode van de primaire arbeidsongeschiktheid (AO) (gedurende het eerste jaar) twee regelingen (cfr. wettelijk kader).

De eerste regeling behandelt AO gedurende de periode van het gewaarborgd loon. Geaggregeerde of nationale gegevens over de loonkost binnen de periode van loonwaarborg zijn niet beschikbaar. Wel worden in bepaalde studies ruwe schattingen gemaakt van deze kost. Zo wordt door Delière (1992) een raming gemaakt van de loonkost in de privé-sector voor het jaar 1989. Aangezien het RIZIV geen gegevens heeft over het verzuim binnen de periode van het gewaarborgd loon, moest er eerst een schatting gemaakt worden van het aantal dagen ziekteverzuim die binnen deze periode vallen. Hierbij worden 3 scenario's gehanteerd. In een eerste scenario baseert de onderzoekster zich op de verzuimgegevens van de werklozen. Deze gegevens worden wel systematisch bijgehouden door het RIZIV (vanaf 1991 zijn deze gegevens niet meer volledig omdat de werkloze niet meer verplicht is aangifte te doen bij kortdurende ziekte). Vervolgens wordt deze informatie geëxtrapoleerd naar de actieve bevolking toe. In het tweede en derde scenario wordt gebruik gemaakt van enquêtes van Weyler (niet gepubliceerd) en Prins (1989) om een inzicht te krijgen in het kortdurend verzuim.

In een tweede stap wordt het geschatte totaal aantal dagen verzuim binnen de periode van het gewaarborgd loon omgezet in voltijsde werkjaren ('les equivalents temps plein') door het totaal aantal dagen te delen door 365. Het aantal jaar wordt dan vermenigvuldigd met een schatting van een gemiddeld jaarlijks bruto-inkomen (inclusief werkgeversbijdrage). Dit bedrag vertegenwoordigt dan de totale loonkost voor de werkgever op jaarbasis. Volgens deze studie schommelt de totale jaarlijkse loonkost in 1989, afhankelijk van het toegepaste scenario, tussen de 22 en de 50 miljard BEF. Dit komt neer op een gemiddelde loonkost door ziekteverzuim per werknemer per jaar tussen 10.000 en 20.000 BEF.

Verder zijn er nog een aantal gegevens bekend bij verzekeringsmaatschappijen. Het gaat hier om de uitgaven van verzekerde loondoorbetaling ingeval van ziekteverzuim. Uiteraard hebben deze kosten enkel betrekking op de bedrijven die met de verzekeraar een dergelijke polis hebben afgesloten. Zo werd door SECUREX een studie gedaan naar de kosten van het gewaarborgd loon van de bij hen aangesloten bedrijven. In de studie werden enkel arbeiders opgenomen aangezien de verzekering gewaarborgd loon voor bedienden minder gebruikelijk is en er daarom geen relevante cijfers beschikbaar zijn. Het gewaarborgd loon dat weergegeven is in onderstaande tabel 3.1 bestaat uit de directe loonlast en de patronale bijdrage (beperkt tot 32% van het brutoloon).

De gemiddelde kost van loondoorbetaling ingeval van ziekteverzuim varieert van 0,91 % tot 2,22 % van de totale bruto-loonsom naargelang het jaar en de sector. Er zijn nogal wat fluctuaties, die vrij normaal zijn gezien het beperkt en variërend aantal bedrijven waarop de gegevens betrekking hebben.

TABEL 3.1: Kosten van het gewaarborgd loon in 5 sectoren (België)

	1990	1991	1992
TEXTIEL			
Aantal firma's	4	4	5
Totaal brutoloon*1,32 (000) (1)	230.232	197.511	246.554
Totaal gewaarborgd loon (000) (2)	4.668	3.285	5.182
Gemiddeld kosten % (2)/(1)	2,03	1,66	2,10
METAAL			
Aantal firma's	4	5	5
Totaal brutoloon*1,32 (000) (1)	87.989	84.154	74.188
Totaal gewaarborgd loon (000) (2)	986	1.463	1.051
Gemiddeld kosten % (2)/(1)	1,12	1,74	1,41
CHEMIE			
Aantal firma's	4	4	6
Totaal brutoloon*1,32 (000) (1)	134.575	136.405	180.947
Totaal gewaarborgd loon (000) (2)	2.651	2.405	4.010
Gemiddeld kosten % (2)/(1)	1,97	1,76	2,22
HOUT			
Aantal firma's	4	5	5
Totaal brutoloon*1,32 (000) (1)	48.424	63.161	61.018
Totaal gewaarborgd loon (000) (2)	669	995	555
Gemiddeld kosten % (2)/(1)	1,38	1,58	0,91
BOUW			
Aantal firma's	2	2	2
Totaal brutoloon*1,32 (000) (1)	15.469	13.717	17.085
Totaal gewaarborgd loon (000) (2)	313	293	274
Gemiddeld kosten % (2)/(1)	2,02	2,14	1,60

BRON: Studie van SECUREX over de kosten van het gewaarborgd loon

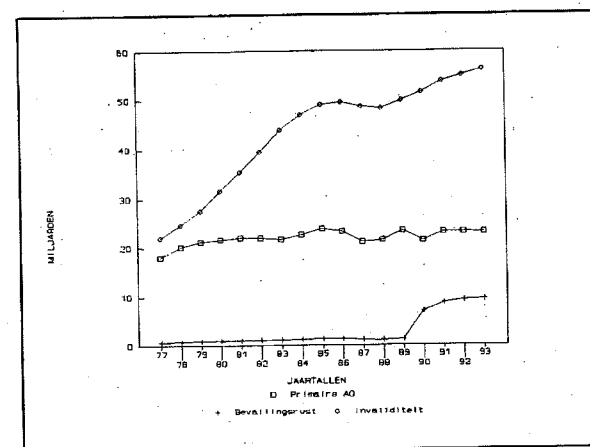
Na de periode van loonwaarborg valt de werknemer terug op de Ziekte- en InvaliditeitsWet (Z.I.V.-wet). De gegevens voor deze periode worden bijgehouden door het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering). De uitkeringen tijdens de primaire AO hebben enkel betrekking op de actieve gerechtigden uit de privé-sector en de actieve zelfstandigen die hiervoor in aanmerking komen (de uitkeringen voor de zelfstandigen maken slechts een klein deel uit van de totale uitkeringen). Het gaat hier enkel om uitkeringen voor een gewone ziekte of ongeval en dus niet voor een beroepsziekte of een arbeidsongeval. Ook de uitkeringen gedurende het moederschapsverlof worden door het RIZIV apart bijgehouden.

Gedurende de periode van invaliditeit, die aanvangt na de periode van primaire AO van 52 weken, worden eveneens uitkeringen gedaan aan de werknemer. Ook deze bedragen

worden bijgehouden en gepubliceerd door het RIZIV.

In onderstaande figuur 3.1 wordt de evolutie weergegeven van de uitkeringen voor ziekte, invaliditeit en moederschap gedurende het laatste decennium voor de actieve gerechtigden uit de privé-sector.

FIGUUR 3.1: Evolutie van uitkeringsbedragen voor ziekte, invaliditeit en moederschap (België)



BRON: RIZIV, Dienst voor uitkeringen, Financiële en statistische gegevens, 1977-1993

De uitkeringen voor primaire AO voor de werknemers bedragen ongeveer 23 miljard BEF. in 1992. We constateren een vrij lichte stijging over de 15 jaar. Opmerkelijk is wel dat er in 1987 en 1989 een daling van de totale uitkering wordt vastgesteld. Voor '87 kan dit verklaard worden door de uitbreiding van de periode van het gewaarborgd loon voor arbeiders van 1 naar 2 weken, zodat dit een verminderde uitgave betekent voor het RIZIV (aangezien een langere periode ten laste valt van de werkgever). De daling tussen '89 en '90 is te verklaren door de invoering van een aparte moederschapsuitkering in 1989 die volledig ten laste van het RIZIV valt. Dit hangt ook samen met de stijging van deze moederschapsuitkering vanaf 1989. Voorheen was het de werkgever die het gewaarborgd loon moest doorbetalen gedurende het zwangerschaps- en bevallingsverlof. Pas daarna viel de werknemster terug op het RIZIV. De uitkeringen in het kader van de moederschaps-

verzekering liepen in 1992 op tot iets meer dan 9 miljard BEF. Beschouwen we de uitkeringen voor primaire AO en voor moederschap samen, dan bemerken we een nominale stijging van 23 miljard in 1981 tot 32 miljard in 1992. In reële termen betekent dit echter een afname van 23 miljard in 1981 tot 21 miljard (in prijzen van 1981) in 1992.

In onderstaande tabel 3.2 wordt de evolutie geschetst van de gemiddelde uitkeringen per verzuimgeval en per (primaire) uitkeringsgerechtigde (PUG). Het zijn de loontrekkenden in de privé-sector die recht hebben op een uitkering ingeval van ziekte of ongeval.

TABEL 3.2: Gemiddelde uitkeringsbedragen voor de primaire AO per geval en per uitkeringsgerechtigde (België)

	84	86	88	90	92
aantal PUG's	2.838.422	2.905.090	2.971.022	3.097.694	3.187.186
aantal gevallen	558.376	555.905	471.253	445.781	401.370
bedrag per geval (BEF)	40.449	41.916	45.693	47.973	57.675
bedrag per gerechtigde (BEF)	7.957	8.021	7.248	6.904	7.263

BRON: RIZIV, Dienst voor uitkeringen, Financiële en statistische gegevens, 1984-1992, eigen berekeningen

Uit deze tabel leren we dat het aantal PUG's toeneemt en het aantal ziektegevallen afneemt. De sterke daling van het aantal ziektegevallen tussen 1986 en 1988 en de daling tussen '88 en '90 kan zoals reeds vermeld bij de evolutie van de totale uitgaven door respectievelijk de uitbreiding van de periode van gewaarborgd loon en de invoering van een aparte moederschapsuitkering. Het totale uitkeringsbedrag in nominale termen per ziektegeval neemt toe (als gevolg van een stijging van de totale uitkeringen en een daling van de ziektegevallen) en bedraagt 57.675 BEF. in 1992. Ook indien we corrigeren voor inflatie vinden we een (weliswaar minder grote) stijging van het gemiddelde uitkeringsbedrag per geval.

De uitkeringen voor de invaliditeit (zie figuur 3.1) zijn vooral gedurende de eerste helft van de tachtiger jaren sterk toegenomen. Daarna trad er een geleidelijke stijging op.

In tabel 3.3 wordt het aantal intredens en uitredens alsook de netto-toename (of afname) van het aantal invaliden weergegeven. Hiervan blijkt dat er zich de laatste jaren een

stabilisatie voordoet van het totaal aantal invaliden. Ondanks deze stabilisatie kennen we toch een nominale stijging van de totale invaliditeitsuitkeringen van 34 miljard BEF in 1981 tot 55 miljard BEF in 1992. Corrigeren we voor inflatie, dan blijven de uitkeringen gedurende de laatste 12 jaar bijna op het zelfde peil (nl. 34 miljard in 1981 en 36 miljard in 1992 (prijspeil 1981)).

Wanneer we de drie takken (primaire AO, moederschap en invaliditeit) samen nemen, dan is er een perfecte stabilisatie in reële termen. De totale uitgaven bedragen 57 miljard BEF in 1981 en in 1992 (prijspeil 1981).

Voor het jaar 1992 ontvangt elke invalide gemiddeld ongeveer 334.500 BEF. aan uitkeringen.

TABEL 3.3: Aantal intredens, uitredens, netto-verandering en totaal aantal invaliden (België)

	84	86	88	90	92
intredens	24.146	22.891	23.492	24.126	24.927
uitredens	21.830	23.261	23.363	23.631	24.596
netto toename (afname)	2.316	(370)	129	495	331
totaal aantal invaliden op 31/12	164.741	165.381	163.916	164.090	164.424

BRON: RIZIV, Dienst voor uitkeringen, Financiële en statistische gegevens, 1984-1992, eigen berekeningen

Gegevens over de uitkeringen in het kader van arbeidsongevallen worden bijgehouden door het NIS (Nationaal Instituut voor de Statistiek, Statistiek van de arbeidsongevallen). Onder de arbeidsongevallen vallen ook de ongevallen op de weg naar en van het werk. Wat de uitkeringen betreft, moet een onderscheid gemaakt worden tussen tijdelijke en blijvende AO. De uitkeringen worden gedaan door één van de gemachtigde verzekeringsinstellingen bij wie de werkgever een polis heeft afgesloten, of door het Fonds der Arbeidsongevallen (indien de werkgever in gebreke blijft).

In grafiek 3.2 wordt de evolutie weergegeven van de uitkeringen voor arbeidsongevallen, uitgesplitst voor uitkeringen tijdens de periode van tijdelijke en van permanente AO.

In geval van tijdelijke *gedeeltelijke* AO heeft de getroffene recht op het verschil tussen het salaris dat hij voor het ongeval verdiende en het salaris dat hij voor zijn volledig herstel kan verdienen. Indien de getroffene geen werk aangeboden krijgt of indien hij een geldige reden heeft om het aangeboden werk te weigeren geniet hij tot zijn wedertewerkstelling of de consolidatie de vergoeding voor tijdelijke algehele AO. In geval van tijdelijke *algehele* AO heeft de getroffene, vanaf de dag die volgt op het begin van de AO, recht op een dagelijkse vergoeding gelijk aan 90% van het gemiddeld dagloon.

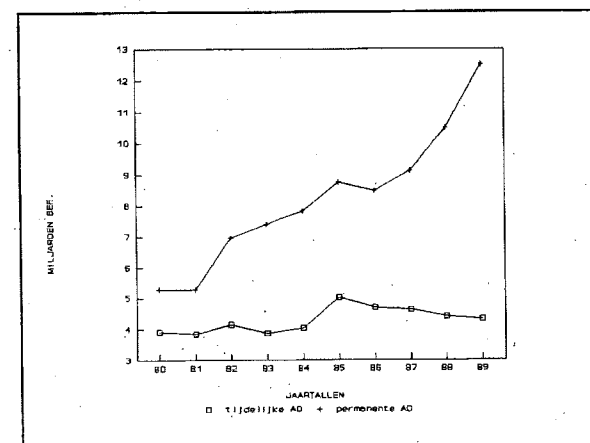
Vanaf het ogenblik dat er een consolidatie is, ontvangt de getroffene tijdens de eerste 3 jaar van de periode van de *blijvende* AO een jaarlijkse vergoeding, berekend op het basisloon en de graad van AO op de arbeidsmarkt. Na deze eerste periode wordt de toestand definitief vastgesteld en de jaarlijkse vergoeding wegens blijvende AO wordt vervangen door een lijfrente.

De uitkeringen voor tijdelijke AO bedragen in '89 (meest recente gegevens) ongeveer 4,3 miljard BEF. Voor de permanente AO ligt dit bedrag ongeveer 8 miljard hoger, nl. 12,4 miljard BEF. Het grootste deel (ongeveer 85%) hiervan heeft betrekking op arbeidsongevallen van arbeiders.

De gemiddelde vergoeding per arbeidsongeval (exclusief ongevallen van en naar het werk) met tijdelijke AO bedraagt in 1989 ongeveer 25.000 BEF. De gemiddelde duur van tijdelijke AO als gevolg van een arbeidsongeval is ongeveer 17 dagen.

De uitkeringen voor tijdelijke AO zijn in de periode 1980-1989 vrij stabiel gebleven. In reële termen komt dit neer op een daling. Dit in tegenstelling tot de uitkeringen voor blijvende AO, die gedurende de hele periode toenemen. In reële termen is er een stijging met ongeveer 60 %.

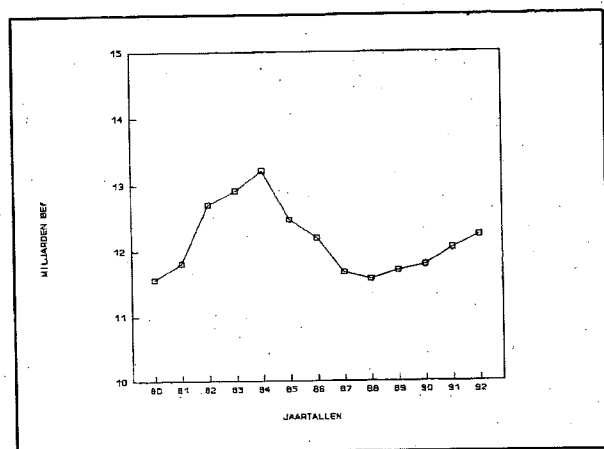
FIGUUR 3.2: Evolutie van uitkeringsbedragen voor arbeidsongevallen (België)



BRON: NIS, De statistiek van de arbeidsongevallen, periode 1980-1989

In figuur 3.3 worden de uitkeringsbedragen voor beroepsziekten voorgesteld. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen tijdelijke en permanente invaliditeit aangezien de uitkeringen gedurende de periode van tijdelijke AO slechts een zeer klein percentage bedraagt van de totale uitkeringen. De gegevens zijn afkomstig van het Fonds Der Beroepsziekten. De uitkeringen volgen een cyclisch patroon : er wordt een stijging waargenomen in het begin van de jaren '80, daarna zet zich een daling in, die op het einde van de jaren '80 terug overgaat in een lichte stijging. In 1992 bedragen de uitkeringen voor beroepsziekten ongeveer 12,3 miljard BEF. In reële termen betekent dit een daling t.o.v. 1980.

