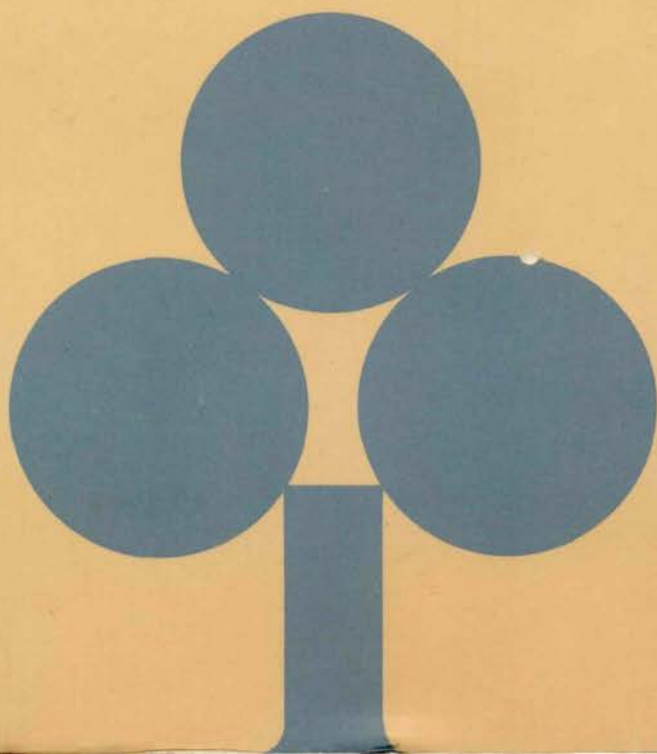


# Arbeidsongeschiktheid

Een multidisciplinaire benadering

Onderredactie van

Drs.F.A.J.vanden Bosch en Drs.C.Petersen



# Arbeidsongeschiktheid

---

# Sociale zekerheidsreeks nr. 7

onder redactie van Prof. Dr. G. M. J. Veldkamp

---

# Arbeidsongeschiktheid

## Een multidisciplinaire benadering

---

onder redactie van Drs. F. A. J. van den Bosch en Drs. C. Petersen

*Met medewerking van*

DRS. F. A. J. VAN DEN BOSCH  
DRS. H. EMANUEL  
DR. J. TH. H. GROND  
MR. J. G. HIBBELN  
DRS. H. G. HILVERINK  
J. W. KOTEN, ARTS  
MR. W. M. LEVELT-OVERMARS  
DR. J. H. R. VANDER PAS  
D. DE PATER, ARTS  
DRS. C. PETERSEN  
PROF. DR. B. M. S. VAN PRAAG  
PROF. DR. G. M. J. VELDKAMP

1981

KLUWER · DEVENTER

De bijdrage van B.M.S. van Praag verscheen eerder in Sociaal Maandblad Arbeid, 1980, pag. 879-887; die van H. Emanuel verscheen eerder in J.J. Klant e.a. (red.), Samenleving en onderzoek, pag. 93-133, Leiden, 1979; die van H.G. Hilverink verscheen eerder in Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 1978, pag. 621-626; die van F.A.J. van den Bosch en C. Petersen betreffende de verborgen werkloosheid in de WAO is een meer uitgewerkte versie van het eerder verschenen artikel in Economisch Statistische Berichten, 1980, pag. 52-58; die van F.A.J. van den Bosch en C. Petersen betreffende arbeidsongeschiktheid als economisch begrip verscheen eerder in Economisch Statistische Berichten, 1980, pag. 1344-1350; die van W.M. Levelt-Overmars verscheen eerder in Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 1979, pag. 902-908; die van J.G. Hibbels verscheen eerder in Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 1979, pag. 890-901; die van J.H.R. van der Pas is een herziene versie van het eerder verschenen artikel in Sociaal Maandblad Arbeid, 1978, pag. 479 e.v.; die van J.W. Koten verscheen eerder in Arbeidsongeschiedt enkele invalshoeken, 1977, pag. 25-33, uitgave GMD; die van J.Th.H. Grond en D. de Pater verscheen eerder in Medisch Contact, 1980, p. 1131-1136.

142  
B  
36

Ontwerp omslag: Pieter J. van der Sman

ISBN 90 312 0153 7

© 1981, Kluwer, Deventer

Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht, c.q. de uitgeefster van deze uitgave, door de rechthebbende(n) gemachtigd namens hem (hen) op te treden, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

De uitgeefster is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoedingen voor kopiëren, als bedoeld in artikel 17 lid 2, Auteurswet 1912 en in het KB van 20 juni 1974 (Stb. 351) ex artikel 16b, Auteurswet 1912, te innen en/of daartoe in en buiten rechte op te treden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the written permission of the publisher.

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK  
Erasmus Universiteit  
Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA ROTTERDAM

# Inhoud

<i>Prof. Dr. G.M.J. Veldkamp</i> Voorwoord	7
<i>Drs. F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen</i> Inleiding	9
<i>Prof. Dr. B.M.S. van Praag</i> Ontwikkelingen in arbeidsongeschiktheid	13
<i>Drs. H. Emanuel</i> Achtergronden van het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel in Nederland	25
<i>Drs. H.G. Hilverink</i> Arbeidsongeschied of arbeid ongeschikt?	63
<i>Drs. F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen</i> De omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO; Nieuwe schattingen voor de periode 1968-1982	77
<i>Drs. F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen</i> Arbeidsongeschiktheid als economisch begrip; Een theoretische en empirische analyse inzake de ontwikkeling van arbeidsongeschiktheid op mesoniveau	97
<i>Mr. W.M. Levelt-Overmars</i> De wet is goed en rechtvaardig. Geldt dit ook voor AAW en WAO?	117
<i>Mr. J.G. Hibbeln</i> AAW en WAO nemen zoals zij zijn: een uitdaging!	131
<i>Dr. J.H.R. van der Pas</i> Arbeidsongeschiktheidscriteria – van ongevallenwetten naar arbeidsongeschiktheidswetten	157
	5

INHOUD

*J.W. Koten*

Het medisch functioneren binnen de GMD na 10 jaar, of de groei naar een nieuw verzekeringsgeneeskundig paradigma 173

*Dr. J.Th.H. Grond en D. de Pater*

Arts en arbeidsongeschiktheid. De uitvoering van de loondervingswetten en de intercollegiale informatie-uitwisseling 183

*Drs. H. Emanuel en Prof. Dr. G.M.J. Veldkamp*

Arbeitsongeschiktheid als object van wetenschappelijk onderzoek: nabeschouwing en perspectief 197

# Voorwoord

De Nederlandse arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (WAO en AAW) worden internationaal als uniek beschouwd. Met name het samenvoegen van de Ongevallenwet, de Land- en Tuinbouwongevallenwet, de Zeeongevallenwet, de Invaliditeitswet en de Mijnwerkersinvaliditeitswet niet alleen in één wet maar bovendien op één grondslag, waarbij het causaliteitsbeginsel plaats maakte voor het finaliteitsbeginsel, heeft internationaal veel belangstelling en waardering ontmoet.

Tegenover deze internationale belangstelling en waardering is bij ons gedurende de laatste jaren bij velen ontsteltenis en zorg gegroeid over het groot aantal mensen dat in steeds toenemende mate op onze arbeidsongeschiktheidsregelingen een beroep doet. Nog in de recente verkenning van het Centraal Planbureau 'De Nederlandse economie in 1985' wordt tot 1985 nog met een belangrijke stijging gerekend. En dat betreft nog niet eens het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel in zijn volle omvang.

Wat is er fout gegaan, zo vragen velen zich af. Adviescolleges en Regering die de totstandkoming van de WAO bevorderden meenden zich – deskundig voorgelicht – te kunnen baseren op de historische tijdreeksen betreffende het ongevals- en invaliditeitsrisico. En wat de economische context betreft: er was full-employment, een constante economische groei en een welvaartsdenken dat gesteund werd door de theorieën van Keynes, als een soort ingebouwde verzekeringspolis.

De ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten – met een niet onbelangrijke werkloosheid-component – verliep anders.

Full-employment veranderde in een voortdurend oplopende en langdurige werkloosheid en de economische groei werd tenslotte voortdurend kleiner. En de theorieën van Keynes? Misschien waren we zijn opmerking vergeten over langdurige structurele werkloosheid: 'On the long run we are all dead!' En daarmee is arbeidsongeschiktheid een van de belangrijkste vraagstukken van onze tijd geworden, een vraagstuk dat om diepgaande analyses en bruikbare oplossingen vraagt.

Om die reden heb ik het initiatief van de heren Van den Bosch en Petersen graag gesteund waardoor in het kader van onze sociale zekerheidsreeks in deze uitgave, vanuit verschillende wetenschappelijke invalshoeken specifiek op de verschillende facetten van arbeidsongeschiktheid kan worden ingegaan.

Veldkamp



The first part of the paper discusses the general principles of the theory of the atom. It is shown that the atom is a system of particles which are bound together by forces of attraction. The forces of attraction are of two kinds: the forces of attraction between the particles of the atom and the forces of attraction between the atoms of a molecule. The forces of attraction between the particles of the atom are of the same kind as the forces of attraction between the particles of a molecule. The forces of attraction between the atoms of a molecule are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a crystal. The forces of attraction between the atoms of a crystal are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a solid. The forces of attraction between the atoms of a solid are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a liquid. The forces of attraction between the atoms of a liquid are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a gas. The forces of attraction between the atoms of a gas are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a plasma. The forces of attraction between the atoms of a plasma are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a star. The forces of attraction between the atoms of a star are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a galaxy. The forces of attraction between the atoms of a galaxy are of the same kind as the forces of attraction between the atoms of a universe.

# Inleiding

door Drs. F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen\*

Op 1 juli 1967 trad de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in werking. Naar achteraf gebleken is een historische dag in de ontwikkeling van de sociale zekerheid. De WAO trad in de plaats van de als verouderd beschouwde Ongevallenwetten en Invaliditeitswetten.<sup>1</sup>

De belangrijkste kenmerken van deze nieuwe wet zijn de volgende:

- de minimaal vereiste arbeidsongeschiktheidsgraad om, na een jaar wachttijd gedurende welke een Ziektewetuitkering wordt genoten, voor een uitkering in aanmerking te komen is 15%;
- bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid waarop het uitkeringspercentage wordt gebaseerd, wordt rekening gehouden met de uit handicap voortvloeiende verminderde kans op werkgelegenheid;
- de uitkering bedraagt afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid, waarin de arbeidsmarktsituatie verdisconteerd is, een percentage van het laatst verdiende loon, welk percentage maximaal 80% bedraagt;<sup>2</sup>
- de uitkeringen worden twee maal per jaar aangepast aan de stijging (of daling) van de lonen;
- de sociaal-medische en arbeidsdeskundige onderdelen van de uitvoering zijn bij uitsluiting opgedragen aan de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). Dit betekent dat deze dienst onder meer belast is met de adviezen inzake de mate van arbeidsongeschiktheid en de revalidatie-activiteiten.

Dat alles betekende een belangrijke verbetering ten opzichte van de door de WAO vervangen arbeidsongeschiktheidswetten.

Tegenover deze verbetering aan de uitkeringskant stond echter een toename van het aantal WAO-gerechtigde arbeidsongeschikten en daarmee van de WAO-lasten, die de verwachtingen sterk overtrof. Bij de indiening van het Wetsontwerp van de WAO was de verwachting namelijk dat het aantal jaarlijkse toekenningen rond de 20 000 zou bedragen en dat de daarmee corresponderende premielast uiteindelijk circa 3,5% zou zijn!<sup>3</sup> Reeds in 1968 overtrof de realiteit deze verwachtingen, want het aantal toekenningen in

\* Beide auteurs zijn werkzaam bij de vakgroep Macro-economie van de Economische Faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Drs. C. Petersen was voorheen werkzaam bij de Sociale Verzekeringsraad.

1968 bedroeg reeds 35 000, terwijl het lastendeckend premiepercentage 4,1% van de verzekerde loonsom vormde.<sup>4,5</sup>

Deze ontwikkeling heeft zich voortgezet, resulterend in bijna 500 000 WAO-uitkeringsgerechtigden ultimo 1979. Dit betekent dat in 1979 tegenover elke uitkeringsgenietende zeven premiebetalers stonden<sup>6</sup>, hetgeen resulteerde in een lastendeckend premiepercentage van circa 11%.<sup>7</sup> Naar het zich laat aanzien, zal, zelfs onder optimistische veronderstellingen, de stijging van zowel volume als lasten zich ook in de tachtiger jaren voortzetten.<sup>8</sup> Hierbij dient wel bedacht te worden dat ook op andere regelingen die bij tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid een inkomen vervangende uitkering verstrekken een trendmatig stijgend beroep wordt gedaan. Zo is het ziekerisicopercentage (het aantal uitkeringsdagen als het aantal arbeidsdagen) gestegen van 4,9% in 1968 tot 7,8% in 1978.<sup>9</sup> Ook het beroep op de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) en op de arbeidsongeschiktheidspensioenen in het kader van het Ambtelijke Pensioenregeling (ABP) is aanzienlijk gestegen.<sup>10</sup> Dit neemt echter niet weg dat de WAO aanzienlijk sneller gegroeid is dan vergelijkbare regelingen.

Indien we de blik nog meer willen verruimen en ook andere landen in de beschouwing betrekken, blijkt uit tabel 1, dat ook in de ons omringende landen de uitgaven inzake arbeidsongeschiktheid zijn toegenomen.<sup>11</sup>

Tabel 1. Lasten inzake langdurige arbeidsongeschiktheid incl. beroepsziekten uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlands produkt (in marktprijzen) in enkele EEG-landen

Land	1970	1979	Stijging in procentpunten 1970-1979
West-Duitsland	2,6	2,9	0,3
Frankrijk	1,8	1,9	0,1
Nederland*	2,4	5,9	3,5
België	1,8	2,8	1,0
Groot-Brittannië	1,4	1,9	0,5
Denemarken	2,7	2,7	—

Bron: EEG, spoedbericht Eurostat d.d. 17-12-1980.

\* de WAO-lasten vormen zowel in 1970 als in 1979 circa 65% van de totale vermelde lasten in Nederland.

Uit deze tabel blijkt namelijk dat in alle beschouwde landen de uitkeringen inzake arbeidsongeschiktheid zijn gestegen.<sup>12</sup> Ondanks dat men, daar de stelsels in de respectievelijke landen niet gelijk zijn, voorzichtig moet zijn bij het trekken van vergelijkende conclusies, is het duidelijk dat Nederland onbetwist de leiding heeft genomen. Voor deze positie kan vooral de WAO verantwoordelijk gesteld worden.

## INLEIDING

Uit het voorgaande kan de conclusie worden getrokken dat het beroep dat gedaan wordt op de verschillende arbeidsongeschiktheidsregelingen, in zowel Nederland als andere landen, stijgt. Wat echter onbesproken is gebleven, is de vraag waarom de groei van de WAO zo geprononceerd is geweest. In het kader van de beantwoording van deze vraag zullen de onderscheiden facetten van de WAO in de volgende bijdragen vanuit verschillende disciplines belicht worden.

## Noten

1. Deze wetten waren: de Ongevallenwet (1921), de Land- en Tuinbouwongevallenwet (1922), de Zeeongevallenwet (1919), de Mijnwerkersinvaliditeitswet en de Invaliditeitswet (1919).
2. In bepaalde gevallen kan dit percentage vanwege extra kosten van oppassing en verzorging tot 100% verhoogd worden.
3. Memorie van Toelichting, zitting Tweede Kamer 1962-1963, 7171.
4. Bron: Jaarverslag van het Arbeidsongeschiktheidsfonds 1967/1968.
5. Zie voor een nadere beschouwing hieromtrent G.M.J. Veldkamp 'Sociale Zekerheid en Perspectief', in: Sociale Zekerheid in een periode van economische overgang, red. G.M.J. Veldkamp, Deventer, 1978.
6. Zie GMD-jaarverslag 1979.
7. Bij de berekening van dit percentage is geabstraheerd van de invoering van de AAW.
8. Zelfs de pessimistische variant inzake het toekenningsverloop welke gehanteerd is in C. Petersen 'Twintig jaar arbeidsongeschiktheidslasten'. ESB, 28 juni 1978, blijkt nu reeds als nog te optimistisch beschouwd te moeten worden.
9. Dit cijfer is ontleend aan de Jaarverslagen van de Ziektegeldverzekering en heeft uitsluitend betrekking op zogenaamde omslagleden.
10. Zie voor een nadere beschrijving en analyse de Nederlandse bijdrage aan 'The International Disability Study' door H. Emanuel, V. Halberstadt en C. Petersen. (nog te publiceren).
11. Zie voor een overzicht van de in verschillende landen geldende regelingen: 'Vergelijkende tabellen van de stelsels van sociale zekerheid', EEG juli 1978 en Social Security administration, US Department of Health and Human Services, 'Social Security Programs Throughout the World 1979', Washington, 1980.
12. Zie voor verdere, vooral wetstechnische, beschouwingen onder meer: Rolande Bouquet, 'Insurance against incapacity for work in European Law', en Thomas G. Staples, 'Trends in the definition of risk in old-age and invalidity schemes' in resp. de International Social Security Review, nr. 4, 1979 en nr. 2, 1978 en Lois S. Copeland, 'Defining Disability: A cross-country Study', Social Security Administration, USA, June 1977.

# Ontwikkelingen in arbeidsongeschiktheid

door Prof. Dr. B.M.S. van Praag\*

## 1. Inleiding

Het is een bekend feit, dat een niet-onaanzienlijk gedeelte, zeg circa 15%, van de Nederlandse beroepsbevolking nu (1981) arbeidsongeschikt verklaard is, dat een ander belangrijk gedeelte, zeg circa 7%, zonder werk is, dat circa 10% van de nog actieven ziek is en dat een aantal andere niet-actieven door nog andere sociale regelingen worden gesteund. Tegen de achtergrond van het afwezig zijn van praktisch elke werkloosheid in het begin der zestiger jaren is dit een opzienbarende en onrustbarende ontwikkeling.

De ontwikkeling die zich voordoet bij het verschijnsel der arbeidsongeschiktheid is geenszins uniek, maar eerder exemplarisch voor ons totale sociale zekerheidsstelsel.

Dit doet veronderstellen dat er algemene wetmatigheden bestaan waarmee zich de aangeduide evolutie laat verklaren. Kortom, dat er een algemeen theoretische verklaring valt te geven. In het bestek van dit artikel is dit helaas niet mogelijk (zie Van Praag en Halberstadt (1978); hier zullen we ons in hoofdzaak tot de WAO beperken.

## 2. Ontwikkeling

De WAO, ingesteld in 1967 is de opvolger van de Ongevuls- en Invaliditeitswetten. Via de Ongevalswet werden bedrijfsongevallen verzekerd. In 1967 werd de WAO ingevoerd. In deze wet werd de verzekerde ook verzekerd tegen vormen van arbeidsongeschiktheid die niet door een bedrijfsongeval waren veroorzaakt. Het was een integratie met dekkingsuitbreiding van de Ongevallen- en Invaliditeitswetten. In 1973 werd de uitvoering van de wet verruimd, zodat ook diegenen die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn, maar

\* Verbonden aan het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector van de Rijksuniversiteit te Leiden.

Dit artikel is een bewerking van een rede, gehouden op dinsdag 30 september 1980 ter gelegenheid van de eerste bijeenkomst van het Nederlands Genootschap voor Sociale Zekerheid. De tekst geeft slechts de mening van de auteur weer. Gaarne dank ik de discussant Prof. Dr. C. de Galan, wiens opmerkingen in dit artikel grotendeels zijn verwerkt.

onvrijwillig werkloos zijn hun recht op een 100% arbeidsongeschiktheidsuitkering behouden tot zij weer aan de slag kunnen (art. 21).

In 1976 werd de wet AAW (Algemene Arbeidsongeschiktheidswet) ingesteld, waardoor onder meer zelfstandigen op soortgelijke wijze verzekerd raken. Naar volume is de wet begonnen als een bescheiden plantje, een soort formalisatie en legalisatie van de liefdadigheid die in de vijftiger jaren duidelijk als een vernederende zaak werd ervaren. De sociale status van de arbeidsongeschikte was niet langer die van sociale paria, ook al was de sociale acceptatie nog niet van harte. Bijstand was niet langer een gunst, maar werd een recht. In de vijftiger jaren begon Nederland de ontwikkeling tot een sociale welvaartsstaat. De kosten van deze wat luxueuze franje van het produktieproces waren naar verhouding laag. In 1980 is het sociale zekerheidsgebouw wel haast voltooid. De verhoudingen actieven/niet-actieven is sterk geslonken en het aantal uitkeringstrekkers is sterk gestegen. Is het toeval of oorzakelijk verband?

Het is mijn persoonlijke indruk dat de ontwikkeling tot nu toe geenszins zo onvoorspelbaar was als sommige politici en andere autoriteiten het vandaag de dag doen voorkomen. Integendeel, ik geloof dat van een wetmatige ontwikkeling sprake is, en als men mij vraagt waar het einde is, dan geloof ik dat het einde van deze ontwikkeling – indien op zijn beloop gelaten – slechts daar gevonden wordt waarbij praktisch iedereen tot het leger der niet-actieven is overgegaan.

Uiteraard zullen wij dit stadium niet bereiken, omdat voordien onder druk der politiek-economische krachten het systeem zal worden bijgesteld. Misschien niet totaal, maar wel op belangrijke punten. De eerste tekenen van deze ontwikkeling, die men op het moment nog kwalificeert als een aantasting van ons systeem van onze sociale zekerheid, zien wij op het moment reeds duidelijk voor ons.

### 3. De organisatie van de WAO

Alvorens nader in te gaan op de structuur geven wij een korte beschrijving van de uitvoering van de Wet Arbeidsongeschiktheid.

Alle Nederlandse werknemers, voorzover niet ambtenaar, zijn verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid in het kader van de WAO.

De verzekering wordt gefinancierd via een omslagfonds, het Arbeidsongeschiktheidsfonds, waaraan elke arbeidsgeschikte verzekerde een verzekeringspremie afdraagt. Deze premie die voor 1981 waarschijnlijk op 16,75% van het brutoloon (exclusief 'franchise') wordt vastgesteld komt voor de helft ten laste van de werknemer, en voor de helft ten laste van de werkgever. Er is een maximum premieplichtig inkomen. Het bedrag per premies wordt uitgekeerd over de uitkeringsgerechtigden, die 80% van het laatstgenoten loon ontvangen. De uitkering gaat door tot het 65e jaar. Het fonds is een omslag-

fonds, dat wil zeggen de reserves dienen slechts als buffer voor niet-synchroon lopende ontvangsten en uitkeringen.

Globaal geldt het volgende verband tussen premiehoogte en uitkeringshoogte

$$\text{premie } \% = \text{uitkerings } \% \times \left( \frac{\text{Niet-actieven}}{\text{Actieven}} \right)$$

De breuk in het rechterlid heet de afhankelijkheidsquote.

Alvorens men arbeidsongeschikt verklaard wordt dient men eerst één jaar in de Ziektewet (ZW) te hebben 'gelopen'. Daarna 'schatten' verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige samen de restcapaciteit 'af' als uitkomst waarvan betrokkene geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt verklaard. De uitvoering van ZW en WAO is sterk gedecentraliseerd.

#### 4. Verzekerbare calamiteiten

De fundamentele gedachte waarop het sociale verzekeringssysteem is gegrondvest is de verzekeringsgedachte. Evenals bij levensverzekering of brandverzekering is bij het optreden van ziekte, arbeidsongeschiktheid of werkloosheid sprake van een onvoorzienbare en onbeïnvloedbare calamiteit. Net zo als een levensverzekering in het algemeen dient ter verzekering van de onvoorspelbare calamiteit van sterven of een brandverzekering dient voor de verzekering van de schade uit de onvoorzienbare calamiteit van een brand, zo zou ook de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering een verzekering bieden ten opzichte van de onvoorzienbare calamiteit van het arbeidsongeschikt worden. Een mooie gedachte.

Een mooie gedachte, die door juristen op een duidelijke manier in een wet is neergelegd, maar die in de praktijk tot problemen leidt. Bij een normale verzekering is het inderdaad zeer wel mogelijk uit te gaan van de gedachte dat de calamiteit niet voorspelbaar is, niet beïnvloedbaar is, etcetera. Dit is ook inderdaad in het algemeen zo; en in die gevallen waarin het manifest niet zo is, bijvoorbeeld een levensverzekerde die zelfmoord pleegt, of een voor brand verzekerde die zijn eigen huis aansteekt, is dit in het algemeen vrij vlot door de verzekeringsmaatschappij te achterhalen en is in het contract tussen verzekerde en verzekeraar in het algemeen expliciet bedongen dat in dat geval niet tot uitkering wordt overgegaan. In het geval van arbeidsongeschiktheid of in het geval van werkloosheid en in het geval van nog een aantal andere calamiteiten die men in het algemeen verzekert via een zogenaamde loondervingsverzekering, ligt het echter anders. In tegenstelling tot wat de wetgever in een vlaag van optimisme in de jaren zestig dacht met betrekking tot arbeidsongeschiktheid of met betrekking tot werkloosheid en een aantal andere calamiteiten, blijkt het wel degelijk mogelijk om als belanghebbenden het voorkomen van deze calamiteit te beïnvloeden. De calamiteit, zoals



gedefinieerd in de WAO, en zeker in de ruimere interpretatie van 1973, is veelal geen calamiteit die onvoorspelbaar is, of op het vóórkomen waarvan noch werknemer noch werkgever, de directe belanghebbenden, invloed kunnen uitoefenen. Integendeel! En daarmee leent deze calamiteit zich eigenlijk niet voor verzekering. Een van de eersten die dit scherp onderkende was Mr. J.G. Hibbeln in zijn artikel van 1974 'De WAO een misstap?'

Ik ben mij ervan bewust dat deze uitspraak een aantal jaren geleden meer dan genoeg was om degene die een dergelijke mening, zij het nog zo voorzichtig, uitsprak te kwalificeren als 'uiterst rechts', en als een volstrekt tegenstander van sociale verzekeringen. Tevens sprak hieruit een nergens op gebaseerd wantrouwen in de naaste; het was bepaald op het onwelvoeglijke af om een naaste die toch al getroffen was door de een of andere calamiteit ook nog eens aan te wrijven dat het ofwel eigenlijk helemaal niet zo'n calamiteit was of wel dat hij en/of zijn baas er mede schuld aan hadden.

Ik geloof dat in deze tijd, nu het sociale zekerheidssysteem in zijn geheel onder grote spanningen staat, er toch een algemene consensus heerst dat niet alle calamiteiten, die verzekerd worden in het sociale zekerheidssysteem volledig onbeïnvloedbaar zijn door degenen die daar belang bij hebben. Natuurlijk het is een uitdrukking van wantrouwen in de mens, maar – laten wij toch eerlijk zijn – de mens is niet perfect en een systeem dat geen rekening houdt met deze imperfecties is domweg onrealistisch.

Het zou wel eens kunnen zijn, en naar mijn stellige mening is het ook zo, dat deze wat optimistische visie op de mens geleid heeft tot de enorme ontwikkeling van het sociale zekerheidssysteem in Nederland, zoals die tot uiting komt in de groei van het aantal uitkeringen, en dat het juist met het oog op het behoud van het sociale verzekeringsstelsel in Nederland van groot belang is dat een aantal correcties in het systeem worden aangebracht.

Indertijd toen het sociale verzekeringsstelsel werd geschapen, is dit geschapen in een tijd waarbij het aantal potentiële uitkeringstrekkers uitermate gering leek. Het was een onbelangrijk franjeverschijnsel in de marge van de welvarende samenleving en men kon zich veroorloven het systeem op te zetten volledig vanuit de legalistische opvatting dat men het systeem bij wet zou kunnen regelen, welnu hierin heeft men zich kennelijk vergist. Het systeem kreeg een eigen economische betekenis binnen het economische systeem van Nederland en dat systeem dat eertijds als een in volume onbeduidende franje van de welvaartsmaatschappij was bedoeld, is allengs uitgegroeid tot een systeem dat meerdere tientallen procenten van het Nederlandse nationale inkomen opslokt en herverdeelt, en dat betrekking heeft op een percentage van niet-actieven dat minstens op circa 20% van de beroepsbevolking kan worden begroot.

## 5. Verschuivende drempels

De drempels voor toetreding tot de WAO en alle andere sociale zekerheids-systemen zijn aan het verschuiven geraakt en ze zijn allemaal verschoven in één richting.

Het wordt steeds gemakkelijker een uitkering te krijgen, of meer neutraal gedefinieerd, de klasse van calamiteiten wordt vergroot. Betekent dit echter dat de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking steeds verder verslechtert? Het is een internationaal erkend feit dat gezondheid veelal onmeetbaar is. Volgens Hoogerzeil zijn de medische syndromen in te delen in 'objectieve', 'objectief-subjectieve' en 'subjectieve' syndromen. Bij de laatste twee klassen hangt het zeer sterk van de persoon zelf af of hij zich gezond voelt of ongezond. Hoewel niet wordt ontkend, dat naast betrokkene ook anderen, bijvoorbeeld de verzekeringsgeneeskundige (waarover hieronder meer) een duit in het zakje heeft te doen, hangt de attitude van betrokkene toch wel sterk samen met het antwoord op de volgende vragen:

- a. vind ik bevrediging in mijn werk of niet?
- b. hoe zal mijn sociale referentiegroep (bijvoorbeeld familie, vrienden, 'de straat') mijn arbeidsloos bestaan waarderen?
- e. welke inkomensachteruitgang kan ik verwachten?

Een modieus begrip is de 'vervreemding' van de arbeid. Dat begrip dat reeds door Marx zelf werd gehanteerd is ongetwijfeld een realiteit. Velen voelen geen enkele binding met of bevrediging in hun werk, anders dan dat het geld oplevert. Het is echter mijns inziens zeer dubieus of er een toeneming is van deze vervreemding.

De fysieke eisen die arbeid stelt zijn in de laatste dertig jaar mede door de automatisering juist minder zwaar geworden, de werktijden korter, de door het bedrijf geboden faciliteiten beter. Ook om deze redenen zou men minder slachtoffers in de slijtageslag verwachten dan vroeger. Het zijn er echter meer. Gedeeltelijk moet dit worden toegeschreven aan de hogere eisen die men aan zijn werk stelt. Of de factor 'bevrediging in het werk', zelfs met erkenning van haar relatieve karakter, sterk zou zijn gewijzigd in de afgelopen twintig jaar is voor mij niet duidelijk.

Dit wil overigens niet zeggen dat niet-actieven plezier vinden in hun situatie of zelfs haar beter vinden dan de situatie, waarin ze nog actief waren. Alleen het gaat hier om een *ex-post* waardering.

Wat wel sterk is gewijzigd is de houding van de maatschappij ten opzichte van het arbeidsloos bestaan. In de achter ons liggende jaren is het geaccepteerd. Tenslotte de inkomensachteruitgang. Op netto-basis is zij voor de meesten gering, zelfs wanneer men niet rekening houdt met de dikwijls voorkomende aanvulling tot 100% van het laatst genoten loon.

## 6. De rol van de werkgevers

Maar ook de werkgevers zijn belanghebbenden. Zij zijn belanghebbenden zodra het mogelijk wordt om een arbeider van mindere kwaliteit te vervangen door iemand van betere kwaliteit, eventueel voor nog minder geld ook. Dit leidt er toe dat in het algemeen ook de werkgevers een lichte druk uitoefenen op arbeiders om de arbeidsplaats te verlaten, wanneer deze arbeiders minder goed functioneren. En waarom was dat vroeger dan niet zo? Wel vroeger was dat in feite ook zo, maar toen was het in het algemeen zeer wel mogelijk om de oudere arbeider wat minder inkomen uit te betalen. Zeker wanneer het inkomen op stukloon-basis was, was dit een vrij simpele en als het ware natuurlijke aangelegenheid. Met andere woorden, de arbeider wiens produktiviteit terugliep, merkte dat ook in een teruglopen van het loon. Dit vindt men in de huidige verstarde loonstructuren niet meer terug en dit leidt ertoe dat de werkgever op andere wijze de beloningen in overeenstemming tracht te brengen met de gemiddelde arbeidsproduktiviteit, namelijk door steeds degenen die wat onderaan bungelen te willen kwijtraken. Dit uit zich op twee wijzen: ten eerste door ouderen uit het arbeidsproces te elimineren, maar ten tweede door jongeren zonder ervaring minder gemakkelijk op te nemen. Het jaarverslag over 1979 van de GMD geeft reeds aan dat de jongeren (van 15 tot en met 34 jaar) nu de snelst-groeiende groep van WAO-uitkeringstrekkers gaan worden terwijl er een tendentie tot verhoging van de opleidingsgraad zichtbaar wordt.

## 7. Het ambtelijk apparaat

Het controlerend apparaat is ongetwijfeld oprecht in zijn bedoelingen en tracht de wet op een loyale wijze uit te voeren. Maar artsen en andere deskundigen zijn ook slechts mensen. Zij wegen op de korte termijn binnen hun omgeving de voor- en nadelen van hun besluiten tegen elkaar af. Het voordeel van het ongeschikt verklaren van een verzekerde, wanneer dat door hemzelf gewenst wordt, en/of door zijn werkgever, is manifest. Men doet verzoekers een plezier en waarom zou je je daar dan tegen verzetten? De medicus en de andere betrokken ambtenaren accepteren alleen maar een enorm risico wanneer zij een verzekerde ten onrechte niet afkeuren en hem op zijn werk een of ander ongeval overkomt. De voordelen van het niet-afkeuren worden in dit systeem niet beloond bij het ambtelijk apparaat.

Met andere woorden wanneer deze voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen worden, lijkt het duidelijk dat het ambtelijk apparaat in het algemeen, met de beste bedoelingen overigens, vrij snel tot afkeuring, tot toekenning zal overgaan. Daarvoor spreekt nog een andere reden, namelijk dat bij een grote produktie zoals in elk bedrijf er behoefte ontstaat aan meer personeel ter bevrediging van Parkinson's Law. Het zittende personeel krijgt hierdoor

meer macht, meer status en meer salaris. Er is dus weinig animo de produktie in te krimpen.

## 8. De politici

De vakbonden en de politici hadden oorspronkelijk zeer weinig oog voor de zwakkeren in de samenleving. De belangen van de niet-actieven behoren niet primair tot het aandachtsgebied van de vakbonden. In de loop van de jaren is dit wel gewijzigd. Wanneer de niet-actieven, inclusief ouden van dagen en bijstandtrekkers, met andere woorden, wanneer het hele leger dat afhankelijk is van de sociale verzekering of steun in enigerlei vorm of dat een duidelijk risico loopt daarvan afhankelijk te raken, aangroeit tot misschien wel meer dan de helft van het electoraat, c.q. het ledenaantal, dan is de belangenbehartiging van de actieve of potentiële uitkeringstrekkers geen marginale kwestie meer; zij wordt het centrale politieke instrument in de stemmenslag. En dan betekent dit ook, op de korte termijn althans, dat men van politici en vakbonden geen remmende werking mag verwachten. Integendeel, ook zij hebben belang bij de verschuivende drempels, en niet alleen in de WAO maar bij alle loondervingsverzekeringen en zelfs bijvoorbeeld bij de ziekenfondsverzekering waar in het algemeen nog nooit een reductie op het verzekerde pakket is aangebracht.

## 9. De eigen dynamiek van het systeem

Om te begrijpen hoe dit systeem heeft kunnen werken dienen we terug te gaan naar het financieringssysteem, zoals hiervoor beschreven.

Elke additionele uitkeringsgerechtigde leidt tot een extra last. Indien de afhankelijkheidsratio laag is, zeg slechts 1% van de beroepsbevolking is van steun afhankelijk, betekent één procent extra-uitkeringstrekkers een groei van de afhankelijkheidsratio van 1/99 tot 2/98. Bij een uitkeringspercentage van 90% van het laatstgenoten loon leidt dit tot een premiestijging van  $0,9 \times 1/99 \approx 0,9\%$  tot 1,6%. Wanneer echter al 15% in de steun is gaat de premie van  $0,9 \times 15/85 = 15,88\%$  naar  $0,9 \times 16/84 = 17,14\%$ , dat wil zeggen elk extra procent kost meer extra. Wie betaalt deze premieverhoging? Deze vraag staat centraal bij de evaluatie van het beleid. In het begin lijkt het of niemand de dupe wordt, de premieverhoging wordt met vertraging doorberekend. En door de uniformering van de premie voelt geen enkele specifiek bedrijf zich in het bijzonder aansprakelijk voor de opgetreden verhoging. Indien in een specifiek bedrijf geen ontslagen of arbeidsongeschiktheidstoekenningen waren gevallen hadden de andere bedrijven hun politiek toch niet gewijzigd en had het voor de landelijke uniforme premiestijging toch niets uitgemaakt. Een gaaf voorbeeld van het 'prisoners dilemma'.

Wanneer tenslotte op landelijk niveau blijkt dat toch iemand de hogere lasten zal moeten dragen, ligt het natuurlijk voor de hand wie de kosten in eerste instantie moeten dragen: de werkgevers, of juist de bedrijven. Door looncompensatie voor de gestegen premies weet de werknemerspartij de verhoogde lasten af te wentelen. De hier vertoonde solidariteit met de uitgestoten uit het arbeidsproces is goedkoop, immers de andere partij financiert haar. Een partij met minder politiek gewicht. De rechtvaardigheid van deze compensatie is onduidelijk, het is simpelweg de uitkomst van een confrontatie van machten waarbij de partij met de zwakste kaarten het onderspit delft. Nu behoeften we in het verleden met de bedrijven niet zoveel medelijden te hebben, want ook zij wentelden de gestegen sociale premies weer af via gestegen afzetprijzen die slechts met vertraging in een gestegen index van de kosten van levensonderhoud tot uiting kwamen. Zorgwekkend is dat ons exportpakket hierdoor langzaam uit de markt geprijsd wordt.

Er is echter een tweede pernicious effect, een neo-klassiek effect als men wil. Op den duur, en dit stadium is nu reeds lang bereikt, kunnen de hogere loonkosten niet langer in de afzetprijzen worden afgewenteld zonder afzetting. Dat wil zeggen de winsten dalen. Tegenover hogere loonkosten dient een hogere marginale arbeidsproductiviteit te staan. Deze kan slechts verwezenlijkt worden door middel van inkrimping van het arbeidsplaatsenbestand en/of diepte-investeringen. De ondernemers gaan over tot de afweging: 'Wie maakt zijn loon nog waar en wie niet'.

De arbeid van marginale kwaliteit dient te worden gezocht bij de oudere jaarklassen. Maar als deze op non-actief gesteld zijn, hoe dan verder? De loonkosten blijven oplopen, omdat de additionele uitkeringen nu eenmaal uit additionele premies dienen te worden gefinancierd. Een volgende klasse valt onder de streep, de jongeren met relatief hoge lonen en weinig ervaring.

En zo draait het vliegwiel door, uitstoot leidt tot loonkostenverhoging, en deze leidt tot een nog strengere arbeidsproductiviteitstoets op de nog overgeblevenen in het productie-apparaat. Ironisch genoeg drukt de loonkostenstijging voortvloeiend uit een premieverhoging minder dan proportioneel op de looninkomens boven het premieplichtig maximum inkomen, zodat deze kleine klasse van inkomenstrekkingen aan een minder strenge toets worden onderworpen.

Wat zien wij dus? Dat op strikt economische gronden een 'vliegwiel', zoals men dat wel eens heeft genoemd, wordt geïnstalleerd in het mechaniek, waardoor elk jaar weer een nieuwe klasse van dan marginale arbeiders afkalft van de arbeidende bevolking en wordt ondergebracht in de WAO of in andere loondervingsverzekeringen. Want vergis U niet: het idee dat arbeidsongeschiktheid een duidelijk medische kwalificatie is, is een fictie. De mogelijkheden van diagnostiek, zoals deze door wat naïeve juristen en misschien ook medici, een twintigtal jaren geleden werden verondersteld, zijn voor zeer veel gevallen domweg niet aanwezig. Het is niet een duidelijke, medisch objectieve conditie die iemand in de arbeidsongeschiktheid laat belanden. Dat kan

wel eens zo zijn, bijvoorbeeld bij een gebroken been, of allerlei andere wat ouderwetse bedrijfsongevallen; maar lage rugpijnen, etc., dit ligt volledig in de sfeer van de psychosomatiek of de psychische ziekte en dergelijke zaken zijn in het algemeen niet duidelijk te determineren.

Ja, als je dit vliegwiel zo gadeslaat, waarbij dus elk jaar wederom een nieuwe marginale reep van de arbeidende klasse wordt afgesneden, als zijnde submarginaal geworden, wat dan weer leidt tot een loonkostenstijging en een daling van het beschikbaar loon, dan ziet men waar het eind moet liggen. Het eind van dit systeem ligt slechts daar waar elke arbeider submarginaal geworden is. Een dergelijke afloop is natuurlijk onmogelijk.

Op dit punt van mijn betoog zal men waarschijnlijk zeggen: is deze beschrijving geen karikatuur van ons systeem? Inderdaad lijkt dit zo, maar denk eens even terug. Wie had een aantal jaren geleden bij de opzet van de WAO de huidige omvang van het aantal uitkeringstrekkers durven voorspellen en wie het leger der WW-gerechtigden en bijstandtrekkers? Ook hem zou toen verweten zijn dat hij een karikaturale predictie van het systeem gaf. We dienen veel meer oog te hebben voor mogelijke veranderingen.

## 10. Enige additionele bezwaren van het huidige systeem

Alvorens in te gaan op mogelijke remedies zullen we nog kort in gaan op enige secundaire maar zeker niet onbelangrijke neveneffecten, namelijk de inflatoire werking van het systeem en de veroorzaakte suboptimale allocatie in het productieproces.

Het huidige systeem met looncompensatie voor sociale lastenstijging leidt tot, en is ook bedoeld voor, koopkrachthandhaving. In feite wordt hiermee bedoeld koopkrachthandhaving van de werknemers, de numeriek veruit grootste groep in onze beroepsbevolking. De uit deze koopkracht afgeleide vraag is voornamelijk consumptief van aard. Bij een inkrimping van het aantal werknemers daalt echter het nationaal produkt. Dat leidt er toe dat bij een constanthouden van C (de consumptie) de daling moet plaats vinden in I of (E-M), dat wil zeggen de investeringen of het saldo van de betalingsbalans. In zoverre als de teruggang van het aantal arbeidsplaatsen plaats vindt in de consumptiegoederen industrie krijgen we een confrontatie tussen een ongewijzigde consumptieve vraag met een slinkend aanbod van consumptiegoederen. Uiteraard leidt dit tot prijsinflatie, met name van het consumptieprijsniveau, en tot een verdere verslechtering van de lopende rekening voorzover de niet geremde consumptieve vraag in het buitenland wordt bevredigd.

Een tweede gebrek van het sociale verzekeringssysteem is de uniforme of althans te weinig gedifferentieerde premiestelling. De huidige premiestelling maakt bijzonder weinig onderscheid naar verschillende risicoklassen, althans zeker in de WAO. Dat betekent dat in een bedrijfstak waar naar verhouding zeer veel arbeidsongeschikten vallen dezelfde premie voor een arbeidsonge-

schiktheidsverzekering wordt geheven als in een bedrijfstak waar relatief weinig arbeidsongeschikten vallen.

Bijvoorbeeld – laten wij het met elkaar vergelijken – de bouw en het bankiersbedrijf; je ziet in de ene sector vallen veel arbeidsongeschikten en in de andere weinig. En de vraag is dan: waarom betalen beide sectoren dezelfde premie? Het betekent in feite dat er een aantal bedrijven zijn die een te lage premie betalen in verhouding tot de omvang waarmee zij een beroep doen op de verzekering en dat er een aantal andere bedrijven zijn die een té hoge premie betalen. Dit komt dus door de landelijke uniformering van het premiepercentage. Dit betekent dat de *private* kosten van de verzekering niet overeenstemmen met de *sociale* kosten van de verzekering. Dat een dure bedrijfstak een gedeelte van haar kosten afwentelt op de, in arbeidsongeschiktheidsverzekeringstermen, goedkope bedrijfstak; met andere woorden, de produktiekostenverhoudingen worden vervalst. De allocatie van produktiefactoren en consumptie wordt hierdoor beïnvloed op nadelige wijze. Te dure bedrijven worden door dit optische bedrog in stand gehouden, terwijl goedlopende bedrijven zitten met een kunstmatig opgedreven kostprijs. Dit betekent ook dat de hoog belaste bedrijfstypes in de buitenlandse concurrentie moeilijk staan, terwijl de te laag belaste sectoren een kunstmatig voordeel krijgen. Wat misschien nog belangrijker is, met deze tariefsvervalsing wordt in feite de laatste band tussen actie (bijvoorbeeld ontslag van werknemers) en effect (opdraaien voor de sociale kosten) bij een bedrijf doorgesneden. Normaal zou het zo moeten zijn – althans in de economische theorie – dat bedrijven geconfronteerd worden met de juiste prijs van hun acties, bijvoorbeeld indien zij veel mensen in de arbeidsongeschiktheidsverzekering krijgen, dat zij dan ook veel premie zouden moeten betalen; in dit geval is het echter zo dat de band tussen aantal gegenereerde uitkeringen en premie per bedrijf toch al onduidelijk is, maar nog eens onduidelijker wordt gemaakt door de premieverevening die tussen de verschillende bedrijven plaatsvindt en die daardoor de *private* van de *sociale* kosten doet afwijken.

Het lijkt mij dat daardoor zowel in het binnenland, maar speciaal in het kader van de buitenlandse concurrentie de prijzen zo langzamerhand in beduidende mate worden vervalst.

## 11. Noodzakelijke veranderingen

Tenslotte, maar dat is een veel moeilijkere zaak, de vraag hoe deze ontwikkeling kan worden teruggedrogen met behoud van het werkelijke principe van ons sociaal beleid, dat diegenen die buiten hun schuld hulpbehoevend geworden zijn niet minder zijn dan wijzelf en dat zij op grond van solidariteit op hetzelfde welvaartspeil aanspraak kunnen maken als wijzelf.

De eerste eis schijnt wel te zijn dat alle deelgenoten gelijkelijk gaan delen in de vermindering van de nationale koek die de inkrimping van de werkende

beroepsbevolking met zich meebrengt. Dus niet langer een compensatie van premiestijgingen in de lonen. Een tweede daaruit voortvloeiende richtlijn lijkt te zijn het proces van de 'verschuivende drempels' kritisch door te lichten en af te wegen in hoeverre wij de voordelen van dit proces vinden opwegen tegen de nadelen van een premiestijging die dan onversluisd aan een ieder wordt doorberekend.

In de derde plaats lijkt het geboden een minutieuze boekhouding bij te houden waaruit blijkt wie de kostenveroorzakers zijn en dan door middel van een gedifferentieerde premie deze kostenverhoudingen te doen weerspiegelen in de loonkosten en de afzetprijzen.

Tenslotte last but not least lijkt het geboden een maatschappelijk beïnvloedingsproces te starten en de mentaliteit ten opzichte van werk en non-activiteit grondig bij te stellen. De soms verkondigde mening dat arbeid geen plicht zou moeten zijn maar slechts een recht, zou moeten worden bestreden op basis van haar economische onhaalbaarheid. Er is geen enkele ethische regel die werk boven niet-werken verheft, maar er is wel de economische regel dat schaarse goederen geproduceerd dienen te worden om onze bevolking in leven te houden. Wil men hier niet aan meedoen zonder dat er een duidelijke geaccepteerde reden is (bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid), dan stelt men zich in feite buiten de gemeenschap die slechts door werk in stand gehouden wordt. Indien men werk niet leuk vindt, is dit zeker geen voldoende reden om door de nog wel producerende collega's te worden onderhouden.

## 12. Slot

Ik ben mij ervan bewust dat sommigen zullen vinden dat ik mijn onderwerp te buiten ben gegaan door mijn niet strikt te bepalen en te beperken tot de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ik geloof dat dit verwijt onterecht zou zijn. In de eerste plaats is datgene wat ik heb opgemerkt volledig toepasbaar op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, maar zie ik, eigenlijk gezegd, geen principieel verschil tussen de arbeidsongeschiktheidsverzekering, zoals die in Nederland bestaat, en de meeste andere verzekeringen tegen loonderving. De verzekerde calamiteit is daar anders gedefinieerd, maar is op precies dezelfde wijze of op bijna precies dezelfde wijze gevoelig voor het verschuivende drempel-effect. Daarom, degenen die alleen voor arbeidsongeschiktheid zijn gekomen, dienen de hele zaak alleen te betrekken op arbeidsongeschiktheid, en degenen die geïnteresseerd zijn in de werking van het algemene systeem van sociale zekerheid dienen het uit te breiden tot de analoog werkende andere loondervingssystemen.

Ik ben mij ervan bewust dat ik bij een aantal lezers heilige huisjes heb ingegooid. Weest U er echt van overtuigd dat dat geenszins in mijn bedoeling ligt. Het is zeker niet de bedoeling om te shockeren met een aantal statements die, althans tot voor zeer kort, nog lagen onder het maatschappelijke taboe en



leidden tot het verwijt: 'Jij wil de sociale verzekering zeker afschaffen'. Voor mij persoonlijk is niets minder waar.

Men dient echter – nu het zo duidelijk dreigt mis te gaan met het sociale zekerheidssysteem in Nederland – zich open te stellen voor onaangename waarheden, ook al zijn zij onaangenaam. En men dient niet, zoals in de klassieke tragedie, de boodschapper van deze onheilstijding ervoor te kastijden.

Ik geloof inderdaad dat het beter is om nu ten halve te keren dan door te gaan. Voor het eerst sinds lange jaren wordt de huidige toestand weer voorzichtig vergeleken met de crisis van de dertiger jaren. Ook ik deel dit gevoel.

Het geheel doet mij sterk denken aan de situatie die beschreven wordt in het beroemde lied van Brecht 'die Matrosentango', waarin ook het zorgeloze tijdbeeld wordt gezien van diegenen die ziende blind blijven.

'Ja, das Meer ist blau, so blau und dass geht ja auch noch lang, ja, das Meer ist blau, so blau, jetzt braucht da nur einmal der Sturm zu kommen.

Ja das Meer ist blau, so blau und das geht alles seinen Gang und wenn die Chose aus ist, fängt 's nicht von vorne an'.

# Achtergronden van het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel in Nederland

door Drs. H. Emanuel\*

## 1. Inleiding

Het volgende is een poging door te dringen tot vermoedelijke achtergronden van de explosieve groei van het verschijnsel arbeidsongeschiktheid in Nederland. Vertrekpunt wordt gevormd door een in hoofdzaak economische vraagstelling: leiden wettelijke regelingen (c.q. wijzigingen daarin) en uitvoeringspraktijk tot een bedoelde aanvaardbare bestemming van de beschikbare produktieve middelen en tot een billijke verdeling van en relatie tussen inkomen en vrije tijd?

Helemaal 'from scratch' behoef ik niet te beginnen. De sterke toeneming van de WAO-lasten en de daaruit resulterende premiedruk heeft al jaren veel aandacht getrokken en het ontbreekt niet aan belangwekkende beschouwingen over mogelijke oorzaken van mensen van uiteenlopende disciplines met ruime praktijkervaring in de uitvoering van de verzekering en van vooraanstaande beleidsvoorbereiders en macro-economen.<sup>1</sup> Ik kan bovendien gebruik maken van mijn ervaringen bij de voorbereiding van het zogenaamde determinantenonderzoek WAO dat thans wordt uitgevoerd in samenwerking tussen het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector van de Rijksuniversiteit te Leiden en de Sociale Verzekeringsraad.<sup>2</sup> Uit de vele door anderen reeds aangedragen suggesties en enkele eigen overwegingen heb ik die gelicht die mijns inziens als werkelijke hoofdoorzaken van de aangegeven ontwikkelingen kunnen worden aangemerkt. Het voordeel van een dergelijke, mogelijk wat gekleurde behandeling is, dat beter zicht ontstaat op de totaliteit van de gegroeide situatie.

Ik hecht eraan reeds hier te stellen dat ik het belang van een volwaardige inkomensdervingsregeling voor gehandicapten en van de mogelijkheid hun die voorzieningen te verschaffen die hen in staat stelt hetzij opnieuw deel te nemen aan het arbeidsproces, hetzij een menswaardig arbeidsloos bestaan te

\* De schrijver is werkzaam als Secretaris Financieel-Economische Zaken van de Sociale Verzekeringsraad. Deze bijdrage geeft echter uitsluitend zijn persoonlijke opvattingen weer en komt geheel voor zijn persoonlijke verantwoordelijkheid. Graag zegt hij dank aan Drs. Ph.R. de Jong, Mr. G.J. Oosterhuis, Drs. C. Petersen, Mr. J.H. Smits en Drs. P. Stroink voor hun kritische opmerkingen en suggesties en aan Mw. M.H. Beijer, Mw. H. Kuyper en Mw. J. Roerdink voor verleende assistentie bij het typewerk en het nazien van de drukproeven.

voeren hoog aansla. Anderzijds deel ik de zorg die de onverwacht hoge en nog steeds sterk toenemende kosten van de bestaande regeling en de beperkingen die dit meebrengt ten aanzien van de mogelijkheid andere, elders wél voorkomende sociale regelingen te treffen, oproepen. Ik hoop dat mijn verklarende beschrijving van de waargenomen ontwikkeling als overtuigend overkomt, mijn suggesties voor onderzoek als relevant en mijn beleidssuggesties als evenwichtig.

Sinds de invoering van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) op 1 juli 1967 als opvolger van de Ongevallenwet (OW) en het deel, dat betrekking had op invaliditeitsrenten uit de Invaliditeitswet (IW) en de Interim Wet Invaliditeit (IWI) is het aantal arbeidsongeschikten (met een arbeidsongeschiktheidsduur van langer dan één jaar; die gedurende het Ziektewetjaar (ZW) blijft buiten beschouwing) onverwacht snel toegenomen. Van 173 000 op de overgangsdatum<sup>3</sup> tot 1 juli 1978 steeg het aantal uitkeringsgerechtigden tot bijna 435 000. Vanaf 1970, toen de verwerking van overgangsgeschieden achter de rug was, tot en met 1977 steeg het aantal toekenningen van een WAO-uitkering van circa 50 000 tot circa 71 000 per jaar. In diezelfde periode nam het aantal beëindigingen van bijna 30 000 tot bijna 42 000 per jaar toe. Er zijn nog geen duidelijke tekenen dat het verschil in intensiteit tussen beide bewegingen tot een einde is gekomen. Wel geven de cijfers in tabel 1 enige aanwijzingen dat de relatieve jaarlijkse omvang van zowel het aantal toekenningen als het aantal beëindigingen ten opzichte van het bij de geschetste verhoudingen uiteraard steeds toenemende bestand per jaar primo geleidelijk aan afneemt. De relatieve groei van het bestand neemt sedert 1975 eveneens af.

In tabel 1 zijn de gegevens over de jaren 1967 en 1968 weggelaten omdat zij sterk verstoord zijn door de overgang van OW en IW/IWI naar WAO. Wel is getracht de hierboven geschetste ontwikkeling te plaatsen tegen de achtergrond van de cijfers uit de jaren vóór 1967. Omdat voor de Ongevallenwetten de splitsing tussen gevallen die korter dan één jaar (ongevallen en beroepsziekten vielen niet onder de ZW en die welke langer duurden niet mogelijk is, is volstaan met cijfers betreffende de IW en de IWI. Ten behoeve van de vergelijkbaarheid moesten uit de WAO-gegevens de gevallen met betrekking tot bedrijfsongevallen en beroepsziekten worden geëlimineerd. Dit was wegens onvolledigheid van de desbetreffende rapportage slechts gebrekkig mogelijk. Bovendien moet bedacht worden dat de vermelde toekennings- en beëindigingscijfers betrekking hebben op het jaar waarin de toekenning respectievelijk beëindiging in feite plaatsvond. Dit wijkt deels af van het jaar van ingang van de uitkering (toekenning vond door allerlei oorzaken nogal eens plaats met terugwerkende kracht). Niettemin blijkt dat de snelle groei van het WAO-bestand in 1967 niet uit de lucht kwam vallen. Al vrij kort na de invoering van de IWI op 1 januari 1963 nam de groeisnelheid van het arbeidsongeschiktenbestand sterk toe, en wel met percentages die dezelfde orde van grootte hadden als die uit de WAO-periode. Ik kom op dit verschijnsel nog terug.

## ACHTERGRONDEN VAN HET ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERSCHIJNSEL

Tabel 1. De ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten (excl. bedrijfsongevallen en beroepsziekten), 1960-1966 en 1969-juli 1978

	Bestand primo		Toekenningen		Beëindigingen		Bestandsgroei	
	aantal × 1000		in % van het bestand primo					
a.								
1960	125		16,8		10,4		6,4	
1961	133		15,0		9,4		5,6	
1962	139		14,0		9,1		4,9	
1963	146		13,7		8,9		4,8	
1964	155 <sup>b</sup>		23,4		9,4		19,0	
1965	175		20,6		8,9		11,7	
1966	195		18,5		9,1		9,4	
	c.	d.	c.	d.	c.	d.	c.	d.
1969	145	(163)	34,4	(36,2)	11,0	(17,6)	24,4	(18,6)
1970	181	(194)	27,1	(25,6)	16,0	(14,6)	11,1	(11,0)
1971	201	(215)	25,4	(24,1)	13,9	(14,0)	11,5	(10,1)
1972	224	(237)	23,7	(22,9)	14,3	(12,9)	9,4	(10,0)
1973	245	(261)	22,0	(21,7)	12,2	(12,0)	9,8	( 9,7)
1974	269	(286)	22,6	(22,7)	12,6	(11,5)	10,0	(11,2)
1975	296	(313)	24,0	(23,4)	11,5	(11,9)	12,5	(11,5)
1976*	333	(349)	20,8	(20,2)	11,2	(11,6)	9,6	( 8,6)
1977*	362	(379)	20,1	(19,8)	11,2	(11,6)	8,9	( 8,2)
1978*								
t.m. juni	414	(431)		( 8,9)		( 5,6)		( 3,3)

\* Voorlopige gegevens, c.q. ramingen.

- Uitsluitend IW (invaliditeitsrenten) en IWI (voor ongevallenwetten is scheiding tussen kort- en langlopende uitkeringen niet goed mogelijk). Bijslag IWI (ingevoerd 1-1-1963) werd behalve in IW-gevallen ook uitgekeerd in gevallen geplaatst op sociale werkplaatsen vanaf 1964; bovendien IW-gevallen met arbeidsongeschiktheid tussen 66 2/3% en 55% alsmede arbeidsongeschiktheidsgevallen boven de ZW-loongrens.
- Inclusief een klein (ca. 1000) geschat aantal gevallen met IWI-uitkering zonder IW-invaliditeitsrente.
- WAO-gevallen, exclusief gevallen voortkomend uit bedrijfsongevallen en beroepsziekten (er is echter systematische onderreportage van dit soort gevallen sedert invoering WAO, zodat aftrek van totaal onvolledig is).
- Cijfers tussen haakjes hebben betrekking op alle WAO-gevallen, dus inclusief die met bedrijfsongevallen en beroepsziekten als oorzaak.

Behalve door de geschetste volume-ontwikkeling werd de lastenontwikkeling van de WAO, en dus het premiepercentage, beïnvloed door enkele ontwikkelingen in de nominale sfeer. De uitkeringen volgden – met aanpassingen die tenslotte halfjaarlijks plaatsvonden – de indexcijfers der regelingslonen. De uitkeringen aan uit OW en IW/IWI overgekomen gevallen werden daarenboven in het begin der jaren zeventig in enkele fasen opgetrokken tot het

hogere minimum WAO-niveau, daarnaast, gekoppeld aan het wettelijk minimumloon, enkele malen structureel verhoogd (het betrof volgens ruwe schatting eind 1977 zo'n 100 000 gevallen). Dit alles deed de premie toenemen tot tenslotte 9,6% in 1976.