FIGUUR 3.3: Evolutie van uitkeringsbedragen voor beroepsziekten (België)



BRON: Fonds der Beroepsziekten, periode 1980-1992

Voor de publieke sector zijn er veel minder of omzeggens geen gegevens beschikbaar. De uitkeringen voor ziekte en invaliditeit voor ambtenaren vallen niet onder de Z.I.V.-wet, waardoor er binnen het RIZIV geen centrale statistieken voorhanden zijn met uitkeringsbedragen gedurende de periode van zowel tijdelijke als permanente AO. Wat de uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten betreft, zijn enkel partiële gegevens beschikbaar voor een aantal grote overheidsinstellingen (bv. NMBS).

Samenvattend kunnen we voor België stellen dat er enerzijds geen gecentraliseerde gegevens beschikbaar zijn over uitkeringen in de publieke sector en anderzijds dat er geen betrouwbare gegevens zijn over de loonkost binnen de periode van het gewaarborgd loon. De gegevens van het RIZIV hebben enkel betrekking op ziekteperiodes langer dan 14 resp. 30 dagen voor arbeiders resp. bedienden. Schommelingen in de uitkeringen voor primaire AO zijn vooral te wijten aan wijzigingen in het wettelijk kader. De evolutie van de reële uitkeringen voor invaliditeit blijft de laatste jaren vrijwel constant. De totale uitgaven voor ziekte, invaliditeit en moederschap in het kader van de ZIV-wet bedragen in 1992 ongeveer 88 miljard BEF. Dit is ongeveer 1,3% van het BBP. In 1980 was dit nog bijna 1,6% van het BBP. In reële termen was er in die periode een status quo van de uitgaven. De uitgaven voor beroepsziekten (tijdelijk + permanent) en de uitgaven voor

tijdelijke 60 bij arbeidsongevallen kenden de laatste 10 jaren een reële daling. Enkel de uitkeringen voor permanente AO bij arbeidsongevallen namen in reële termen toe (+ 60 %).

3.1.2. Nederland

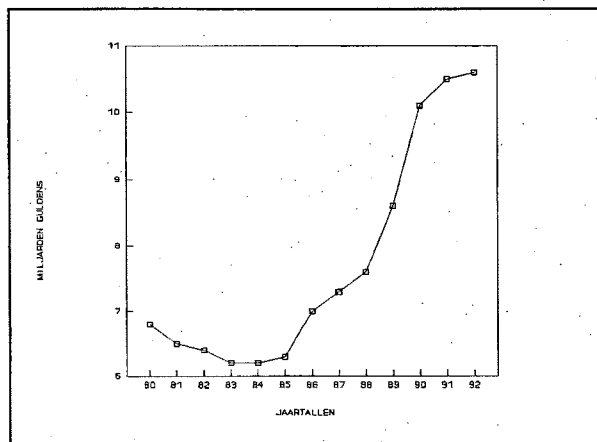
In Nederland werd een periode van gewaarborgd loon ingevoerd in de privé-sector vanaf 1 januari 1994. Aangezien deze nieuwe regeling nog maar pas in voege is getreden, zijn er nog geen statistieken beschikbaar over de financiële gevolgen van het ziekteverzuim voor de werkgever. We zullen ons, wat Nederland betreft, dus enkel kunnen concentreren op de uitkeringen in het kader van de ziekte- en invaliditeitswetten.

Nederland is het enige van de 5 bestudeerde landen waar het causaliteitsprincipe is afgeschaft. M.a.w., er wordt geen onderscheid gemaakt tussen een arbeidsongeval en een gewoon ongeval. Hetzelfde geldt voor beroepsziekten en niet-beroepsgerelateerde aandoeningen. Er zijn aparte bronnen hierover, maar de gegevens zijn niet volledig en onbetrouwbaar. Ook de moederschapsuitkering zit begrepen in de Nederlandse ziekwet.

Zoals ook in België het geval is, wordt er een andere regeling toegepast in de privé-sector en de publieke sector. Wat de privé-sector betreft, worden de statistieken over uitkeringen in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering bijgehouden door de Sociale Verzekeringsraad, die toezicht heeft op alle uitvoeringsorganen van de ziekte- en invaliditeitswetten. In de ziekwet, die enkel van toepassing is op de privé-sector, is een uitkering voorzien gedurende de eerste 52 weken van AO. Hierin zitten dus ook de uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten, evenals de moederschapsuitkeringen. In onderstaande grafiek is de evolutie van de uitkeringen in het kader van de ziekwet over de laatste 12 jaar weergegeven.

Uit deze figuur 3.4 blijkt een forse toename van de uitkeringen vanaf het midden van de jaren '80.

FIGUUR 3.4: Evolutie van uitkeringsbedragen in het kader van de ziektewet (Nederland)



BRON: Sociale Verzekeringsraad, 1980-1992

In onderstaande tabel worden een aantal bijkomende kencijfers weergegeven zoals het aantal verzekerde mensjaren, uitkeringsbedragen per mensjaar, uitkeringsdagen in % van het totaal aantal verzekerde dagen, uitkeringsbedragen in % van het totaal verzekerde loon voor de periode 1980-1992.

TABEL 3.4: Bijkomende kencijfers in het kader van de ziektewet (Nederland)

Jaar	Verzekerde mensjaren ¹ (000)	Uitkeringsbedrag in gulden per mensjaar	Uitkeringsdagen in % van totaal aantal verzekerde dagen	Uitkeringsbedragen in % van totaal verzekerde loon
80	3.566	1904	8,2	6,4
81	3.547	1829	7,7	6,0
82	3.442	1859	7,5	5,7
83	3.208	1940	7,7	5,7
84	3.205	1927	7,8	5,5
85	3.398	1858	7,2	5,3
86	3.634	1932	7,2	5,4
87	3.797	1918	7,3	5,0
88	3.921	1943	7,3	5,0
89	4.130	2078	7,6	5,4
90	4.357	2320	7,9	5,9
91	4.464	2346	7,7	5,7
92	4.573	2326	7,4	5,5

BRON: Sociale Verzekeringsraad, 1980-1992; eigen berekeningen

Hieruit leren we dat de toename vanaf 1985 van de absolute uitkeringsbedragen (zie figuur 4) in het kader van de ziektewet deels wordt verklaard door de toename van het aantal verzekerde mensjaren, wat een goede indicatie is voor het aantal verzekerden. Dit blijkt ook uit het absolute verzekerde loonbedrag dat vanaf 1986 is toegenomen. Voorts merken we op dat het uitkeringsbedrag per mensjaar sterk is toegenomen tussen 1989 en 1990. De verklaring hiervoor is te vinden in de verschuiving van de 'overhevelingstoeslag' van de werkgever naar de werknemer toe. Deze toeslag bestaat uit allerlei premies die voorheen dienden betaald te worden door de werkgever, maar die vanaf 1990 ten laste vallen van de werknemers. Om de netto-uitkeringen dus op een zelfde peil te houden moesten de bruto-uitkeringen verhoogd worden, vandaar de éénmalige toename tussen 1989 en 1990.

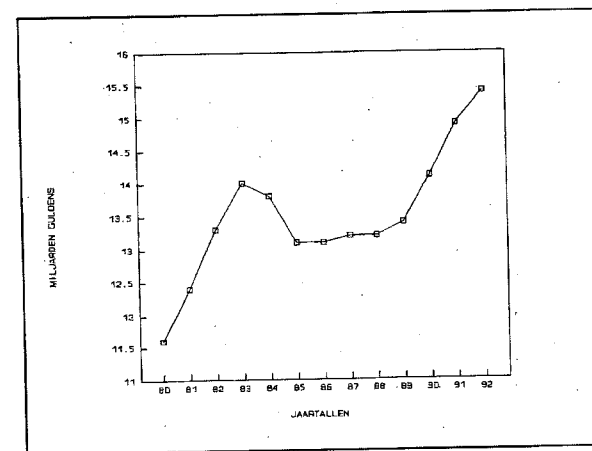
² Mensjaar (fictief begrip) wordt gedefinieerd als zijnde het naar jaarbasis herleide aantal dagen waarover verzekeringspremies verschuldigd zijn, d.i. werkdagen, verlofdagen, erkende feestdagen en ziektedagen.

Gelijkaardige gegevens worden door het gemeenschappelijk administratiekantoor (GAK) bijgehouden. Deze zijn echter minder volledig aangezien ze enkel betrekking hebben op verzekerde werknemers die via hun Bedrijfsvereniging bij het GAK zijn aangesloten, in totaal tussen de 1,5 (1980) en 2 (1990) miljoen mensjaren. Het GAK voert de sociale administratie voor slechts 13 van de 19 Bedrijfsverenigingen.

De uitkeringen tijdens de periode van blijvende AO of invaliditeit worden geregeld door de Algemene AO-wet (AAW) en de wet op de AO (WAO). De AAW is een volksverzekering, en dus niet uitsluitend voor werknemers, maar ook voor ambtenaren, zelfstandigen, vroeggehandicapten en anderen. De WAO daarentegen is uitsluitend een werknemersverzekering. Ook deze gegevens worden verzameld en gepubliceerd door de sociale verzekeringsraad.

Figuur 3.5 schetst de evolutie van de uitkeringen aan werknemers in het kader van invaliditeit (som van AAW en WAO- uitkeringen). De laatste jaren is ook hier een toename waar te nemen. De verklaring hiervoor is 2-ledig. Enerzijds is er een toename van het aantal uitkeringsjaren (het aantal WAO/AAW -uitkeringsgerechtigden stijgt) en anderzijds is er ook hier een verschuiving van de overhevelingstoelag van werkgevers naar werknemers.

FIGUUR 3.5: Evolutie van uitkeringsbedragen in het kader van de invaliditeit in de privé-sector (som van AAW en WAO- uitkeringen) (Nederland)



BRON: Sociale Verzekeringsraad, 1980-1992

Bekijken we de uitkeringen voor de privé-sector in het kader van de ziektewet en de AAW/WAO tezamen, dan blijkt dat er in 1992 ongeveer 26 miljard gulden wordt uitgegeven aan ziekte- en invaliditeitsuitkeringen. Dit is ongeveer 4,6% van het BBP, wat duidelijk hoger ligt dan het percentage voor België.

Er is in Nederland de laatste tijd ook veel te doen geweest over deze stijging van de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen. Ziekte en invaliditeit zijn er tot politieke problemen verklaard. Allerhande maatregelen dringen zich dan ook op om deze stijgende trend te doorbreken. Zo trad op 1 maart 1992 de wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV) in werking, en op 1/1/94 de wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ).

De belangrijkste maatregelen zijn:

1. De werkgever wordt verplicht alles te doen om werkhervatting door de zieke werknemer mogelijk te maken.
2. De werkgever moet een hogere ziektewetpremie voor zijn werknemers betalen als het ziekteverzuim in zijn bedrijf hoger ligt dan het gemiddelde in zijn sector.

3. Er wordt een periode van gewaarborgd loon ingebouwd.

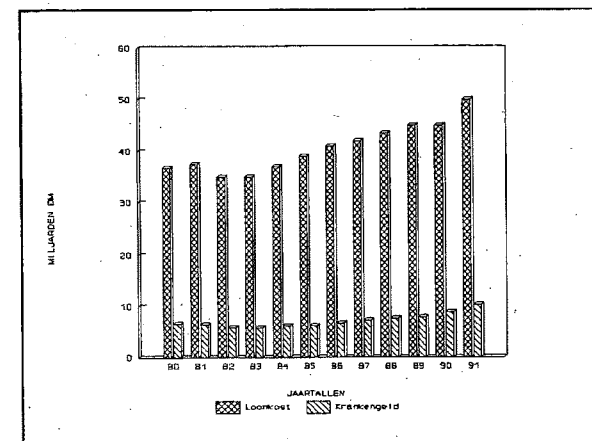
Evenals in België zijn de gegevens over de publieke sector vrij beperkt en onvolledig. Wat ziekte, arbeidsongevallen en beroepsziekten betreft, zijn er geen gedetailleerde statistieken voorhanden. Tijdens de periode van invaliditeit kunnen de ambtenaren een uitkering ontvangen in het kader van de AAW. Voorts is er ook nog een Algemene Burgerlijke Pensioenwet (ABP) waarbinnen uitkeringen worden gedaan aan ambtenaren. Het totale uitkeringsbedrag bedroeg in 1992 3,2 miljard gulden.

3.1.3. Duitsland

In Duitsland geldt een periode van 6 weken gewaarborgd loon in de privé-sector. I.t.t. België zijn voor deze periode wel statistieken bekend over de totale loonkost. In de volgende grafiek vinden we een overzicht van de totale loonkost voor de werkgever gedurende de periode van de loonwaarborg. Ook geven we de uitkeringsbedragen weer gedurende de periode van tijdelijke AO (het zgn. 'Krankengeld'). Deze bedragen worden gepubliceerd door het 'Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung'.

Uit de figuur 3.6 blijkt dat de loonkost het grootste deel vertegenwoordigt van de kost gedurende de periode van de primaire AO, wat verklaard wordt door de vrij lange periode (nl. 6 weken) van loonwaarborg ten laste van de werkgever.

FIGUUR 3.6: Evolutie van de uitkeringen onder de vorm van gewaarborgd loon en Krankengeld in Duitsland in de privé-sector (Duitsland)



BRON: Bundesvereinigung Der Deutschen Arbeitgeberverbände, Betrieblicher Krankenstand

In tabel 3.5 worden het aantal gevallen, dagen en uitkeringen per verzekerde berekend. Onder verzekerden verstaan we de verplichte en de vrijwillige verzekerde werknemers van de Gesetzliche Krankenversicherung (GVK). De gegevens uit tabel 3.5 hebben enkel betrekking op de periode die volgt na de periode van het gewaarborgd loon ('Krankengeldfälle'). M.a.w., het gaat hier enkel om ziekteperiodes die langer duren dan 6 weken. Alle gegevens hebben uitsluitend betrekking op de oude 'Bundesländer'.

Uit de tabel leiden we af dat de gemiddelde duur per ziektegeval ongeveer 70 dagen bedraagt in 1991. De gemiddelde uitkering per geval is voor hetzelfde jaar ongeveer 5100 DM. Opvallend is de forse toename van deze gemiddelde uitkering over de laatste 5 jaar. De verklaring moet gedeeltelijk gezocht worden in de toename van de gemiddelde duur per ziekteperiode (van 60 dagen in 1987 naar ongeveer 70 dagen in 1991).

TABEL 3.5: Krankengeld: gevallen, dagen, uitkeringen, absolute getallen en per aangeslotene (periode 1987-1991) (Duitsland)

	'87	'88	'89	'90	'91
Aantal verzekerden (000)	26.005	26.211	26.326	26.929	27.582
Aantal gevallen	1.945.571	1.940.640	1.928.207	1.993.515	2.009.384
Aantal dagen (000)	117.133	121.742	122.939	128.726	140.015
Krankengeld (000 DM)	7.248.714	7.633.883	7.814.384	8.852.392	10.237.063
Gevalen per 100 verzekerden	7,5	7,4	7,3	7,4	7,3
Dagen per 100 verzekerden	450,4	464,5	467,0	478,0	507,6
Gemiddelde duur in dagen	60,2	62,7	63,8	64,6	69,7
Uitkering per geval in DM	3726	3934	4053	4427	5095
Uitkering per dag in DM	62	63	64	66	73
Uitkering per verz. in DM	279	291	297	328	371

BRON: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, eigen berekeningen

In tabel 3.6 vinden we gegevens voor alle tijdelijke arbeidsongeschiktheidsgevallen ('Arbeitsunfähigkeitsfälle'). Op basis van de 'Krankengeldfälle' (i.e. ziekteperiodes langer dan 6 weken) kunnen we het aantal dagen berekenen dat ten laste valt van de werkgever. Hiervoor moeten we het verschil maken tussen alle AO-dagen en het aantal dagen dat niet ten laste valt van de werkgever (enkel relevant in die gevallen die langer duren dan 6 weken). Dit aantal dagen vinden we door de dagen ten laste van de werkgever (voor periodes langer dan 6 weken is het aantal dagen ten laste 42 per periode) af te trekken van de som van de dagen van de 'Krankengeldfälle'.

In Duitsland is meestal een medisch attest pas vereist na 3 dagen. Een gevolg hiervan is dat het aantal ziekteperiodes van 3 dagen of minder vrij onvolledig wordt bijgehouden en geregistreerd. Er treedt dan ook een onderschatting op van het aantal ziekteperiodes en van het totaal aantal dagen tijdelijke AO.

TABEL 3.6: Arbeidsongeschiktheid: gevallen, dagen, gewaarborgd loon in DM (per dag, geval en verzekerde), periode 1987-1991 (Duitsland)

	'87	'88	'89	'90	'91
Aantal verzekerden (000)	26.005	26.211	26.326	26.929	27.582
Aantal gevallen	25.873.957	26.545.242	28.178.112	30.230.240	30.995.756
Aantal dagen AO (000)	406.518	415.202	426.468	450.467	470.045
Gewaarborgd loon (000 DM)	42.000.000	43.500.000	43.900.000	45.000.000	50.000.000
Aantal dagen niet ten laste van de werkge.	35.626.120	40.235.120	41.954.006	44.998.670	55.620.372
Loonkost per verzekerde	1615	1660	1668	1671	1813
Loonkost per dag verzuim	113,2	116,0	114,0	111,1	120,6
Loonkost per geval	1623	1639	1558	1489	1613

BRON: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (maken jaarlijks een schatting van de loonkost gedurende periode van gewaarborgd loon) en Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (andere gegevens); eigen berekeningen

Uit tabel 3.6 leren we dat de loonkost voor de werkgever per dag verzuim ongeveer 120 DM bedraagt in 1991. De gemiddelde loonkost per geval ligt rond 1600 DM.

Voor de periode van invaliditeit, die ingaat van zodra aan de nodige administratieve en medische voorwaarden wordt voldaan, worden jaarlijks statistieken gepubliceerd door het Nationaal Pensioenverzekeringsfonds.

In tabel 3.7 geven we een overzicht van de belangrijkste gegevens i.v.m. de invaliditeitsregeling (voor arbeiders, bedienden en mijnwerkers tezamen), nl. het aantal invaliditeitsgevallen, de gemiddelde maandelijkse uitkering en het totale uitkeringsbedrag per jaar. Het betreft hier enkel gegevens en uitkeringen m.b.t. 'Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit' (Frürenten). Uit de tabel kunnen we afleiden dat er de laatste 5 jaar een lichte afname is van het aantal lopende gevallen.

TABEL 3.7: Invaliditeit: Aantal lopende gevallen, gemiddelde maandelijkse uitkering en totale uitkeringsbedrag per jaar (Duitsland)

	'88	'89	'90	'91	'92
Aantal lopende gevallen (000)	2.086	1.985	1.907	1.837	1.805
Gem. maandelijkse uitkering (DM)	759	837	892	948	1.022
Totaal uitkeringsbedrag (mio DM)	18.999	19.937	20.413	20.898	22.137

BRON: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1988-1992

Gegevens over de uitkeringen voor beroepsziekten en arbeidsongevallen worden bijgehouden door het overkoepelend orgaan van de verschillende verzekeringsmaatschappijen (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften). In onderstaande tabel 3.8 wordt de evolutie geschetst van de uitgaven voor tijdelijke en permanente AO als gevolg van beroepsziekten of arbeidsongevallen. De uitkeringen voor tijdelijke AO bestaan uit 'Verletzengeld' (vervangingsinkomen gedurende de periode van tijdelijke AO), 'Übergangsgeld' (vervangingsinkomen gedurende de beroepsrehabilitatie) en 'Übergangsleistung' (vervangingsinkomen voor een verminderd inkomen als gevolg van een beroepsziekte of arbeidsongeval). Het aantal gevallen van tijdelijke AO kon ons niet worden meegedeeld. De uitkeringen voor permanente AO bestaan uit de 'Renten' (pensioenen) en de 'Abfindungen' (éénmalig bedrag i.p.v. een pensioen). Het aantal gevallen van invaliditeit waarvoor uitkeringen werden gedaan was wel beschikbaar.

TABEL 3.8: Uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten (Duitsland)

	'87	'88	'89	'90	'91	'92
Aantal verzekerden (000)	22.399	23.625	24.307	25.379	32.422	32.165
Uitkeringen voor tijdelijke AO (mio DM)	685	721	741	826	978	1.136
Uitkeringen voor invaliditeit (mio DM)	3.947	4.060	4.162	4.306	5.039	5.594
Aantal gevallen van invaliditeit (000)	560,5	560,3	559,7	557,8	762,6	760,5
Uitkering per inv. geval (in DM)	7042	7250	7436	7720	6608	7361

Bron: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 1987-1992

Opvallend is de sterke stijging van het aantal invaliditeitsgevallen vanaf 1990. Dit gaat gepaard met een forse stijging van de uitkeringsbedragen voor permanente AO.

Voor het jaar 1991 bedraagt de totale som van uitkeringen in de privé-sector voor tijdelijke AO (Krankengeld), invaliditeit, arbeidsongevallen en beroepsziekten 38,4 miljard DM, wat overeenkomt met 1,5% van het BBP in Duitsland.

Wat de publieke sector betreft, hebben we ook hier het probleem van de beperkte en onvolledige informatie voor ziekte, invaliditeit, arbeidsongevallen en beroepsziekten.

3.1.4. Frankrijk

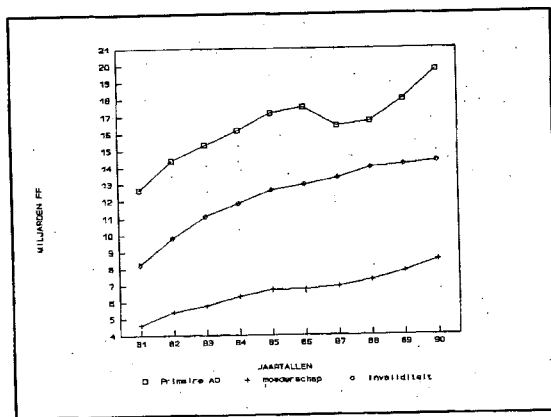
In Frankrijk is er geen aparte regeling voor de publieke en de privé-sector. Het is ook het enige land (vroeger ook in Nederland, maar recentelijk gewijzigd) in onze studie waar er geen gewaarborgd loon door de werkgever moet worden betaald. De zieke werknemer valt vanaf de vierde dag (3 carensdagen) ten laste van de ziekenkas.

Het CNAMTS (Département Statistique) publiceert jaarlijks de uitkeringen die aan de verzekerden worden gedaan in het kader van ziekte en invaliditeitsverzekering. De statistieken die door het CNAMTS worden gepubliceerd vermelden bijna uitsluitend financiële gegevens. Er worden meestal enkel uitkeringsbedragen vermeld, zodat het niet altijd mogelijk is om uitkeringen per geval of per verzekerde te berekenen. Deze totaalbedragen zijn zowel voor ambtenaren als werknemers uit de privé-sector. Een opdeling kan echter niet gemaakt worden op basis van de gepubliceerde gegevens.

Ook vinden we er de uitgekeerde bedragen m.b.t. arbeidsongevallen, beroepsziekten en moederschapsuitkeringen in terug.

In figuur 3.7 geven we de uitkeringen tijdens de periode van ziekte, invaliditeit en moederschap weer. De uitkeringen voor de invaliditeit hebben zowel betrekking op de basisuitkeringen als de supplementaire uitkeringen.

FIGUUR 3.7: Evolutie van de uitkeringen tijdens de periode van ziekte en invaliditeit en bevallingsverlof (Frankrijk)

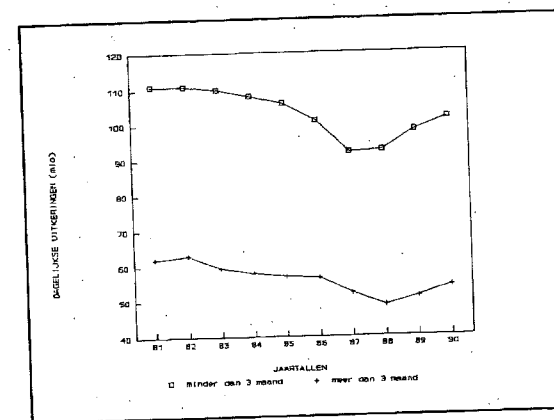


BRON: CNAMTS

Opvallend is wel dat de uitkeringsbedragen voor de periode van primaire AO hoger liggen dan deze voor de periode van invaliditeit, i.t.t. bijvoorbeeld België. Zo bedragen de uitkeringen voor primaire AO 19,7 miljard FF in 1991 ten opzichte van slechts 14,3 miljard FF voor invaliditeit. De verklaring hiervoor is grotendeels te zoeken in het wettelijk kader. In België is er een periode van gewaarborgd loon aanwezig, waardoor de financiële gevolgen van het kortdurend verzuim vooral worden gedragen door de werkgever. In Frankrijk daarentegen is er geen periode van gewaarborgd loon, waardoor de zieke werknemer automatisch terugvalt op de Franse ziekwet en reeds na 3 wachtdagen een ziekengeld ontvangt. De moederschapsuitkeringen bedragen 8,5 miljard FF in 1991. Zowel de moederschapsuitkeringen als de uitkeringen voor invaliditeit kennen in nominale termen een continu stijgend verloop. Voor de uitkeringen voor primaire AO wordt de continue stijging doorbroken door een éénmalige neerwaartse knik in 1986. Deze evolutie lijkt gekoppeld aan de situatie op de arbeidsmarkt. In reële prijzen (constante prijzen van 1980) is er voor de periode van 1981 tot 1990 een daling van de totale uitkeringen voor invaliditeit van 11,1 tot 10,7 miljard FF en een lichte stijging van de uitkeringen voor moederschap van 4,1 miljard tot 4,6 miljard en voor invaliditeit van 7,3 miljard FF tot 7,8 miljard FF.

Het aantal gevallen van primaire AO wordt niet gepubliceerd in het statistisch jaarboek van het CNAMTS. Wel wordt de evolutie weergegeven van het aantal dagelijkse uitkeringen, opgesplitst voor ziekteperiodes langer en korter dan 3 maanden. Dit vinden we terug in figuur 3.8.

FIGUUR 3.8: Evolutie van het aantal dagelijkse uitkeringen in het kader van de ziekwet (Frankrijk)



BRON: CNAMTS

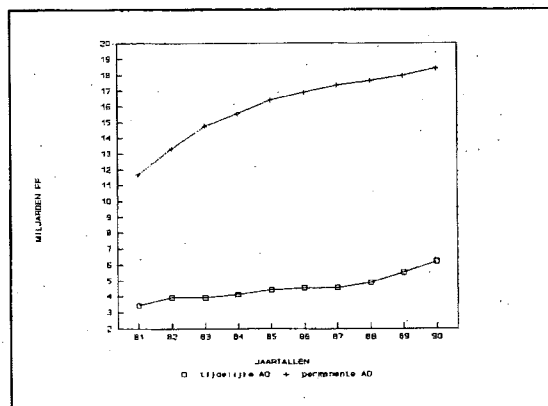
Zoals we kunnen afleiden uit bovenstaande figuur 3.8 daalt het aantal uitkeringsdagen voor periodes van minder dan 3 maanden tussen 1982 en 1987. Vervolgens treedt er een lichte stijging op. In 1990 worden er 100 miljoen dagen uitgekeerd voor ziekteperiodes van minder dan 3 maanden. De evolutie van het aantal uitgekeerde dagen voor ziekteperiodes langer dan 3 maanden levert hetzelfde beeld op. Alle ziekteperiodes samen genomen, worden er in 1990 ongeveer 150 miljoen dagelijkse uitkeringen gedaan.

Het aantal pensioenen die worden uitgekeerd in het kader van de invaliditeitsregeling bedraagt 430.000 in het jaar 1990. Van 1983 tot 1990 is er een lichte afname geweest van het aantal gevallen. De gemiddelde jaarlijkse invaliditeitsuitkering per geval is 33.329 FF in 1990.

In figuur 3.9 komen de totale uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten aan bod. De uitkeringsbedragen kunnen echter niet worden opgesplitst voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen de uitkeringen tijdens de periode van tijdelijke en permanente AO. In 1990 bedragen de totale uitkeringen respectievelijk 6,2 miljard FF en 18,4 miljard FF voor tijdelijke en permanente AO. Voor beide categorieën nemen we een continue stijging waar in nominale prijzen.

In reële prijzen is het beeld verschillend. Voor de permanente AO blijven de totale uitgaven stabiel (10,3 miljard FF in 1981 en 10,0 miljard in 1990, prijzen van 1980). Voor de tijdelijke AO is er (in constante prijzen van 1980) een daling van 3,0 miljard FF in 1981 tot ongeveer 2,8 miljard FF voor de periode 1983-1987, gevolgd door een stijging tot 3,4 miljard FF in 1990, evolutie die te verklaren is door de economische heropleving.

FIGUUR 3.9: Evolutie van de uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten (Frankrijk)



BRON: CNAMTS

In 1990 bedraagt het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten ongeveer 1.700.000. In 1989 heeft zich een relatieve toename voorgedaan van het aantal gevallen van bijna 8% in vergelijking met 1988. Dit wordt verklaard door de economische herneming vanaf 1987, waardoor de kans op beroepsziekten en arbeidsongevallen toeneemt. Het (vertraagde) effect komt in 1988, maar vooral in 1989 tot uiting.

De totale uitkeringen voor ziekte, invaliditeit, moederschap, beroepsziekten en arbeidsongevallen bedragen ongeveer 66 miljard FF voor het jaar 1990. Dit is ongeveer 1% van het BBP. In 1981 was dit aandeel nog 1,3%.

3.1.5. Groot-Brittannië

In het Verenigd Koninkrijk betaalt de werkgever ingeval van ziekte of ongeval gedurende de eerste 28 weken een 'Statutory Sick Pay' (SSP). De hoogte van de SSP is afhankelijk van het voordien verdiende loon, maar is er niet aan gelijk. Gelijkaardig betaalt de werkgever een 'Statutory Maternity Benefit' (SMB) gedurende 18 weken in geval van zwangerschap. Over de omvang van de kosten van beide uitkeringen voor de werkgever is echter niets gekend, aangezien geen nationale gegevens beschikbaar zijn.

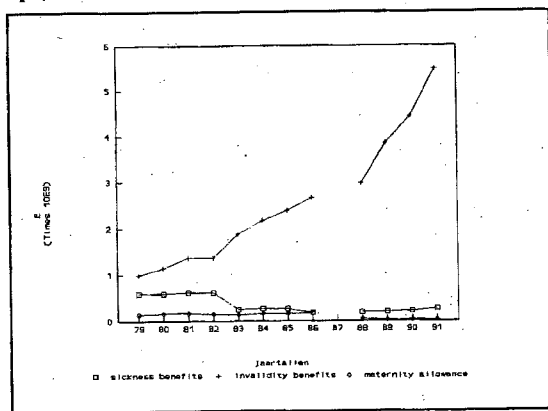
Werknemers die niet in aanmerking komen voor de SSP (bv omdat ze een tijdelijk contract hebben van minder dan drie maanden) en ook bv zelfstandigen of werklozen, kunnen een ziekte-uitkering (Sickness benefit) genieten. De gegevens over deze uitkering worden bijgehouden door het departement van de sociale zekerheid. In 1979 bedroegen ze ongeveer 595 miljoen £; in 1991 nog slechts 273 miljoen £. Een gewijzigde regelgeving is de oorzaak van het grillige verloop (zie figuur 3.10). Zo werd de daling in 1983 veroorzaakt door de invoering van de SSP voor maximum 8 weken en de daling in 1986 door de uitbreiding van de SSP tot maximaal 28 weken.

Eenzelfde dalend verloop wordt teruggevonden voor de moederschapsuitkeringen ten laste van de sociale zekerheid (voor wie niet in aanmerking komt voor de SMB). De totale uitkeringen daalden van 141 miljoen £ tot 31 miljoen £ in 1991 omwille van gewijzigde regelgeving. De daling van de uitkeringen wordt ook teruggevonden in de daling van het aantal gevallen (zie figuur 3.11).

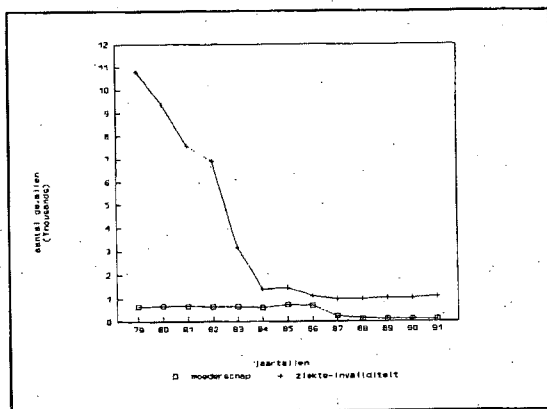
De invaliditeitsuitkeringen stegen in dezelfde periode dan weer van 847 miljoen £ tot 5.485 miljoen £. De oorzaak van deze stijging is voornamelijk te wijten aan de groei in het aantal invaliden. Het aantal invaliden gedurende een jaar is evenwel niet gekend. Hierover worden geen afzonderlijke statistieken bijgehouden; ze worden samengeteld met de ziektegevallen (zie figuur 3.11). Wel worden statistieken bijgehouden van het aantal uitkeringsstrekkers op een bepaalde dag (wat voor de invaliden wellicht een goede benadering is van het aantal gevallen gedurende het jaar). Dit aantal groeide continu van 615.000 in 1980 tot 849.000 in 1985 en tot 1.209.000 in 1990 wat aanleiding gaf tot bezorgdheid van de overheid.