Waarom nu deze ontwikkeling, die velen verraste en nog steeds met grote zorg vervult?

## 2. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking

Een veel gehoorde stelling is, dat de sterke toeneming van het aantal arbeidsongeschikten onmogelijk het gevolg kan zijn van een plotseling opgetreden en sedertdien voortschrijdende achteruitgang van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking.<sup>4</sup> Hilverink wijst in dit verband op de afnemende sterftekansen (na eliminatie van verschillen in leeftijdsopbouw) binnen het WAO-aanvangs- en het daarop volgende jaar van opeenvolgende jaarcohorten van WAO-uitkeringsgerechtigden uit de periode 1968-1974.

Achteruitgang in de gezondheidstoestand kan zeker niet de enige of een op zichzelf staande oorzaak zijn. Toch moeten zuiver klinische oorzaken – die dan wel hun nadere verklaring vinden in maatschappelijke omstandigheden en ontwikkelingen – niet geheel worden uitgesloten. Zeker mag niet worden vergeten dat ook thans nog generaties aan het arbeidsproces deelnemen die grotendeels al op 15-jarige leeftijd min of meer zware lichamelijke arbeid moesten verrichten. Dat betekent, bij een pensioenleeftijd die doorgaans op 65 jaar ligt, 50 jaren handarbeid. Dat dan op leeftijden van 50 jaar of ouder slijtageverschijnselen van allerlei aard kunnen optreden, lijkt aannemelijk. Dit kan ook het geval zijn bij hen die op jonge leeftijd de moeilijke jaren uit de crisistijd en uit de Tweede Wereldoorlog hebben meegemaakt. Ziekten van de bewegingsorganen is in het WAO-bestand de meest voorkomende hoofd-diagnose. Zij komen bovendien relatief veel voor bij de leeftijdsgroepen

Tabel 2. Aantal WAO-uitkeringsgerechtigden per 100 verzekerden en uitkeringsgerechtigden, per 31 december in de leeftijdsklassen vanaf 50 jaar, en in de totale bevolking, 1969-1977

Leeftijdsklasse	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
50 t.m. 54 jaar	12,9	13,7	15,0	15,7	16,6	18,2	20,0	21,0	23,0
55 t.m. 59 jaar	19,7	21,2	22,7	24,1	25,8	27,5	28,7	29,7	30,8
60 t.m. 64 jaar	29,4	30,4	32,0	33,2	34,5	34,9	36,5	40,1	42,2
totale populatie	5,8	6,3	6,8	7,3	7,9	8,5	9,3	9,9	10,8

Bron: GMD-jaarverslagen, opnieuw berekend uit cijfers (schattingen) met betrekking tot uitkeringsgerechtigden en verzekerden op basis van de onzes inziens meer realistische veronderstelling dat in de volkstelling 1971 de WAO-uitkeringsgerechtigden niet tot de verzekerdenpopulatie zijn gerekend.

tussen 50 en 65 jaar. Men hoeft overigens bij een en ander niet alleen te denken aan verschijnselen van zuiver somatische aard: ook psychische stoornissen kunnen door deze ervaringen zijn ontstaan waardoor op latere leeftijd het functioneren in een arbeidsverhouding soms aanzienlijk kan zijn belemmerd.

Het hoge niveau dat het aantal WAO-uitkeringsgerechtigden in verhouding tot de som van verzekerden en uitkeringsgerechtigden vooral in de leeftijdsklassen van 50 jaar en ouder heeft bereikt (tabel 2) laat zeker toe dat genoemde invloeden hebben gewerkt: van het totaal aantal WAO-uitkeringsgerechtigden ultimo 1976 was circa 25% 60 jaar of ouder en circa 45% 55 jaar of ouder.

Na de Tweede Wereldoorlog zullen genoemde invloeden in betekenis zijn verminderd, onder meer door de verbetering van arbeidshulpmiddelen en arbeidsverhoudingen en verkorting van arbeidsdag en arbeidsweek (waarvoor 'humanisering van de arbeid' toch voor veel arbeidsplaatsen is bereikt), de betere financiële verzorging van werklozen en door de feitelijke en later wettelijke verschuiving van de gemiddelde leeftijd waarop de basisopleiding wordt beëindigd. Niettemin kunnen eerder genoemde jeugdervaringen van oudere generaties samen met demografische verschuivingen in de richting van 'vergrijzing' tussen de leeftijdsklassen (respectievelijk hun deelnemingspercentages) die het arbeidsaanbod leveren, nog tot 1995 of later het aantal WAO-toekenningen beïnvloeden.

Overigens is bij de beschreven invloeden op de oudere generaties minder sprake van een plotselinge verslechtering van de gezondheidstoestand van de Nederlandse beroepsbevolking dan wel van het geleidelijk leeglopen van een bestandstuwmeer van potentieel arbeidsongeschikten. Voor een belangrijk deel zullen ook komende oudere generaties tot dat stuwmeer gaan behoren omdat zelfs onder de beste maatschappelijke en arbeidsvoorwaarden vele ouderen onderhavig zullen blijven aan voortijdige slijtage. Op hun aanspraken op uitkering past dan eerder het etiket vervroegde ouderdom dan dat van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek.

### 3. Wettelijke criteria en hoogte van de uitkeringen

De zoëven genoemde mogelijke invloed van slijtageverschijnselen kan zich echter – en dit geldt evenzeer voor andere, nog te bespreken, factoren van maatschappelijke aard – slechts doen gelden als het wettelijk kader daartoe de mogelijkheid biedt. Het heeft daarom zin nu eerst de wettelijke criteria voor toekenning van een uitkeringsrecht in de verschillende opeenvolgende regelingen nader te bezien. Het is bovendien zinvol in samenhang daarmee ook aandacht te schenken aan de hoogte van de in die verschillende regelingen in het vooruitzicht gestelde uitkeringen zelf. De wettelijke criteria bepalen

immers wat mag en kan worden toegekend, terwijl het plausibel is om te veronderstellen dat de hoogte van de uitkeringen die in het vooruitzicht worden gesteld, in verhouding tot het genoten arbeidsinkomen en tot uitkeringen van andere loondervingsverzekeringen in hoge mate de bereidheid bepalen van verzekerden om, in de door de criteria aangegeven omstandigheden, een aanvraag tot uitkering te doen.

Dat de explosieve ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten eerst, na invoering van de IWI, in 1963 en vervolgens opnieuw na 1 juli 1967 optrad, wijst er al op dat de structuur van de wetgeving mede in het spel is. Hierop is met betrekking tot de WAO reeds door velen gewezen, zeer indringend met name door Hibbeln.<sup>5</sup>

In de aan de WAO voorafgaande regeling van de arbeidsongeschiktheidsverzekering was onderscheid gemaakt tussen invaliditeits- en (bedrijfs-)ongevalverzekering. De Ongevallenwet (OW; er waren er drie: een aparte voor de land- en tuinbouw en voor de zeevaart) kende eigenlijk geen minimuminvaliditeit waarboven pas een uitkering werd verstrekt. Wel was het invaliditeitspercentage voor elk ongevalsgevolg (incl. beroepsziekte) nauwkeurig vastgelegd in een fijnmazig stelsel van invaliditeitspercentages. Dat kon omdat de invaliditeitsoorzaken alle van somatische en veelal van traumatologische aard waren. De kenmerken van de vervulde functie speelden wel in de theorie van de wet, (er waren uitgebreide functieanalyses opgesteld), maar weinig of geen rol in de praktijk bij de vaststelling van de mate van invaliditeit. Men was van de eerste ongevalsdag af volledig uitkeringsgerechtigd gedurende de functiebeperking (risicostelsel). Dit was veelal tijdelijk. De blijvende uitkeringen waren gering in aantal (blijkens het desbetreffende jaarverslag van de Sociale Verzekeringsbank en de Raden van Arbeid ultimo 1963: ca. 29 000) en doorgaans laag (1963: gemiddeld ca. f 496 per volledig manjaar).

In de Invaliditeitswet (IW: ook hier bestond een tweede, namelijk voor de mijnwerkers), die onder meer in geval van voortdurende ziekte of gebrek na afloop van het Ziektewetjaar een uitkering of invaliditeitsrente moest garanderen, werd een veel ruimer begrip van arbeidsongeschiktheid gehanteerd dat, net als thans in de WAO, elke ziekte of gebrek (somatisch of psychisch), behalve dan voor zover gevolg van beroepsziekte of -ongeval als oorzaak accepteerde die het vermogen van betrokkenen beperkte om met voor zijn krachten en bekwaamheid (d.w.z. aangeboren vermogens en ervaring), berekende en hem gezien zijn opleiding en vroeger beroep in billijkheid op te dragen arbeid datgene te verdienen wat een gelijksoortige gezonde in dezelfde of een naburige plaats zou verdienen. De mate van arbeidsongeschiktheid diende echter ten minste 66 2/3% te zijn. De hoogte van de uitkeringen werd afhankelijk gesteld van de lengte van de tijdvakken waarin men verzekeringsplichtig was geweest en rentezegels had geplakt (opbouwstelsel). Door de hoge minimaal vereiste arbeidsongeschiktheid en het alles-of-niets-karakter van de verzekering kon de vaagheid van het gehanteerde arbeidsongeschiktheids criterium niet tot grote uitvoeringsproblemen leiden. Dat werd ook

verhinderd door de geringe belangstelling voor de zeer lage uitkeringen. Het arbeidsongeschiktheids criterium van de Interim Invaliditeitswet (IWI), krachtens welke sedert 1 januari 1963 de invaliditeitsrenten volgens de IW werden gesuppleerd, week op drie punten belangrijk af van dat van de IW. In de eerste plaats werd voor IW en IWI te zamen het opbouwstelsel verlaten: de uitkering was niet meer afhankelijk van het aantal jaren waarvoor rentezegeles waren geplakt en dus premie was betaald. In de tweede plaats werd ook het alles-of-niets-systeem van de IW verlaten: de IWI kende een drietal (later viertal) invaliditeitsklassen (nl. eerst 80-100%, 66 2/3-80% en 55-66 2/3%; later - 1966 - nog, uitsluitend voor de IWI-bijslag, 45-55%). De IWI hanteerde derhalve als minimumgrens dat de aantasting van de arbeidsgeschiktheid ten minste 55%, later zelfs slechts 45%, van de oorspronkelijke capaciteit diende te betreffen; een aanmerkelijke versoepeling ten opzichte van de IW. Bovendien werd de kring van uitkeringsgerechtigden in verschillende richtingen uitgebreid, onder meer - en ook dat was een versoepeling van het criterium - doordat degenen die aan het einde van de ziekteperiode nog niet waren hersteld automatisch in aanmerking kwamen voor een IWI-uitkering. In de derde plaats werden de uitkeringen door de IWI-bijslag sterk opgetrokken, en wel tot een per invaliditeitsklasse voor gehuwden en ongehuwden verschillend maar overigens vast bedrag - voor de hoogste invaliditeitsklasse blijkens het jaarverslag 1962 van de Sociale Verzekeringsbank en de Raden van Arbeid gelijkgesteld aan het loon van de gemiddelde ongeschoolde arbeider - dat nadien periodiek werd aangepast aan het algemeen loonniveau. De WAO kent een arbeidsongeschiktheids criterium dat sterk lijkt op dat van de IWI. Er zijn echter wederom drie belangrijke afwijkingen: de WAO aanvaardt al 15% arbeidsongeschiktheid als uitkeringstitel, onderscheidt zeven in plaats van vier invaliditeitsklassen en kent een uitkeringshoogte die per invaliditeitsklasse een vast percentage vormt van het laatst genoten brutoloon<sup>6</sup>, oplopend tot 80% in de hoogste klasse en halfjaarlijks aangepast overeenkomstig de index van de regelingslonen. De ongevallen- en invaliditeitswetten kenden dus, elk op zijn wijze, veel stringenter of exacter uitkeringscriteria dan de WAO. De IWI ging echter al een eind in de richting van versoepeling van de criteria en verhoging van de uitkeringsbedragen. Met ingang van 1 januari 1973 vond nog een belangrijke verruiming van de interpretatie van de WAO-bepalingen plaats. Letterlijk luiden de relevante WAO-artikelen:

*'art. 18, eerste lid:*

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



dezelfde soort en van soortgelijke opleiding, op zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen.

*art. 21, tweede lid:*

Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt, zo veel doenlijk, rekening gehouden met:

- a. door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid als bedoeld in art. 18, eerste of tweede lid.'

De Sociale Verzekeringsraad nu besloot, wellicht mede met het oog op de verslechterende arbeidsmarktsituatie, laatst geciteerde bepaling zo te doen interpreteren dat zonder tegenbewijs elke 'verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid' aan de arbeidsongeschiktheid werd toegeschreven. In het verloop van de gemiddelde toegekende arbeidsongeschiktheidsgraad – toch al hoog, omdat slechts bij een minderheid van gevallen partiële arbeidsongeschiktheid werd vastgesteld – is de invloed van deze beslissing, waarover reeds gedurende 1972 een discussie werd gevoerd, duidelijk te bespeuren. Het is aannemelijk dat hierdoor ook de mate waarin aanspraak op een uitkering werd gemaakt, is gestimuleerd.

Hiermee is een stelsel van wettelijke criteria bereikt dat veel verder reikt dan in vergelijkbare andere landen. Zo kent de Duitse Bondsrepubliek voor de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen een opbouwstelsel waarbij, net als bij onze pensioenverzekeringen, de bij arbeidsongeschiktheid te verkrijgen uitkeringsrechten afhankelijk worden gesteld van het aantal door verzekerde in loondienst gewerkte of daarmee gelijkgestelde (bijvoorbeeld werkloosheids-) jaren. Bovendien is het jaarlijkse opbouwpercentage (uitgedrukt in het loon) hoger voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten dan voor anders veroorzaakte arbeidsongeschiktheid. Hoewel ook in de Bondsrepubliek het criterium voor deze arbeidsongeschiktheid ruim is en de uitkeringen welvaartsvast, werkt dit opbouwelement toch sterk remmend op de volume- en lastenontwikkeling vergeleken met de WAO, die volledige rechten in het vooruitzicht stelt vanaf de eerste in loondienst gewerkte dag. In de Verenigde Staten kent men ook een opbouwstelsel en wordt alleen uitkering verstrekt aan hen die vijf maanden arbeidsongeschikt zijn geweest en voor ten minste twaalf maanden niet meer in staat geacht worden tot het verrichten van betaalde arbeid van enige betekenis (ongeacht of en waar die arbeid is te verkrijgen). Bovendien moet betrokkene ten minste vijf van de tien voorafgaande jaren betaald werk hebben verricht. De regeling geldt zowel voor personen in loondienst als voor zelfstandigen (en van hen afhankelijke personen).

De aanzuigende werking van de WAO kan ook in die zin uit de wettelijke criteria worden afgeleid dat deze verzekering de enige is die een zo hoge uitkering zo langdurig (tot 65-jarige leeftijd) in het vooruitzicht stelt. Hierdoor is het bijvoorbeeld voor diegenen die met werkloosheid bedreigd worden (bijvoorbeeld omdat het bedrijf waar men werkt dreigt te sluiten of omdat het

werk dat men doet en kan dreigt te worden vervangen door werk dat in het kader van een technologische vernieuwing andere eisen stelt) verleidelijk zich als ziek en arbeidsongeschikt te presenteren. Voor de werkgever is dit een elegante wijze om van mindervalide of bekwame werknemers af te komen. Terwijl de ZW nog uitgaat van arbeidsongeschiktheid ten opzichte van het eigen werk, beoordeelt de WAO betrokkenen ten opzichte van ander werk (binnen het segment van de arbeidsmarkt dat voor betrokkene in aanmerking komt). Na twee jaar arbeidsongeschiktheid (één jaar na het einde van het ZW-jaar) staat de wet arbeidsontslag door de vroegere werkgever toe.

#### 4. Uitvoeringsorganisatie

Met de komst van de IWI raakte de uitvoeringsorganisatie al in de problemen. Men was niet ingesteld op de behandeling van het al in 1963 sterk oplopende aantal aanvragen naast de noodzaak tot herbeoordeling van circa 80 000 invaliditeitsrentetrekkingen IW. De door de hogere uitkering deels geheel andere aard van de zich aanbiedende gevallen en de noodzaak verschillende klassen van mate van arbeidsongeschiktheid te onderscheiden, maakten dat de vereiste beoordeling het vakgebied van de toenmalige verzekeringsdeskundige te boven ging. De arbeidsdeskundige, die als agent in het kader van de uitvoering van de ongevallenverzekering reeds langer een plaats had gevonden, deed zijn intrede bij de invaliditeitsverzekering. Een arbeidsdeskundigendienst werd in 1964 ingesteld. In het kader van de uitvoering van de Ziektewet door de bedrijfsverenigingen (in welk kader vóór de eventuele overgang naar de IW verzekeringsgeneeskundige rapporten werden opgesteld) was trouwens bij de beoordeling van en revalidatiepogingen met betrekking tot de langduriger gevallen eveneens behoefte gaan ontstaan aan een team van arbeidsdeskundigen. Met zulke langdurige gevallen werd men door de hier en daar al bedrijfstakgewijze tot stand gekomen verlenging van de ziektewetperiode tot langer dan één jaar in 1963 geconfronteerd. Dit was zowel het geval bij het GAK en een aantal zelfstandig administrerende bedrijfsverenigingen zoals die voor de agrarische bedrijven en de bouwnijverheid. Hiervoor werden buitendienstambtenaren ingeschakeld. Dezen waren op grond van hun veelvuldige contacten met verzekerden en werkgevers soms beter dan de artsen in staat de eisen die het voorheen verrichte werk of eventueel te overwegen verlicht toekomstig werk stelden (de 'belasting', die samen met de 'belastbaarheid', van betrokkenen diens relatieve inzetbaarheid, verdien capaciteit en dus arbeidsongeschiktheidsgraad bepaalde) te overzien.

Niettemin bleef de beoordeling op tal van punten moeilijk. Was een diagnose al met enige zekerheid te stellen (en was die dat bij veel psychische afwijkingen, lage rugklachten e.d.?) dan was het lang niet altijd eenvoudig de betekenis daarvan voor de arbeidsgeschiktheid te bepalen. In hoeverre was de

oorzaak van de arbeidsongeschiktheid pas na de aanvang van de verzekering ontstaan en dus legitieme basis voor het uitkeringsrecht? In hoeverre is de arbeidsongeschiktheid toe te schrijven aan ziekte of gebrek als deze is ontstaan kort na een verandering van functie (ook binnen eigen bedrijf of afdeling)? Wie is dan de 'gelijksoortige' gezonde waarmee betrokkene dient te worden vergeleken?<sup>7</sup> In die situatie werd bij het medisch en arbeidskundig personeel – van wie vooral de artsen waren opgeleid met de gedachte dat zij belanghebbenden als patiënten tegemoet dienden te treden en te helpen – de neiging sterk betrokkenen in de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid te schatten.

Deze problematiek, veroorzaakt door de gezamenlijke werking van veelal niet objectiveerbare criteria en relatief hoge uitkeringspercentages, werd verveelvoudigd met de komst van de WAO. Daaraan is, als extra complicatie, niet vreemd dat de uitvoering van de nieuwe wet niet werd opgedragen aan de Sociale Verzekeringsbank en de Raden van Arbeid maar aan de bedrijfsverenigingen, die voor dat doel de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) als beoordelings- en adviesorgaan in het leven riepen. De bemanning van de GMD, vooral in de medische hoek, en ook van de bedrijfsverenigingen zelf, baarde jarenlang grote zorg, al kon personeel van de Bank en de Raden worden overgenomen. Er moest met grove middelen worden gewerkt wilde men door de grote massa van gevallen heen komen. Hoewel al vroeg werd onderkend (onder meer door Prof. Dr. J. Weyel) dat het ziekwetjaar zelf-invaliderend (iatrogeen) werkte en het doorsnijden van de band met het eigen werk en de eigen werkgever de kansen op reïntegratie in het arbeidsproces sterk deden afnemen (zodat vroegtijdige revalidatiepogingen van belang waren) werd van het daartoe geschapen instituut van de spontane melding slechts een beperkt en in de loop der jaren steeds afnemend gebruik gemaakt. Al in 1969 ontstonden, ter ontlasting van de GMD, de eerste samenwerkingsafspraken tussen GMD en bedrijfsverenigingen die, volgens velen in strijd met de exclusieve wettelijke opdracht die de Organisatiewet Sociale Verzekering in artikel 22a aan de GMD gaf, de beoordeling van een belangrijk deel van de aanvragen (de 'evident' tijdelijke, zogenaamde verlengde Ziektewetgevallen en de 'evident' stabiele zonder herschattings- en revalidatie- of andere voorzieningsaspecten) in handen liet van de bedrijfsverenigingen. Ongetwijfeld heeft deze nog durende handelwijze ertoe geleid dat velen op grond van een wel zeer summiere of categorale beoordeling blijvend of tijdelijk in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse werden ingedeeld. De komst van de AAW in 1976 heeft dat, althans tijdelijk, nog weer sterk bevorderd. Van de circa 70 000 in de loop van of aan het einde van de wachttijd (het Ziektewetjaar) gemelde gevallen werden slechts circa 24 000 door de GMD behandeld. Daarvan werden circa 16 500 medisch 'onderzocht' en de overigen 'op de stukken' afgedaan. Arbeidskundig onderzoek – waarvan de GMD thans het monopolie bezit – werd slechts verricht in circa 8900 gevallen.

Bij de capaciteitsproblemen waarmee de GMD zich geconfronteerd zag, speelt een rol dat vooral het arbeidskundig onderzoek sterk kan worden gecompliceerd door de complexe institutionele structuur: vaak is er noodzaak met tal van andere instanties (gewestelijke arbeidsbureaus voor arbeidsbemiddeling, verschillende ministeries, bijvoorbeeld Volkshuisvesting – voor woningaanpassing – en CRM – voor huishoudelijke hulp – organisaties in de welzijnssector, werkgevers, producenten van aangepaste apparatuur, sociale werkplaatsen enz.) overleg te plegen. Aan de verzekeringsgeneeskundige kant is er nogal eens overleg nodig met de artsen uit de curatieve sector. Het aanbod van verzekeringsgeneeskundigen is structureel onvoldoende.

De capaciteitsproblematiek nam in de loop van de jaren nauwelijks af. Tegenover verbeteringen in de organisatie en vergroting van het personeelsbestand van de GMD stond dat met de snelle groei van het bestand ook het aandeel van heronderzoeken en aanpassing van eerder verstrekte voorzieningen bij gewijzigd ziektebeeld (bestandsonderhoud) in de totale hoeveelheid werk geregeld toenam.

Ook wetstechnisch werd de wetsuitvoering gecompliceerder. Wellicht droeg daartoe vooral bij de merkwaardige rol van de beroepsrechter (de – in tweede instantie Centrale – Raad van Beroep) wiens uitspraken soms door hun precedentschepping een belangrijke regelgevende werking hadden. Een relatief hoog aantal van de op GMD-adviezen gebaseerde beslissingen werd bij die rechter aangevochten (ruim 6000 gevallen in 1975, vrijwel evenveel als in het kader van de Ziektewet, en bijna 50% meer dan in het kader van de WW met circa 480 000 aangegeven gevallen) en in een relatief hoog aantal gevallen (ca. 16%, overigens een ongeveer even hoog percentage als bij de ZW en lager dan de ca. 22% in de WW) vernietigd. Er ontstond wellicht mede daardoor behoefte aan een korps van wetstechnische beoordelaars, dat de oordeelsvorming van artsen ondersteunde en begeleidde.

Tenslotte moet er in dit verband op worden gewezen dat de uitvoering van deze sociale verzekering in handen was gesteld van organen van het bedrijfsleven. Het kan niet uitblijven, waar de wetgever criteria had geformuleerd, die zoveel interpretatiemogelijkheden lieten, dat ook de filosofie van de besturende organisaties haar stempel is gaan drukken op de toepassing van de wet. Ook in het kader van het loonbeleid is gebleken dat werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers niet zodanig tegenover elkaar komen te staan dat daardoor een afweging van sociale en economische belangen ontstaat die past in het macro-economische kader. Waar de verantwoordelijkheid voor uitkeringsverzorging en financiering (er was een landelijk centraal vastgestelde premie) bovendien zo duidelijk was gescheiden en het gebruik is de besturen bij de gevalsbeoordeling nauw te betrekken (via het instituut van de zogenaamde kleine commissie) kon het niet uitblijven dat humanitaire overwegingen ook om die reden een extra rol zijn gaan spelen bij de gevalsbeoordeling en -behandeling.

Of daarbij anderzijds op de handhaving van het tweejarig ontslagverbod sterk wordt gelet, is onduidelijk.

## 5. Een tussenstand

Op grond van de in de beide vorige paragrafen beschreven wijzigingen in het wettelijk kader in de periode 1963-1973, de verruiming en vervaging van het arbeidsongeschiktheids criterium die daarbij heeft plaatsgevonden en de beperkte middelen waarover de uitvoeringsorganisatie tegen die achtergrond kon beschikken, dringt zich de overtuiging op dat de spectaculaire toeneming van het arbeidsongeschiktheidsbestand en van de lasten van deze verzekering gedurende de laatste 15 jaar in overheersende mate is bepaald door enerzijds het in fasen doen overvloeien van het bestand aan potentiële arbeidsongeschikten naar het uitkeringsgerechtigdenbestand door een stapsgewijze verruiming van het arbeidsongeschiktheids criterium en anderzijds de verhoging van de in uitzicht gestelde relatieve uitkeringsbedragen ten opzichte van het te vervangen arbeidsinkomen.

Daaraan kan worden toegevoegd dat zowel de omvang van deze lastenontwikkeling als de economische en sociale gevolgen daarvan en de eventuele noodzakelijke tegenmaatregelen in het sociaal-politieke en organisatorische vlak door de wetgever en de in de beleidsvorming en wetsuitvoering participerende organen van het bedrijfsleven stelselmatig zijn onderschat, getuige onder meer het feit dat aanvankelijk een (permanent) evenwichtsbestand werd verwacht van 150 000 à 200 000 uitkeringsgerechtigden<sup>8</sup> en een evenwichtspremie van 5%.<sup>9</sup> Zeker de noodzaak tot, respectievelijk de behoefte aan vroegtijdige pensionering bij vele ouderen, die binnen dit kader kon worden bevredigd, is niet onderkend.

Tegen de hier geschetste achtergrond kunnen economische en andere maatschappelijke invloeden op het verloop van het aantal arbeidsongeschikten, anders dan die welke volgen uit de directe menselijke reactie op een ruim en vaag toelatingscriterium en een hoog uitkeringsniveau, voorshands nog slechts een betrekkelijke marginale betekenis hebben en is hun kwantitatieve invloed althans met behulp van tijdreeksanalyse empirisch uiterst moeilijk vast te stellen. Deze voorlopige conclusie is van betekenis voor de volgende paragrafen.

## 6. Sociaal-economische factoren

### 6.1. De macro-economische relatie tussen de discrepantie tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt en de groei van het aantal arbeidsongeschikten

Reeds enige tijd leeft onder macro-economen en anderen het besef dat er verband moet bestaan tussen de sedert 1966 en vooral na 1973 structureel verslechterde economische situatie in ons land en de snelle ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten.<sup>10</sup> De ruime mogelijkheid tot verdiscontering

van gebrek aan toegang tot de arbeidsmarkt bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid, de geringe objectieveerbaarheid van vele medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid en de verleiding die de wet met zijn relatief hoge en langdurige uitkeringen voor zowel werkgevers als werknemers biedt om hen die op de arbeidsmarkt slecht terecht kunnen al dan niet blijvend te doen afvloeien, maken deze gedachte ook wel plausibel. Het is voorts niet onwaarschijnlijk dat de verruiming van de mogelijkheid tot verdiscontering van de arbeidsmarktomstandigheden in de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid begin 1973 plaatsvond onder druk van de verminderde werkgelegenheid (in welk geval deze verruiming deels een 'endogeen' karakter zou hebben gehad).

Anderzijds is het zo dat economen en wiskundig economen tot voor kort dit mogelijk verband niet in hun modellen hebben geformaliseerd. Wel is er bijvoorbeeld bij de beschrijving van het zogenaamde Vintaf-model<sup>11</sup> op gewezen dat, hoewel het arbeidsaanbod na 1967 ogenschijnlijk weinig is toegenomen en na 1971 zelfs is teruggelopen, dit zonder de mogelijkheid van afvloeiing in de WAO en de invoering van de partiële leerplicht niet het geval zou zijn geweest, maar men behandelt de gevolgen van beide verschijnselen voor het arbeidsaanbod als exogene invloeden op het eveneens als exogene grootheid opgevoerde arbeidsaanbod. Alleen de officieel geregistreerde werkloosheid wordt als te verklaren grootheid in het model opgenomen. Ook in de later herziene en uitgebreide, door het Centraal Planbureau gehanteerde Vintaf-II versie van dit model is de behandeling niet anders.<sup>12</sup>

Door Hilverink is in het reeds geciteerde artikel<sup>13</sup> wel gepoogd – met beperkt succes – een eenvoudig statistisch verband vast te stellen tussen het percentage werklozen volgens de Werkloosheidwet (of de mutatie in de werkgelegenheid) – één jaar vertraagd in verband met de wachttijd van 1 jaar voor men in de WAO wordt toegelaten – en de WAO-toekenningsfrequentie zowel landelijk als per bedrijfsvereniging. De cijfers hebben betrekking op de jaren 1968 tot en met 1974. Zijn gedachtengang is dat een structureel slechte arbeidsmarktsituatie, in de zin van een tekort aan arbeidsplaatsen of een kwalitatieve discrepantie tussen vraag en aanbod, behalve tot werkloosheid via een selectieproces moet leiden tot uitstoot van arbeid via de WAO en dus tot paralleliteit tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. Het geringe succes van de poging (de gevonden correlatiecoëfficiënten zijn niet hoog) kan wellicht deels worden toegeschreven aan het feit dat geen andere variabelen (geslacht, leeftijd, regio, opleiding enz.) konden worden meegenomen. Voornamelijk geldt echter, zoals eerder gesteld, dat de groei van het aantal arbeidsongeschikten in een groot deel van de beschouwde periode nog sterk moet zijn beïnvloed door het geleidelijk leeglopen van het stuwmeer van potentiële uitkeringsgerechtigden na de eerder besproken verruiming van de toelatingscriteria en de verhoging van de uitkeringen in 1963, 1967 en 1973. Wel kon Hilverink een duidelijk negatief verband aantonen tussen de hoogte van de WAO-toekenningsfrequentie per jaar en de sterftetekans van WAO-uitkerings-

→ gerechtigden gedurende de eerste 1½ jaar na toekenning. Dit negatief verband zou erop kunnen wijzen dat bij snelle groei van het aantal WAO-gevallen de strikt medische oorzaken minder bijdragen tot de status van arbeidsongeschiktheid. Bovendien bleek hem dat WAO-gerechtigden uit bedrijfstakingen (bedrijfsverenigingen) met een sterk verlies aan arbeidsplaatsen → een relatief lage sterftekans hadden. Ook dit is een aanwijzing dat de arbeidsmarktfactoren invloed hebben op de omvangsgroei van de arbeidsongeschiktheid.