Voor de drie uitkeringen samen lopen de totale uitgaven op tot 5789 miljoen £, of 1 % van het BBP. Let wel dat al deze gegevens betrekking hebben op de privé zowel als op de publieke sector aangezien er geen aparte regelingen zijn.

FIGUUR 3.10: Evolutie van de sociale zekerheidsuitkeringen voor ziekte, invaliditeit en moederschap (Groot-Brittannië)



FIGUUR 3.11: Evolutie van het aantal gevallen voor ziekte-invaliditeit en moederschap (Groot-Brittannië)



Een tweede bron van informatie is de CBI (Confederation of British Industry). De CBI publiceert jaarlijks resultaten van een enquête die wordt afgenomen bij zijn leden. In 1987 hebben 431 bedrijven aan de enquête meegewerkt (betreffende verzuim in 1986), tezamen goed voor ongeveer 1,2 miljoen werknemers. Op basis van de opgestuurde informatie worden verzuim- en afwezigheidspercentages berekend. Ook wordt een raming gemaakt van de kost van het ziekteverzuim voor de werkgever. De berekening van deze kost is gebaseerd op de assumptie dat de waarde van de output van een individuele werknemer (wanneer hij werkt) minstens evenveel bedraagt als zijn inkomen. Indien de verloren output als gevolg van absentisme op een of andere manier wordt gecompenseerd (bv. door collega's die inspringen), dan is er nog altijd de opportuniteitskost voor de werkgever van hetgeen de afwezige werknemer had kunnen produceren wanneer hij niet afwezig was. De kost voor de werkgever op jaarbasis wordt berekend als zijnde het product van het gemiddeld aantal dagen afwezigheid per werknemer, de gemiddelde dagelijks loonkost per werknemer en het aantal actieve werknemers. Er wordt terecht gewezen op een aantal tekortkomingen van de methode, die voortvloeien uit het feit dat met gemiddelden wordt gewerkt.

Op basis van de gegevens die worden verzameld via de enquête en op basis van de officiële statistieken van het gemiddelde loon wordt een raming gemaakt van de totale loonkost in het Verenigd Koninkrijk voor het jaar 1986 als gevolg van ziekteverzuim. De totale loonkost zou minstens £5 miljard bedragen. Dezelfde oefening werd hernomen in 1992. De geschatte loonkost voor dat jaar bedraagt £13 miljard.

3.2. STUDIES UITGEVOERD DOOR EUROSTAT

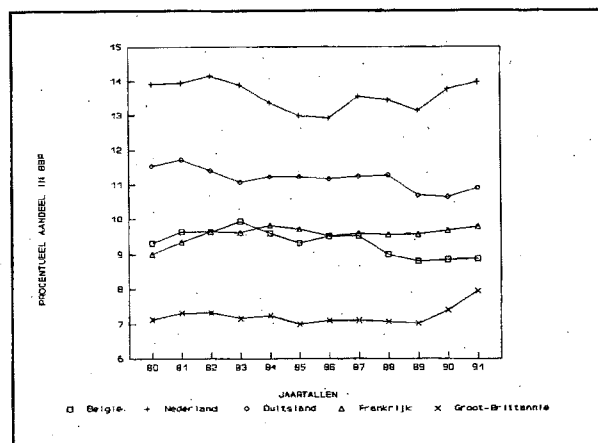
Eurostat publiceert jaarlijks de globale uitgaven en ontvangsten van het sociale zekerheidssysteem in de diverse lidstaten². De uitgaven worden opgesplitst in 3 componenten, nl. uitkeringen gebonden aan het sociale zekerheidssysteem, administratiekosten en andere uitgaven. Binnen de eerste component maakt men dan nog eens het onderscheid in een twaalfal subcategorieën, waaronder zich de categorieën ziekte, invaliditeit, moederschap, arbeidsongevallen en beroepsziekten bevinden. Het gaat hier telkens om totaalbedragen, zonder een onderscheid te maken tussen uitkeringen (vervangingsinkomens) en medische verstrekkingen (terugbetaling bij medicatie, hospitalisatie, enz.). Er wordt ook geen rekening gehouden met de kost van het verzuim die ten laste valt van de werkgever

² Eurostat, Social protection expenditure and receipts, 1980-1991

gedurende de periode van loonwaarborg.

In de onderstaande grafiek 3.12 wordt de evolutie van het aandeel van de som van de uitgaven voor ziekte, invaliditeit, arbeidsongevallen, beroepsziekten en moederschap in het bruto binnenlands product (BBP) weergegeven per land.

FIGUUR 3.12: Evolutie van het aandeel van de totale uitgaven voor ziekte, invaliditeit, beroepsziekten, arbeidsongevallen en moederschap in het BBP voor de 5 bestudeerde landen



BRON: Eurostat, Social protection expenditure and receipts, 1980-1991

Uit deze grafiek wordt duidelijk dat Nederland procentueel de hoogste uitgaven kent. Het is een bekend gegeven dat Nederland enorm hoog scoort indien het gaat om uitgaven voor ziekte en invaliditeit. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat de zieke werknemer de facto vanaf de eerste dag geniet van een ziekte-uitkering. Om de uitgaven gedurende de periode van primaire AO te drukken heeft men sinds 1/1/94 ook in Nederland een periode van gewaarborgd ingebouwd. Een tweede verklaring voor de hoge uitgaven is het lage percentage van AO dat vereist is om op de invaliditeitsverzekering terug te vallen. Het aantal WAO- en AAW- uitkeringsgerechtigden is gedurende de eerste helft van de jaren tachtig sterk toegenomen. Er zijn op dit ogenblik reeds tal van maatregelen getroffen om

deze ongunstige situatie om te buigen (cfr. 3.2).

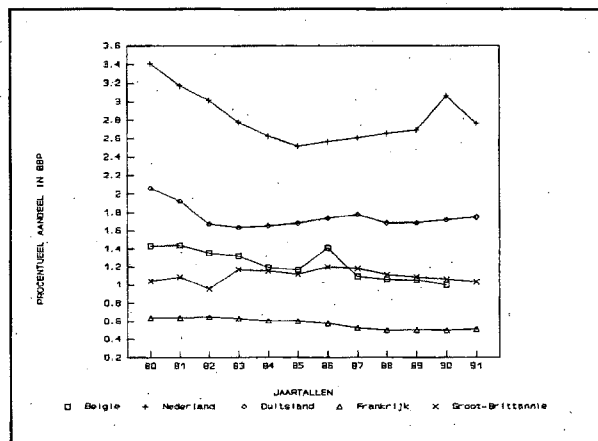
Op de tweede plaats volgt Duitsland. Dit is toch opmerkelijk aangezien in Duitsland een periode van 6 weken gewaarborgd loon aanwezig is, waarbinnen er geen uitkeringen gedaan worden door het sociale zekerheidssysteem (er blijven natuurlijk de kosten van medische verstrekkingen). Frankrijk spendeert ongeveer 10% van zijn BBP aan uitgaven voor ziekte, invaliditeit, arbeidsongevallen, beroepsziekten en moederschap. Op de voorlaatste plaats bevindt zich België. Groot-Brittannië sluit de rij af met iets meer dan 8%.

In juli 1994 is een eerste publikatie verschenen, eveneens van Eurostat³, waarin de uitgaven voor ziekte en invaliditeit verder worden onderzocht (de andere componenten van de sociale zekerheid werden nog niet verder gedetailleerd). Hierbij wordt wel het onderscheid gemaakt tussen uitkeringen ('benefits in cash') en de kosten van medische verzorging ('benefits in kind'). Er worden gegevens bijgehouden van zowel het basisstelsel van de sociale zekerheid als van complementaire en hulpverleningsstelsel die gelden onder bepaalde voorwaarden. Ook de uitkeringen gedurende de periode van gewaarborgd loon worden, indien bekend, weergegeven of geschat.

De evolutie van deze bedragen (cash benefits) voor ziekte en invaliditeit zijn terug te vinden in figuren 3.13 en 3.14.

³ Eurostat, Digest of Statistics on Social Protection in Europe, Volumes Sickness and invalidity, 1994.

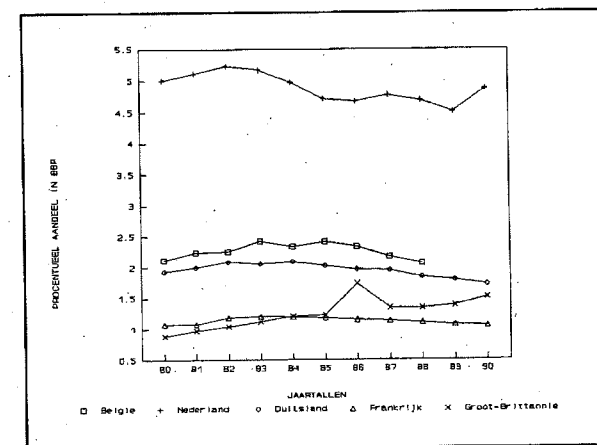
FIGUUR 3.13: Evolutie van het aandeel van de cash benefits voor ziekte in het BBP voor de 5 bestudeerde landen



BRON: Eurostat, Digest of Statistics on Social Protection in Europe

Hieruit blijkt nogmaals dat Nederland de koppositie inneemt. Opvallend is dat Frankrijk zich op de laatste plaats bevindt indien we enkel kijken naar de uitkeringen gedurende de periode van ziekte. De uitgaven tijdens deze periode gaan in Frankrijk vooral naar medische verstrekkingen.

FIGUUR 3.14: Evolutie van het aandeel van de cash benefits voor invaliditeit in het BBP voor de 5 bestudeerde landen



BRON: Eurostat, Digest of Statistics on Social Protection in Europe

Het verschil tussen Nederland en de andere landen is voor wat de uitkeringen aan invaliditeit betreft enorm. Ongeveer 5% van het BBP wordt besteed aan invaliditeit in Nederland.

3.3. BESLUIT

Na de bespreking van het wettelijk kader en de omvang en hoogte van het ziekteverzuim en de invaliditeit in de 5 verschillende landen hebben we dit macro-economische afgesloten met de bespreking van de financiële consequenties van het ziekteverzuim en invaliditeit.

Daar waar het in eerste instantie de bedoeling was om de hoogte van de kosten tussen de 5 verschillende landen te vergelijken, bleek dit na het opvragen en bestuderen van de desbetreffende informatie vrijwel uitgesloten. De reden hiervoor, zoals reeds aangestipt in de inleiding van dit hoofdstuk, moet gezocht worden in de verschillende opbouw van het wettelijk kader. Zo is er voor Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk geen aparte regeling voor de publieke sector, daar waar dit wel het geval is in de andere 3 landen. Aangezien

we voor deze 2 landen niet in staat zijn de kosten voor de publieke en privé-sector op één of andere manier te scheiden, kunnen we de informatie bijna niet vergelijken met de kosten van de andere 3 landen. Een ander probleem situeert zich op het niveau van de beroepsgerelateerde ongevallen of ziekten. In Nederland is het causaliteitsprincipe afgeschaft, waardoor de kosten hiervan in de totale kosten verwerkt zitten. Dit bemoeilijkt in zekere mate een juiste vergelijking.

Ook is niet altijd even duidelijk wat de gegevens precies inhouden. Vooral de Duitse statistieken zijn overdreven gedetailleerd waardoor het niet altijd gemakkelijk is de juiste data terug te vinden.

Om toch enige vergelijking mogelijk te maken tussen de kosten van het ziekteverzuim en de invaliditeit in de 5 bestudeerde landen, hebben we een beroep gedaan op 2 EURO-STAT-publikaties. Hierbij wordt een poging ondernomen om alle beschikbare informatie op een gelijkvormige manier te presenteren waardoor een min of meer juiste vergelijking enigszins mogelijk is. Bij de resultaten van deze studies moeten wel de nodige bedenkingen worden geplaatst. Het is nl. zo dat voor bepaalde kosten (bv. gewaarborgd loon in België) schattingen worden gemaakt, waarbij de berekening niet altijd even wetenschappelijke onderbouwd is. Harde conclusies vastknopen aan deze resultaten is dus niet aan te raden. Wel zijn de resultaten richtinggevend.

Hieruit blijkt dat Nederland het hoogste percentage van zijn BBP besteedt aan ziekte en invaliditeitsuitkeringen. Frankrijk neemt de laatste plaats in, zowel voor ziekte als voor invaliditeit. België bevindt zich eerder in een tussenliggende positie.

HOOFDSTUK IV: SAMENVATTINGEN EN BESLUIT

In dit tweede deel van het onderzoeksrapport is het ziekteverzuim belicht vanuit een macro-economische invalshoek. We vergelijken het wettelijk kader met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, de omvang en de kosten van het ziekteverzuim in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. We beperken ons in deze materie tot de werknemers (privé-sector en indien mogelijk publieke sector).

De belangrijkste conclusie bij deze vergelijking is zeer duidelijk. Het wettelijk kader in de verschillende landen is zo uiteenlopend en de materie is zo complex dat een vergelijking van de omvang en de kosten van het ziekteverzuim praktisch uitgesloten is, of m.a.w. neerkomt op een vergelijking tussen appels en peren.

4.1. WETTELIJK KADER

Beginnen we met de verschillpunten (en gelijkenissen) in het wettelijk kader.

Een eerste belangrijk aandachtspunt betreft de *afwezigheidsperiodes* die onder de wettelijke regeling vallen. In alle landen wordt een onderscheid gemaakt tussen tijdelijke (of primaire) arbeidsongeschiktheid, die ons hier voornamelijk aanbelangt, en blijvende ongeschiktheid (of invaliditeit). De maximale duur van de tijdelijke ongeschiktheid is wel verschillend en varieert van 28 weken in het Verenigd Koninkrijk tot 52 weken in België, Nederland en Frankrijk en zelfs tot 78 weken in Duitsland. De alomvattendheid van de regelingen m.b.t. de afwezigheidsoorzaak is eveneens verschillend. In Nederland is de regeling van toepassing op verzuim met betrekking tot ziekte, arbeidsongeval of beroepsziekte en moederschap. In alle andere landen is er een afzonderlijke verzekering voor beroepsziekten en arbeidsongevallen. In België, Frankrijk en Groot-Brittanië is er ook nog een afzonderlijke regeling voor moederschapsverlof. Tenslotte is België het enige land waar nog een bijkomend criterium van toepassing is: gedurende de periode van ziekte is een minimum percentage arbeidsongeschiktheid van 66,7% vereist.

De *publieke sector* valt onder dezelfde regeling in Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk.

De *financiële implicaties* voor zowel de *werkgever* als de *werknemer* zijn ook verschillend. De werkgevers in België en Duitsland betalen het volledige loon van de werknemer door gedurende een bepaalde periode (twee, respectievelijk vier weken voor arbeiders, respectievelijk bedienden in België en 6 weken in Duitsland). In Nederland en Frankrijk valt de werknemer onmiddellijk ten laste van de sociale zekerheid¹, maar gebeurt er wel meestal een aanvulling door de werkgever. De werkgever in het Verenigd Koninkrijk zal een deel van zijn uitgekeerde betalingen (Statutory Sick Pay, SSP) terugbetaald krijgen van de Sociale Zekerheid.

De *financiële verliezen voor de werknemer* bestaan uit carensdagen (wachtdagen) gedurende dewelke geen inkomen of uitkering ontvangen wordt, en inkomensverlies. In de meeste landen werden carensdagen ingevoerd. Het grootste inkomensverlies gedurende de periode van primaire AO wordt geleden in België (slechts na de periode van gewaarborgd loon), Frankrijk en het V.K. De meerderheid van de Duitse werknemers en de Nederlandse werknemers daarentegen behouden gedurende een lange periode hun volledig inkomen.

De *aparte regelingen* voor beroepsziekten en arbeidsongevallen en de aparte regelingen voor de publieke sector, zijn doorgaans in het financiële voordeel van de verzekerden (zowel wat betreft het aantal wachtdagen, de hoogte en de duur van de uitkeringen).

Voor *legitimatie* van de afwezigheid, wordt meestal een medisch attest vereist. In België en Frankrijk is dit vereist vanaf de eerste dag, in Duitsland ook vanaf de eerste dag voor arbeiders, maar vanaf de vierde dag voor bedienden. In het Verenigd Koninkrijk is een attest pas vereist na de eerste week en in Nederland helemaal niet. Daarnaast zijn in alle landen controleprocedures voorzien.

Tenslotte moet nog opgemerkt worden dat bestaande wettelijke regelingen vaak aangevuld zijn met extra-legale voordelen, waarover echter weinig gekend is.