Ook in de Centraal Planbureau monografie over 'Omvang en samenstelling van het trendmatig arbeidsaanbod tussen 1975 en 2000'<sup>14</sup> is bij de keuze van de veronderstellingen omtrent het toekomstig verloop van de WAO-toetredingskansen – zij het tentatief en globaal – rekening gehouden met soortgelijke arbeidsmarktinvloeden op deze kansen.

Een van de meest belangwekkende pogingen om de economische betekenis van het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel in kaart te brengen, is afkomstig van Monroe Berkowitz e.a.<sup>15</sup> waarin gepoogd wordt in theoretisch afgeleide verklarende relaties voor arbeidsparticipatie en aantal gewerkte uren ook een aantal variabelen als verklaringsgrond in te voeren die verschillende functiebeperkingen ('impairments') representeren (zoals onvermogen tot lopen en bukken, tillen, horen, spreken, zien en geestelijke beperkingen). Deze relaties zijn geschat op materiaal uit een in 1966 in de Verenigde Staten gehouden enquête bij een zeer grote steekproef uit de volwassen beroepsbevolking (23-55 jaar). Berkowitz c.s. concluderen tot een aantal significante invloeden van het vermogen tot bukken en lopen, tillen, reiken en hanteren, horen en zien naast leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, loonhoogte, de ontvangst van overdrachtsinkomen en werkloosheid. De significantie is echter niet altijd zowel voor de zwarte als voor de blanke bevolking aanwezig.

Zuiver theoretisch is zeer recent door de hoogleraren V. Halberstadt en B.M.S. van Praag een poging gedaan de arbeidsongeschiktheid in een (sterk vereenvoudigd) neo-klassiek volledig model te endogeniseren, waarbij uitgegaan werd van de hypothese dat tussen verschillende vormen van gebrek aan arbeidsvermogen – leidend tot onvrijwillige werkloosheid of arbeidsongeschiktheid – geen objectief onderscheid valt te maken zodat in dit opzicht met één alles omvattende grootheid kan worden volstaan. In deze theorie ligt in alle gevallen de beslissing tot aanhouden of uitstoot van arbeidskrachten bij de werkgever die zich daarbij laat leiden door een vergelijking van marginale arbeidsproductiviteit en het loon (dat voor alle werknemers gelijk wordt verondersteld): uitgestoten worden de arbeidskrachten van wie de productiviteit lager ligt dan de (reële) arbeidskosten. Het loon is gelijk aan de marginale arbeidsproductiviteit.

Er zijn overwegingen vóór en tegen deze laatste gedachtengang aan te voeren. Ervóór pleit dat het, in de conceptie van de Vintaf-modellen, betrekkelijk willekeurig is, of de uitstoot van arbeid plaatsvindt doordat gehele bedrijven of bedrijfsonderdelen moeten sluiten omdat hun technologieën te ar-

beidsintensief zijn geworden om bij het reële arbeidskostenpeil nog te kunnen renderen (doorgaans voerend tot min of meer massale ontslagen, waarbij vooral de oudere werklozen moeilijk elders weer aan de slag komen) of doordat werknemers wegens gebrek aan opleiding en flexibiliteit de aansluiting bij vernieuwing van de technologie of de organisatorische verhoudingen binnen een bedrijf (daar daardoor kan blijven voortbestaan) missen en op grond van slijtageverschijnselen of stress WAO-gerechtigden worden.

Tegen pleit dat de acteurs op micro-niveau in beide processen verschillen. Bij onvrijwillige werkloosheid wordt de beslissing genomen door de werkgever en het Gewestelijk Arbeidsbureau (eventueel ook andere overheidsinstanties, zoals het Ministerie van Economische Zaken). De individuele werknemer kan doorgaans geen invloed uitoefenen, al kunnen vakbonden, bij dreigend massaal ontslag, hun invloed aanwenden om dit – tijdelijk – tegen te gaan met financiële steun van de overheid voor beter renderende concernonderdelen of via fusies dan wel om een afvloeiingsregeling af te dwingen. Bij arbeidsongeschiktheid is de medewerking van de betrokken werknemer nodig – ook al is zijn keuzevrijheid op medische gronden soms gering – en daarnaast die van artsen uit de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, (eventueel) de bedrijfsgeneeskundige zorg en uit de verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige sector.

De door Halberstadt en Van Praag aangegeven benadering kan daarom alleen worden beschouwd als een eerste aanzet voor een integratie van het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel in een macro-economisch model. Nadere differentiatie tussen arbeidsongeschiktheid en werkloosheid lijkt wenselijk. Ook zou het model aan realiteitsgehalte winnen als rekening zou kunnen worden gehouden met de in CAO's en anderszins geïnstitutionaliseerde loondifferentiatie. Gegeven de langduriger uitkering op een aan het laatste genoten arbeidsinkomen gerelateerd niveau, het additioneel beschikbare voorzieningepakket en de aanvaardbaarder status van arbeidsongeschiktheid kan de WAO beschouwd worden als een afvloeiingsweg die in het algemeen door werknemers die met ontslag worden bedreigd en die geringe herplaatsingsverwachtingen hebben, zal worden geprefereerd – als die weg niet van medische zijde wordt afgesloten – boven werkloosheid. Als werklozen zal men dan anderzijds diegenen aantreffen die hoge herplaatsingsverwachtingen hebben en een groep gezonden met beperkte scholing e.d. die geen kans of reden zagen zich (op aanvaardbare wijze) als arbeidsongeschikt te presenteren. Hierop kom ik in § 6.5 nog terug.

## **6.2. De macro-economische relatie tussen de toevloed naar de WAO en de rendementsverslechtering in bedrijven**

Al veel langer werd door macro-economen onderkend dat de rendementspositie van bedrijven ongunstig werd beïnvloed door de cost push die uitging



van de toenemende sociale premie- en belastingdruk op lonen. Voor het eerst in het jaarmodel 69 van het Centraal Planbureau<sup>16</sup> verschenen in de loonvergelijking enerzijds de op lonen ingehouden loonbelasting en sociale werknemerspremies en anderzijds de sociale werkgeverspremies als verklarende variabelen met een elasticiteit van respectievelijk 0,31 en 1. In het eerste Vintaf-model<sup>17</sup> vindt men dit afwentelingsmechanisme terug voor de middellange termijn in een in de verklaring van de procentuele mutaties in de loonsom per werknemer opgenomen variabele die het verschil in stijgingspercentage tussen het vrij beschikbare inkomen van de modale werknemer en de te verklaren grootte weergeeft. In het Vintaf II model<sup>18</sup> is dit aanzienlijk verfijnd doordat de belasting- en sociale premiedruk op loon- en uitkeringsinkomen die in de loonvergelijking verschijnen (een jaar vertraagd met een elasticiteit van 0,47) zelf weer worden gegenereerd in het model. De sociale premiedruk met een daartoe opgenomen uitgebreid sociaal verzekeringsblok waarin de uitkeringen de premies bepalen en zelf worden verklaard uit de aan de loonvoet gerelateerde uitkeringsvoeten en een volumecomponent, waarvan het verloop, afhankelijk van de verzekering, opgehangen wordt aan de werkgelegenheidsontwikkeling (WW), demografische factoren (AOW, AWW, kinderbijlagen) of exogeen is bepaald (ziektekosten en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen).

In de aldus afgewentelde premiedrukstijging is de toeneming van de WAO-premie en van de Ziektewetpremie, voor zover een gevolg van de toeneming van het aantal langdurige zieken binnen het ziektewetjaar, een belangrijke component (zie tabel 3).

Tabel 3. Premie WAO en aan langdurig (ten minste 6 maanden) zieken toe te rekenen premie ZW en totale premiedruk op het nationaal inkomen 1968 en 1977

	1968	1977
	in % van netto nationaal inkomen (marktprijzen)	
ZW (langer dan 6 maanden) <sup>1</sup>	0,44	0,83
WAO	1,45	3,66 <sup>2</sup>
Subtotaal langdurig arbeidsongeschikten (afgerond)	1,9	3,5
Overige sociale premiedruk	13,0	16,2
Totale sociale premiedruk <sup>3</sup>	14,9	19,7

1. Afgeleid uit gegevens over 1976; onderschattingen wegens overloopeffecten.
2. Incl. premie AAW toe te rekenen aan WAO-verzekerden.
3. Bron: Centraal Economisch Plan 1977.

Deze opwaartse druk op de loonkosten kan door werkgevers niet volledig worden doorberekend in de prijzen zodat de reële arbeidskosten stijgen en de bedrijfsrendementen afnemen waardoor de ruimte voor investeringen de schepping van nieuwe of behoud van bestaande arbeidsplaatsen in het bedrijfsleven vermindert.

Dit mechanisme is ook, in meer rudimentaire vorm, opgenomen in het eerder aangeduide model van Halberstadt en Van Praag. De resulterende uitstoot van arbeid via arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsregelingen leidt tot extra belasting- en premiedruk en dus opnieuw tot verhoogde arbeidskosten. In dit model is geen stabiel evenwicht te bereiken, in feite de nachtmerrie van vele macro-economen. De enige uitwegen lijken dan afgedwongen loonmatiging en/of vermindering van de collectieve druk.

### 6.3. Macro-economische ontwikkeling: technologie, werkgelegenheid en arbeidsongeschiktheid

De beide in de vorige paragrafen besproken mechanismen – mede door (afwenteling van) belasting- en premiedruk veroorzaakte reële arbeidskostenstijging, c.q. rendementsverslechtering, en het optreden van een arbeidsongeschiktheidsregeling als aantrekkelijk afvloeiingssubstituut voor onvrijwillige werkloosheid – werken samen met de technologische ontwikkeling als factoren die de afgelopen decennia de uitstoot van arbeid hebben bevorderd. In het neo-klassieke jaargangenmodel dat in de Vintaf-modellen van het Centraal Planbureau is opgenomen<sup>19</sup> is de 'technische' samenhang tussen kapitaal en arbeid in de produktfunctie op eenvoudige, gestileerde wijze geïncorporeerd door de veronderstelling dat de kapitaal-arbeidsverhouding binnen een jaargang van kapitaalgoederen onveranderlijk is. De verandering in die verhouding in de loop der jaren en de buitengebruikstelling en vervanging van oudere jaargangen werden behalve door een reële arbeidskostenstijging per manuur bevorderd door een autonome technische ontwikkeling, waaraan een voortgaand aanbod van nieuwe arbeidsbesparende vindingen ten grondslag ligt. Er is daardoor én de mogelijkheid én bij stijgende reële arbeidskosten de prikkel om oudere jaargangen kapitaalgoederen te vervangen door nieuwere zodra de marginale bijdrage aan de produktie van hun handhaving niet meer opweegt tegen de marginale kosten van de vervanging. Hierdoor treedt automatisch verlies van arbeidsplaatsen op. Deze verschuivingen kunnen niet alleen optreden binnen één bedrijf maar ook tussen bedrijfstakken, via bedrijfssluitingen en -inkrimpingen in één bedrijfstak en uitbreiding elders. De technische ontwikkeling in de richting van arbeidsbesparende produktiemethoden werkt ook door in de dienstverlenende sector, zelfs binnen de niet-marktsector. De arbeidssatisfactie die een werkgever moet kunnen bieden, wil hij kunnen blijven concurreren op de arbeidsmarkt, de samenhang tussen vernieuwing en verbetering van de kwaliteit van pro-

uitstoot

1)

2)

3)

dukt of dienstverlening (die de zorgbehoevende ook elders kan verkrijgen) en de aandrang op beperking van de collectieve lasten dwingen ook instellingen, scholen, ziekenhuizen en dergelijke zich aan te passen aan de gangbare technische mogelijkheden ten aanzien van werkwijzen, instrumentarium en dergelijke. Het aantal arbeidsplaatsen staat aldus voortdurend onder druk. Dit heeft zich afgespeeld in een periode waarin de beroepsbevolking (incl. werklozen, partieel geschikte arbeidsongeschikten en latent aanbod) nog steeds toenam.

Door deze ontwikkelingen ontstaat zowel een kwantitatieve als kwalitatieve discrepantie tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Al lang voordat de kwantitatieve discrepantie via een langdurige vergroting van de geregistreerde arbeidsreserve manifest werd, was er al sprake van kwantitatieve discrepanties.

#### **6.4. Arbeidsmarktmechanismen en arbeidsongeschiktheid: van volledige mededinging naar institutionalisme**

De macro-economische concepties van de arbeidsmarkt die aan de eerder besproken macro-economische modellen ten grondslag liggen, lenen zich maar ten dele voor een goed begrip van het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel. Economen zijn geneigd bij de bestudering van het marktmechanisme als bij elke andere markt uit te gaan van volledige mededinging en dan na te gaan hoe het marktevenwicht kan worden beschreven. Toegepast op de arbeidsmarkt en uitgaand van een volkomen homogeen arbeidsaanbod leidt dit allereerst tot een evenwichtssituatie waarin het loonniveau bepaald wordt door de gelijkstelling aan de marginale arbeidsproductiviteit die resulteert bij volledige absorptie van het arbeidsaanbod. Op deze traditionele, maar volstrekt onrealistische benadering is een correctie aangebracht door onder meer de 'human capital'-theorie waarin de homogeniteitsveronderstelling is vervangen door één dimensionale heterogeniteit op basis van verschillen in opleiding, waardoor inkomensverschillen kunnen worden toegestaan als gevolg van verschillende bijdragen tot de produktie al naargelang het opleidingsniveau. Volledige mededinging zou intact kunnen blijven via gelijke toegang tot de markt voor investeringen in 'human capital'.<sup>20</sup> Deze is echter in de praktijk niet aanwezig, omdat deze investering niet kan worden losgekoppeld van de werknemer zelf. Hij is daardoor voor de financier riskant, zodat normale financieringsmiddelen (tegen interestbetaling) niet voor iedere werknemer beschikbaar zijn.

Bovendien treedt de overheid regelend op ten aanzien van het aanbod van en de toegang tot opleidingen.

De heterogeniteit van de arbeid zou ook in andere opzichten in het traditionele model van volledige mededinging kunnen worden toegelaten. Het is niet zo moeilijk – in feite geschiedt dit in het eerder besproken model van Halber-

stad en Van Praag – de veronderstelling in te bouwen dat arbeid heterogeen is naar de mate van arbeidsgeschiktheid of produktiviteit. In dit en andere neo-klassieke modellen wordt dit gecombineerd met de erkenning dat de aanbodzijde van de arbeidsmarkt door het optreden van organisaties van werknemers niet gekenmerkt wordt door volledige mededinging maar door groepswijze bepaling van het loonniveau. Het gevolg hiervan is dat werknemers van wie de produktiviteit blijft beneden dit via collectieve arbeids-overeenkomsten bepaalde loonniveau bedreigd worden met werkloosheid of als arbeidsongeschikten worden bestempeld.

In deze laatste variant is rekening gehouden met een institutioneel element in de arbeidsmarkt, waardoor de volledige mededinging niet meer aanwezig is. Een nog realistischer benadering kent de aanvankelijk voor de situatie in de Verenigde Staten ontwikkelde theorie van de dubbele arbeidsmarkt of arbeidsmarktsegmentatie, die de laatste jaren ook in ons land grote aanhang verkreeg<sup>21</sup>, en waarin de institutionele invloeden op de wijze waarop de confrontatie van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt plaatsvindt centraal staan.

Hoewel ook tegen deze theorie bezwaren zijn aan te voeren – zij is sterk tijd- en plaatsgebonden en heeft in veel van haar typering van de werking van de arbeidsmarkt de toets van empirisch onderzoek (nog) niet kunnen doorstaan – is zij toch geschikt om te geraken tot een beter begrip van de werking van een arbeidsongeschiktheidsverzekering als instrument van afvloeiing op de arbeidsmarkt.

Hierbij zij allereerst aandacht geschonken aan de werking van kwantitatieve en kwalitatieve discrepanties tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. De eerste zijn in de jaren zeventig als structureel verschijnsel ontstaan doordat de schepping van nieuwe arbeidsplaatsen door uitbreidingsinvesteringen het verlies aan bestaande arbeidsplaatsen ten gevolge van reorganisaties van het productieproces en bedrijfssluitingen niet kon opvangen, terwijl ook de overheid niet in staat was compenserende werkgelegenheid in de collectieve sector te bieden of door steunmaatregelen het verlies aan bestaande arbeidsplaatsen tegen te gaan. Bij een nog steeds groeiende beroepsbevolking leidde dit tot langdurige hoge werkloosheid. Deels is die gecamoufleerd, bijvoorbeeld doordat sommige groepen zich wegens gebrek aan mogelijkheden geheel of gedeeltelijk terugtrokken van de arbeidsmarkt in huishouding (gehuwde vrouwen) of opleidingsinstituut (jongeren) of doordat partieel arbeidsongeschikten wegens verdiscontering van het werkgelegenheidstekort een volledige 80% uitkering kregen.

Daarnaast kon al sedert ongeveer 1965 het optreden van kwalitatieve discrepanties tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt worden waargenomen. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen kwalitatieve discrepanties tussen vraag naar en aanbod van arbeid op de *interne arbeidsmarkt*, die ontstaan doordat binnen bedrijven de eisen die het werk stelt veranderen en sommige werknemers daaraan niet meer kunnen voldoen, en kwalitatieve en

kwantitatieve discrepanties op de *externe arbeidsmarkt*, die ontstaan doordat tegenover de vernietiging van arbeidsplaatsen in bepaalde bedrijfstakken creatie van nieuwe arbeidsplaatsen elders plaatsvindt zonder dat deze passende arbeid bieden voor de uitgestoten. Dit laatste verschijnsel is versterkt waarneembaar vanaf circa 1965, het jaar waarin het aanvankelijk na de oorlog lage nederlandse loonpeil voor de verwerkende industrie ten naaste bij het peil bereikte van het gemiddelde loonniveau voor vergelijkbare bedrijven in de EEG.<sup>22</sup>

De gedachte ligt nu voor de hand dat met name het optreden van kwalitatieve discrepanties tussen vraag en aanbod op de interne arbeidsmarkten vaak wordt 'opgelost' door afvloeiing via de Ziektewet en de WAO. Er zou dan een direct verband bestaan tussen de ten gevolge van reorganisaties gewijzigde eisen die het werk stelt enerzijds en het ontstaan van gezondheidsklachten anderzijds.

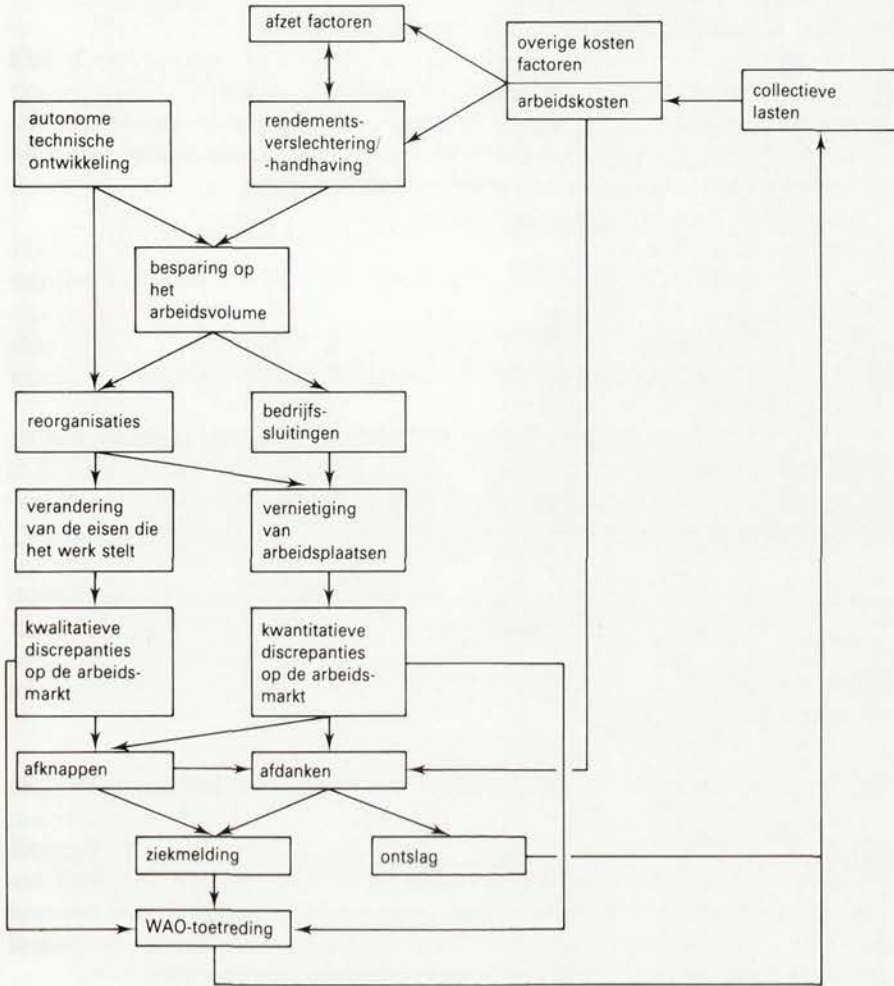
Degenen die – om welke reden dan ook – de flexibiliteit missen om zich bij reorganisaties en dergelijke aan te passen, zullen soms ontslagen, maar vaak ook afgekeurd worden. Uiteraard kunnen ook kwalitatieve en kwantitatieve discrepanties tussen vraag en aanbod op de externe markt bij dreigende opheffing van arbeidsplaatsen tot gezondheidsklachten en tot WAO-toetreding leiden. Bovendien kan van werkgeverszijde druk worden uitgeoefend in de richting van een dergelijke afvloeiing.

Terwijl bij onvrijwillige werkloosheid steeds sprake zal zijn van een vorm van 'afdanken' is bij WAO-toetreding zowel sprake van 'afknappen', namelijk als de gezondheidsklachten direct samenhangen met ontslagdreiging en veranderde (hogere) eisen die het werk stelt, als van 'afdanken', namelijk als door slijtage, ouderdomsverschijnselen of anderszins veroorzaakte produktiviteitsvermindering wordt aangezien als een gezondheidsprobleem, dat aanleiding is betrokkene als zieke naar huis te sturen. Medische en economische determinanten lopen dus bij ziekmelding en WAO-toetreding dooreen in variërende mengverhouding.

De gehele samenhang tussen macro-factoren, factoren op het meso- en micro-niveau en WAO-toetreding die men zich aldus kan voorstellen, moge blijken uit schema 1.<sup>23</sup>

Deze of soortgelijke samenhangen zijn ongetwijfeld in het afgelopen decennium belangrijk geweest voor het verloop van het aantal WAO-toetredingen (en waarschijnlijk al sedert ca. 1965).

Schema 1. Macro- en bedrijfseconomische determinanten van WAO-toetreding



In het voorgaande is aandacht geschonken aan de bijzondere economische processen, die vooral op de interne arbeidsmarkt kunnen leiden tot arbeidsongeschiktheid bij hen die weinig weerbaarheid tegen zulke invloeden hebben. In de theorie van de arbeidsmarktsegmentatie of dubbele arbeidsmarkt wordt gesteld dat het bij werkloosheid veelal gaat om een bijzonder deel van

de beroepsbevolking dat door de vraagzijde als minder gunstig wordt beoordeeld. Dit hangt samen met een tweedeling die gemaakt kan worden naar de aard van de functies binnen het bedrijf:

- primaire functies, gekenmerkt door
- bedrijfsspecifieke functie-eisen;
- on-the-job-training, waardoor vervangbaarheid door iemand van buiten afneemt en binding aan het bedrijf toeneemt;
- goede promotiemogelijkheden (promotieladder, gestructureerde arbeidsmarkt) gering verloop, goede arbeidsvoorwaarden, ontplooiingsmogelijkheden en een ruime mate van zelfstandigheid.
- secundaire functies, gekenmerkt door
- geringe gestelde eisen;
- geringe betekenis van on-the-job-training, die dan ook niet als bindings-element fungeert;
- geen promotiemogelijkheden (dead-end-jobs);
- geen ontplooiingsmogelijkheden en zelfstandigheid in het werk;
- hoog verloop;
- geven geen aansluiting op het gestructureerde primaire segment van de interne arbeidsmarkt;
- loonvorming, aanstelling en ontslag volgens het (neo-klassieke) mechanisme van de arbeidsmarkt.

Op deze tweedeling sluit de segmentering van de afhankelijke beroepsbevolking aan.<sup>24</sup> Deze is te onderscheiden in:

### 1. *Secundaire werknemers*

Hiertoe behoren vooral die bevolkingsgroepen waarvan, deels op technische en economische argumenten, maar deels ook op grond van vooroordelen, zoals racisme en sexismen, wordt verwacht dat investering via on-the-job-training en dergelijke – door gebrek aan absorptievermogen, loyaliteit ten aanzien van het bedrijf, ziekterisico, vertrekrisico etcetera – niet opweegt tegen de contante waarde van de produktiebijdrage en die daarom niet wordt toegelaten tot het primaire segment van de interne arbeidsmarkt.

De hypothese van het bestaan van zulke bevolkingsgroepen is centraal in de theorie van de arbeidsmarktsegmentatie en vond haar oorsprong in waargenomen discriminatie tegen zwarte werknemers in de grote steden van de Verenigde Staten. In mindere mate lijkt de veronderstelling van een dergelijke selectiviteit aan de vraagzijde van de arbeidsmarkt ook voor ons land – bijvoorbeeld jegens gastarbeiders, gehuwde vrouwen, oudere ongeschoolde handarbeiders en partieel gehandicapten – gewettigd. Deze selectiviteit wordt verstrekt doordat de betrokken groepen, wellicht als afweermechanisme, veelal een gedrag ontwikkelen dat toegang tot het primaire segment

van de interne arbeidsmarkt extra bemoeilijkt en gekenmerkt wordt door:

- instrumentele houding jegens werk en non-activiteit,
- weinig belangstelling voor promotie binnen het bedrijf,
- hoge mobiliteit.

Ook anderen die zulke kenmerken vertonen, moeten tot het secundaire segment van de afhankelijke beroepsbevolking gerekend worden.

## 2. *Primaire werknemers*

Hiertoe behoren de overige bevolkingsgroepen die wél worden toegelaten tot het primaire segment van de interne arbeidsmarkten. Binnen deze zeer omvangrijke groep, waartoe zowel werknemers met alleen lagere-schoolopleiding als academici met management-ervaring behoren, kan zinvol nader onderscheid worden gemaakt in:

### 2.1. Primaire werknemers (in eigenlijke zin)

Dezen verwerven binnen het bedrijf wel status, autoriteit en senioriteit maar missen doorgaans de mogelijkheid arbeidsomstandigheden en werkwijze zelfstandig te bepalen, het beleid van het management (anders dan in georganiseerd verband) te beïnvloeden, en invloed uit te oefenen op hun arbeidsvoorwaarden. Zij bezitten weinig en bij het beklimmen van de promotieladder afnemende mogelijkheid tot mobiliteit tussen bedrijven.

### 2.2. Elite-werknemers (resp. functies)

Dezen beschikken op grond van geavanceerde opleiding en ervaring over een combinatie van promotiemogelijkheden binnen het primaire segment van de interne arbeidsmarkt (zoals de primaire werknemers) en mobiliteit tussen bedrijven (zoals secundaire werknemers).

Een dergelijke, uiteraard gestileerde, conceptie van arbeidsmarktsegmentering is van direct belang in verband met de gevolgen van het optreden van kwantitatieve en kwalitatieve discrepanties tussen vraag en aanbod van arbeid. Daarbij zullen de secundaire werknemers vooral bedreigd worden door (blijvende) onvrijwillige werkloosheid - zij komen echter ook vaak in de WAO, namelijk als zij getroffen worden door het verhoogde slijtage-, ongevals- en beroepsziekerisico dat veelal aan door hen uitgeoefende beroepen kleeft - de primaire werknemers relatief veel kans hebben in de WAO terecht te komen (tenzij zij onverwacht getroffen worden door een sterke inkrimping



van de bedrijfstak of faillissement van reorganisatie binnen het bedrijf van hun werkgever) en de elite-werkers een hoge kans om beide gevaren te ontlopen, althans een eventuele non-activiteitsstatus weer te overwinnen. Tot dit laatste draagt bij dat elite-werkers in verband met de ten opzichte van hun inkomens(verwachtingen) lage uitkeringsmaxima in de verschillende sociale regelingen weinig gemotiveerd zullen zijn een sociale zekerheidsstatus uit te lokken of (blijvend) te aanvaarden. Dit is overigens voor de primaire en secundaire werknemers die niet voor een WAO-uitkering in aanmerking komen evenmin het geval omdat de werkloosheidsuitkeringen (behalve voor hen die de leeftijd van 57½ jaar hebben bereikt) geen blijvende handhaving van de relatieve inkomenspositie garanderen. Alleen voor hen die het wettelijk minimumloon of weinig meer (tot 125% van het minimumloon) verdienen, ligt dit anders.

### 6.5. Kwetsbare groepen

Uit de beschikbare statistische gegevens blijkt duidelijk – en dit ligt na het voorgaande ook voor de hand – dat ook overigens niet alle bevolkingsgroepen even kwetsbaar zijn voor (c.q. verleidbaar tot) arbeidsongeschiktheid. We zagen reeds (tabel 2) dat deze kwetsbaarheid in het bijzonder aanwezig is voor de ouderen. Wel kunnen het nu als aannemelijk beschouwen dat dit deels een gevolg is van – al dan niet generatiegebonden – fysieke en mentale slijtagerisico's (vooral onder secundaire werknemers en primaire werknemers met sterk organisatie- en technologiegebonden scholing), deels van de ongunstige invloed op de welzijnsituatie die uitgaat van de economische bedreiging van het voortbestaan van de vervulde arbeidsplaats. Onder overigens gelijkblijvende omstandigheden zal een verdere vergrijzing van de beroepsbevolking daarom tot verhoging van de gemiddelde WAO-invalideringskansen en verlaging van de WAO-beëindigingskansen leiden. Blijkens de eerder aangehaalde CPB-monografie met betrekking tot de toekomstige ontwikkeling van het arbeidsaanbod zal een dergelijke vergrijzing tot het jaar 2000 moeten worden verwacht.<sup>25</sup>

Binnen elke leeftijdsgroep blijkt de kwetsbaarheid van vrouwen door arbeidsongeschiktheid groter te zijn dan van mannen. Alleen voor de leeftijdsgroepen tot circa 25 jaar is dit niet het geval. Dit hangt ongetwijfeld mede samen met het feit dat in loondienst werkende vrouwen om institutioneel bepaalde redenen relatief vaak lager betaalde primaire en ook wel secundaire functies vervullen. Bovendien zijn veel werkende vrouwen in ons cultuurpatroon vaak extra belast met huishoudelijke en andere taken in de privé-sfeer.

Voor zover deze aan leeftijd en geslacht gebonden kwetsbaarheid generatiegebonden is, moet verwacht worden dat naarmate de verplichte of gebruikelijke opleidingsperiode wordt verlengd en de deelneming aan het arbeidsproces derhalve op latere leeftijd plaatsvindt en een verdere 'humanisering van

de arbeid' zich voltrekt (minder slijtagerisico's) respectievelijk de vrouwen-emancipatie meer gestalte krijgt, de invloed van deze factoren per leeftijdsgroep kan verminderen. De snelheid van een dergelijk proces is echter moeilijk te taxeren. Bovendien staat er een factor tegenover: naarmate de medische wetenschap zich verder ontwikkelt, zal de maatschappelijke opvatting over ziek zijn zich verruimen, hetgeen nieuw aanbod van arbeidsongeschikten kan oproepen.

De vraag kan gesteld worden of ook werknemers met een laag inkomen als relatief kwetsbaar beschouwd moeten worden. Uit de gedachte dat twee groepen vooral een verhoogd WAO-risico bezitten – te weten: werknemers die toegang hebben gekregen tot het primaire segment van de interne arbeidsmarkt en het deel van de secundaire en primaire werknemers dat beroepen uitoefent met verhoogde lichamelijke risico's van beroepsziekten, bedrijfsongevallen en slijtage – volgt nog niet duidelijk een bepaalde afwijkende inkomensverdeling. De hoge gemiddelde leeftijd bij WAO-toetreding zou kunnen doen verwachten dat het arbeidsinkomen voor WAO-toetreding gemiddeld relatief hoog is.

Tabel 4 maakt een vergelijking mogelijk tussen de verdeling van weekinkomens in de verlaten betrekking van hen aan wie in 1977 een WAO-uitkering is toegekend en de verdeling van de gemiddelde weekinkomens in oktober 1977 in bedrijven.

De vergelijking heeft uitsluitend betrekking op full-timers van 23 jaar en ouder en op weeklonen *exclusief* vakantie-uitkering. Voor de WAO-gerech-

Tabel 4. Verdeling weeklonen afhankelijke beroepsbevolking bedrijven (*exclusief* land- en tuinbouw en visserij) 1977 en op weekloon omgerekende WAO-daglonen (niveau oktober 1977) van uitkeringsgerechtigden ultimo 1977 met ingangsdatum van de uitkering op of na 1 oktober 1976, *exclusief* vakantietoeslag, full-time werknemers 23 jaar en ouder

Weekloon (verdiend, resp. waarnaar uitkering is berekend)	Afhankelijke beroeps- bevolking bedrijven, excl. land- en tuinbouw en visserij ('WAO-verzekerden')	Toegekende WAO- uitkeringen
	in %	
t.m. minimumdagloon		
WAO (f 421)*	14,0	14,0
< min. dagloon – < f 450	10,8	21,6
f 450 – < f 600	45,7	33,4
f 600 – < f 700	13,3	15,0
≥ f 700	16,2	14,0
Totaal	100	100

\* Het minimumloon was f 367 per week, *exclusief* vakantiegeld.

tigden is de verdeling schattenderwijs afgeleid uit de sedert 1 oktober 1976 in de jaarstatistiek van de Sociale Verzekeringsraad opgenomen verdeling van toegekende uitkeringen naar daglonen (incl. vakantiegeld) waarnaar de uitkering is berekend (nog niet gepubliceerd). Als de maximale uitkering (80% van het dagloon) netto lager uit zou komen dan het netto-minimumloon, wordt de uitkering gelijkgesteld aan dat minimum. Het in de tabel opgenomen dagloon is daarop dan afgestemd.

Voorts moet worden bedacht dat in de WAO-daglonen overwerkvergoeding en andere incidentele beloningen zijn opgenomen. De verdeling naar weekloon van full-time volwassen werknemers in bedrijven wordt door het CBS in de sociale maandstatistiek gepubliceerd. De genoemde extra beloningen komen daar niet in het loonbedrag voor. Voor dit verschil kan niet worden gecorrigeerd, evenmin voor het feit dat een deel van de afhankelijke beroepsbevolking van bedrijven niet WAO-verzekerd maar ABP-verzekerd is. In de CBS-statistiek zijn voorts niet opgenomen de werknemers in landbouw en visserij.

Uit de tabel blijkt dat een even groot deel van het na 1 oktober 1976 opgebouwde WAO-gerechtigdenbestand als van de 'WAO-verzekerden' een arbeidsinkomen had, gelijk aan of lager dan het minimumdagloon WAO. Voor het minimumloon kan de overeenkomstige vergelijking niet worden gemaakt, omdat het aantal voormalige minimumloners onder de WAO-gerechtigden niet bekend is.

De beide verdelingen wijken relatief sterk af in het gebied direct boven de minimumdagloongrens. Tussen de grens van f 421 per week en f 450 per week vindt men ruim 20% van de lonen waarnaar toegekende WAO-uitkeringen zijn berekend. Onder de WAO-verzekerden is het overeenkomstige percentage ruim 10. Daarentegen zijn deze percentages voor de klassen 'f 450 tot f 600 per week' respectievelijk ruim 33 en ruim 45. Boven f 600 is de relatieve bezetting in beide verdelingen weer ongeveer gelijk.

Het beeld dat aldus ontstaat, is, dat onder de voormalige arbeidsinkomens van WAO-gerechtigden de lagere inkomens (maar niet de laagste) iets sterker vertegenwoordigd zijn dan onder de actieve loontrekkenden in bedrijven, en de hogere inkomens (maar niet de hoogste) iets zwakker. Een en ander bevestigt niet de vaak geuite veronderstelling dat juist de lagere inkomens-trekkers veel bijdragen tot het WAO-bestand, te meer niet als men bedenkt dat de verschillen in feite kleiner zijn in verband met het ontbreken van overwerk en dergelijke in de door het CBS waargenomen weeklonen. Een en ander spoort mogelijk wel met de gedachte dat WAO-gerechtigden relatief veelvuldig voortkomen uit de categorie van de primaire werknemers.

Als bijzonder kwetsbaar voor arbeidsongeschiktheid moet waarschijnlijk ook de groep van gastarbeiders worden aangemerkt, al ontbreken daarover nog alle kwantitatieve gegevens. Het zou mij zeer verwonderen als de aanpassingsproblematiek van deze bevolkingsgroep – die ook een op gebrekkige communicatiemogelijkheden berustend verhoogd fysiek risico kan inhouden

– niet een WAO-gevoeligheid meebrengt die boven die ligt welke het gevolg is van het feit dat deze groep hoofdzakelijk behoort tot het secundaire segment van de arbeidsmarkt.

### *Sociaal-culturele invloeden*

Onder dit hoofd wil ik enkele veel besproken invloeden kort noemen die samenhangen met gewijzigde maatschappelijke opvattingen en inzichten maar waarvan de betekenis voor de snelle groei van het aantal arbeidsongeschikten moeilijk is vast te stellen. Voor de toekomstige trend, respectievelijk de mogelijkheid de waargenomen ontwikkeling te keren, zijn zij echter mogelijk van gewicht. Ik noem:

- een verminderd arbeidsethos;
- veranderingen in (verruiming van) het ziektebegrip;
- gewijzigde mogelijkheden voor en opvattingen over de omstandigheden waaronder werk verricht dient te worden en over de wijze waarop werk georganiseerd dient te worden ('humanisering van de arbeid': werkoverleg, medezeggenschap, secundaire arbeidsvoorwaarden, loopbaanbegeleiding, begeleiding van oudere werknemers, enz.).

Voor zover een vermindering van het arbeidsethos in de loop van de tweede helft van de jaren zestig en zeventig kan worden aangetoond – daartoe ontbreken de waarnemingen – rijst de vraag in hoeverre dit verschijnsel weer beïnvloed is door de sociale wetgeving zelf, door de 'tolerantie' van onze samenleving, opgebouwd in een periode van sterke welvaarts groei en uitbreiding van sociale zekerheid en vrije tijd. Ik kan wel geloven in het genoemde verschijnsel, maar moeilijk in zijn betekenis als zelfstandige kracht.

Dat kan niet gelden voor de verruiming van het ziektebegrip dat in de naoorlogse periode zeker is waar te nemen (onder meer in de definities van de wereldgezondheidsorganisatie). Ook in de WAO en AAW is een zeer ruim ziektebegrip te hanteren, dat van 'ontbreken van welbevinden' niet is te onderscheiden. Het lijkt echter niet voor de hand te liggen dat dit algemeen maatschappelijk verschijnsel een gevolg is van de invoering van de WAO: het arbeidsongeschiktheids criterium van de WAO bestaat immers al langer. Bovendien gaat het hier om een internationaal verschijnsel. Daar daardoor het aantal arbeidsongeschikten ongunstig is beïnvloed, zou aannemelijk gemaakt kunnen worden met het groeiend aandeel van de gevallen met psychische diagnoses in het jaarlijks aantal toekenningen.

Mogelijkheden voor en opvattingen over werkomstandigheden zijn zeker gewijzigd, onder meer als gevolg van automatisering en nieuwe denkbeelden over bedrijfsdemocratie. Voor zover deze zijn gerealiseerd, zal dat in de gangbare opvattingen hebben moeten leiden tot vermindering van arbeidsongeschiktheid. Het tegendeel kan echter evenzeer het geval zijn: zulke wijzi-

gingen betekenen namelijk aanpassingen in gedrag die niet door iedereen kunnen worden opgebracht.

## 7. Slotbeschouwingen: vragen voor onderzoek en beleid

### 7.1. Inleiding

In het voorgaande is een beeld opgeroepen van hetgeen vermoedelijk en voornamelijk de explosieve ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten in Nederland sedert 1963 heeft bepaald, dat enerzijds nader in empirisch onderzoek moet worden getoetst en anderzijds vragen oproept voor het ter zake te voeren beleid.

Daarbij stonden de volgende notities centraal:

1. de onverwacht sterke en ook niet beoogde volume- en lastenontwikkeling in de WAO is voornamelijk een gevolg van een aantal verruiming van het wettelijk arbeidsongeschiktheids criterium en de verhoging van de uitkeringen ten opzichte van het verzekerde loon;
2. binnen het verruimde criterium is het beoordelingsproces medisch-arbeidskundig onvoldoende beheersbaar; deze stelling laat onverlet dat tal van maatschappelijke factoren het uiteindelijk te bereiken niveau bepalen;
3. langdurige zware belasting, die reeds op jeugdige leeftijd aanvangt, leidt tot slijtageverschijnselen die beter als vervroegde ouderdom dan als arbeidsongeschiktheid kunnen worden aangemerkt;
4. economische bedreiging van de arbeidsplaats of van het bedrijf waartoe deze behoort, verhoogt het arbeidsongeschiktheidsrisico vooral van hen die behoren tot het primaire segment van de interne arbeidsmarkt;
5. beperkte scholing en geringe mogelijkheid tot aanpassing aan gewijzigde werkinhoud of werkomstandigheden verhogen het arbeidsongeschiktheidsrisico, vooral als men aangewezen is op de mogelijkheden van het primaire segment van de interne arbeidsmarkt van een bedrijf;
6. sommige bevolkingsgroepen die in een discriminatoire situatie verkeren – gastarbeiders, gehuwde vrouwen – tonen een verhoogd WAO-*risico*;
7. er bestaat samenhang tussen de hoogte van de uitkering bij volledige arbeidsongeschiktheid ten opzichte van het verdiende loon en de WAO-toetredingskansen bij gegeven overige omstandigheden;
8. vroegtijdige onderkenning van de sociaal-medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid en daarop aangepaste maatregelen, met name ook gericht op handhaving van de band met het huidige werk en in ieder geval de huidige werkgever (eventueel begeleiding van de overgang naar ander, aangepast werk), vermindert het WAO-*risico*;
9. de geringe beheersbaarheid van het beoordelingsproces en de vele overlegsituaties die deze beoordeling (vooral met betrekking tot voorzienin-

gen) noodzakelijk maakt, leiden tot capaciteitsproblemen bij de beoordelingsorganisatie (GMD): vergroting van het aantal aanspraken, vermeerdering van de hoeveelheid werk door toenemend bestandsonderhoud bij een sneller groeiend bestand, verhoogde eisen van deskundigheid tegenover beperkte mogelijkheid het aantal deskundigen in dienst van de GMD op te voeren.

## 7.2 Onderzoek

Het empirisch onderzoek is thans in gang gezet. Behalve het in noot 2 vermelde zeer breed opgezette determinantenonderzoek WAO en het in noot 4 en 14 geciteerde onderzoek van Hilverink valt voor Nederland nog te noemen sociologisch onderzoek van Drs. M.J. van Zaal met betrekking tot de medisch-arbeidskundige begeleiding door de GMD.<sup>26</sup> Ook zijn te noemen een onderzoeksplan van Drs. E.H. Bax en Prof. Dr. C. de Galan voor een onderzoek naar de regionale samenhang tussen WAO-toetredingskansen en arbeidsmarktomstandigheden (afgemeten aan het werkloosheidspercentage) en enkele, bij universitaire instituten, in voorbereiding zijnde sociaal-psychologische onderzoeken, onder meer betrekking hebbend op de ouder wordende werknemer. Het zal duidelijk zijn dat economen in het bijzonder geïntrigeerd zullen zijn door het vermoedelijk verband tussen arbeidsmarktontwikkelingen en arbeidsongeschiktheid. Daaraan is in dit artikel ruimschoots aandacht geschonken. Het onderzoek van Hilverink en dat van Bax en De Galan richten zich sterk op dit verband terwijl, voor zover dat in een cross-section-analyse kan, dit verband ook in het determinantenonderzoek WAO aan bod komt.<sup>27</sup>

Daarnaast zullen economen een natuurlijke belangstelling hebben voor de samenhang tussen uitkeringspercentage en WAO-toetredingskansen. Hierdoor wordt namelijk de zogenaamde 'marginal tax-benefit ratio', de marginale netto-inkomensverbetering die de arbeidsongeschikte bij werkherleving kan verwachten, bepaald en deze marginale verbetering kan de bereidheid tot werkherleving, en dus het marginale arbeidsaanbod, beïnvloeden. Het empirisch onderzoek naar deze samenhang met de in de economische wetenschappen gangbare onderzoeksmethoden wordt sterk bemoeilijkt doordat de uitkeringspercentages uniform en in de tijd invariant zijn. Alleen bij hen van wie het inkomen lager was dan circa 115% van het wettelijk minimumloon of hoger dan het maximum WAO-dagloon (d.w.z. het maximumloon waarvan, bij volledige arbeidsongeschiktheid, 80% wordt uitgekeerd) wijkt het uitkeringspercentage af. In de Verenigde Staten is de afgelopen tien jaar een aantal experimenten uitgevoerd met verschillende varianten van de zogenaamde negatieve inkomstenbelasting<sup>28</sup>, die licht werpen op het effect van relatieve marginale uitkeringspercentages op het marginale arbeidsaanbod. Uit die experimenten bleek een zeer bescheiden effect op het arbeidsaanbod, maar het

ging daarbij om aanmerkelijk lagere percentages dan het maximum bruto- en netto-uitkeringspercentage WAO. Dergelijk onderzoek is derhalve met betrekking tot de Nederlandse situatie zeker interessant. Dit is ook daarom het geval omdat de uitkeringspercentages en hun verloop in de tijd voor de verschillende alternatieve risico's – ZW/WAO, WW/WWV-RWW en Bijstand – nogal uiteenlopen en er ook verschuivingen tussen de diverse uitkeringstitels door kunnen zijn opgetreden.

Onderzoek op het grensvlak van economie, sociologie, medische wetenschap en techniek is onder meer van belang met betrekking tot:

- de kwetsbaarheid van verschillende groepen werknemers voor technologisch-organisatorische veranderingen in de arbeidsorganisatie;
- onderzoek naar de effectiviteit en de kosten-baten-verhouding van diverse vormen van revalidatie- en herscholingsactiviteit<sup>29</sup>;
- de mogelijkheid in basis- of wederkerend onderwijs van algemeen of professioneel vormende aard, een verhoogde flexibiliteit van de arbeidsinzet preventief tot stand te brengen;
- de aard en 'hardheidsgraad' van het medisch-arbeidskundig-wetstechnisch beslissingsproces met betrekking tot de beoordeling van uitkeringsaanvragen;
- de kwantitatieve betekenis van diverse factoren (lichamelijke en psychische zwaarte van het werk, duur van deze belasting, leeftijd waarop arbeidsleven is aangevangen, gedwongen beroepswissel) voor het slijtage-risico;
- de sterkte van de iatrogene werking van het ongeleide ziekteverzuim en de oorzaken daarvan;
- de juistheid van de hypothese dat verbreking van de band met het eigen werk, respectievelijk de eigen werkgever de reïntegratiekansen sterk beperken en de oorzaken hiervan.

### 7.3. Beleid

Dat een arbeidsongeschiktheidsvoorziening met een ruim criterium in een welvaartsstaat een groot goed is, waarvan men niet lichtzinnig moet afzien, zullen niet velen bestrijden. De WAO heeft velen die door ongeval of beroepsziekte of door andere min of meer duidelijke aandoeningen van somatische, psychisch-somatische of zuiver psychische aard voorgoed of voor lange tijd waren uitgesloten van deelneming aan het produktieproces aan een goed vervangend inkomen geholpen (en aan voorzieningen ter bevordering van de reïntegratie in het arbeidsproces of van de aanpassing aan het arbeidsloos bestaan) en de problemen die dat voor hun omgeving oproept vaak helpen verlichten of opheffen. In hoofdzaken is deze regeling uit het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel niet meer weg te denken.

Toch is het duidelijk dat de WAO in zijn huidige vorm een aantal gebreken

kent waardoor hij enerzijds – in vergelijking met soortgelijke regelingen elders – excessief duur is en anderzijds, als opvangregeling voor gehandicapten, minder effectief.

Hoewel de WAO fungeert als adequaat middel om loontrekkenden uit het (semi-) particuliere bedrijf een goede financiële en materiële opvang te bieden, voldoen de door de wet geschapen instrumenten om arbeidsongeschiktheid tijdig te signaleren niet. De in artikel 71a, WAO, lid 1, sub a, mogelijk gemaakte 'spontane' melding aan de GMD door de bedrijfsverenigingen gedurende het ziektewetjaar is – wellicht mede omdat capaciteitsproblemen het de GMD niet altijd mogelijk maakte daarop actie te nemen – in de loop der jaren steeds minder benut. De volgens artikel 71a, WAO, lid 1, sub b, verplichte melding aan de GMD na 13 weken ziekte, is – omdat de GMD hierop niet zinvol kan reageren – sedert 1970 achterwege gebleven. Toch lijkt er plaats te zijn voor een veel frequenter relatief vroegtijdig ingrijpen gedurende het ziektewetjaar teneinde met behulp van voorzieningen van velerlei aard het invalideringsproces af te remmen dan wel tijdiger de noodzakelijke verbeteringen in de levensomstandigheden van blijvend arbeidsongeschikten tot stand te brengen of voor te bereiden.

Voor zover de WAO voor ouderen de functie heeft van een regeling van vervroegde pensionering, kan hij wel als positief worden ervaren, maar er zijn betere varianten van een vervroegde pensioenregeling denkbaar. Beter om ten minste drie redenen:

- de WAO is alleen een vervroegde pensioenregeling voor hen die in staat zijn zich op medische gronden als arbeidsongeschikt te presenteren; hij is als zodanig niet universeel; *e. overtuigend door*
- als vervroegde pensioenregeling is de WAO relatief duur: in oudedagspensioenregelingen wordt doorgaans een (maximum-)uitkering van 70% van het laatst verdiende loon aanvaardbaar geacht; de WAO biedt 80% (plus voorzieningen) zonder dat daarvoor een duidelijk motief is aan te voeren en werkt in de praktijk al op relatief jeugdige leeftijd – vanaf 50 à 55 jaar – als vervroegde uittredingsregeling als nog maar over betrekkelijk weinig jaren premie is betaald;
- als vervroegde pensioneringsregeling kleeft aan de WAO het bezwaar dat het financiële offer dat tegenover de vervroegde uittreding moet worden gesteld erg beperkt is en ook het bezwaar dat tegenover de mogelijkheid van vervroegde uittreding geen mogelijkheid is geschapen (zoals die thans bijvoorbeeld in Zweden functioneert)<sup>30</sup> van uitgestelde pensionering; ook wordt partiële vervroegde uittreding (met daartegenover partiële verlate uittreding) in het WAO-kader onvoldoende gestimuleerd omdat betrokkenen als volledig arbeidsongeschikt worden beschouwd zolang zij niet elders op de arbeidsmarkt een passende volledige werkkring kunnen vinden.

Ook als alternatieve werkloosheidsregeling bergt de WAO gevaren in zich



omdat de mogelijkheid van verdiscontering van verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van werk leidt tot toekenning van een hoog arbeidsongeschiktheidspercentage dat in beginsel zonder tijdslimiet wordt toegekend (tot het 65ste levensjaar) waardoor vrijwillige herintreding in het productieproces ook na medisch herstel (of in functies waarin de medische afwijking geen arbeidsongeschiktheid hoeft te betekenen) sterk wordt geremd. Dit is ook onderkend. Om die reden wordt dan ook door de uitvoeringsorganisatie relatief veel aandacht geschonken aan en druk uitgeoefend in de richting van herintreding in het arbeidsproces van jongere arbeidsongeschikten. Bovendien kent de wet sedert de invoering van de AAW een bepaling die het mogelijk maakt de verdiscontering van de arbeidsmarktsituatie slechts voor een bepaalde termijn toe te passen. Met (administratieve) toepassing daarvan is onlangs een experimenteel begin gemaakt. Of deze middelen voldoende zijn, is echter twijfelachtig.

De uitvoeringsorganisatie vertoont een aantal gebreken. In de eerste plaats veronderstelt de wet aanwezigheid van een professioneel medisch en arbeidskundig kader dat – met name wat betreft de verzekeringsgeneeskundige discipline – in feite zeer schaars is en onvoldoende aanwezig. Bovendien zijn de wettelijke criteria door de aard van de betrokken elementen en professies, in veel gevallen moeilijk toe te passen en worden van de betrokken experts door die criteria uitspraken verwacht die zij veelal onvoldoende op objectieve gronden kunnen doen.

In de tweede plaats zijn de bevoegdheden en de bewerktuiging van de GMD als centraal adviesorgaan onvoldoende. De reeds eerder genoemde 'samenwerkingsafspraken' tussen GMD en bedrijfsverenigingen laten geen ruimte voor de GMD de ontwikkelde kennis met betrekking tot de beoordeling van aanspraken op arbeidsongeschiktheid over te dragen aan de bedrijfsverenigingen die krachtens die afspraken, in 1976 ruim 60% van de einde wachttijd beoordelingen zelf afdeden omdat deze geen 'meldingsaspecten WAO' (noodzaak van zelfstandig medisch-arbeidskundig onderzoek; mogelijke noodzaak voorzieningen te treffen of behulpzaam te zijn bij arbeidsbemiddeling) zouden bezitten.<sup>31</sup> Dat in 1977, althans éénmaal, aan de GMD werd toegestaan bij wijze van steekproef de aldus door de bedrijfsverenigingen in eigen hand gehouden gevallen uit één willekeurig bepaalde week te beoordelen op de aanwezigheid van meldingsaspecten, is een wel zeer zwak instrumentarium voor toetsing aan en distributie van centraal verworven kennis en vaardigheid. Ook de relaties van de GMD met uitvoeringsorganen in aanpalende beleidssectoren zijn nog niet optimaal geïnstitutionaliseerd en ontwikkeld. Uiteraard heeft de GMD groot belang bij de mogelijkheid tot herplaatsing van gehandicapten en vindt er binnen de dienst ontwikkeling van waardevolle kennis op dit gebied plaats, mede gebaseerd op geregelde contacten met werkgevers rondom arbeidsongeschikten. De wet reserveert bevoegdheid tot arbeidsbemiddeling echter voor de Gewestelijke Arbeidsbureaus die wel beschikken over op gehandicapten gespecialiseerde bemiddelaars maar

niet over een centraal ontwikkelde know how op dit gebied. Ook op het gebied van om- en bijscholing van gehandicapten bestaat dit soort institutionele barrières. Het beleid ten aanzien van vakopleiding van volwassenen (daartoe wordt ook gerekend de scholing van gehandicapten) is in Nederland geheel in handen van het Directoraat-Generaal voor Arbeidsvoorziening van het Departement van Sociale Zaken. Dit beschikt over een beperkt budget en ook over weinig mogelijkheid een geavanceerde deskundigheid te ontwikkelen. Het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen heeft tot nu toe weinig belangstelling getoond voor dit belangrijke beleidsterrein. De eerste opleidingscentra voor gehandicapten – althans met internaat – worden thans pas, in samenwerking tussen het Ministerie van Sociale Zaken, de Sociale Verzekeringsraad, de GMD en de Federatie van Bedrijfsverenigingen, tot ontwikkeling gebracht. In de Duitse Bondsrepubliek bestaan dergelijke centra reeds lange tijd en worden gehandicapten op ruime schaal – en met succes – omgeschoold en in het bedrijfsleven geplaatst.

Welke beleidsaanpassingen zouden overwogen moeten worden? Ik waag mij na het voorgaande aan een aantal suggesties, zonder te willen komen tot een uitputtende lijst van alternatieven.

Als eerste element in deze reeks van suggesties noem ik een verbeterde beleidscoördinatie. Voor een deel heeft arbeidsongeschiktheidsbeleid te maken met preventieve en curatieve gezondheidszorg. De organisatie van de gezondheidszorg met zijn vaak lange wachttijden werkt iatrogen lastenverhogend in de sociale arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Ook een uitgevoerd arbeidsomstandighedenbeleid, waarin plaats is voor bijvoorbeeld zowel veiligheidspreventie als humanisering van de arbeid en begeleiding bij noodzakelijke technisch-organisatorische verandering in de aard en omstandigheden van het werk, kan van grote invloed zijn op de verdere ontwikkeling van het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel. Voor een ander deel vloeit arbeidsongeschiktheid voort uit het feit dat het gehele opleidingsprogramma dat mensen in hun jonge jaren doorlopen onvoldoende voorbereidt op de noodzaak tot voortdurende flexibiliteit en om- of bijscholing. Dat is een vraagstuk van onderwijsprogrammering en coördinatie tussen onderwijs voor jongeren en dat voor volwassenen.<sup>32</sup> Daarin zou ook het onderwijs aan arbeidsongeschikten een volwaardige plaats dienen te krijgen. Ook tussen arbeidsongeschiktheidsbeleid en het algemene arbeidsmarktbeleid kan een betere coördinatie, tot in het uitvoeringsvlak door te voeren, waarschijnlijk bijdragen tot preventie of snelle en adequate opvang in veel gevallen van arbeidsongeschiktheid. Op veel van deze terreinen staan de relaties tussen de betrokken ministeries of hun onderdelen nog in hun kinderschoenen.

Mijns inziens dient daarnaast echter de nadruk gelegd te worden op een aantal stelselaanpassingen die de volumedruk op de uitvoering van de WAO verlichten. Daartoe zou het volgende kunnen bijdragen:

1. Invoering van een aan de hoogte van het salaris gekoppelde nationale pensioenvoorziening voor hen die de leeftijd van 65 jaar bereiken met de

mogelijkheid, zoals in Zweden, bijvoorbeeld vanaf het 60ste levensjaar voor een vervroegde, al dan niet partiële, pensionering te opteren tegen het brengen van een financieel offer met betrekking tot het pensioenpercentage (bijvoorbeeld terug te brengen van 70 tot 60%) maar ook, met – zo de werkgever dit verzoekt – medische beoordeling, de pensioneringsleeftijd al dan niet partieel uit te stellen tot bijvoorbeeld het 70ste jaar (met verhoging van het pensioenpercentage). Een dergelijke regeling, die in alle ambtelijke, particuliere en bedrijfspensioenregelingen zou moeten worden ingebouwd en tevens een weduwen- en wezenpensioen in uitzicht zou moeten stellen, zou het opbouwstelsel kunnen volgen en een volledig pensioen op 65-jarige leeftijd van 70% van het (welvaartsvast geïndexeerd) gemiddeld (of gedurende een aantal eindjaren) genoten salaris of loon in uitzicht kunnen stellen. Hiertegenover zou de AAW/WAO-uitkering kunnen worden beëindigd op 60-jarige leeftijd, het tijdstip waarop vervroegde pensionering mogelijk wordt, met behoud voor de 60-65-jarigen van het recht op voorzieningen. Hierdoor alleen al zou bijvoorbeeld in 1976 het aantal WAO-uitkeringsgerechtigden circa 25% minder zijn geweest en – waar de ouderen vrijwel allen een uitkering van 80% hadden – het lastentotaal waarschijnlijk nog minder. Daar staat tegenover de – vermoedelijk, maar niet zeker, lagere – lasten van de vervroegde uittreding. Een belangrijk voordeel is evenwel dat de vervroegde uittreding niet discrimineert tussen hen die als ziek of gebrekkig worden erkend en hun leeftijdsgenoten en dat geen medisch-arbeidskundige beoordeling vereist is: de uitkering wordt op verzoek, zonder medisch-arbeidskundige toetsing, toegekend.