¹ Sinds 1 januari 1994 zijn in Nederland belangrijke veranderingen ingevoerd, ondermeer: doorbetaling van het loon door de werkgever gedurende zes weken (twee weken voor kleine bedrijven).

4.2. OMVANG VAN HET VERZUIM

Het verschillende wettelijke kader, wordt uiteraard weerspiegeld in de ziekteverzuimstatistieken, wat een internationale vergelijking bemoeilijkt.

Verzuimstatistieken worden onder meer opgesteld door de nationale instituten van de sociale zekerheid en door bedrijfsverenigingen.

Een internationale vergelijking van de *gegevens van de bedrijfsverenigingen* is weinig zinvol. Vaak zijn de gegevens immers niet-representatief, soms worden ze op een minder betrouwbare manier verzameld (bv enquête, zeer korte registratieperiode,...), worden andere definities van ziekteverzuim gehanteerd of worden andere kengetallen genoteerd (bv enkel verzuimpercentage en niet verzuimduur of vice versa). Vergelijking van sectoren binnen één land wordt op die manier al moeilijk. De evolutie van de verzuimstatistieken in een specifieke sector, leert ons zeker weinig over de evolutie van het ziekteverzuim in het desbetreffende land. We kunnen dit illustreren aan de hand van de Belgische data. Zowel de federatie der kledingnijverheid als de federatie der chemische nijverheid publiceren jaarlijks ziekteverzuimpercentages. De omvang en de evolutie van het verzuim volgens de twee federaties is echter niet gelijklopend. Bovendien wordt niet dezelfde informatie verzameld. Het totale verzuimpercentage wegens primaire arbeidsongeschiktheid loopt in de kledingnijverheid op van 8,02% in 1986 tot 9,13% in 1992; het verzuim omvat de afwezigheid wegens zwangerschap en ziekte, maar niet wegens arbeidsongevallen. In de chemische nijverheid is er daarentegen een wat lager en stabielere niveau: het verzuim bedraagt 5,75 % in 1981 daalt tot 5,35 % in 1986 en stijgt lichtjes tot 5,42 % in 1992; in deze statistieken is daarenboven de afwezigheid wegens arbeidsongevallen eveneens inbegrepen, naast zwangerschap en ziekte. Hoe moet deze verschillende evolutie geïnterpreteerd worden en geëxtrapolerd voor het land; hoe vergelijken we met het buitenland? Dit is zondermeer gewoon niet mogelijk.

Gegevens afkomstig van de nationale organisaties van de sociale zekerheid, hebben het voordeel dat ze betrouwbaar en volledig zijn. Nochtans rijzen ook hier problemen wanneer men internationaal wenst te vergelijken. Statistische informatie is immers slechts voorhanden voor zover het ziekteverzuim aanleiding geeft tot uitkeringen. Zoals uit het juridisch overzicht blijkt, zijn er verschillen in kwalificatie-criteria en in de duur van de uitkeringen die artificiële verschillen creëren in het geregistreerde ziekteverzuim. Een zinvolle vergelijking zou betrekking moeten hebben op de gemeenschappelijke kern van ziekteverzuim in de verschillende landen, maar hiervoor ontbreekt veelal de noodzakelijke gedetailleerde informatie en moet een toevlucht genomen worden tot ramingen (zie Prins,

gedetailleerde informatie en moet een toevlucht genomen worden tot ramingen (zie Prins, 1992). Deze aanpassingen konden binnen het kader van deze studie niet gemaakt worden.

Resten ons voor de vergelijking dan enkel nog een aantal studies die op een gestandaardiseerde manier ziekteverzuimgegevens verzamelden in de verschillende landen. Wat de resultaten van de *vergelijkende studies* betreft, komt steeds hetzelfde beeld naar voren. Nederland heeft te kampen met een hoog ziekteverzuim. De verklaring moet voor een groot stuk gezocht worden in het wettelijk kader, dat meer verzuimbevorderend werkt dan in andere landen. België daarentegen scoort algemeen beter (i.e. lager ziekteverzuim). Volgens EUROSTAT gegevens liggen we zelfs onder het EG-gemiddelde. Ook hier hebben de wettelijke regelingen i.v.m. ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een belangrijke impact op de hoogte van het verzuim (zie hoofdstuk 1). Frankrijk en Duitsland nemen een tussenliggende positie in. Het verzuimpercentage van het Verenigd Koninkrijk leunt dichterbij dat van België. Voor België treedt er een stabilisatie tot zelfs een lichte daling op van de voornaamste verzuimstatistieken doorheen de tijd.

4.3. KOSTEN VAN HET VERZUIM

Het spreekt voor zich dat ook een internationale vergelijking van de kosten van het ziekteverzuim slecht haalbaar is. We geven daarom eerst enkel een globaal beeld van de kosten per land en beperken de vergelijking tot die van één vergelijkende studie.

In *België* is geen betrouwbare informatie voorhanden over de uitkeringen in de publieke sector en over de loonkost binnen het gewaarborgd loon. Enkel de uitkeringen voor ziekte en invaliditeit in het kader van het RIZIV en van arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn voorhanden. Het RIZIV betaalde in 1990 ongeveer 88 miljard BEF aan uitkeringen (1,3% van het BBP) waarvan ongeveer 21 miljard voor primaire arbeidsongeschiktheid, 7 miljard als moederschapsuitkeringen en 51 miljard voor invaliditeit. De uitkeringen voor arbeidsongevallen (tijdelijk en permanente AO) bedroegen ongeveer 17 miljard en voor beroepsziekten bijna 12 miljard. Gedurende de laatste 10 jaren bleven de uitkeringen in reële prijzen stabiel (RIZIV-uitkeringen voor ziekte en invaliditeit) of daalden ze zelfs (uitkeringen voor beroepsziekten en voor tijdelijke AO bij arbeidsongevallen). Enkel de uitkeringen voor permanente AO bij arbeidsongevallen namen in reële termen toe (+60%).

De situatie in *Nederland* is totaal verschillend. Zowel de uitkeringen in het kader van de Ziekwet (tijdelijke AO in de privé-sector) als in het kader van de Algemene AO-wet en de wet op de AO (invaliditeit m.b.t. werknemers, zelfstandigen, vroeggehandicapten en anderen) kennen gedurende de laatste 10 jaren een enorme stijging. Ook het niveau van de bedragen ligt aanzienlijk hoger dan in België (ongeveer 23 miljard gulden of 4,6% van het BBP in 1992). Ziekte en invaliditeit zijn daarom in Nederland tot politieke problemen verklaard, waarvoor recent een reeks nieuwe maatregelen uitgevaardigd werden.

In *Duitsland* bestaat net zoals in België een periode van gewaarborgd loon. In tegenstelling tot België, zijn voor deze periode wel statistieken bekend. Daaruit blijkt dat voor de privé-sector het gewaarborgd loon de belangrijkste kost vertegenwoordigt gedurende de periode van primaire AO, nl 50 miljard DM in 1991 t.o.v. slechts 10 miljard 'Krankengeld' uitbetaald door de sociale zekerheid. De uitkeringen voor invaliditeit bedragen in 1991 21 miljard DM, de uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten 6 miljard DM. Samen is dit ongeveer 38 miljard DM, ten laste van de sociale zekerheid of 1,5% van het BBP. De meeste uitkeringsbedragen namen gedurende de laatste 5 jaren lichtjes toe. Over de publieke sector bestaan geen statistieken.

In *Frankrijk* hebben de uitkeringen betrekking op de publieke sector zowel als op de privé-sector en omvatten ze zowel ziekte, ongeval en moederschap als beroepsziekte en arbeidsongevallen. In 1990 bedragen de uitkeringen voor primaire AO 19,7 miljard FF, voor moederschap 8,5 miljard FF en voor invaliditeit 14,3 miljard FF. In reële prijzen stellen we voor de laatste 10 jaren een lichte daling vast van de uitkeringen voor primaire AO en een lichte stijging van de uitkeringen voor invaliditeit en moederschap. De uitkeringen in het kader van arbeidsongevallen en beroepsziekten, bedragen in 1990 respectievelijk 6,2 miljard FF en 18,4 miljard FF voor tijdelijke en permanente AO. Ook de evolutie van deze uitkeringen in reële prijzen is vrij stabiel. De totale uitkeringen voor ziekte, invaliditeit, moederschap, beroepsziekten en arbeidsongevallen bedragen ongeveer 66 miljard FF voor het jaar 1990. Dit is ongeveer 1% van het BBP.

Voor *Groot-Brittannië* hebben we geen gegevens over de uitkeringen voor ziekte of moederschap die uitbetaald worden door de werkgever. De uitkeringen in het kader van de sociale zekerheid zijn wel gekend. Ze hebben zowel betrekking op de privé- als op de publieke sector, aangezien er geen aparte regelingen zijn. In 1991 bedroegen de totale uitkeringen 5,8 miljard £, wat 1% van het BBP vertegenwoordigt. Het belangrijkste aandeel komt voor rekening van de invaliditeitsuitkeringen die voor dat jaar 5,5 miljard £

bedragen. Invaliditeitsuitkeringen zijn tevens de enige groeipost in het geheel. Zowel uitkeringen voor ziekte (273 miljoen f in 1991) als uitkeringen voor moederschap (31 miljoen f in 1991) zijn aanzienlijk gedaald gedurende de laatste jaren, omwille van belangrijke wijzigingen in de regelgeving.

Een internationaal *vergelijkende studie* over de uitkeringen voor ziekte, invaliditeit, moederschap, arbeidsongevallen, beroepsziekten en moederschap in het kader van het sociale zekerheidssysteem, is er vooralsnog niet. Enkel uitkeringen voor ziekte en invaliditeit werden door Eurostat vergeleken. Zowel de uitkeringen uitbetaald door de instellingen van de sociale zekerheid als door de werkgever werden beschouwd. Wanneer geen statistieken voorhanden waren over de uitkeringen gedurende de periode van gewaarborgd loon werden ramingen gemaakt (niet steeds wetenschappelijk onderbouwd). Hieruit blijkt dat Nederland het hoogste percentage van zijn BBP besteedt aan ziekte en invaliditeitsuitkeringen. Frankrijk neemt de laatste plaats in, zowel voor ziekte als voor invaliditeit, gevolgd door Groot-Brittannië voor invaliditeitsuitkeringen en door België voor ziekte-uitkeringen. België geeft in vergelijking met de andere landen, relatief meer uit voor invaliditeit, waar het op de tweede plaats komt.

4.4. SLOTBESCHOUWINGEN

De determinanten van het ziekteverzuim op micro- (individu) of meso-niveau (bedrijf) zijn reeds veelvuldig bestudeerd. Dit is helemaal niet het geval voor de determinanten op macro-niveau. Alhoewel het wettelijk kader, alsook andere factoren zoals de situatie op de arbeidsmarkt, cultuur, rehabilitatie-programma's e.d.m., logischerwijze een belangrijke impact moeten hebben op het ziekteverzuim, is de invloed ervan nog niet wetenschappelijk aangetoond. De voorwaarden om dergelijke analyses uit te voeren zijn dan ook nog niet aanwezig. De noodzakelijke betrouwbare en vergelijkbare indicatoren van ziekteverzuim zijn niet voorhanden. Ze kunnen ook niet zondermeer opgesteld worden door beperkingen in de beschikbare statistische informatie.

Nochtans is ziekteverzuim geen onbelangrijk probleem en lijken er bovendien nogal wat verschillen te bestaan in het verzuim tussen de landen. Inzicht in 'preventie' van dat verzuim is daarom wenselijk. We denken dat de weg naar meer cross-nationale vergelijkingen moet blijven gevolgd worden. Dit rapport vormt daarvoor een goede vertrekbasis. De beschikbare data zijn in kaart gebracht. Nu moet getracht worden om

aanpassingen in de beschikbare cijfers aan te brengen om beter inzicht te krijgen in de verschillen tussen de landen.

LITERATUUR

- ADRIAENSSENS P. *Ziekteverzuim in België*. Antwerpen: Universitaire Instelling Antwerpen, 1985.
- ARTUS K. *Attendance and absence control: whose responsibility?* Occupational Health 1993; 45: 95-96.
- ASTRAND NE, ISACSSON SO. *Back pain, back abnormalities, and competing medical, psychological and social factors as predictors of sick leave, early retirement, unemployment, labour turnover and mortality: a 22 year follow-up of male employees in a Swedish pulp and paper company*. British Journal of Industrial Medicine 1988; 45: 387-395.
- BAX EH. *Macro-economische determinanten van arbeidsongeschiktheid*. Economische-statistische berichten 1985; 2: 81-89.
- BROUWER WS, VRIJHOF BJ. *Ziekteverzuim 1986-1987*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, 1989.
- BUIJS PC. *Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: CCOZ, 1985: 379 p.
- BUIJS PC. *Sociaal-medische begeleiding, een zaak die alle artsen aangaat*. Medisch Contact 1988; 23: 1131-1136.
- CARNE S. *Sick absence certification. Analysis of one group practice in 1967*. British Medical Journal 1969; 1: 147-149.
- COE J. *The physicians's role in sickness absence certification: a reconsideration*. Journal of Occupational Medicine 1975; 17: 722-724.
- COGGON D. *Sickness absence: the doctor's role*. British Medical Journal 1988; 297: 636-637.
- CONDREN L, COX J, McCORMICK JS, SULLIVAN A. *Certification of unfitness for work*. Irish Medical Journal 1984; 77: 159-160.
- COURTOIS C. *Inzicht in de gezondheidseconomie, Economie en Gezondheid*. Brussel: Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie (BIGE), 1992.
- CROON NH, LANGIUS SW. *Arbeid en gezondheid: een studie van de verzekeringsgeneeskundige praktijk bij de bedrijfsverenigingen (Proefschrift)*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- CRUL BV. *De invloed van de huisarts op het kortdurend ziekteverzuim. Een vergelijkend onderzoek*. Huisarts en wetenschap 1982; 25: 102-105.
- DEBERDT R. *De aspecten van de relatie behandelende arts - controle-arts*. In: EUROFORUM. *Seminarie cursus: Oorzaken en aanpak van ziekteverzuim*. Antwerpen: Euroforum, 1992.
- DE DIJN H. *Integrale kwaliteitszorg: moderne waan of deontologische eis?* In: LUCAS/VOCA/VVI. *Integrale kwaliteitszorg in gezondheids- en welzijnsvoorzieningen*. Leuven-Apeldoorn: Garant, 1992: 52-65.
- DELIEGE D. *Les absences pour maladie dans le secteur privé*. Brussel: Centrum voor Gezondheidseconomie en Ziekenhuisbeleid, 1994.
- DE LOOF J. *Griepachtige luchtweginfecties en verkoudheden*. Huisarts Nu 1984; 13: 104-111.
- DE MAESENEER J. *Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Een explorerend onderzoek bij huisartsen-stagebegeleiders aan de R.U.Gent (Proefschrift)*. Gent: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1989: 457 p.
- DE MAESENEER J. *Huisarts en attest arbeidsongeschiktheid. Tijd voor een (gedeeltelijk) afscheid?* Tijdschrift voor Geneeskunde 1993; 49: 1413-1417.
- DE PRINS L. *Sociologische aspecten van attestlevering door de huisarts*. Tijdschrift voor Geneeskunde 1993; 49: 1425-1429.
- DE WOLF CJ, KLOSSE S, eds. *Stress en arbeidsongeschiktheid: schade vergoeden of gezondheid bevorderen?* Antwerpen-Apeldoorn: Maklu, 1992: 171 p (Menselijke schade; vol 22).
- DIRCKX A, MAES R, ROUINEAU C. *How do General Practitioners in Belgium prescribe sick leave for their patients (abstract)?* Family Practice 1991; 8: 183.
- DIRCKX A, ROUINEAU C, MAES R, DE BIE P, AVONTS D. *Houdt een huisarts bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid enkel rekening met strikt medische factoren?* In: VLAAMS HUISARTSEN INSTITUUT (VHI). *Verslagboek negende en tiende referatendag*. Antwerpen: VHI, 1993: 98-99.
- DIRCKX A, MAES R, ROUINEAU C, AVONTS D, VERLEYE G. *Het ziekte-attest*. In: VLAAMS HUISARTSEN INSTITUUT (VHI). *Verslagboek negende en tiende referatendag*. Antwerpen: VHI, 1993: 139-146.
- DONCEEL P. *Het medisch arbeidsongeschiktheidsattest. Behouden of afschaffen?* In: *Sociale*

Zekerheid in Beweging. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu, 1993: 215-225. (Menselijke schade; liber amicorum).

DONCEEL W, LEFEBRE D. *Geen medisch attest en toch minder absentisme?* Ondernemen 1990; 305-307.

EBELL MH, BIEREMA LL. *The sick employee: Medical certificates and the primary care physician*. American family physician 1991; 44: 1333-1338.

EINERHARD M, KNOL G, PRINS R, VEERMAN T. *Sickness and invalidity arrangements. Facts and figures from six European countries*. Den Haag, 1994 (forthcoming).