2. Gedacht zou voorts kunnen worden aan een aantal wijzigingen in de WAO, die ertoe leiden het arbeidsongeschiktheidsrisico wat meer te doen dragen door de werkgever. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden bereikt door de mate van arbeidsongeschiktheid waarbij een uitkering kan worden toegekend, evenals in de AAW, minimaal te stellen op 25% in plaats van 15%. Deze grens zou dan betrekking dienen te hebben op de arbeidsongeschiktheid vóór verdiscontering van de arbeidsmarktsituatie. Verdiscontering van de arbeidsmarktsituatie zou pas dienen te geschieden bij afloop van het tweejarig ontslagverbod dat de WAO kent en waaraan strak de hand gehouden zou moeten worden.
3. In de WAO zou voorts een onderscheid gemaakt kunnen worden tussen 'harde' combinaties van diagnose en arbeidssituatie enerzijds en overige gevallen van arbeidsongeschiktheid. 'Hard' heeft hier de betekenis van min of meer wetenschappelijk, op grond van objectieve waarneming redelijk zeker vast te stellen en kan ook psychische stoornissen omvatten. Bedoeld onderscheid zou op grond van wijzigingen in de medische wetenschap en arbeidskundige inzichten geregeld moeten kunnen worden aangepast. Voor de eerste categorie kan de beoordeling, met inachtneming van het onder 2 gestelde, blijven zoals ze is. Zelfs zou kunnen worden overwogen de medische beoordeling deels te stellen in handen van daartoe

op te leiden paramedische medewerkers van de verzekeringsgeneeskundigen. Voor de tweede categorie zou een onafhankelijke beoordeling door twee beoordelingsteams (twee medici, twee arbeidskundigen) kunnen worden ingevoerd. Overwogen zou kunnen worden voor deze categorie een referentieperiode (periode gedurende welke men ten minste in loondienst moet hebben gewerkt) van één jaar in te voeren. Op deze wijze wordt enige tegendruk geboden tegen al te gemakkelijke arbeidsongeschiktheidsaanspraken bij die categorie waarbij de beoordeling van zulke aanspraken extra gecompliceerd is. Het aangebrachte onderscheid lijkt enigszins op dat tussen eertijds de OW en de IW/IWI, maar het verschil is dat ook in de categorie 'harde' gevallen systematisch met arbeidskundige facetten (de functie) rekening wordt gehouden.

4. Ik pleit ervoor het maximumuitkeringspercentage na twee jaar arbeidsongeschiktheid (d.w.z. na één jaar WAO-uitkering en bij ontslag door de vroegere werkgever) terug te brengen tot 70%, het normale percentage voor een ouderdomspensioen. Gegeven het feit dat voor betrokkenen ook de noodzakelijke voorzieningen bekostigd worden, zij op de normale wijze in aanmerking komen voor het verstrekkingenpakket van Ziekenfondswet en AWBZ en voor kinderbijslag, lijkt dit voorstel, dat eventueel alleen op toekomstig toe te kennen uitkeringen zou kunnen worden toegepast, alleszins redelijk. Bedacht moet worden dat, wegens het wegvallen van een aantal sociale verzekeringspremies, de netto WAO-uitkeringen een nog circa 10% hoger percentage van het verloren gegaan brutoloon uitmaken.
5. Gegeven het beperkte aandeel in het WAO-bestand (en in de verzekerde afhankelijke beroepsbevolking) van hen die het wettelijk minimumloon verdienen of althans niet meer dan het minimumdagloon WAO (zie tabel 4), is 'koppeling op afstand' van netto wettelijk minimumloon en netto minimum-WAO-uitkering, in de thans geldende situatie geen maatregel waarvan op zichzelf grote directe effecten te verwachten zijn. In samenhang met de in het voorgaande beleide verlaging van het maximum-uitkeringspercentage ligt dit anders, omdat bij strikte handhaving van de netto-netto-koppeling in dat geval voor een veel groter deel van de uitkeringsgerechtigden de werking van het maximum-uitkeringspercentage ongedaan wordt gemaakt, namelijk voor meer dan een derde.
6. In plaats van de zogenaamde 13de weeks meldingen zou overwogen kunnen worden bij de overgang tussen Ziektewet en WAO (en dan ook de overgang bij beoordeling van medische dienst van bedrijfsvereniging naar GMD!) te leggen bij zes maanden ziekteverzuim. Dit zou gepaard moeten gaan met een volledige melding bij de GMD. Weliswaar volgt hieruit op zichzelf een viervoudige belasting van die dienst ten opzichte van de gangbare werkwijze, maar daartegenover zullen de eerder genoemde stelselaanpassingen een aanzienlijke verlichting meebrengen. Het voordeel is dat een redelijk vroegtijdige screening van alle langdurig zieken plaatsvindt.

Naast deze stelselaanpassingen zou een aantal wijzigingen in de uitvoeringsorganisatie kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van een slagvaardiger beleid. Dit betreft zowel de capaciteit als de werkwijze en de afbakening van verantwoordelijkheden:

1. Door de eerdergenoemde maatregelen zal waarschijnlijk het tekort aan met name verzekeringsgeneeskundige capaciteit al aanzienlijk worden verlicht. Verdere maatregelen in die richting zouden kunnen zijn:
  - a. uitbreiding van de opleidingscapaciteit van verzekeringsgeneeskundigen; de financiering hiervan uit de ZW/WAO/AAW-premieopbrengsten zou mijns inziens goed kunnen worden verdedigd.
  - b. toevoeging aan de verzekeringsgeneeskundige staven van een in te voeren paramedisch te scholen verzekeringsgeneeskundig assistentenkorps; het verzekeringsgeneeskundige werk dat een belangrijke administratieve en welzijnscomponent bevat (beoordeling op stukken, codering, invullen van vragenlijsten in gesprekken met belanghebbenden, psychische opvang, routine-onderzoeken e.d.) leent zich daarvoor mijns inziens goed omdat geen behandeling mag worden verricht.<sup>33</sup>
2. Aan de GMD wordt het uitsluitende beoordelingsrecht ook in de praktijk teruggegeven, zij het met de mogelijkheid – ook in de wet vast te leggen – van delegatie aan derden (met name aan de bedrijfsverenigingen) onder behoud van verantwoordelijkheid en dus van toetsingsrecht en het recht het gedelegeerde terug te nemen. Hierdoor kan eenheid worden gebracht in het beoordelings- en voorzieningenbeleid en ontstaat een situatie waarin de medische diensten van de bedrijfsverenigingen de GMD moeten accepteren als functioneel superieur ontwikkelings- en coördinatie-orgaan.
3. In het kader van deze laatste functie is het ook aan te bevelen de GMD bevoegdheid te geven bij elk kantoor van een bedrijfsvereniging vanwaar uit of waar medische beoordelingen plaatsvinden een liaison officer te plaatsen die ook contacten met de medische dienst van het betrokken uitvoeringskantoor onderhoudt in het kader van de Ziektewet. Soortgelijke liaison officers zouden dienen te worden geplaatst bij de Gewestelijke Arbeidsbureaus en bij de sociale werkplaatsen.
4. De relatie tussen de GMD en uitvoeringsorganen op aanpalende terreinen – zoals Gewestelijke Arbeidsbureaus, sociale werkplaatsen, revalidatiecentra, opleidingsinstituten, behandelende sector in de geneeskunde enz. – dient zodanig wettelijk en feitelijk geregeld te worden dat de GMD als coördinator van het plaatsings- en voorzieningenbeleid met betrekking tot arbeidsongeschikten uit de marktsector (inclusief vroeg-gehandicapten) kan optreden.

## Noten

1. In het bijzonder WAO, Balans en perspectief, een bundel opstellen aangeboden aan A.G. Mater bij zijn afscheid als directeur van de Gemeenschappelijke Medische dienst. Amsterdam, december 1974. Voorts ook de inleidingen en verslagen van de Studiedagen voor Sociale Geneeskunde in 1974 (zie Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, jaargang 1974, pag. 195-215, 433-492, 651-704 en 841-870) en 1977 (Arts en Sociale Verzekering, maart 1977, pag. 4-11 en Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1977, pag. 248-255 en 509-548); Drs. L. Lamers, 'Volumebeleid in de sociale zekerheid', inleiding voor de Nederlandse Vereniging voor Openbare Financiën op 4 november 1977, met samenvatting van de discussie afgedrukt in Openbare Uitgaven, jaargang 1978-1; tenslotte Arbeidsongeschikt; enkele invalshoeken, bundel uitgegeven t.g.v. het verschijnen van het tiende jaarverslag van de Gemeenschappelijke Medische Dienst, voorjaar 1978.
2. Dit onderzoek wordt onder leiding van Prof. Dr. B.M.S. van Praag en de schrijver verricht door een team dat behalve uit hen beiden thans bestaat uit Drs. H. Bruisma, P. Hop en Drs. Ph.R. de Jong.
3. Inclusief nagekomen gevallen, opgenomen als toekenningen in de jaren ná de overgangsdatum en geregistreerd als OW- en IW(I)-gevallen met overgangsrecht.
4. Zo bijvoorbeeld J.G. Rietkerk in 'WAO, Balans en perspectief' t.a.p. pag. 27 en vooral de bijdrage in deze uitgave van Drs. H.G. Hilverink.
5. Mr. J.G. Hibbeln: 'De WAO een misstap?' in WAO, Balans en perspectief, t.a.p. pag. 168-193.
6. Sedert een aantal jaren met een minimum-netto gelijk aan het netto-wettelijk minimumloon, dat een aantal malen structureel is opgetrokken (de zogenaamde netto-netto-koppeling); er is ook een maximumloon waarnaar de uitkering nog berekend wordt, dat ruim het dubbele bedraagt van het minimum.
7. Zie Hibbeln, t.a.p.
8. Aangehaald door Mr. A.Th.E. Kastein, in 'GMD, Balans en Perspectief', t.a.p. pag. 18.
9. Rapport inzake de premie-ontwikkeling van de WAO, uitgebracht door een commissie van onafhankelijke deskundigen aan de Sociale Verzekeringsraad, 15 mei 1973.
10. Zie onder meer Drs. L. Lamers t.a.p. pag. 3 en de bijdrage in deze uitgave van Drs. H.G. Hilverink.
11. Drs. H. den Hartog, Prof. Dr. Th.C.M.J. van de Klundert en Drs. H.S. Tjan: 'De structurele ontwikkeling van de werkgelegenheid in macro-economisch perspectief', preadvies voor de Vereniging voor de Staatshuishoudkunde 1975, opgenomen in de bundel preadviezen Werkloosheid: aard, omvang, structurele oorzaken en beleidsopties, pag. 49-110; in het bijzonder pag. 50-51; ook verschenen als CPB-overdrukken, nr. 152.
12. 'Een macro-model voor de Nederlandse economie op middellange termijn' (Vintaf-II), (Central Planning Bureau Occasional Papers, nr. 12, Centraal Planbureau april 1977 (blijkens voetnoot van Drs. H.S. Tjan en Drs. B. Minne met bijdragen van Drs. F.W.M. Hol, Drs. J.J. Lunsing en anderen).
13. Zie voetnoot 4.
14. Monografie nr. 22 gebaseerd op een interimrapport van een interdepartementale werkgroep onder voorzitterschap van Drs. P.B. de Ridder. De berekeningen zijn van B.L. de Groot en Drs. W.J.M.L. Wong Meeuw Hing. Zie met name pag. 40.
15. M. Berkowitz, W.G. Johnson and E.H. Murphy: Public Policy toward Disability, Praeger, New York, 1976, i.h.b. hoofdstukken 5 en 6; B.M.S. van Praag and V. Halberstadt: Towards an economic theory of disability-to-work; a first approach.
16. Vergelijk bijlage Centraal Economisch Plan 1971.
17. T.a.p. pag. 62.
18. T.a.p. pag. 12, 14 en 19 en bijlage 1, vergelijkingen 5, 21, 29 en 86 t/m 107.
19. Zie noten 11 en 12.

20. Vergelijk J. Wiseman and J. Cullis: 'Social Policy Towards Disabled Workers' in: A.J. Culyer (ed.), *Economic Policies of Social Goals*, M. Robertson, London 1974, p.p. 138ff.
21. Vergelijk Dr. W. van Voorden, 'De dubbele arbeidsmarkt, meer matglas dan maatschappijspiegel', *Econ. Statistische Berichten*, 21-28 december 1977, 62ste jaargang, nr. 3135, pag. 1281-1285; voorts Drs. R.W.F. van Schalkwijk, 'Arbeidsmarktsegmentatie', *Econ. Statistische Berichten*, 1 november 1978, nr. 3178 en 8 november 1978, nr. 3179, pag. 1113-1117 en 1140-1143.
22. Drs. H. Emanuel, 'De ontwikkeling der loonkostenniveaus in de verwerkende industrie der EEG-landen', 1950-1966; *Econ. Statistische Berichten*, jaargang 53: nr. 2665, 9 oktober 1968 p. 939-943; zie ook H. Emanuel 'Het loonbeleid' in Prof. A. Hoogerwerf (red.), 'Beleid Belicht 2', hoofdstuk 2, pag. 40-61, Samsom, Alphen a.d. Rijn.
23. Met toestemming van de overige teamleden overgenomen uit een intern rapport van het Onderzoeksteam Determinantenonderzoek WAO (zie noot 2).
24. Vergelijk P. Osterman 'An empirical study of labor market segmentation'. *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 28, nr. 4 (1975), pag. 511.
25. Zie noot 14.
26. M.J. van Zaal, *Meningen van GMD-cliënten*, in de in noot 1 genoemde GMD-publikatie.
27. In het kader van dat onderzoek wordt overigens ook een tijdreeksanalyse uitgevoerd op de door de bedrijfsverenigingen jaarlijks aan het CBS verstrekte gegevens omtrent langdurig zieken in het kader van de zogenaamde statistiek ziekteverzuim bedrijfsverenigingen.
28. Zie bijvoorbeeld H.W. Watts and A. Rees (ed.), *Final Report of the New Jersey Graduated Work Incentive Experiment*, Institute for Research on Poverty, Madison, 1974. Vergelijk ook R.H. Haveman and H.W. Watts 'Social experimentation as policy research; a review of negative income tax experiments', *Proceedings of the 1977 Congress of the International Institute for Public Finance*, Saarbrücken 1978. Voor oudere econometrische studies, voornamelijk gebaseerd op gegevens uit 1967 uit de *Survey of Economic Opportunity*: G.G. Cain and H.W. Watts (ed.), *Income Maintenance and Labor Supply*, Institute for Research on Poverty, Madison, 1973.
29. Dit soort onderzoek blijkt overigens verre van eenvoudig te zijn; vergelijk M. Berkowitz, V. Englander, J. Rubin and J.D. Worrall *An Evaluation of Policy-Related Rehabilitation Research*, Praeger, New York, 1975.
30. Vergelijk L.A. Aström: *Gradual transition from full-time work to retirement, with income deriving in part from work and in part from a reduced pension*, paper voor de tiende vergadering van het Committee on Old-Age, Invalidity and Survivors, Insurance van de International Social Security Association, Madrid, 7 oktober 1977 (te publiceren in de *International Social Security Review*).
31. Jaarverslag GMD 1976, statistisch deel, tabel 28.
32. Hieraan wordt aandacht geschonken in het rapport *Over Sociale Ongelijkheid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid*, 's-Gravenhage 1977. De regering heeft op de aanbevelingen uit dit rapport met betrekking tot volwassenenonderwijs en wederkerend onderwijs enigszins terughoudend gereageerd (zie *Nederlandse Staatscourant*, 26 juli 1978) onder meer met het oog op de nog onduidelijke kosten-baten verhouding van dergelijk onderwijs.
33. Vergelijk ook F.H. Weisz, *On delegation in medicine and dentistry*, Samsom, Alphen aan den Rijn-Brussel, 1972, die in een belangwekkend boek – met een belangrijke mate van bevestiging – de hypothese toetst, dat onder zekere voorwaarden 'Established methods of examination and treatment can be efficiently delegated by physicians and dentists' (pag. 35).

# Arbeidsongeschikt of arbeid ongeschikt?

Of: Is de groei van het aantal arbeidsongeschikten een gevolg van de verslechtering van de gezondheidstoestand van de werknemer of van de arbeid?

door Drs. H.G. Hilverink\*

## 1. Inleiding

Het aantal arbeidsongeschikten is vanaf de invoering van de WAO zeer sterk gestegen. In 1967 was de verwachting, dat er op den duur circa 150 000 arbeidsongeschikten een WAO-uitkering zouden ontvangen. Bij dat niveau zou het aantal toekenningen en beëindigingen elkaar in evenwicht houden. Aan het eind van 1976 zijn er echter circa 380 000 WAO-ers, waarbij het niveau van de toekenningen (68 000 per jaar) nog belangrijk boven dat van de beëindigingen ligt (40 000 per jaar). Het aantal arbeidsongeschikten zal dus de komende jaren nog aanzienlijk toenemen. In grafiek 1 is de spectaculaire groei vanaf 1967 weergegeven.

Grafiek 1. Ontwikkelingen aantal WAO-belanghebbenden van 1968 t/m 1976



\* Tijdens het schrijven van het artikel was de auteur Adjunct hoofd afdeling Statistiek van het GAK. Thans is hij directeur coördinatie GMD/GAK.

De auteur wil graag Drs. B.M. den Hertog-Gaasterland bedanken voor het verzamelen en bewerken van het statistisch materiaal en enkele collega's voor hun kritische opmerkingen bij het concept van dit artikel.



Zou een dergelijke groei zich voortzetten dan zou in het jaar 2000 de ene helft van de afhankelijke beroepsbevolking werken voor de WAO-uitkering van de andere helft. De financiering zou dan wel 'enige' problemen met zich meebrengen. Het simpele doortrekken van de lijn op deze wijze is uiteraard niet geoorloofd. Het geeft echter wel een indicatie van de ernst van de situatie. Met het stijgen van het aantal WAO-ers, stijgt ook de behoefte aan een verklaring hiervoor. De factor gezondheid wordt daarbij als oorzaak op de achtergrond gedrongen. De sterke groei van het aantal arbeidsongeschikten zou een zo snelle achteruitgang van de gezondheidstoestand van de afhankelijke beroepsbevolking betekenen, dat slechts weinigen deze verklaring aanvaardbaar achten.

Wijzigingen in de sociaal economische context en de functie die de WAO hierbinnen vervult, komen als verklaring het meest frequent voor. Verminderde werkgelegenheid, een zich wijzigend patroon van beroepen, kennis en vaardigheden, om maar enkele verschijnselen te noemen die deze nieuwe sociaal economische context aanduiden. Niet iedereen slaagt erin om zich aan deze gewijzigde omstandigheden aan te passen. Het resultaat is dan voor velen een WAO-uitkering.

Ook uit de beschikbare statistische cijfers kunnen wij aantonen dat de gezondheidstoestand, – met de nadruk op het somatische aspect – als determinant van de WAO-ontwikkeling een steeds geringere rol speelt. Wel kan enige samenhang met de situatie op de arbeidsmarkt worden geconstateerd.

## 2. Arbeidsongeschiktheid, een relatief begrip

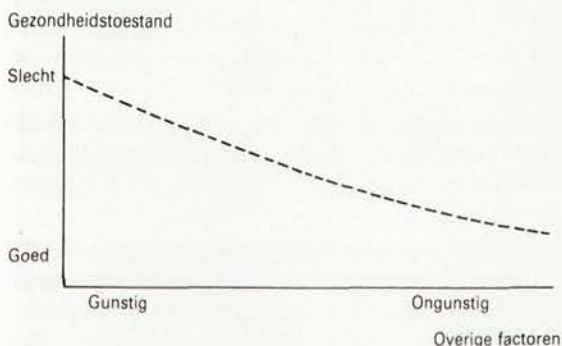
Arbeidsongeschiktheid in de zin van de WAO is niet uitsluitend gekoppeld aan de gezondheidstoestand van de verzekerde. De ziekte of het gebrek in relatie tot arbeid bepaalt het wel of niet arbeidsongeschikt zijn.

In het artikel van Van Zaal wordt toegelicht dat naast ziekte of gebrek, ook opleiding, beroep en plaatsingsmogelijkheden op de regionale arbeidsmarkt de in de wet neergelegde criteria zijn ter bepaling van de arbeidsongeschiktheid. Een betrekkelijk geringe afwijking van de gezondheidstoestand kan op deze wijze, als er voor de belanghebbende geen geschikte arbeid aanwezig is, tot een arbeidsongeschiktheidsuitkering leiden. Een enkel voorbeeld ter illustratie. Bij een ouder wordende werknemer zal de belastbaarheid dalen, afhankelijk van omstandigheden die zijn persoon en arbeid betreffen. Maar door de slechte economische positie van vele bedrijven worden de aan hem gestelde eisen juist steeds hoger. Deze discrepantie tussen belastbaarheid en belasting leidt tot een uitvallen uit het arbeidsproces. De betreffende werkgever ziet geen mogelijkheid om op medisch advies de meest belastende taken aan de functie te ontnemen. Ook elders op de arbeidsmarkt is voor de ouder wordende werknemer, gezien zijn vaak beperkte en eenzijdige scholing, geen plaatsingsmogelijkheid. Deze situatie kan tot een WAO-uitkering leiden.

Als men er vanuit gaat, dat aan één van de criteria ziekte of gebrek met name bij oudere werknemers in vele gevallen is voldaan, ('men heeft altijd wel wat'<sup>1</sup>) dan zijn alle voorwaarden aanwezig om andere factoren dan de gezondheidstoestand een belangrijke rol te laten spelen bij de verklaring van het sterk groeiend aantal arbeidsongeschikten. Hieraan kan nog worden toegevoegd de problematiek die de medicus ontmoet bij de beslissing over het al dan niet aanwezig zijn van ziekte (de bewijslast berust bij hem). Bij twijfel wordt de 'medische beslissingsregel' gehanteerd: als er geen duidelijke keuze mogelijk is, dan acht de arts het meer in het belang van zijn patiënt om een ziekte te veronderstellen dan deze te ontkennen en het risico te lopen een aandoening over het hoofd te zien.<sup>2</sup>

Bovenstaande gedachtengang is in grafiek 2 in beeld gebracht. Op de verticale as is de gezondheidstoestand afgezet en op de horizontale as de overige factoren. De lijn, die binnen dit assenstelsel is getekend, geeft de verzameling van punten weer van arbeidsongeschikt worden (in de zin van de WAO) bij een groot aantal combinaties van een bepaalde gezondheidstoestand en een meer of minder gunstige invloed van de overige factoren. Hoe ongunstiger de invloed is van deze overige factoren, des te eerder, dat wil zeggen bij een minder slechte gezondheidstoestand, zal dit leiden tot arbeidsongeschiktheid.

Grafiek 2. Curve van arbeidsongeschikt worden



### 3. Arbeidsongeschiktheid en de rol van de gezondheid

Hierboven is toegelicht, dat bij het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid in de zin van de WAO, ziekte of gebrek, hoewel een noodzakelijke voorwaarde, toch een meer ondergeschikte rol kan spelen. Het is interessant na te gaan hoe in werkelijkheid de relatie tussen de gezondheidstoestand van de belanghebbende en de overige factoren zich sinds de invoering van de WAO heeft gewijzigd. Alvorens wij dit kunnen doen, zullen we eerst moeten verduidelij-

ken wat we onder het vage begrip gezondheid verstaan. Daarbij hebben we niet de ruime definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie voor ogen: 'Gezondheid is een toestand van volkomen lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn'.<sup>3</sup> Deze definitie is door zijn grote reikwijdte moeilijk operationeel te maken. Het hebben van een WAO-uitkering op zichzelf zal in vele gevallen reeds een zich onwel bevinden betekenen. In onze gedachtengang is in het voorgaande bij het begrip gezondheidstoestand meer gedacht aan een engere omschrijving, één die het somatisch aspect benadrukt. Om nu vervolgens dit nader aangeduide begrip gezondheidstoestand te meten, is een maatstaf nodig. In eerste instantie zou men verwachten dat de indeling in arbeidsongeschiktheidsklassen hiervoor zou kunnen dienen, deze biedt echter geen enkel houvast. Degenen, die vanuit medisch oogpunt nog een restcapaciteit hebben en volgens de arbeidsdeskundige nog een aantal voor hen geschikte functies zouden kunnen uitoefenen, worden in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse ingedeeld wanneer de regionale arbeidsmarkt geen plaatsingsmogelijkheden biedt. De gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid moet dan wel de reden zijn voor het niet kunnen krijgen van werk. Bij twijfel (vergelijk de medische beslissingsregel) gaat echter het voordeel naar de WAO-belanghebbende.

Een andere invalshoek biedt echter ons inziens een beter perspectief, namelijk de sterfttekans. Met name wijziging in deze indicator wordt geacht een verandering in de gezondheidstoestand aan te geven. Het gebruik van de sterfttekans als indicator van de gezondheid sluit aan bij de engere omschrijving van dat begrip. Hij kan fungeren als maatstaf voor het lichamelijk welbevinden, maar veel minder voor het sociale en/of psychische welbevinden. De beperking van deze maatstaf, of beter van het door ons gehanteerde begrip gezondheid, wordt hier nog eens mee aangegeven.

Voor de berekening van de sterfttekans wordt van elke groep, waarvoor de WAO-uitkering in een bepaald jaar aanvangt (cohort), het percentage overledenen bepaald. Het aantal overledenen heeft betrekking op het aanvangsjaar en het daaropvolgende jaar.

Wij willen dit met een cijfervoorbeeld illustreren. In een bepaald jaar wordt voor het eerst aan 10 000 belanghebbenden een WAO-uitkering toegekend. In dat jaar en het daaropvolgende overlijden er van deze groep 100 belanghebbenden. De sterfttekans wordt in dit geval  $100 \div 10\,000$  is 0,01 of 1%. De sterfttekansen zijn over deze betrekkelijk korte periode (in datzelfde en het daaropvolgende jaar) berekend om ook over latere aanvangsjaren nog deze kansen te kunnen bepalen. Het levert een statistisch betrouwbaar beeld op, daar de aantallen voldoende groot zijn en het aantal personen, dat in latere jaren overlijdt nauw samenhangt met de sterfttekans in het eerste anderhalf jaar. Voor de aanvangsjaren 1968 t/m 1974 verkrijgt men het beeld zoals in grafiek 3 is geschetst van de aldus berekende sterfttekansen. De leeftijdsopbouw van elk cohort beïnvloedt de sterfttekans. Deze is daarom geëlimineerd, hetgeen werd bereikt door uit te gaan van een voor elke cohort gelijke leeftijdsopbouw.

Grafiek 3. Sterftekans voor de aanvangsjaren 1968 t/m 1974



Zoals uit de grafiek blijkt is er sprake van een dalende lijn – met een onderbreking in 1971 – vanaf aanvangsjaar 1968. De cohort 1968 heeft een duidelijk hogere sterftekans dan die van 1974. In 1971 was het aantal WAO-toekenningen ongeveer gelijk aan dat van het voorafgaande jaar. De onderbreking van de daling van de sterftekansen in 1971 past in de gedachtengang dat er alleen bij een groei van het aantal nieuwe WAO-belanghebbenden sprake is van een minder slechte gezondheidstoestand, met andere woorden dat de sterftekans daalt, naarmate het aantal toekenningen per jaar stijgt. Statistisch blijkt er dan ook een nauwe samenhang te zijn tussen de groei van het aantal toekenningen en de daling van de sterftekansen.<sup>4</sup> Het meer somatisch bepaalde begrip gezondheid, dat door de sterftekansen wordt geïndiceerd, blijkt dus steeds minder een rol te spelen. Dit komt ook tot uiting in de relatief sterke groei van de diagnosegroep psychische ziekten en daarbinnen vooral van de 'zachte' groep neurosen.<sup>5</sup> De groep psychische ziekten heeft een sterftekans die duidelijk ligt onder het gemiddelde van de diagnosegroepen. Overigens wordt de algemene daling van de sterftekans slechts gedeeltelijk verklaard door de verschuiving naar deze diagnosegroep.

Conclusie: de jaarlijkse groei van het aantal arbeidsongeschikten kan niet verklaard worden uit een verslechtering van de gezondheidstoestand, zoals door ons omschreven en gemeten.

#### 4. Arbeidsongeschiktheid, relatie met de werkgelegenheid

Wanneer verslechtering van de gezondheidstoestand, met genoemde beperking niet de oorzaak is van de toename van het aantal arbeidsongeschikten, welke zijn dan wel die oorzaken? Moet het antwoord hierop gevonden worden in psychische en sociale factoren? En welke maatschappelijke verschijnselen liggen hier weer aan ten grondslag?