FOLGERO IS, LARSEN S. *Duration of sick-leave and the moment of recovery in the hotel industry*. Tidsskr Nor Laegeforen 1991; 111: 2667.

FORTUIN G. *De economische betekenis van het werkverzuim van korte duur*. Het Ingenieursblad 1965; 24: 808-810.

FRIED RA. *Commentary*. Journal of Family Practice 1988; 28: 654-655.

FUGELLI P, HARSTAD H. *Health economy in general practice*. Tidsskr Nor Laegeforen 1983; 103: 1176-1183.

GAILLARD AW, KOMPIER MA, eds. *Werkstress en arbeidsongeschiktheid: preventie en interventie*. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu, 1993: 168 p (Menselijke schade; vol 23).

GARRAWAY WM. *Sickness certification in a general practice*. Practitioner 1973; 210: 529-534.

GEERAERT M. *Arbeidsongeschiktheid. Verschillende wetgevingen en stelsels*. Tijdschrift voor Geneeskunde 1993; 49: 1418-1424.

GEERAERT M. *Juridische aspecten van de controlegeneeskunde inzake gewaarborgd loon*. Tijdschrift voor Geneeskunde 1993; 1437-1447.

GORISSEN AA, MERTENS GMH. *Op weg naar verzuimbeheersing: een onderzoek naar de directe en indirecte kosten van het verzuim op micro-niveau (working paper)*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Department of Health Economics, 1991.

GORISSEN A, MERTENS G, JANSSEN R. *Kost ziekteverzuim geld? Een verkennend onderzoek naar de directe en de indirecte kosten van het verzuim*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Economie van de Gezondheidszorg, 1991.

GROL R, WHITFIELD M, DE MAESENEER J, MOKKINK H. *Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners*. British Journal of General Practice 1990; 40: 134-136.

GROSSMARK FB, SHARER P. *A study of certification in general practice*. Practitioner 1967; 199: 354-355.

GROSFELD JAM. *De voorspelbaarheid van individuele verzuimduur*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1988.

HARDY A. *Regression with dummy variables, Quantitative applications in social science*. Florida State University: A Sage University Paper, 1993.

HAVEMAN H, HALBERSTADT V, BUCKHAUSER R. *Public policy toward disabled workers*. London: Cornell University Press Ltd., 1984.

HENDERICKX E. *Afwezigheid wegens ziekte: een empirisch onderzoek naar het strategisch handelen van arbeiders en bedienden*. Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen 1985; 23: 17-41.

HESSELS I. *Langdurig ziekteverzuim: Verschillen tussen mannen en vrouwen*. Medisch Contact 1993; 48:404-406.

HOWARD G. *Medical certificates: are they necessary?* Occupational Health (Lond) 1992; 44: 258-259.

HUIZINGH E. *Inleiding SPSS/PC+ en Data Entry*. Amsterdam: Addison-Wesley Europe, 1989: 302 p.

JANVIER R. *Juridische aspecten van de controlegeneeskunde*. V.V.K. Tijdingen 1991; 8 (1b): 1-102.

KAISER CP. *Het verzekeringsgeneeskundig handelen en de verzuimduur: een studie naar het handelen en de taakopvattingen van verzekeringsgeneeskundigen en met verzekeringsgeneeskundige taken belaste bedrijfsartsen in de regio Zuid-Limburg (Proefschrift)*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1992: 182 p.

KELLER RT. *Predicting absenteeism from prior absenteeism, attitudinal factors and nonattitudinal factors*. Journal of Applied Psychology 1983; 68 (3): 538-540.

KLEIN HESSELINK DJ, KRUIDENIER HJ, VEERMAN TJ, BUIJS PC. *Afwezigheid verklaard: literatuurstudie naar determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: Nationaal Instituut voor Arbeidsomstandigheden, 1993: 128 p.

KNEPPER S. *Artikelenreeks over arbeidsongeschiktheid. Echt ziek naar objectieve maatstaven?* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991; 135: 1670-1672.

KNEPPER S, FEENSTRA H. *Ziekte of gedrag; basisbegrippen bij de behandeling van arbeidsongeschikten.* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991; 135: 1672-1676.

KNOTTNERUS JA, SOMMERS JC. *Werken en niet kunnen werken: de rol van de huisarts.* Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 138-142.

KNOTTNERUS JA, SOMMERS JC. *Werken en niet kunnen werken: werk voor de huisarts?* Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 186-190.

KOMPIER MA, SMULDERS PG, HOUTMAN IL, BLOEMHOFF A, GRUNDEMANN RW. *Vormen jongere werknemers een speciale risicogroep voor arbeidsongeschiktheid op grond van psychische aandoeningen?* Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1992; 9: 504-510.

KOOPMANSCHAP M, VAN INEVELD B. *Towards a new approach for estimating indirect costs of disease.* Social Science and Medicine 1992; 34: 1005-1010.

KRAFT TB. *Overspanning en verkoudheid.* Medisch contact 1991; 46: 1551-1552.

KRUIDENIER HJ. *De kosten van ziekteverzuim voor werkgevers.* Maandblad voor Arbeidsomstandigheden 1991; 11: 719-722.

KUIPER JP. *Arbeidsverzuim als therapeuticum.* Huisarts en wetenschap 1981; 24: 58-63.

LAHAYE D. *De medische beoordeling van de activiteits- en arbeidsongeschiktheid.* Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde 1987; 40-43.

LAMBERTS H, WOOD M. *International Classification of Primary Care (ICPC).* Oxford: Oxford University Press, 1987.

LANGIUS SW, STEEN WJ. *Arbeidsconflict en psychische stoornis.* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991; 135: 1665-1667.

LEFEBRE D. *Beleving van ziektemelding en werkhervatting.* Zwevegem: Beckaert, personeelsdienst, 1991 (niet-gepubliceerd).

LUNN JE, RIDER JG, WATERS WH, CHARNOCK RB. *Certification of unfitness for work.* Journal of Royal College of General Practitioners 1970; 19: 215-222.

MAYHEW HE, NORDLUND DJ. *Absenteeism certification: The physician's role.* Journal of Family Practice 1988; 26: 651-655.

McEWAN IM. *Absenteeism and sickness absence.* Postgraduate Medicine Journal 1991; 67: 1067-1071.

MEYMAN T, JACOBS H, VAN DEN BERGH O, ANSOMS S, SCHIEPERS M. *De psychische component in arbeidsbelasting, arbeids(on)geschiktheid en arbeidsgeneeskundig toezicht.* Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging van Arbeidsgeneeskunde, 1991.

MONDAY J, THERRIEN S, DUGUAY M ET AL. *The physician and disability certificates: preconceived attitudes and behaviors.* Canadian Journal of Psychiatry 1988; 33: 599-605.

MUDDE EC. *Ziekteverzuim in uitvoering: de interactie tussen arts, rapporteur en cliënt in de uitvoeringspraktijk van de Ziektewet bij het Sociaal Fonds Bouwnijverheid (SBF) (Deelrapport project Ziektewet).* Amsterdam: Hugo Sinzheimer Instituut, 1992: 215 p.

MURFIN D. *Medical sickness certification: why not review the role of the general practitioner?* British Journal of General Practice 1990; 40: 313-316.

NN. *Ziekteverzuim, rugklachten, burn-out en arbeidsomstandigheden in de verzorgingssector.* Heverlee: Interbedrijfsgeneeskundige dienst voor werkgevers, 1993.

NN. *Statistische gegevens betreffende het geneesherenkorps, tandartsen, veeartsen en apothekers.* Brussel: Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, Centrum voor informatieverwerking, 1992.

PEETERS R, VAN SPRUNDEL M, MEKENS A. *Ziektegedrag bij migranten.* Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 11: 278-280.

PETERSEN C, VAN DEN BOSCH FAJ. *Economie en arbeidsongeschiktheid, Analyse en beleid.* Deventer: Sociale zekerheidsreeks; 7-8, 1983.

PHILIPSEN H. *Afwezigheid wegens ziekte: een onderzoek naar oorzaken van verschillen in ziekteverzuim tussen 82 middelgrote bedrijven.* Leiden: NIPG/TNO, 1966.

PHILIPSEN H. *Afwezigheid wegens ziekte.* Groningen: Wolters-Noordhoff, 1969.

POLAK BS, DE RUITER AR. *De begeleidende en conflict voorkomende rol van de huisarts bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Ziektewet, AAW/WAO).* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1984; 9: 408-412.

POLISSAR L, DIEHR P. *Regression analysis in health services research: the use of dummy variables.* Medical Care 1982; 20: 959-966.

PRINS R. *Arbeidsongeschiktheid en gezondheidszorg.* Medisch Contact 1992; 48: 1416-1420.

PRINS R. *Arbeidsverzuim in internationaal perspectief: enkele kanttekeningen bij buitenlandse verzuimcijfers*. Stichting Coördinatie van Communicatie m.b.t. gegevens voor Onderzoek inzake Ziekteverzuim (CCOZ), 1981.

PRINS R. *Sickness absence in Belgium, Germany and the Netherlands: a comparative study*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990: 227 p.

PRINS R, PEETERS R. *Afwezigheid in België en Nederland. Gezondheid en Samenleving* 1985; 4: 296-303.

PRINS R, VEERMAN TJ, ANDRIESSEN S. *Work incapacity in a cross-national perspective: a pilot study on arrangements and data in six countries*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1992.

PRINS R, VEERMAN TJ, KOSTER MK. *De uitvoering van arbeidsongeschiktheidsregelingen in België, Duitsland en Zweden. Buitenlandse antwoorden op Nederlandse vragen?* Zoetermeer: Sociale Verzekeringsraad, 1993: 202 p (Rapporten; R 93/10).

PRINS R, VEERMAN TJ, KOSTER MK. *Work incapacity and invalidity in Belgium, Germany, Sweden and the Netherlands: Four monographs on benefit and rehabilitation arrangements*. Zoetermeer: Sociale Verzekeringsraad, 1993: 130 p (Rapporten; R 93/11).

QUAETHOVEN P, WUYTS I, COLLA A. *Ziekteverzuim in openbare instellingen*. Acta Hospitalia 1989; 41-50.

RAES K. *Ethisch-juridische aspecten van medische getuigschriften*. Tijdschrift voor Geneeskunde 1993; 1430-1436.

RUTLE O, FORSEN L. *Inter-doctor variations in general practice*. Oslo: SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning, 1984 (Rapport 1984; 8) (English summary).

SALOWSKY H. *Individuelle Fehlzeiten in westlichen Industrieländern*. Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft, 1980.

SALOWSKY H. *Fehlzeiten; ein internationaler Vergleich*. Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft, 1983.

SALOWSKY H. *Fehlzeiten; ein internationaler Vergleich*. Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft, 1991.

SAXER C, PEETERS R, MEHEUS A. *Deeltijds werk en ziekteverzuim bij arbeidsters*. Belg. Arch. Soc. Gen., Hyg., Arbeidsg. & Ger. Gen. 1985; 43: 32-40.

SCHALK MJD. *Determinanten van veelvuldig kortdurend ziekteverzuim: Een*

wetenschappelijke proeve op het gebied van de sociale wetenschappen (Proefschrift). 's-Gravenhage: Delwel, 1989: 195 p.

SCHROER CA. *Ziekteverzuim wegens overspanning: een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop (Proefschrift)*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1993: 288 p.

SCHROER CA, NIJHUIS FJ, VAN ZUTPHEN W. *Gebruik en betekenis van de term overspanning in de geneeskundige literatuur*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1988; 66: 163-167.

SCOTT R, ANDERSON JA, CARTWRIGHT A. *Just what the doctor ordered*. British Medical Journal 1960; 2: 293-299.

SMULDERS PGW. *Bedrijfskenmerken en ziekteverzuim in de jaren 60 en 80; een vergelijkende studie*. Leiden: NIPG/TNO, 1984 a.

SMULDERS PGW. *Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek: de resultaten van 318 studies samengevat*. Leiden: NIPG/TNO, 1984 b: 321 p.

SMULDERS PGW, VEERMAN TJ, eds. *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk*. 's-Gravenhage: Delwel, 1993: 239 p.

SOETERS J, PRINS R. *Health care facilities and work incapacity: a comparison of the situation in the Netherlands with that in six other West European countries*. International Social Security Revue 1985; 2: 141-156.

STUER H. *Werkverzuim en het geneeskundig attest*. Huisarts Nu 1977; 2: 46-48.

TAYLOR PJ. *Self-certification for brief spells of sickness absence*. British Medical Journal 1969; 1: 144-147.

TELLNES G. *Sickness Certification in General Practice: A Review*. Family Practice 1989; 6: 58-65.

TELLNES G. *Duration of Episodes of Sickness Certification*. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1989; 7: 237-244.

TELLNES G. *Days Lost by Sickness Certification*. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1989; 7: 245-251.

TELLNES G, BJERKEDAL T. *Epidemiology of Sickness Certification: a methodological approach based on a study from Buskerud county in Norway*. Scandinavian Journal of Social Medicine 1989; 17: 245-251.

TELLNES G, BRUUSGAARD D, SANDVIK L. *Occupational Factors in Sickness Certification*. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1990; 8: 37-44.

TELLNES G, SANDVIK L, MOUM T. *Inter-doctor Variation in Sickness Certification*. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1990; 8: 45-52.

TELLNES G, SVENDSEN KB, BRUUSGAARD D, BJERKEDAL T. *Incidence of Sickness Certification: Proposal for use as a health status indicator*. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1989; 7: 111-117.

TOON PD. *Ethical aspects of medical certification by general practitioners*. British Journal of General Practice 1992; 42: 486-488.

VANDENDRIESSCHE R. *De adviserend geneesheer. De samenwerking met de behandelend geneesheer. Het beroepsgeheim en de arbeidsrechtbank*. B.T.S.Z. 1977; 773-799.

VANDENDRIESSCHE R, LAHAYE D. *De Belgische huisarts en de arbeidsongeschiktheidsevaluatie*. In: KAGENAAR DB, STOLK AP, TIMMER LM, eds. *Huisarts en arbeidsongeschiktheid*. Brussel: Samsom Stafleu, 1985: 146-171.

VAN ECK MA. *Het beslissingsproces van de medische functie van het GAK (Proefschrift)*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990: 331 p.

VAN HAL G, PEETERS R, EYLENBOSCH W. *Verzuimcijfers in een openbare instelling: het ziekteverzuim van het personeel OCMW in Antwerpen*. Antwerpen: Universitaire Instelling Antwerpen, Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, 1986: 80 p (ESOC-publicatie; vol 6).

VAN 'T HULLENAAR RJ, VAN KONINGSVELD DB. *Oudere werknemers: beleving van werk en van verzuim. Verslag van een onderzoek naar de relaties tussen arbeidsongeschiktheid bij oudere werknemers in industriële bedrijven en hun arbeidsbelasting, arbeidsbeleving en welbevinden*. Den Haag: Commissie voor Ontwikkelingsproblematiek van Bedrijven/Sociaal-Economische Raad, 1982.

VAN WEEL C. *Functional status in primary care: COOP/WONCA charts*. Disability and Rehabilitation, 1993; 15: 96-101.

VROOMAN JC, DE KEMP A. *Arbeitsongeschiktheid: volume en arbeidsmarkt*. Economisch-statistische Berichten 1990: 942-943.

WATRIN PP. *Medische controle bij arbeidsongeschiktheid*. Diegem: Ced. Samsom, 1993: 127 p (Reeks Onderneming en Sociaal Recht; vol 4).

WEINGARTEN MA, HART J. *Sick leave certification in general practice*. Austrian Family

Physician 1984; 13: 702-711.

WIERSMA D. *Psychosociale stress en langdurige arbeidsongeschiktheid*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1979.

WILKIN D, HALLAM L, DOGGETT MA. *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford: Oxford University Press, 1992: 301 p.

WILLEMYNS L. *Ziekteverzuim, een onverantwoorde kost*. Ondernemen 1982; 65-73.

WONCA. *International Classification of Health Problems in Primary Care (3rd edn.) (ICHPPC-2-Defined)*. Oxford: Oxford University Press, 1983.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO, 1985.

INTERNATIONALE STATISTIEKEN:

EUROSTAT. *Labour force survey, Methods & definitions*. Luxemburg, 1988.

EUROSTAT. *Labour force survey, Results 1987-1991*. Luxemburg, 1993.

EUROSTAT. *Social protection & receipts, 1980-1991*. Luxemburg, 1993.

EUROSTAT. *Social protection in the memberstates of the Community*. Brussel: Commission of the European Communities, 1993.

EUROSTAT. *Digest of statistics on social protection in Europe, Volumes Sickness and Invalidity*. Luxemburg, 1994 (forthcoming).

BELGIE:

Federatie van de Chemische Nijverheid. *Het absentisme van 1981-1991*. Brussel, 1993.

Fonds der Beroepsziekten. *Statistische gegevens*. Brussel, 1993.

Kledingfederatie. *Resultaten enquête sociale zaken*. Brussel, 1993.