Vanuit vele invalshoeken wordt op deze laatste vraag geantwoord. Om enkele voorbeelden te noemen: een ruimere interpretatie van 'ziekte' en de daaruit voortvloeiende arbeidsongeschiktheid, de financiële aantrekkelijkheid van een WAO-uitkering boven die van een WW/WWV-uitkering en verandering in het arbeidsethos. Volgens velen echter moet de belangrijkste oorzaak gezocht worden in wijzigingen in de maatschappelijke voortbrenging.<sup>6</sup> De wijze van voortbrenging van ons nationale product wordt steeds verder gerationaliseerd, met als gevolg voortdurend snellere vervanging van oude machines door nieuwe, andere werkmethoden, taakverdeling, afnemende behoefte aan bepaalde kennis en vaardigheden. Er ontstaat een kwalitatieve discrepantie tussen vraag en aanbod van arbeid. Opleiding, ervaring en het werk passen niet meer bij elkaar. Het zijn nu vooral de oudere werknemers van wie het aanpassingsvermogen te kort schiet om zich aan de veranderde situatie aan te passen. In het rapport 'Advies over verbetering van de werkgelegenheid van ouder wordende werknemers' van de Raad voor de Arbeidsmarkt worden de problemen beschreven die de aanpassing van de ouder wordende werknemer belemmeren. Naar voren komen onder andere zijn afnemende belastbaarheid en zijn vaak relatief geringe en of eenzijdige scholing.

De opbouw van de WAO-populatie wijst in soortgelijke richting. Ongeveer driekwart van de WAO-belanghebbenden is ouder dan 45 jaar en heeft in het algemeen een beperkte opleiding.<sup>7</sup> Het lijkt erop, dat de relatie mens-arbeid steeds meer verstoord raakt. Steeds grotere aantallen werknemers kunnen niet meer aan de eisen voldoen, die de arbeid stelt. Men moet zich misschien langzamerhand gaan afvragen of er sprake is van arbeid ongeschikt in plaats van arbeidsongeschikt. Wanneer in de oudere leeftijdsgroepen nog maar een beperkt deel werkzaam is, is misschien een grens gepasseerd waar men beter kan spreken van mensongeschiktheid van de arbeid dan van arbeidsongeschiktheid van de mens.

Het uit elkaar groeien van vraag en aanbod in kwalitatieve zin, zal in tijden van economische recessie vermoedelijk sneller verlopen. Daarnaast zal het tekort aan arbeidsplaatsen op zichzelf tot een selectie leiden, die de zwakkere groepen onder de werknemers zal treffen en uit het arbeidsproces stoten. Men kan op grond hiervan dus verwachten dat er tussen de cijfers van de werkloosheid en de arbeidsongeschiktheid een zekere relatie bestaat.

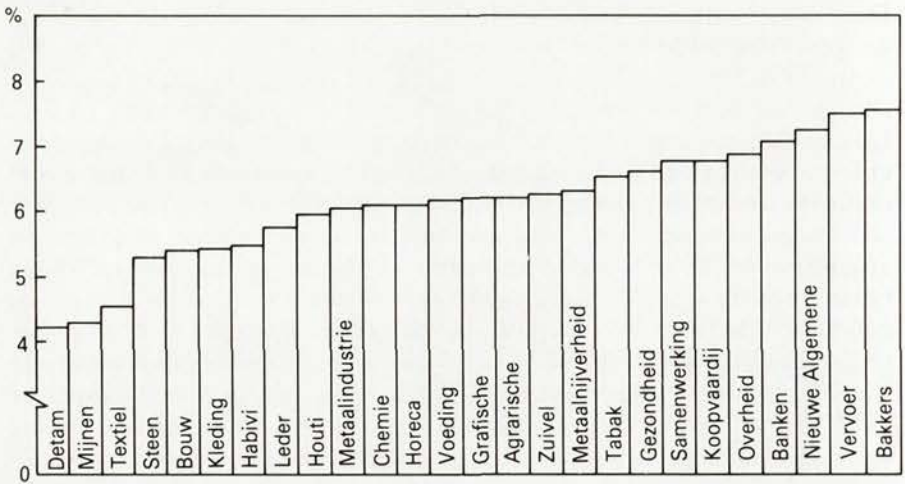
De 26 bedrijfsverenigingen hebben elk hun eigen fluctuaties in de cijfers van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. Er blijkt statistisch enige samenhang.<sup>8</sup>

Deze samenhang is echter onvoldoende om de hypothese te bevestigen, dat de werkloosheid de enige of belangrijkste oorzaak is voor de stijging van het aantal WAO-belanghebbenden. Dit statistisch resultaat wil echter niet zeggen, dat de werkgelegenheid in feite ook geen belangrijke invloed uitoefent. De samenhang kan gecompliceerder zijn dan door het vergelijken van de twee cijferreeksen wordt gesuggereerd. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk, dat er reeds invloed uitgaat van het slechter wordende bedrijfsklimaat op de interne arbeidsmarkt (binnen het bedrijf), voordat deze manifest wordt op de externe arbeidsmarkt. In de werkloosheidscijfers komt dit dus nog niet tot uiting, maar het proces van versneld arbeidsongeschikt worden, is reeds wel op gang gebracht.<sup>9</sup> De vanaf 1968 dalende lijn van de sterftেকansen zou deze redenering ondersteunen. De invloed van andere factoren dan de gezondheidstoestand is niet vanaf het moment van het sterk toenemen van de werkloosheid in 1972 een belangrijke rol gaan spelen, maar is geleidelijk vanaf de invoering van de WAO toegenomen. Voor de groei van het aantal arbeidsplaatsen geldt echter, dat zij vanaf de trendbreuk in 1964 zeer gering is.<sup>10</sup> In deze gedachten-gang zou er een sterkere relatie zijn met de werkgelegenheid dan met de werkloosheid. Met behulp van de verzekerde manjaren van de bedrijfsverenigingen<sup>11</sup>, die een goede indicatie geven voor het aantal arbeidsplaatsen, is dit getoetst. Het resultaat verslechtert echter<sup>12</sup>; tussen de werkgelegenheid en de arbeidsongeschiktheid wordt een geringer verband geconstateerd.

Het verband met de werkgelegenheid c.q. werkloosheid kan ook nog op een andere wijze in beeld worden gebracht. De sterftেকans van degenen met een WAO-uitkering zou namelijk bij bedrijfstakken met een achteruitgang in het aantal arbeidsplaatsen op een gemiddeld lager niveau moeten liggen. De gezondheid speelt hier immers een geringere rol bij het arbeidsongeschikt worden. Rangschikking van de bedrijfsverenigingen naar de hoogte van hun gemiddelde sterftেকansen over de jaren 1968 t/m 1974 geeft het in grafiek 4 weergegeven resultaat. Net als in grafiek 3 is de invloed van een ongelijke leeftijdsopbouw geëlimineerd.

De structureel zwakke bedrijfstakken, zoals Mijnen, Textiel, Kleding en Leder, bevinden zich in het gedeelte van de lagere sterftেকansen. De bedrijfsvereniging Mijnen vertoont zelfs een verrassend laag cijfer. In de WAO-populatie heeft zij de laagste sterftেকans. In relatie tot de gehele Nederlandse beroepsbevolking behoren de mijnwerkers echter tot de groep met het hoogste overlijdensrisico. Om misverstanden te voorkomen, wordt benadrukt, dat hier niet gesuggereerd wordt, dat er misbruik van de WAO gemaakt wordt. Zoals hiervoor ook is uiteengezet kan een lichte handicap in samenhang met bijvoorbeeld een beperkte opleiding, een eenzijdige scholing en een slechte

Grafiek 4. Gemiddelde sterftেকans over de periode 1968 t/m 1972 voor de 26 bedrijfsverenigingen\*



\* De hier berekende sterftেকans hebben voor elk cohort betrekking op het aanvangsjaar en de 3 daaropvolgende jaren.

regionale arbeidsmarkt geheel volgens de wettelijke spelregels tot een WAO-uitkering leiden. Voor de groep van de mijnwerkers geldt overigens, dat algemeen bekend is, dat naast uiteraard het voorkomen van ernstige handicaps, aan het psychisch en sociaal welbevinden veel ontbreekt.

Samenvattend: uit de beschikbare cijfers valt enige invloed van de werkloosheid op het proces van arbeidsongeschikt worden te concluderen. Voor een eindoordeel zijn de gegevens te beperkt, enerzijds zijn er duidelijke hiaten in het cijfermateriaal (bijvoorbeeld het ontbreken van een uitsplitsing naar regio en daarbinnen naar leeftijd in de cijfers over werkloosheid en arbeidsongeschiktheid van de bedrijfsverenigingen en de GMD<sup>13</sup>, anderzijds wijst de trendmatige ontwikkeling vanaf 1968 op meer structurele factoren, die vermoedelijk samenhangen met kwalitatieve veranderingen in de maatschappelijke voortbrenging en diepgaander onderzoek vereisen.

Tot nu toe hebben we ons steeds beziggehouden met het arbeidsongeschikt worden en niet met het arbeidsongeschikt blijven. De werkgelegenheid kan ook zijn invloed doen gelden op de duur van het arbeidsongeschikt zijn. Niet alleen zal bij een slechte arbeidsmarkt in een deel van de gevallen de restcapaciteit niet benut kunnen worden, ook de volledige werkhervatting kan, door de in deze situatie steeds zwaardere eisen die in kwantitatief en kwalitatief

opzicht aan het werk worden gesteld, worden bemoeilijkt. In tabel 1 is het gemiddelde arbeidsongeschiktheidspercentage van de WAO-belanghebbenden weergegeven en in tabel 2 voor drie leeftijdsgroepen het percentage volledige werkhervatting binnen anderhalf jaar voor de aanvangsjaren 1968 t/m 1974 (dus per cohort).

Het arbeidsongeschiktheidspercentage vertoont een geleidelijke, weinig spectaculaire stijging vanaf 1968. Het is mogelijk, dat de invloed van de minder slechte gezondheidstoestand en het effect van de werkloosheid op het ten nutte maken van de restcapaciteit elkaar ongeveer in evenwicht houden. Het ligt ons inziens meer voor de hand te veronderstellen, dat vanaf de invoering van de WAO de (structurele) factoren die de arbeidsongeschiktheid veroorzaken er eveneens in belangrijke mate toe hebben bijgedragen dat het gedeeltelijk herstel sterk wordt bemoeilijkt.

Eenzelfde conclusie kan ook getrokken worden als we de ontwikkeling van het percentage werkhervattingen bekijken (tabel 2). Slechts een geringe daling van dit percentage kan voor alle leeftijdsgroepen tezamen worden geconstateerd. Bij uitsplitsing naar 3 leeftijdsgroepen blijkt zelfs dat voor de oudste leeftijdsgroep van geen enkele trendmatige ontwikkeling kan worden gesproken. De werkloosheid werkt dus nauwelijks duurverlengend op de uitkering.<sup>14</sup> Hieruit kan worden afgeleid, dat men niet moet verwachten, dat bij teruglopen van de kwantitatieve werkloosheid 'automatisch' het gemiddelde arbeidsongeschiktheidspercentage zal teruglopen en het aantal beëindigingen wegens herstel zal toenemen.<sup>15</sup>

Tabel 1. Gemiddeld arbeidsongeschiktheidspercentage naar cohort en het bestand voor de jaren 1968 t/m 1974<sup>1</sup>

Jaar	Cohort	Bestand
1968	82,5	84,6
1969	81,4	80,7
1970	81,7	81,3
1971	81,7	81,7
1972	82,7	81,8
1973	84,3 <sup>2</sup>	82,1 <sup>2</sup>
1974	84,9	82,5

1. Dit percentage is berekend door voor elke ao-klasse uit te gaan van het midden van die klasse.

2. De stijging van 1972 op 1973 is grotendeels veroorzaakt door een wijziging in de administratieve procedures.



Tabel 2. Kans op volledige werkherleving binnen 1½ jaar voor 3 leeftijdsgroepen naar cohort\*

Cohort	Leeftijdsgroep			Totaal (gewogen)
	jonger dan 35 jaar	35 t/m 49 jaar	50 t/m 64 jaar	
1968	28	14	4	11
1969	30	15	5	12
1970	28	15	5	12
1971	26	13	4	10
1972	28	13	3	10
1973	27	13	3	10
1974	26	13	4	10

\* De beëindigingsreden hersteld en/of minder dan 15% arbeidsongeschiktheid wordt synoniem geacht met werkherleving. Dit is echter niet geheel juist, omdat afschatting ook kan plaats vinden zonder dat het werk hervat wordt.

## 5. Arbeidsongeschiktheid, een somber perspectief

De vooruitzichten zijn bepaald niet rooskleurig te noemen. Verwacht mag worden, dat de werkloosheid zich de komende jaren op een hoog peil zal blijven bewegen. De invloed hiervan op het aantal arbeidsongeschikten is niet in cijfers uit te drukken, maar werkt in ieder geval verhogend. Wel meetbaar is het effect van de verlaging van de sterftekansen en de gemiddelde leeftijd<sup>16</sup> op de duur van de arbeidsongeschiktheid. De raming van het Centraal Planbureau van 500 000 arbeidsongeschikten in 1980<sup>17</sup> betekent dan ook zeker niet een plafond, de groei zal zich na 1980, zonder effectieve maatregelen, voortzetten. Eén van de maatregelen, die effect zouden moeten sorteren is dan ook het terugdringen van de werkloosheid. Er moeten voldoende arbeidsplaatsen aanwezig zijn om een beleid voor behoud van arbeidsplaatsen voor de zwakkeren in de samenleving succesvol te doen zijn. Anders betekent terugdringen (van de groei) van het aantal arbeidsongeschikten een verdere aantasting van het rendement van bedrijven en/of een verschuiving van het probleem van bijvoorbeeld minder arbeidsongeschikten naar meer jeugdwerklozen.

De kwalitatieve aspecten van de arbeid kunnen dan vervolgens aparte aandacht krijgen. Elders voorgestelde maatregelen<sup>18</sup>, als humanisering van de arbeid, aanpassing van de taken voor de ouder wordende werknemer aan de vraagzijde van de arbeidsmarkt en aan de aanbodzijde omscholing, bijscholing, aanpassen onderwijs, kunnen ertoe bijdragen vraag en aanbod meer op elkaar te laten aansluiten. De geringe financiële marge bij vele bedrijven zal

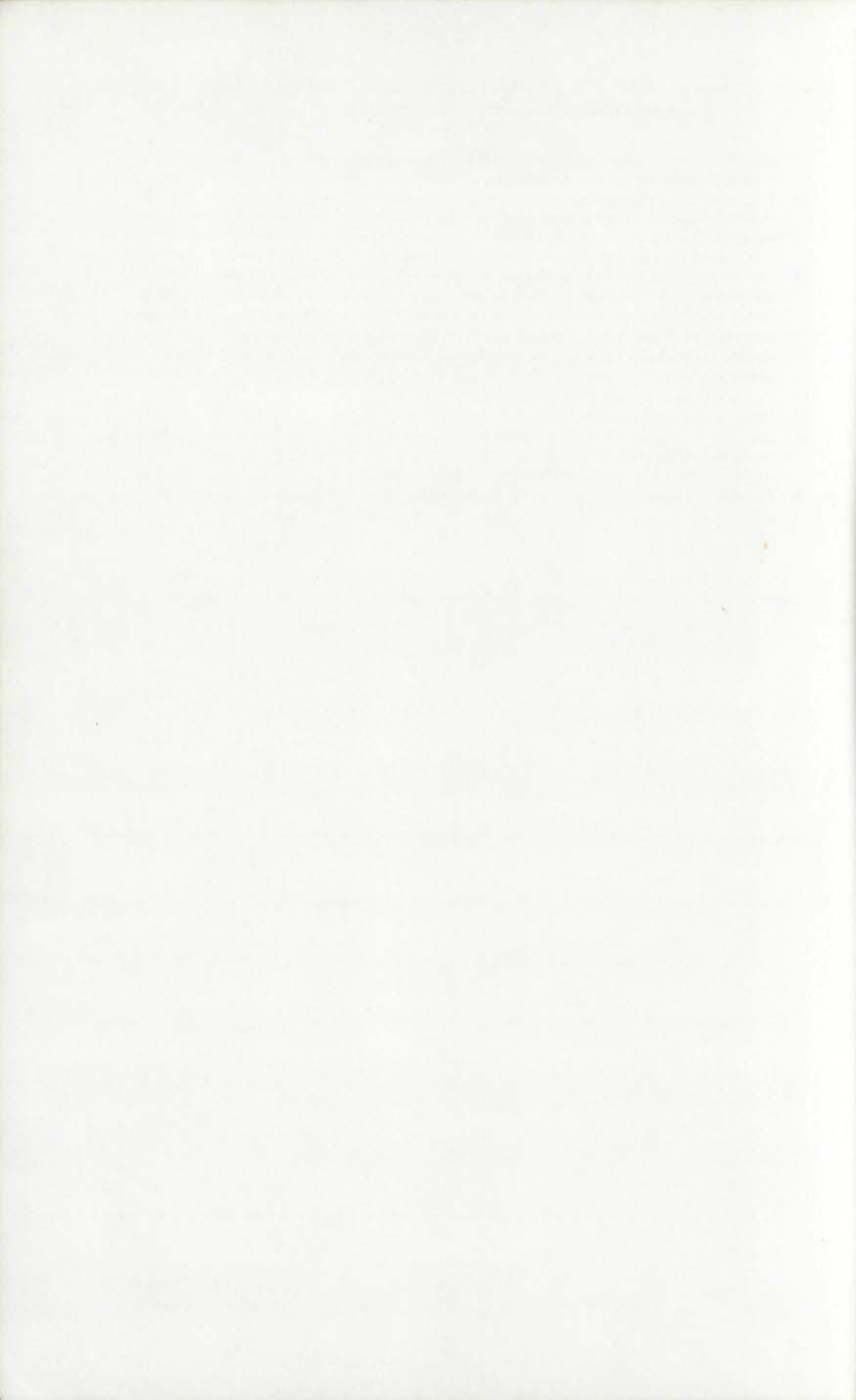
echter belemmerend werken op de uitvoering van de door hen te nemen maatregelen. De overheid zal daarom tegemoet moeten komen in de lasten van bijvoorbeeld scholing. Ook kan men denken aan loonkostensubsidies (vgl. regelingen bij werkloosheid) bij het in dienst hebben van een relatief hoog percentage oudere werknemers. Voorts zou een verschuiving van de premielasten van arbeidsintensieve naar kapitaalintensieve bedrijven<sup>19</sup> in dit kader passen. Wanneer de overheid voldoende tegemoet komt, zijn er aan de andere kant mogelijkheden om verplichtingen op te leggen aan de bedrijven, bijvoorbeeld aan minimaal percentage arbeidsongeschikten in dienst en een verhoogde premie voor bedrijven met een naar verhouding groot aantal arbeidsongeschikten per jaar. Een deel van de verantwoordelijkheid voor de huidige ontwikkeling van de lasten van de WAO ligt immers bij de bedrijven zelf.

Tenslotte kan nog worden opgemerkt, dat het noodzakelijk te nemen complex van maatregelen niet zal kunnen voorkomen, dat er blijvend rekening moet worden gehouden met honderdduizenden arbeidsongeschikten. Tot nog toe is er geen systematische aanpak voor een zinvolle besteding van hun arbeidsloos bestaan. Nader onderzoek zal noodzakelijk zijn om adequate maatregelen te nemen voor het welzijn van deze groep.

## Noten

1. Zie: o.a. Drs. M.J. van Zaal, 'Arbeidsongeschikt, overbodig of invalide' in *Metamedica* 75/12.
2. Zie: Prof. Dr. R. Giel, 'Het dilemma van de medische beroepsuitoefening' in *Medisch Contact* 31 (1976) 1017.
3. Deze definitie kan ook opgevat worden als eng, wanneer men uitgaat van de mate, waarin de criteria de groep, in dit geval de gezonde werknemers, beperkt. Wij sluiten ons echter aan bij het spraakgebruik, dat het aantal invalshoeken van waaruit het begrip gezondheid wordt benaderd, als maatstaf voor eng of ruim hanteert.
4.  $S_{t_0+t_1} = -156,6 F_{t_0} + 5,4; \underline{r} = -0,95 \text{ P}(\underline{r} > -0,95 | \rho = 0) = 0,999 \text{ (n = 7)}$   
 (22,8) (0,3)  
 S = sterftekans (voor verklaring, zie tekst); F = aantal toekenningen per 100 verzekerden;  $t_0, t_1$  zijn respectievelijk het aanvangsjaar en het daaropvolgende jaar.  
 Ook wanneer de trendmatige invloeden uit beide reeksen (S en F) worden geëlimineerd, verkrijgt men nog een hoge correlatie:  $r = -0,84$ .
5. De sterke groei van de groep neurosen werd al geconstateerd door Drs. P.J. v.d. Maas, zie 'Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid in verband met psychische afwijkingen' in *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 14 (1975), pag. 440.
6. Onder andere in *Sociaal en Cultureel Rapport 1976*, pag. 76.
7. Zie: bijdrage van Van Zaal en *Sociaal en Cultureel Rapport 1976*, blz. 73. Hieraan kan nog worden toegevoegd, dat de gemiddelde leeftijd van de cohorten een trendmatige daling vertoont. De problemen manifesteren zich blijkbaar op steeds jongere leeftijd.
8.  $\bar{F}_1 = 0,27 \bar{W}_1 + 1,40; \underline{r} = 0,46 \text{ P}(r < 0,46 | \rho = 0) = 0,99 \text{ (n = 26)}$   
 (0,10) (0,18)  
 F = gemiddelde toekenningsfrequentie; W = gemiddelde werkloosheidspercentage gebaseerd op de Werkloosheidswet; i = bedrijfsvereniging i ( $i = 1, \dots, 26$ )  
 De correlatie kan hier natuurlijk nooit zeer hoog zijn, daar andere factoren die de verschillen in toekenningsfrequentie tussen de bedrijfsvereniging mede veroorzaken, buiten beschouwing worden gelaten, bijvoorbeeld de meer of minder 'slijtende' beroepen per bedrijfsvereniging. Indien wij de samenhang per bedrijfsvereniging bekijken dan ontstaat er een zeer gevarieerd beeld, waarin zowel correlaties optreden van 0,86 als 0,00. De gebruikte formule is  $\bar{F}_1 = a_0 \bar{W}_{t-1} + a_1$ , waarin een time-lag van 1 jaar is ingebouwd voor de wachttijd van 1 jaar bij de WAO. Dit gevarieerde beeld vermindert de waarde van het verband bij de geaggregeerde vergelijking.
9. In het artikel van Prof. Dr. J. Pen 'Een nieuwe Nederlandse kijk op het verband tussen overheidsuitgaven en werkgelegenheid' wordt een soortgelijke verklaring gegeven in *Openbare Uitgaven* jaargang 1976-3.
10. Zie: Drs. H. den Hartog en Drs. H.S. Tjan, 'Investerings, lonen, prijzen en arbeidsplaatsen', uitgave CPB, nr. 2/1974, pag. 1.
11. Onder verzekerde manjaren wordt verstaan het aantal verzekerde personen, waarbij degenen die niet gedurende het gehele jaar verzekerd zijn slechts gedeeltelijk meetellen en wel op basis van het aantal geregistreerde dagen waarover loon is genoten.
12.  $\bar{F}_1 = 5,35 \bar{M}_1 + 1,53; \underline{r} = 0,28 \text{ P}(\underline{r} < 0,28 | \rho = 0) = 0,91 \text{ (n = 26)}$   
 (3,82) (0,19)  
 M = gemiddelde mutatie in het aantal verzekerde manjaren in de jaren 1968 t/m 1974 (zie verder noot 8).  
 Het beeld bij de bedrijfsverenigingen afzonderlijk is nog veel heterogener dan dat bij de werkloosheid. Nu komen zowel positieve als negatieve correlaties voor. Wij kunnen daarom onzes inziens nauwelijks waarde toekennen aan de correlatie van 0,28.
13. Eind 1977 is de WAO-populatie met een aantal kenmerken in het geautomatiseerde informa-

- tiesysteem van de GMD opgenomen. Dan komen onder andere gevens beschikbaar over de regionale verdeling van de arbeidsongeschiktheid.
14. Uiteraard is een duurverlengende werking van een verslechtering van de arbeidsmarkt wel indirect mogelijk, namelijk, voorzover deze verslechtering de oorzaak is van de daling van de sterftekansen en de verlaging van de gemiddelde leeftijd. Zowel de daling van de sterftekansen als de verlaging van de gemiddelde leeftijd hebben een duurverlengend effect.
  15. De vermindering van de kwantitatieve werkloosheid zal wel een gunstige invloed hebben als de minder slechte gezondheidstoestand van latere cohorten een belangrijke verklarende factor vormt voor het min of meer stabiel blijven van bovengenoemde percentages. De arbeidsmarkt bood vanaf 1968 wel steeds minder mogelijkheden, maar door de minder slechte gezondheidstoestand konden toch nog relatief veel WAO'ers gedeeltelijk of geheel herstellen.
  16. Zie: GMD-Jaarverslag 1976, statistisch deel, tabel 27.
  17. Deze raming heeft alleen betrekking op de groep loontrekkenden.
  18. Zie: Nota over het te voeren beleid terzake van de collectieve voorzieningen en de werkgelegenheid en het rapport van de Raad voor de Arbeidsmarkt 'Advies over verbetering van de werkgelegenheid van ouder wordende werknemers'.
  19. Dit idee is gelanceerd door Prof. Dr. N.H. Douben in zijn inaugurele rede 'Vermogende arbeid'.



# De omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO

Nieuwe schattingen voor de periode 1968-1982

door Drs. F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen\*

## 1. Inleiding

Algemeen wordt onderkend dat het huidige officieel geregistreerde hoge aantal werkzoekenden nog een onderschatting is van het werkelijk aantal personen dat vanwege economische omstandigheden werkloos is.

Zo wordt geen rekening gehouden met het zo genoemde discouraged labor-effect en met de werkloosheid die schuil gaat in de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO).

Aangezien zowel voor economische analyses als voor de formulering van beleidsdoelinden inzicht in de totale omvang van de werkloosheid relevant lijkt is in het onderstaande gepoogd inzicht te verschaffen in de omvang van één van deze componenten, namelijk de verborgen werkloosheid in de WAO. De analyse berust op de vergelijking van de ontwikkeling van het aantal jaarlijkse toekenningen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de private sector met het aantal jaarlijkse toekenningen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de collectieve sector.

Alvorens in § 5 nader op deze analyse in te gaan, wordt in de volgende paragraaf, na een beknopte schets van het institutionele kader, het verband tussen de rendementseis, de werkloosheid en arbeidsongeschiktheid in de private sector toegelicht.

Vervolgens worden in § 3 de voorwaarden voor het toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering en in § 4 enkele voor de analyse relevante data besproken. Tenslotte volgt in § 6 een samenvatting en een projectie van de omvang van de verborgen werkloosheid in het WAO-uitkeringsgerechtigdenbestand voor de periode 1980-1982.

\* De auteurs zijn de heren A.J.T. van Breda, Drs. H. Bruinsma, Drs. H. Emanuel, Drs. Ph.R. de Jong en Drs. J.G. Veenbergen, erkentelijk voor commentaar op een concept van dit artikel. Dit artikel is een herziene versie van een artikel in *Economisch Statistische Berichten*, jaargang 65, pag. 52-58 (1980). De herziening heeft betrekking op een drietal elementen. Een meer verfijnde methode ter correctie van het verschil in wachttijd tussen WAO- en ABP-verzekerden. Daarnaast zijn de invalideringsfrequenties gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde leeftijd tussen de beide verzekerden populaties. Tenslotte heeft de analyse betrekking op de periode 1968-1979.

## 2. Verband tussen rendementseis, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid in de private sector

Het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel kent een aantal regelingen die een voorziening bieden tegen inkomensderving ten gevolge van ziekte of ongeval. Bij verzuim tot één jaar biedt de Ziektewet werknemers in de private of particuliere sector (in 1978 ca. 3,5 mln. verzekerden) een inkomensgarantie van 80 tot 100% van het loon. Indien het verzuim langer duurt dan één jaar treedt de WAO in werking, welke een maximum uitkering kent van 80% van het laatst verdiende loon.

Aan deze wet is geen maximum uitkeringsduur verbonden. De uitkering wordt slechts beëindigd in geval van herstel, overlijden of het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

In het geval van verzuim van werknemers in dienst bij (semi) overheidsinstellingen, de zogenaamde collectieve sector (in 1979 ca. 900 000 verzekerden) vindt doorbetaling van salaris plaats. Indien echter komt vast te staan dat het verzuim van blijvende aard zal zijn, wordt in plaats van loondoorbetaling en invaliditeitspensioen toegekend door het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP), welke maximaal circa 80% van het salaris bedraagt.

Daarnaast is in 1976 de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) in werking getreden. Deze wet is een volksverzekering die ook aan niet-loontrekkenden een minimum-inkomensgarantie biedt indien de arbeidsongeschiktheid langer duurt dan één jaar.

De WAO is de belangrijkste van bovengenoemde regelingen, gezien zijn aard, personen aan wie eenmaal een WAO-uitkering is toegekend zijn doorgaans blijvend aan de beroepsbevolking onttrokken, en omvang, zo bedroeg in 1979 het aantal uitkeringsmanjaren WAO ongeveer het dubbele van het aantal uitkeringsmanjaren werkloosheid, en lasten, afgezien van de invoering van de AAW legde de WAO in 1979 beslag op circa 4,3% van het netto nationaal inkomen.

Maar nog belangrijker dan het huidige niveau van de omvang en de lasten van de WAO is de voortdurende stijging van het aantal WAO-ers, en daarmee van de lasten.

Vanaf de invoering op 1 juli 1967 heeft het aantal WAO-toekenningen een vrijwel ononderbroken stijging te zien gegeven. Bedroeg in 1968 het aantal WAO-toekenningen nog slechts circa 35 000, in 1979 was dit aantal opgelopen tot circa 75 000. Derhalve een stijging van gemiddeld (ruim) 7% per jaar. Aangezien het WAO-verzekerdenbestand in de beschouwde periode slechts marginaal is toegenomen, vertoont het aantal toekenningen gerelateerd aan het aantal verzekerden bijna dezelfde stijging. Tegelijkertijd is het aantal beëindigde WAO-uitkeringen, alhoewel ook stijgende sterk bij het aantal toekenningen achtergebleven.