Nationaal Instituut voor de Statistiek. *Statistiek van de arbeidsongevallen*. Brussel: Ministerie van Economische Zaken, jaarlijks.

RIZIV. *Financiële en statistische gegevens*. Brussel: Dienst voor Uitkeringen, jaarlijks.

SECUREX. *Kosten van het gewaarborgd loon in 5 sectoren*. Brussel, 1994.

NEDERLAND:

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen, omslagleden*. Den Haag, 1990.

Gemeenschappelijk Administratiekantoor. *Jaarlijks verslag over het boekjaar, 1982-1992*.

Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg / TNO. *Het ziekteverzuim in 1979-1991*. Leiden, 1980-1992.

Sociale Verzekeringsraad. *Volume arbeidsongeschiktheid 1980-1992*. Zoetermeer, 1993.

DUITSLAND:

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. *Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse*. Bonn, 1992.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. *Betrieblicher Krankenstand*. Köln, 1992.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften*. Sankt Augustin, 1992.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. *Statistik Rentenbestand*. Frankfurt, 1993.

FRANKRIJK:

CNAMTS. *Carnets statistiques*. Paris: Département Statistique, 1991.

INSEE. *Structure des salaires*. Paris, 1986.

GROOT-BRITTANNIE:

Confederation of British Industry. *Results of the Absenteeism Survey*. London, 1993.

Department of Social Security. *Labour Force Survey*. London: Central Office of Information, 1991.

INHOUDSTAFEL

INLEIDING

DEEL I :

Het toekennen van arbeidsongeschiktheid in de huisartsgeneeskunde : een exploratief empirische analyse

Inleiding 1.2

HOOFDSTUK I :

Literatuuronderzoek

1.1. Oorzaken van en invloed op het ziekteverzuim	1.5
1.1.1. Maatschappij-gebonden kenmerken	1.5
1.1.2. Structuur en wettelijk kader van de sociale zekerheid en van de gezondheidszorg	1.6
1.1.3. Persoonskenmerken	1.6
1.1.4. Bedrijfs- en functiegerelateerde kenmerken	1.7
1.1.5. Artsgebonden kenmerken	1.7
1.2. Literatuuroverzicht in verband met ziekteverzuim in het algemeen	1.8
1.2.1. Studie van Grosfeld (1988)	1.9
1.2.1.1. Doel van de studie	1.9
1.2.1.2. De steekproef	1.9
1.2.1.3. Verklarende of onafhankelijke variabelen	1.9
1.2.1.4. De afhankelijke variabele	1.10
1.2.1.5. Toegepaste analysetechnieken	1.10
1.2.1.6. Voorstelling van de gevonden resultaten	1.10
1.2.2. Studie van Schalk (1989)	1.12
1.2.2.1. Doel van de studie	1.12
1.2.2.2. De steekproef	1.13
1.2.2.3. Verklarende of onafhankelijke variabelen	1.13
1.2.2.4. De afhankelijke variabele	1.13
1.2.2.5. Toegepaste analysetechnieken	1.14
1.2.2.6. Voorstelling van de resultaten	1.15
1.2.3. Studie van Henderickx (1985)	1.16
1.2.3.1. Doel van de studie	1.16
1.2.3.2. De steekproef	1.16
1.2.3.3. Verklarende variabelen	1.17
1.2.3.4. De afhankelijke variabele	1.17
1.2.3.5. Toegepaste analysetechnieken	1.18
1.2.3.6. Voorstelling van de resultaten	1.18

1.2.4. Studie van Quaethoven, Wuyts en Colla (1989)	1.19
1.2.4.1. Doel van de studie	1.19
1.2.4.2. De steekproef	1.19
1.2.4.3. Verklarende variabelen	1.19
1.2.4.4. De afhankelijke variabelen	1.20
1.2.4.5. Toegepaste analysetechnieken	1.20
1.2.4.6. Voorstelling van de gevonden resultaten	1.20
1.2.5. Studie van Smulders (1984,a)	1.21
1.2.5.1. Doel van de studie	1.21
1.2.5.2. De onderzoekspopulatie	1.22
1.2.5.3. De verklarende variabelen	1.22
1.2.5.4. De afhankelijke variabele	1.22
1.2.5.5. Toegepaste analysetechnieken	1.22
1.2.5.6. Bespreking van de resultaten	1.23
1.2.6. Literatuurstudie van Smulders (1984,b)	1.23
1.2.6.1. Onderzoeksdomein	1.23
1.2.6.2. Voorstelling van de resultaten	1.24
1.2.7. Literatuurstudie van Klein Hesselink e.a. (1993)	1.25
1.2.7.1. Afbakening van onderzoeksdomein	1.25
1.2.7.2. Determinanten van het ziekteverzuim	1.25
1.3. Literatuurstudie in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid door artsen	1.29
1.3.1. Toekennen van arbeidsongeschiktheid door de huisarts	1.29
1.3.1.1. Maatstaven	1.30
1.3.1.2. Epidemiologische gegevens	1.31
1.3.1.3. Interdoktervariatie bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid	1.32
1.3.2. Nederlands onderzoek in verband met de beoordeling van arbeidsongeschiktheid	1.34
1.3.2.1. Studie van Kaiser (1992)	1.35
1.3.2.2. Studie van van Eck (1990)	1.36
1.4. Formulering van hypothesen met betrekking tot de invloed van werknemers- of patiëntkenmerken en artskenmerken op het ziekteverzuim	1.38
1.4.1. Werknemers- of patiëntkenmerken	1.38
1.4.1.1. Personalialia	1.39
1.4.1.2. Gezondheidstoestand (5)	1.39
1.4.1.3. Gezins- en thuissituatie	1.40
1.4.1.4. Functiegerelateerde factoren	1.40
1.4.2. Huisartsgebonden kenmerken	1.42
1.4.2.1. Personalialia	1.42
1.4.2.2. Praktijkkenmerken	1.42
1.4.2.3. Nevenactiviteiten	1.43
1.4.2.4. Attitudes en opinies met betrekking tot attesteren van arbeidsongeschiktheid	1.43

HOOFDSTUK 2 :

Onderzoeksmethoden van het empirisch onderzoek

2.1. Het vooronderzoek	I.44
2.2. Keuze van de vier diagnoses voor het hoofdonderzoek	I.45
2.3. Omschrijving van de vier diagnoses uit het hoofdonderzoek	I.46
2.4. Steekproefsamenstelling	I.47
2.5. Dataverzameling	I.48
2.5.1. Het registratieformulier	I.48
2.5.2. De patiëntenvragenlijst	I.49
2.5.3. De gedateerde weektabellen	I.50
2.5.4. De artsenvragenlijst	I.50
2.5.5. Bespreking	I.51
2.6. Analysemethode	I.52
2.7. Definities	I.52
Bijlage 2.1. : Registratieformulier arts	
Bijlage 2.2. : Patiëntenvragenlijst	
Bijlage 2.3. : Weektabellen	
Bijlage 2.4. : Artsenvragenlijst	
Bijlage 2.5. : Schematisch overzicht van de variabelen in de verschillende onderzoeksinstrumenten	

HOOFDSTUK 3 : Beschrijvende analyse van arts-praktijk- en patiëntkenmerken

3.1. Huisarts- en praktijkkenmerken	I.80
3.1.1. Huisartskenmerken	I.80
3.1.2. Praktijkkenmerken	I.81
3.2. Beschrijving van de patiëntkenmerken	I.86
3.2.1. Algemene patiëntkenmerken op basis van de registratieformulieren	I.86
3.2.2. Patiëntkenmerken op basis van de patiëntenvragenlijst	I.88
3.2.2.1. Algemene patiëntkenmerken	I.88
3.2.2.2. Belastende factoren in de thuissituatie	I.89
3.2.2.3. Werksituatie	I.89
3.2.2.4. Gezondheidstoestand	I.90
3.2.2.5. Verzuimverleden	I.92
3.2.2.6. Duur en trouw van de arts-patiëntrelatie	I.92
3.2.2.7. Bruto-maandloon en ziekenfondsstatuut	I.92
3.3. Bespreking	I.92

HOOFDSTUK 4 :

Beschrijvend inzicht in de arbeidsongeschiktheid

4.1. Het toekennen van arbeidsongeschiktheid door Belgische huisartsen	I.94
4.1.1. Gegevens op basis van attesten voor alle diagnoses samen	I.94
4.1.2. Gegevens voor de vier diagnoses (op basis van de artsenregistratie)	I.96
4.1.2.1. Frequentie van het attesteren	I.97
4.1.2.2. Arbeidsongeschiktheidsduur	I.99
4.1.3. Gegevens voor de vier diagnoses (op basis van de patiënten-relatie)	I.102
4.1.4. Bespreking	I.104
4.2. Kosten van het ziekteverlof	I.104
4.2.1. Medische kosten van het ziekteverlof	I.104
4.2.2. Totale niet-medische kosten van het ziekteverzuim voor werkgever en RIZIV	I.109
4.2.3. Enkele bedenkingen	I.111
4.3. Verzuimredenen van de patiënt	I.112
4.3.1. Mogelijke verzuimredenen	I.113
4.3.2. Verband tussen verzuimredenen en patiëntkenmerken	I.115
4.3.2.1. Strikt medische verzuimredenen	I.115
4.3.2.2. Familiale verzuimredenen	I.119
4.3.2.3. Arbeidsgebonden verzuimredenen	I.119
4.4. Beslissingsfactoren van de arts bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid	I.120
4.4.1. Inventaris beslissingselementen van het toekennen van arbeidsongeschiktheid	I.120
4.4.2. Invloed van de beslissingselementen op de duur van het ziekteverlof	I.124
4.4.3. Bivariate samenhangen tussen de beslissingselementen en het voorschrijfgedrag van de huisarts	I.125
4.5. Opinie van de patiënt over de verplichte attestering in België	I.130
4.6. Opinie en attitude van de huisartsen	I.135
4.6.1. Attitude van de artsen in verband met het omgaan met onzekerheden op medisch gebied	I.136
4.6.2. Attitude van de artsen met betrekking tot het toekennen van arbeidsongeschiktheid	I.141
4.6.3. Bivariate samenhangen tussen de attitude-elementen en het voorschrijfgedrag van de huisarts	I.151
4.7. Samenvatting en besluit	I.156

HOOFDSTUK 5 :
Verklarende analyse

5.1. Verklarende variabelen	I.161
5.1.1. Artskenmerken	I.161
5.1.1.1. Personalialia	I.162
5.1.1.2. Praktijkgegevens	I.162
5.1.1.3. Onderzoek en navorming	I.162
5.1.1.4. Attitudes van de arts	I.162
5.1.2. Patiëntkenmerken	I.164
5.1.2.1. Personalialia	I.164
5.1.2.2. Gezins- en thuissituatie	I.164
5.1.2.3. Functie- en bedrijfsgerelateerde factoren	I.165
5.1.2.4. Algemene gezondheidstoestand van de patiënt	I.165
5.1.3. Selectie van patiënt- en artsgebonden factoren	I.167
5.1.4. Effect van diagnose	I.168
5.1.5. Effect van 'dag van de week'	I.168
5.2. Determinanten van het al dan niet voorschrijven van een eerste attest	I.169
5.2.1. Bivariate analyse	I.169
5.2.2. Multivariate analyse	I.171
5.3. Determinanten van de duur van een eerste attest	I.174
5.3.1. Bivariate analyse	I.174
5.3.2. Multivariate analyse	I.176
5.4. Determinanten van de totale duur van een ziekteperiode	I.178
5.4.1. Bivariate analyse	I.178
5.4.2. Multivariate analyse	I.179
5.5. Determinanten van de totale medische kost	I.181
5.5.1. Bivariate analyse	I.181
5.5.2. Multivariate analyse : bespreking van de resultaten	I.182
5.5.3. Determinanten van de huisartskosten	I.185
5.5.4. Determinanten van het voorschrijfgedrag van de arts	I.185
5.6. Besluit	I.186

Bijlage 5.1. : Resultaten van het logit-model voor het al dan niet voorschrijven van een eerste attest

Bijlage 5.2. : Resultaten van het log-lineair model voor de duur van een eerste attest

Bijlage 5.3. : Resultaten van het log-lineair model voor de totale duur van de ziekteperiode

Bijlage 5.4. : Resultaten van het log-lineair model voor de totale medische kosten

Bijlage 5.5. : Resultaten van het log-lineair model voor de huisartskosten

Bijlage 5.6. : Resultaten van het logit model voor het al dan niet voorschrijven van medicatie

Bijlage 5.7. : Resultaten van het log-lineair model voor de kosten voor voorgeschreven medicatie

HOOFDSTUK 6 :
Samenvattingen en besluit

6.1. Achtergrond en doelstellingen van het onderzoek	I.198
6.2. Onderzoeksmethode	I.199
6.3. Belangrijke kengetallen in verband met de attestering	I.201
6.4. Verzuimredenen van de patiënt	I.203
6.5. De beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door de arts	I.203
6.6. Determinanten van de omvang en de kosten van de arbeidsongeschiktheid	I.204
6.7. Rol van het attest	I.205
6.8. Beleidsrelevantie en suggesties voor verder onderzoek	I.208

LIJST VAN TABELLEN

- Tabel 1.1 : Voorstelling van de resultaten van Grosfeld, 1988, enkel met betrekking tot de invloed op de duur van het verzuim
- Tabel 1.2 : Voorstelling van de resultaten van Schalk
- Tabel 1.3 : Voorstelling van de resultaten van Henderickx
- Tabel 1.4 : Voorstelling van de resultaten van Quaethoven e.a. enkel voor de multivariate analyse en voor personeelsleden met een gemiddelde afwezigheidsduur van hoogstens 30 dagen
- Tabel 1.5 : Voorstelling van de resultaten van het meta-onderzoek van Smulders
- Tabel 1.6 : Voorstelling van de resultaten van het meta-onderzoek van Klein Hesselink
-
- Tabel 3.1 : Verdeling huisartsen naar geslacht en leeftijd (in %)
- Tabel 3.2 : Verdeling van het aantal contacten per week (in %)
- Tabel 3.3 : Gezinsituatie (in steekproef %)
- Tabel 3.4 : Belastende factoren in de thuissituatie, N=1430
- Tabel 3.5 : Arbeidsomstandigheden (in steekproef %, enkel voor tewerkgestelden), N=1396
-
- Tabel 4.1 : Verdeling van de attesten over de duur (n=8238)
- Tabel 4.2 : Verdeling van de uitgeschreven attesten en modale duur van het attest per dag van de week
- Tabel 4.3 : Verdeling van de registraties over de vier diagnoses
- Tabel 4.4 : Gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur per diagnose, voor een totale ziekteperiode (N=1843) en voor een eerste attest (N=1730)
- Tabel 4.5 : Aantal huisartscontacten (huisbezoeken en raadplegingen), het aantal gekochte geneesmiddelen (met of zonder voorschrift), uitgevoerde labo- en radiologische onderzoeken, raadplegingen van specialisten en kinesisten voor 1430 geregistreerde ziekteperiodes

- Tabel 4.6 : Relatief aandeel van de kostencomponenten in de totale medische kost per ziekteperiode (N=1292)
- Tabel 4.7 : Gemiddelde kosten voor de totale ziekteperiode per diagnose (N=1292)
- Tabel 4.8 : Frequentieverdeling van de verzuimredenen van patiënten, N=1396 (in steekproef %)
- Tabel 4.9 : Verband tussen socio-demografische patiëntkenmerken en verzuimredenen, in % patiënten met een eerste attest (N=1031) : een X^2 -test
- Tabel 4.10: Verband tussen kenmerken van de thuis- en de arbeidssituatie van de patiënt en verzuimredenen, in % patiënten met een eerste attest (N=1031) : een X^2 -test
- Tabel 4.11: Verband tussen algemene gezondheidskenmerken van de patiënt en verzuimredenen, in % patiënten met een eerste attest (N=1031) : een X^2 -test $p < 0,05$
- Tabel 4.12: Aandeel van verschillende beslissingselementen in het toekennen van arbeidsongeschiktheid door de arts (in % contacten met of zonder attest) (N=2021)
- Tabel 4.13: Significante beoordelingsverschillen tussen de diagnoses onderling (proportietesten). Percentage beslissingen vermeld waarin het beoordelings-element een rol speelt per diagnose (N=2021)
- Tabel 4.14: Invloed van de beslissingsfactoren van de arts op de duur van het ziekteverlof in die gevallen waarin de arts oordeelt dat de betreffende factor een matige tot grote rol speelt in zijn beslissing tot het al dan niet toekennen van ziekteverlof
- Tabel 4.15: Bivariate samenhangen tussen de beslissingselementen van de arts en de kans op het uitschrijven van een eerste attest : een χ^2 -test (N=2021)
- Tabel 4.16: Bivariate samenhangen tussen de beslissingselementen van de arts en de duur van een eerste attest : een variantie-analyse (N=2021)
- Tabel 4.17: Verwachtingen van de patiënten over het al dan niet krijgen van ziekteverlof, in steekproef % (N=1430)
- Tabel 4.18: Mening van de patiënten over de duur van het gekregen ziekteverlof, in steekproef % (N=1430)
- Tabel 4.19: Duur van de periode van onwelzijn, vooraleer er door de huisarts en/of de patiënt werd beslist dat werken niet meer mogelijk was, in steekproef % (N=1430)
- Tabel 4.20: Argumenten van de voorstanders van de verplichte attestering (n=1115)

- Tabel 4.21: Argumenten van de tegenstanders van de verplichte attestering (n=271)
- Tabel 4.22: Verband tussen patiëntkenmerken en een negatieve houding t.o.v. het attest (wens tot afschaffen), X²-toets, p<0,05
- Tabel 4.23: Percentages patiënten dat bij het afschaffen van het attest toch de huisarts zou raadplegen, volgens de duur van het toegekende ziekteverlof
- Tabel 4.24: Opvattingen van huisartsen in verband met defensieve opstelling : frequentieverdeling in percentages (N=88)
- Tabel 4.25: Factorlading eerste factor (Defensieve opstelling)
- Tabel 4.26: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen van huisartsen in verband met het toekennen van arbeidsongeschiktheid (naar Kaiser, 1992) N=88
- Tabel 4.27: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 11 (UITSP11A, B, C, D), N = 88
- Tabel 4.28: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 12 (UITSP12A, B, C, D), N = 88
- Tabel 4.29: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 13 (UITSP13A, B, C, D), N = 88
- Tabel 4.30: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 14 (UITSP14), N = 88
- Tabel 4.31: Frequentieverdeling in percentages van de opvattingen in verband met uitspraak 15 (UITSP15), N = 88
- Tabel 4.32: Bivariate samenhangen tussen attitudes en opinies van de arts en de duur van een eerste attest (N=2021)
- Tabel 4.33: Bivariate samenhangen tussen attitudes en opinies van de arts en de kans op het uitschrijven van een eerste attest (N=2021)
- Tabel 5.1 : Definitie van de artsgebonden variabelen
- Tabel 5.2 : Definitie van de patiëntgebonden variabelen
- Tabel 5.3 : Definitie van de variabelen die de diagnose weergeven
- Tabel 5.4 : Definitie variabele DAGVW

- Tabel 5.5 : Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en het al dan niet toekennen van een eerste attest; alle diagnoses samen (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, p=0,10)
- Tabel 5.6 : Significante determinanten van de kans op een ziekte-attest, de duur van een eerste attest en de totale duur van de ziekteperiode
- Tabel 5.7 : Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en de duur van een eerste attest; alle diagnoses (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, p=0,10)
- Tabel 5.8 : Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en de totale duur van een ziekteperiode; alle diagnoses (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, p=0,10)
- Tabel 5.9 : Significante verbanden tussen patiënt- en artskenmerken en de totale medische kost; alle diagnoses tesamen (N=1430 voor patiëntgebonden kenmerken, N=2223 voor artsgebonden kenmerken, p=0,10)
- Tabel 5.10 : Significante effecten van verklarende variabelen op de totale medische kosten, de kosten voor huisartsconsultaties, de kans op het voorschrijven van geneesmiddelen en de kosten van geneesmiddelen

LIJST VAN FIGUREN

- Figuur 3.1 : Oordeel over het huisartsenaanbod in de praktijkregio (N=88)
- Figuur 3.2 : Oordeel over het huisartsenaanbod in de praktijkregio per geografisch gebied (N=88)
- Figuur 3.3 : Deelname aan voordrachten of cursussen georganiseerd door lokale kring, WVVH, universiteit of farmaceutische industrie (N=88)
- Figuur 3.4 : Gezinstoestand van de geregistreerde patiënten (N=2223) in %
- Figuur 3.5 : Algemene toestand, sociale ondersteuning en kwaliteit van het leven (3 items uit de Dartmouth Coop Function Charts), zoals beantwoord op een vijf-puntenschaal door 1430 patiënten : 1=uitstekend, 2=zeer goed, 3=goed, 4=eerder slecht, 5=slecht
- Figuur 4.1 : Verdeling van nieuwe ziekteperiodes en follow-ups, waarbij wel of geen attest werd uitgeschreven (N=2223)
- Figuur 4.2 : Verdeling van de uitgeschreven "eerste attesten" voor 4 diagnoses over de dagen van de week
- Figuur 4.3 : Verdeling van de totale duur van een ziekteperiode
- Figuur 4.4 : Percentage van contacten waarin wordt geattesteerd en duur van het eerste attest per diagnose
- Figuur 4.5 : Verdeling van de uitgeschreven attesten voor 4 diagnoses over de dagen van de week
- Figuur 4.6 : Frequentieverdeling van de totale medische kosten per ziekteperiode (N=1292)
- Figuur 4.7 : Frequentieverdeling van de totale loonkost voor de totale duur van de ziekteperiode (N=997)
- Figuur 4.8 : Frequentieverdeling van de somscores "Defensieve opstelling" (n=88)
- Figuur 4.9 : Attitude van de arts t.o.v. dieren en t.o.v. het nemen van risico's
- Figuur 4.10: Percentage van de patiënten die regelmatig ziek zijn en die volgens de huisarts naar een andere arts zouden gaan, indien ze naar hun geval te weinig ziekteverlof voorgeschreven krijgen

Figuur 6.1 : Aantal casussen per onderzoeksinstrument

DEEL II : Het ziekteverzuim in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk

Inleiding	II.1
HOOFDSTUK I : Wettelijk kader m.b.t. ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in België en 4 buurlanden	
1.1. BELGIE	II.3
1.1.1. Regeling in de privé-sector	II.4
1.1.1.1. Ziekte of primaire arbeidsongeschiktheid	II.4
1.1.1.2. Blijvende AO (invaliditeit)	II.6
1.1.1.3. Bijkomende regelingen	II.7
1.1.2. Publieke sector	II.8
1.2. NEDERLAND	II.9
1.2.1. Regeling in de privé-sector	II.10
1.2.1.1. Ziekte of primaire arbeidsongeschiktheid	II.10
1.2.1.2. Invaliditeit	II.12
1.2.2. Regeling in de publieke sector	II.12
1.3. DUITSLAND	II.13
1.3.1. Regeling in de privé-sector	II.13
1.3.1.1. Ziekte of primaire arbeidsongeschiktheid	II.13
1.3.1.2. Invaliditeit	II.14
1.3.1.3. Bijkomende regelingen	II.14
1.3.2. Regeling in de publieke sector	II.15
1.4. FRANKRIJK	II.16
1.4.1. Primaire arbeidsongeschiktheid	II.16
1.4.2. Invaliditeit	II.16
1.4.3. Bijkomende regelingen	II.17
1.5. VERENIGD-KONINKRIJK	II.17
1.5.1. Primaire arbeidsongeschiktheid	II.18
1.5.2. Invaliditeit	II.18
1.5.3. Bijkomende regelingen	II.18
1.6. Gelijkenissen en verschilpunten in de verschillende regelingen	II.19
1.6.1. Privé-sector	II.19
1.6.1.1. Ziekte of primaire AO	II.19
1.6.1.2. Invaliditeit	II.20
1.6.1.3. Beroepsongevallen- en ziekten	II.20
1.6.2. Publieke sector	II.21

HOOFDSTUK II :

Verzuimgegevens in een internationaal perspectief

2.1. Begrippen, maatstaven en categorieën van ziekteverzuim	II.28
2.2. Verzuimstatistieken per land	II.31
2.2.1. België	II.32
2.2.1.1. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkeringen	II.33
2.2.1.2. Federatie van de chemische nijverheid en Kledingfederatie	II.35
2.2.1.3. Verzekeringsmaatschappijen en sociale secretariaten	II.40
2.2.2. Nederland	II.43
2.2.2.1. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Diagnosestatistiek van de bedrijfsverenigingen	II.44
2.2.2.2. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG)	II.45
2.2.2.3. Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK)	II.46
2.2.3. Duitsland	II.47
2.2.4. Frankrijk	II.49
2.2.5. Groot-Brittannië	II.53
2.3. Vergelijkende studies m.b.t. ziekteverzuim	II.56
2.3.1. Studie van Salowsky	II.56
2.3.2. Studie van Prins	II.59
2.3.3. Studie van EUROSTAT	II.62
2.3.4. Studie van Einerhand e.a.	II.64
2.4. Besluit	II.66

HOOFDSTUK III :

De kosten van het ziekteverzuim en de invaliditeit in België en 4 buurlanden

3.1. Basisstatistieken per land	II.69
3.1.1. België	II.69
3.1.2. Nederland	II.78
3.1.3. Duitsland	II.83
3.1.4. Frankrijk	II.88
3.1.5. Groot-Brittannië	II.92
3.2. Studies uitgevoerd door EUROSTAT	II.94
3.3. Besluit	II.98

HOOFDSTUK IV :

Samenvattingen en besluit

4.1. Wettelijk kader	II.100
4.2. Omvang van het verzuim	II.102
4.3. Kosten van het verzuim	II.103
4.4. Slotbeschouwingen	II.105

LITERATUURLIJST	II.108
-----------------	--------

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1.1 :	Schematisch overzicht van het wettelijk kader i.v.m. ziekte en invaliditeit voor de onderzochte landen (situatie op 1/1/1994)
Tabel 2.1 :	Evolutie van de gemiddelde uitkeringsduur per geval voor primaire AO van het gemiddelde aantal ziektegevallen per 100 primaire uitkeringsgerechtigden en van het gemiddelde aantal uitkeringsdagen per primaire uitkeringsgerechtigde (PUG)
Tabel 2.2 :	Dagen van absentie (per categorie) als percentage van het aantal bezoldigde werkdagen
Tabel 2.3 :	Het absentiepercentage bij het personeel van het OCMW-Antwerpen
Tabel 2.4 :	Evolutie van het aantal uitgekeerde verzuimgevallen per 100 type-werknemers, de gemiddelde verzuimduur per geval (in uitgekeerde kalenderdagen), de gemiddelde verzuimduur per type-werknemer (in uitgekeerde kalenderdagen), telkens opgesplitst voor mannen en vrouwen (voor vrouwen zijn de gegevens exclusief normale zwangerschappen)
Tabel 2.5 :	Verzuimpercentage per bedrijfsgroep
Tabel 2.6 :	Ziekmeldingen, toekenningen en gemiddelde uitkeringsduur
Tabel 2.7 :	Tijdelijke arbeidsongeschiktheidsgevallen
Tabel 2.8 :	Verzuimpercentages, -duur en -frequentie, opgesplitst naar leeftijd en geslacht
Tabel 2.9 :	Verzuimpercentages (verzuimdagen in % van het aantal te werken dagen) opgesplitst naar geslacht, leeftijdsgroep, beoeps categorie en bedrijfstak
Tabel 2.10 :	Werknemers met ziekteverzuim gedurende de referentieweek als percentage van de actieve bevolking
Tabel 2.11 :	Ziektegevallen naar verzuimduur - relatief aandeel in het totaal
Tabel 2.12 :	Werknemers met ziekteverzuim naar frequentie gedurende de laatste 12 maanden - relatief aandeel van elk frequentietype
Tabel 2.13 :	Arbeidsverzuim % in 7 industriële landen
Tabel 2.14 :	Arbeidsverzuim % in België, Nederland, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk
Tabel 2.15 :	Gestandaardiseerde ziekteverzuimgegevens per land

- Tabel 2.16: Redenen voor arbeidsverzuim - EUR 12 - 1988 (in %)
- Tabel 2.17: Wegens ziekte of letsel verzuimde werkuren in % van het normale aantal te werken uren
- Tabel 2.18: Primaire AO en invaliditeit
- Tabel 3.1: Kosten van het gewaarborgd loon in 5 sectoren (België)
- Tabel 3.2: Gemiddelde uitkeringsbedragen voor de primaire AO per geval en per uitkeringsgerechtigde (België)
- Tabel 3.3: Aantal intredens, uittredens, netto-verandering en totaal aantal invaliden (België)
- Tabel 3.4: Bijkomende kencijfers in het kader van de ziekwet (Nederland)
- Tabel 3.5: Krankengeld : gevallen, dagen, uitkeringen, absolute getallen en per aangeslotene (periode 1987-1991) (Duitsland)
- Tabel 3.6: Arbeidsongeschiktheid : gevallen, dagen, gewaarborgd loon in DM (per dag, geval en verzekerde), periode 1987-1991 (Duitsland)
- Tabel 3.7: Invaliditeit : Aantal lopende gevallen, gemiddelde maandelijks uitkering en totale uitkeringsbedrag per jaar (Duitsland)
- Tabel 3.8: Uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten (Duitsland)

LIJST VAN FIGUREN

- Figuur 2.1: Evolutie van het totale verzuimpercentage (oorzaken 1-5 en oorzaken 1-7 samen)
- Figuur 2.2: Evolutie van het verzuimpercentage voor oorzaak 1, 3 en 7
- Figuur 3.1: Evolutie van uitkeringsbedragen voor ziekte, invaliditeit en moederschap (België)
- Figuur 3.2: Evolutie van uitkeringsbedragen voor arbeidsongevallen (België)
- Figuur 3.3: Evolutie van uitkeringsbedragen voor beroepsziekten (België)
- Figuur 3.4: Evolutie van uitkeringsbedragen in het kader van de ziekwet (Nederland)
- Figuur 3.5: Evolutie van uitkeringsbedragen in het kader van de invaliditeit in de privé-sector (som van AAW en WAO-uitkeringen) (Nederland)
- Figuur 3.6: Evolutie van de uitkeringen onder de vorm van gewaarborgd loon en Krankengeld in Duitsland in de privé-sector (Duitsland)
- Figuur 3.7: Evolutie van de uitkeringen tijdens de periode van ziekte en invaliditeit en bevallingsverlof (Frankrijk)
- Figuur 3.8: Evolutie van het aantal dagelijkse uitkeringen in het kader van de ziekwet (Frankrijk)
- Figuur 3.9: Evolutie van de uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten (Frankrijk)
- Figuur 3.10: Evolutie van de sociale zekerheidsuitkeringen voor ziekte, invaliditeit en moederschap (Groot-Brittannië)
- Figuur 3.11: Evolutie van het aantal gevallen voor ziekte-invaliditeit en moederschap (Groot-Brittannië)
- Figuur 3.12: Evolutie van het aandeel van de totale uitgaven voor ziekte, invaliditeit, beroepsziekten, arbeidsongevallen en moederschap in het BBP voor de 5 bestudeerde landen
- Figuur 3.13: Evolutie van het aandeel van de cash benefits voor ziekte in het BBP voor de 5 bestudeerde landen
- Figuur 3.14: Evolutie van het aandeel van de cash benefits voor invaliditeit in het BBP voor de 5 bestudeerde landen

LIJST VAN RECENTE SESO-RAPPORTEN

KONINGS J., Do small plants really create most jobs ? Testing convergence of establishments in the U.K., March 1994, 29 blz. (94/298)

CORTENS I., Herwaardering van het leerkrachtenambt, maart 1994, 56 blz. (94/299)

JANSSENS I., Macro-economische indicatoren van het RIZIV binnen het stelsel van de Sociale Zekerheid, april 1994, 40 blz. (94/300)

DE BORGER B., MAYERES I., PROOST S. & S. WOUTERS, SOCIAL COST PRICING OF URBAN PASSENGER TRANSPORT - with an illustration for Belgium, April 1994, 53 blz. (94/301)

DE GRAEVE D. & W. NONNEMAN, De economische kosten van AIDS en HIV-infectie in België. Een situatieschets voor 1993, mei 1994, 25 blz. (94/302)

DE GRAEVE D. & W. NONNEMAN, Pharmacoeconomic studies : pitfalls and problems, June 1994, 21 blz. (94/303)

DE BORGER B. & K. KERSTENS, Produktiviteit en efficiëntie in de Belgische publieke sector : situering en resultaten van recent onderzoek, juni 1994, 40 blz. (94/304)

SCHROYEN F., Informational feasibility, decentralization and public finance mechanisms, July 1994, 35 blz. (94/305)

VAN GOMPEL J., Optimal wage indexation with exchange rate uncertainty in an oligopolistic and unionized economy, July 1994, 22 blz. (94/306)

VANDEBUSSCHE H., Twin cases : Cartels and European antidumping policy, August 1994, 40 blz. (94/307)

VANHOUDT P., Wat denken economen over lange-termijn economische groei ? Een overzicht, augustus 1994, 32 p. (94/308)

KESENNE S., Win maximization and the distribution of playing talent in professional team sports, September 1994, 22 p. (94/309)

KONINGS J., Hoe verschillen opvattingen over wat "fair" is tussen economen en niet-economen ?, september 1994, 27 p. (94/310)

WITLOX F., Discrete choice modelling in a context of spatial choice behaviour : a survey, September 1994, 83 p. (94/311)

SCHROYEN F., Optimal non-linear income taxation when income from elastic labour supply is costly to monitor, October 1994, 39 p. (94/312)