Als gevolg hiervan is het WAO-uitkeringsgerechtigdenbestand jaarlijks met circa 33 000 oegenomen.<sup>1</sup>

Deze ontwikkeling resulteerde in circa 460 000 uitkeringsmanjaren WAO in 1979.<sup>2</sup> Naar verwachting zal deze explosieve groei zich ook in de komende jaren voortzetten.<sup>3</sup>

Omtrent de oorzaken van het onrustbarend toenemend aantal WAO-ers is weinig met zekerheid te zeggen. Duidelijk is echter, gezien de ontwikkeling van indicatoren van de objectieve gezondheidstoestand, dat de continue stijging van het aantal arbeidsongeschikten niet verklaard kan worden door een achteruitgang van de gezondheid van de bevolking.<sup>4</sup> Daarentegen wordt veelal wel een verband verondersteld met de discrepantie tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt<sup>5</sup>, die samenhangt met de door het particulier bedrijfsleven gehanteerde rendementseis dat de marginale opbrengst van arbeid minimaal gelijk dient te zijn aan de marginale arbeidskosten.<sup>6</sup>

Als gevolg hiervan fungeert de WAO namelijk (mede) als een zowel voor werknemers, die bijvoorbeeld vanwege leeftijd en opleiding een slechte positie op de arbeidsmarkt innemen<sup>7</sup>, als voor werkgevers aantrekkelijke alternatieve werkloosheidsvoorziening. Aantrekkelijk voor de werkgevers omdat de afvloeiing via de WAO van minder produktieve werknemers relatief gemakkelijk is. Zo behoeft bijvoorbeeld geen ontslagvergunning te worden aangevraagd. Dit betreft voornamelijk oudere en lager geschoolde werknemers, die steeds minder kunnen voldoen aan de, vanwege de sinds het begin van de jaren zeventig stagnerende economische ontwikkeling, stringenter gehanteerde rendementseisen.

Ook de werknemer zal indien mogelijk de voorkeur aan een WAO-uitkering boven een werkloosheidsuitkering geven omdat de WAO-uitkering in het algemeen hoger is en omdat het ontvangen van een WAO-uitkering maatschappelijk meer aanvaard wordt dan het ontvangen van een werkloosheidsuitkering.<sup>8</sup>

Dat de WAO de functie van alternatieve werkloosheidsvoorziening kan vervullen hangt in de eerste plaats samen met de voor een WAO-uitkering lage vereiste minimale arbeidsongeschiktheidsgraad, welke slechts 15% bedraagt.<sup>9</sup>

Dit betekent dat het in principe bij een tamelijk geringe mate van fysiek of psychisch disfunctioneren, hetgeen overigens niet van wezenlijke invloed op het arbeidsvermogen hoeft te zijn, mogelijk is om aan te tonen dat aan de minimale arbeidsongeschiktheidseis wordt voldaan.

Daar bij het ouder worden de gezondheidstoestand doorgaans afneemt, zal het vooral voor oudere werknemers, die met ontslag bedreigd worden of reeds werkloos zijn, veelal niet moeilijk zijn om, overigens op strikt legale wijze, aan het toekenningscriterium voor de WAO te voldoen. Deze, in verhouding tot de voorloper van de WAO (de Invaliditeitswet) en tot andere landen<sup>10</sup>, lage minimale vereiste arbeidsongeschiktheidsgraad in combinatie met het befaamde artikel 21, lid 2a van de WAO, waarin bepaald wordt dat bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid waarop het uitkeringspercentage wordt gebaseerd, behalve de medisch vastgestelde arbeidsonge-



schiktheid ook de uit de handicap voortvloeiende verminderde kans op de arbeidsmarkt betrokken dient te worden, verklaart waarom de WAO mede de functie van een werkloosheidsvoorziening kan vervullen.

Het bovenstaande houdt in, dat de omvang en het verloop in de tijd van de officieel geregistreerde werkloosheid een onderschatting betekent van de werkelijke werkloosheid en dat de fixatie van zowel politici als economen op het officiële werkloosheidscijfer een miskenning betekent van de werkelijkheid.<sup>11</sup>

Waarschijnlijk hangt dit samen met het ontbreken van enig kwantitatief inzicht in de omvang van dit verschijnsel. De oorzaak hiervan moet gezocht worden in de praktijk van de arbeidsongeschiktheidsschattingen. Het is namelijk niet bekend in hoeverre enerzijds de louter medisch vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid en anderzijds de verdiscontering van de werkgelegenheidssituatie bij het vaststellen van de arbeidsongeschiktheidsgraad een rol speelt.<sup>12</sup>

Dit verklaart ook waarom in de verschillende publicaties waarin het begrip 'verborgen werkloosheid in de WAO' gehanteerd wordt, kwantitatieve uitspraken over dit verschijnsel ontbreken.<sup>13</sup>

### 3. WAO-versus ABP-uitkeringscriteria

De leeftijdsgrens voor het toekennen van een invaliditeitspensioen is bij het ABP evenals bij de WAO maximaal 64 jaar. Geen van beide wetten kent een minimum leeftijdsgrens. Eveneens geldt voor beide wetten dat minimaal sprake moet zijn van een arbeidsongeschiktheid in medische zin van 15%. Bij het vaststellen van de *mate* van arbeidsongeschiktheid waarop de uitkering wordt gebaseerd, handelt het ABP overeenkomstig het in de inleiding genoemde artikel 21, lid 2a, WAO. Dat wil zeggen: 'dat de invaliditeitsgraad in een groot aantal gevallen op een aanzienlijk hoger percentage moest worden bepaald dan zuiver medisch gezien noodzakelijk was. Loon-, arbeidskundige en maatschappelijke factoren waren veelvuldig aanleiding het algemeen invaliditeitspercentage op 80 of meer te stellen'.<sup>14</sup> Dit houdt in dat wanneer aan de eis van een medische arbeidsongeschiktheid van 15% is voldaan, bij het ABP hetzelfde mechanisme in werking treedt als bij de WAO. Vooruitlopend op het gestelde in § 5, is het echter zinvol om te benadrukken dat hiermee niet gezegd wil zijn, dat de factoren die leiden tot het aanvragen van een WAO-dan wel een ABP-uitkering volkomen identiek zijn.

De wijze van vaststellen van de hoogte van de uitkering in de WAO en ABP komt grotendeels overeen. In beide regelingen is de uitkering namelijk een van de mate van arbeidsongeschiktheid afhankelijk percentage van het loon.<sup>15</sup> Vanwege de verdiscontering van andere dan medische factoren bij het vast-

stellen van de mate van arbeidsongeschiktheid bedraagt dit percentage in de meeste gevallen 80%, het maximum.

De periode die verstrijkt tussen de eerste ziektedag en het ingaan van een WAO- dan wel ABP-uitkering vormt het enige wezenlijke verschil tussen beide wetten. Bij de WAO is de periode vastgesteld op één jaar, gedurende welke een Ziektewet-uitkering wordt genoten. Bij het ABP wordt echter eerst een invaliditeitspensioen toegekend indien vaststaat dat de arbeidsongeschiktheid van blijvende aard is, hetgeen betekent dat bedoelde periode van geval tot geval kan verschillen.

#### 4. Enkele statistische data betreffende WAO en ABP arbeidsongeschiktheidstoekenningen

Zoals reeds in de inleiding vermeld, is het aantal jaarlijkse WAO-toekenningen bijna voortdurend gestegen (zie tabel 1). Aan deze trend lijkt nog geen einde gekomen te zijn, want hoewel het aantal toekenningen in de jaren 1975-1977 vrijwel constant bleef, ligt het aantal toekenningen voor de jaren 1978 en 1979 weer beduidend hoger. De invalideringsfrequentie, het aantal toekenningen uitgedrukt als een percentage van het aantal verzekerde personen bedraagt in 1979 2,1%. Vergeleken met 1968, toen de invalideringsfrequentie 1,1% bedroeg, betekent dit een jaarlijkse gemiddelde stijging van 6%. Aangezien de kans op invalidering sterk blijkt samen te hangen met de leeftijd, zou deze stijging veroorzaakt kunnen zijn door een veroudering van het verzekerdenbestand.<sup>16</sup>

Nadere analyse leert echter, dat dit niet het geval is: in de eerste plaats omdat de gemiddelde leeftijd van de verzekerden in de beschouwde periode ongeveer constant is gebleven (zie tabel 2) en in de tweede plaats omdat de stijging van de invalideringsfrequenties zich in alle leeftijdscategorieën heeft voorgedaan.

Opvallend is de gestage daling van de gemiddelde leeftijd van nieuwe WAO-toekenningen, een verschijnsel dat zich zowel bij mannen als vrouwen heeft voorgedaan. Waarschijnlijk is de voortdurend dalende leeftijd waarop men op de arbeidsmarkt nog een gunstige positie inneemt hier de oorzaak van. Voorts is van belang te constateren dat het percentage toekenningen in de arbeidsongeschiktheidsklasse 80-100% een stijgende tendens vertoont.

Ook het aantal toekenningen van een ABP-invaliditeitspensioen vertoont een stijgende lijn en wel van ca. 3400 in 1968, tot circa 10 300 in 1979 (zie tabel 1).

Dit is een jaarlijkse gemiddelde stijging van 11%. Aangezien het verzekerdenbestand in deze periode echter ook aanzienlijk is toegenomen, is de invalideringsfrequentie minder snel gestegen. In 1968 bedroeg de invalideringsfrequentie namelijk circa 0,5% en in 1979 circa 1,1%, derhalve een jaarlijkse gemiddelde stijging van 7%. Bij de interpretatie van deze cijfers

Tabel 1. Enkele kerngegevens van arbeidsongeschiktheidstoekenningen ingevolge de WAO en ABP (1968-1979)

Jaar	WAO-toekenningen				ABP-toekenningen			
	Aantal × 1000 personen	Invaliderings- frequentie	Gemiddelde leeftijd bij aanvang van de uitkering	Aandeel hoogste arbeidsonge- schiktheids- klasse (80-100%) %	Aantal × 1000 personen	Invaliderings- frequentie	Gemiddelde leeftijd bij aanvang van de uitkering	Aandeel hoogste arbeidsonge- schiktheids- klasse (80-100%) %
1968	35	1,1	49,6	79,0	3,4	0,5	-	-
1969	42	1,3	49,3	77,7	3,9	0,6	-	-
1970	48	1,5	49,2	78,8	3,9	0,6	54,9	91
1971	50	1,5	48,7	79,2	4,3	0,7	55,0	90
1972	54	1,7	48,4	82,0	5,3	0,8	55,3	94
1973	57	1,7	48,3	87,7 <sup>2</sup>	6,9	0,9	54,8	91
1974	62	1,9	47,9	87,1	7,1	1,0	55,1	92
1975	70	2,1	47,7	86,9	7,5	1,0	55,3	93
1976	70	2,0	47,2	89,1	7,3	1,0 <sup>5</sup>	55,1	92
1977	71	2,1	46,4	87,4	7,4	1,1 <sup>5</sup>	55,5	93
1978	77 <sup>1</sup>	2,2	45,5	86,1	9,6	1,1	55,3	94
1979	75 <sup>1</sup>	2,1	45,1	85,9	10,3 <sup>3</sup>	1,1	-	-
Bestand Ultimo 1979	458 <sup>1</sup>				43 <sup>4</sup>			

Bron: Afgeleid uit gegevens in de jaarverslagen van de GMD (1968-1979) en AOF (1968-1975); Statistiek Pensioenen, 1970-1978, ABP; Invalideringsrisico van het overheidspersoneel periode 1971-1976, ABP; Jaarverslagen ABP 1968-1979.

1. Verstrekkt door de Sociale Verzekerings Raad.
2. De stijging in 1973 is het gevolg van een gewijzigde statistische procedure.
3. Geschat.
4. Verstrekkt door het ABP (het bestand heeft betrekking op 1978).
5. Gebaseerd op gecorrigeerd aantal toekenningen in verband met vertraging in de toekenningen wegens invoering AAW.

Tabel 2. De gemiddelde leeftijd in jaren van mannen en vrouwen van het WAO – respectievelijk ABP-verzekerdenbestand (1970, 1976)

	1970		1976	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
WAO	37,4	28,6	35,9	29,3
ABP	41,5	35,0	40,3	34,4

Bron: Afgeleid uit GMD-jaarverslagen en Statistiek Overheidspersoneel 1970-1976, ABP.

dient echter bedacht te worden dat vergelijking met de WAO niet zonder meer mogelijk is, omdat bij ABP-verzekerden de periode die verloopt tussen de eerste ziektedag en het moment van toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering, de zo genoemde wachttijd, langer is dan bij WAO-verzekerden. In het onderstaande wordt hier nog op teruggekomen. Evenals bij de WAO-verzekerdenpopulatie is de gemiddelde leeftijd van de ABP-verzekerden opmerkelijk constant (zie tabel 2) en doet de stijging van de invalideringsfrequenties zich in alle leeftijdsgroepen voor. Terwijl bij de WAO de gemiddelde leeftijd van de toekenningen voortdurend afneemt, blijft de gemiddelde leeftijd van de ABP-toekenningen zich op hetzelfde niveau bewegen. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat de stijging van de WAO-invalideringsfrequenties zich vooral in de jongere leeftijdsgroepen geconcentreerd heeft, en dat de stijging van de ABP-invalideringsfrequenties over alle leeftijdsgroepen verdeeld is.

## 5. Factoren die leiden tot arbeidsongeschikt worden

In de Verenigde Staten<sup>17</sup> en Groot-Brittannië<sup>18</sup> is onderzocht welke factoren invloed uitoefenen op het ook in die landen stijgend aantal (tijdelijk) arbeidsongeschikten. Hierbij is voor de Verenigde Staten, waar het arbeidsongeschiktheidsstelsel meer gelijkenis vertoont<sup>19</sup> met de WAO dan het in het Britse onderzoek bestudeerde stelsel, een positief verband geconstateerd tussen de invalideringsfrequentie en de omvang van de werkloosheid. Zowel de Amerikaanse als de Britse studies konden geen duidelijk verband constateren tussen de hoogte van de invalideringsfrequentie en de relatieve hoogte van de uitkeringen. Deze studies gebruiken regressie analyse om een samenhang aan te tonen tussen de ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschiktheidstoekenningen en andere, waaronder economische, factoren. De mate van samenhang is daarbij ondermeer gevoelig voor de variabelen die in het model worden opgenomen, de wijze waarop met de trend in de variabelen rekening wordt gehouden en een groot aantal andere econometrische proble-

men. Mede omdat voor de onderhavige probleemstelling een andere benaderingswijze openstond, berust de door ons gehanteerde methode op het vanuit een macro-economisch gezichtspunt vergelijkbaar maken van het arbeidsongeschikt worden in de private en collectieve sector en op grond daarvan de door economische factoren geïntroduceerde arbeidsongeschiktheid in de private sector rechtstreeks te schatten. Hierop zal nu nader worden ingegaan. Tabel I laat zien dat zowel het aantal WAO- als ABP-toekenningen, absoluut en gerelateerd aan het verzekerdenbestand, evenals het aantal tijdelijk of blijvend arbeidsongeschikten in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten, een forse stijging vertoont. Opmerkelijk is echter vooral dat de invalideringsfrequenties van de WAO aanzienlijk boven de invalideringsfrequenties van het ABP liggen.

Een gedeeltelijke verklaring voor dit niveauverschil vormt de langere wachttijd bij het ABP, als gevolg waarvan een aantal personen, zouden zij werkzaam zijn geweest in de private sector, wel een WAO-uitkering toegekend hadden gekregen, maar niet in aanmerking komen voor een ABP-invaliditeitspensioen, omdat bijvoorbeeld vaststaat dat de arbeidsongeschiktheid (nog) niet van blijvende aard (is) zal zijn.

De verschillende benaderingswijzen die open staan om voor dit verschil in wachttijd, en daarmee van toekenningscriterium, te corrigeren, wijzen erop dat de correctiefactor waarmee de ABP-invalideringsfrequenties opgehoogd dienen te worden circa 30% bedraagt.<sup>20</sup>

Bij de verklaring van de voortdurende stijging van de invalideringsfrequenties alsmede van het opvallende niveauverschil tussen WAO- en ABP-invalideringsfrequenties is uitgegaan van een soortgelijke veronderstelling als waar de hierboven vermelde studies op zijn gebaseerd. Omdat ons onderzoek berust op een vergelijkende analyse van twee arbeidsongeschiktheidsregelingen, namelijk die van de private en van de collectieve sector, bevat het model waarmee de invalideringsfrequentie wordt verklaard evenwel een aantal nieuwe elementen. Hierdoor wordt het mogelijk een schatting te maken van de verborgen werkloosheid in de WAO. Verondersteld is hierbij, dat de invalideringsfrequentie een functie is van de volgende variabelen:

$$IV = f(x_1, x_2, x_3, x_4, x_5)$$

waarbij:

- IV = invalideringsfrequentie
- $x_1$  = gezondheidstoestand
- $x_2$  = gezondheidsbeleving
- $x_3$  = type werk
- $x_4$  = economische factoren
- $x_5$  = overige factoren (bijv. opleidingsniveau).

In het navolgende zal nader worden ingegaan op deze verklarende variabelen.

- Een verslechtering van de gezondheidstoestand zal de invalideringsfrequentie positief beïnvloeden. Indien de sterftkansen echter als een proxy voor de gezondheidstoestand worden genomen blijkt onder meer uit de per leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterftcijfers van de totale bevolking en uit de sterftcijfers van ABP-verzekerden afzonderlijk, dat eerder van een verbetering dan van een verslechtering van de gezondheidstoestand sprake is.<sup>21</sup>

Andere indicaties dat de stijging van de invaliditeitsfrequentie niet wordt veroorzaakt door een slechter wordende gezondheidstoestand zijn, dat naarmate het aantal WAO-toekenningen toeneemt de voor leeftijd gecorrigeerde sterftcijfers van nieuwe WAO-uitkeringsgerechtigden dalen<sup>22</sup> en dat de sterftcijfers van ABP-invaliditeitspensioengerechtigden een dalende tendens laten zien.<sup>23</sup> Voorts konden geen aanwijzingen worden gevonden dat de in verhouding tot de ABP-verzekerden hoge invalideringsfrequenties van WAO-verzekerden veroorzaakt worden door een minder goede gezondheidstoestand van de WAO-verzekerden. Aangezien de gemiddelde leeftijd van ABP-verzekerden (zie tabel 2) zowel voor mannen als voor vrouwen, ongeveer vijf jaar hoger ligt dan bij WAO-verzekerden, zal, ervan uitgaande dat een stijgende leeftijd een negatieve invloed op de gezondheid uitoefent, het tegendeel eerder het geval zijn. In het kader van een vergelijkende analyse dient derhalve voor dit verschil in gemiddelde leeftijd gecorrigeerd te worden. Doordat gegevens over de leeftijdsspecifieke invalideringsfrequentie van zowel het WAO- als van het ABP-verzekerdenbestand beschikbaar zijn, kan voor het verschil in gemiddelde leeftijd worden gecorrigeerd door op de leeftijdsspecifieke invalideringsfrequenties van beide bestanden dezelfde leeftijdsverdeling (n.l. die van de WAO uit 1974) toe te passen, dat wil zeggen standaardisatie voor leeftijd.<sup>24</sup> De toegepaste correctiefactor voor het verschil in gemiddelde leeftijd bedraagt gemiddeld 30%. Met dit percentage is de (ongecorrigeerde) invalideringsfrequentie van het ABP verlaagd.

- Een tweede factor die waarschijnlijk een belangrijke rol speelt in het proces dat leidt tot het toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering is de gezondheidsbeleving. Hieronder wordt verstaan het geheel, aan verandering onderhevig zijnde patroon van normen en waarden inzake de persoonlijke en sociale aanvaardbaarheid van arbeidsverzuim. Dit begrip is moeilijk te operationaliseren, maar algemeen wordt aangenomen dat onder meer onder invloed van het feit dat het genieten van een uitkering minder stigmatiserend werkt, de normen ten aanzien van het zich als dan niet gerechtvaardigd voelen om een beroep op een arbeidsongeschiktheidsuitkering te doen verschuiven.<sup>24</sup>

Dit houdt in dat de veranderende gezondheidsbeleving een verklaring kan

vormen voor de stijging van de invalideringsfrequenties. Aangezien gezondheidsbeleving een 'overall' maatschappelijk begrip is en zich niet direct beperkt tot bepaalde groeperingen, is het echter niet aannemelijk om te veronderstellen dat de gezondheidsbeleving een verklaring vormt voor het niveauverschil tussen de invalideringsfrequenties van de particuliere en collectieve sector.

- Aangezien het ene beroep slijtender is dan het andere vormt het type werk een bepalende factor voor de kans op arbeidsongeschikt worden. Data hierover van de WAO-verzekerden ontbreken vrijwel. Van de ABP-verzekerden zijn hieromtrent wel enige gegevens beschikbaar, die erop wijzen, dat de invaliditeitsfrequenties van de diverse functiegroepen wel verschillen, maar dat de verschillen aanzienlijk verminderen indien voor het verschil in leeftijdssamenstelling wordt gecorrigeerd.<sup>25</sup> Daar zich in de beschouwde periode geen belangrijke wijzigingen hebben voorgedaan in de verdeling naar beroepsgroepen van de respectievelijke verzekerdenpopulaties, vormt deze factor geen verklaring voor de stijging van de invalideringsfrequenties.

Het frequenter voorkomen onder WAO-verzekerden van slijtende beroepen als bijvoorbeeld bouwvakarbeiders, werknemers in de industrie, dan onder ABP-verzekerden zal een gedeeltelijke verklaring vormen voor het niveauverschil tussen de beide reeksen van invalideringsfrequenties. Op basis van verschillende gegevens is geschat dat deze factor voor circa 7% een verklaring vormt voor de geconstateerde verschillen.<sup>26</sup>

- Zoals in § 2 reeds naar voren gebracht vormt de rendementseis in de particuliere sector en daarmee samenhangend de arbeidsmarktsituatie ook een, zij het kennelijk moeilijk te operationaliseren<sup>27</sup>, verklarende variabele van de invalideringsfrequentie. De gedachtengang hierachter was dat veel werknemers met slechte werkgelegenheidsperspectieven – vanwege de in het particuliere bedrijfsleven gehanteerde rendementseis, – geneigd zullen zijn (hiertoe al of niet indirect gestimuleerd door de werkgever) zich door middel van een beroep op de WAO uit de arbeidsmarkt terug te trekken. Aangezien in de overheidssector rendementsoverwegingen bij het aanhouden van minder productief geworden werknemers, in tegenstelling tot de particuliere sector geen rol spelen, en de werkgelegenheid in deze sector zich nog voortdurend blijft uitbreiden, is het aannemelijk om te veronderstellen dat de economische factoren geen invloed uitoefenen op de invalideringsfrequentie van ABP-verzekerden.<sup>28</sup>

Het voorgaande houdt in dat hiermee een belangrijke verklaring is gevonden voor het verschil in invalideringsfrequentie tussen werknemers in de particuliere sector enerzijds en werknemers in de collectieve sector anderzijds.

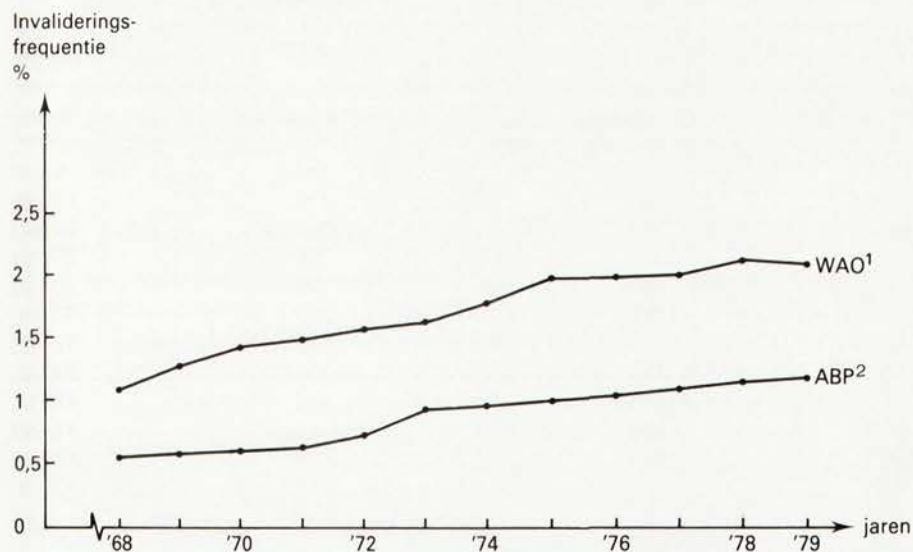
- De beschikbaar staande data duiden er niet op dat de overige factoren een significante verklaring vormen voor hetzij de stijging in de tijd van de invalideringsfrequenties, hetzij het niveauverschil van de invaliderings-

frequentie tussen WAO- dan wel ABP-verzekerden. Zo zijn de uitkeringsvoorwaarden in de beschouwde periode niet essentieel veranderd en is het gemiddelde opleidingsniveau eerder toe- dan afgenomen.

Resumerend kan gesteld worden dat op basis van een aantal veronderstellingen uit het voorgaande volgt dat uitsluitend de veranderde gezondheidsbeleving van invloed is op de trendmatige stijging van zowel WAO- als ABP-invalideringsfrequenties. Het niveauverschil in invalideringsfrequenties tussen WAO- en ABP-verzekerden kan verklaard worden door de verschillende economische criteria tussen de particuliere en collectieve sector (inzake het in dienst houden van werknemers en door het verschil in beroepssamenstelling.) Uit deze conclusie volgt dat het, aangezien de invloed van de verschillende beroepssamenstelling op de invalideringsfrequentie traceerbaar is, mogelijk is een tentatieve schatting te maken van de invloed van de economische factoren op de invalideringsfrequentie van WAO-verzekerden.

Het verschil van de voor beroepssamenstelling gecorrigeerde WAO-invalideringsfrequenties met de voor het verschil in wachttijd en in gemiddelde leeftijd gecorrigeerde ABP-invalideringsfrequenties levert namelijk dat deel van de WAO-toekenningen op dat kan worden toegeschreven aan het hantieren van een rendementscriterium in de particuliere sector en de arbeidsmarktsituatie (zie grafiek 1).<sup>29</sup>

Grafiek 1. Invalideringsfrequentie van WAO- resp. ABP-verzekerden (1968-1979)



1. Gecorrigeerd voor de invloed van het verschil in beroepssamenstelling.
2. Gecorrigeerd voor de langere wachttijd ten opzichte van de WAO.



De bevinding dat in de beschouwde periode het verschil tussen de gecorrigeerde invalideringsfrequenties duidelijk is toegenomen, is hierbij in overeenstemming met de zowel trendmatig verslechterende rendementspositie van de particuliere sector als de stijgende werkloosheid. De verslechterende rendementspositie blijkt macro-economisch uit de in deze periode voortdurende stijging van de arbeidsinkomensquote. In de tweede helft van de jaren zestig (1968-1970) nam de werkloosheid, hoewel ten opzichte van de eraan voorafgaande periode op een hoog niveau blijvend, enigszins af. Dit wijst erop, dat zelfs bij een zich gunstiger ontwikkelende arbeidsmarktsituatie het in de particuliere sector gehanteerde rendementscriterium een verklaring vormt voor het verschil in invalideringsfrequenties tussen de private en collectieve sector.

Met behulp van het verschil tussen de gecorrigeerde invalideringsfrequenties kan jaarlijks de component verborgen werkloosheid in de WAO-instroom worden bepaald. Onder de veronderstelling dat het verborgen werkloosheidsbestand in de WAO hetzelfde beëindigingspatroon volgt als het totale WAO-bestand<sup>30</sup>, kan per jaar de totale omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO berekend worden (zie tabel 3).<sup>31</sup>

Tabel 3. Ontwikkeling van de verborgen werkloosheid in de WAO in de jaren 1968-1979

Jaar	Verborgen werkloosheid in het WAO-uitkerings- gerechtigdenbestand <sup>1</sup>	Totaal WAO-uitkerings- gerechtigdenbestand	$\frac{(1)}{(2)} \times 100$
	(1)	(2)	(3)
	× 1000 manjaar	× 1000 manjaar	%
1968	10	159	6
1969	30	179	17
1970	50	205	24
1971	60	226	27
1972	80	249	32
1973	100	273	37
1974	110	299	37
1975	130	331	39
1976	150	364	41
1977	160	392	41
1978	180	420	43
1979	190	458	42

Bron: Kolom (2): afgeleid uit jaarverslagen AOF 1968-1975 en gegevens verstrekt door de Sociale Verzekeringsraad.

1. De resultaten van de berekeningen zijn afgerond op 10 000 manjaar.

OMVANG VERBORGEN WERKLOOSHEID IN DE WAO

Uit deze tabel blijkt dat de omvang van de verborgen werkloosheid zowel absoluut, als uitgedrukt in een percentage van het totale WAO-uitkeringsgerechtigdenbestand, toeneemt.

Teneinde een indruk te geven van het belang van de verborgen werkloosheid in de WAO in verhouding tot de geregistreeerde werkloosheid zijn in tabel 4 beide reeksen vanaf 1968 gepresenteerd. Uit deze tabel blijkt dat de verborgen werkloosheid ook in relatie tot de geregistreeerde werkloosheid een in belang toenemend verschijnsel is.

Zo bedraagt de omvang van de verborgen werkloosheid in het WAO-uitkeringsgerechtigdenbestand in 1979, op grond van de hierboven uiteengezette analyse, circa 190 000 manjaar<sup>32</sup> en is daarmee bijna van eenzelfde omvang als de officieel geregistreeerde werkloosheid in 1979 van 210 000 manjaar. Dit betekent, dat het officiële werkloosheidspercentage in toenemende mate een *onderschatting* vormt van de feitelijk optredende ontwikkeling.<sup>33</sup> Zo bedraagt het officiële werkloosheidspercentage in 1979 5%, terwijl het werkloosheidspercentage voor dat jaar inclusief de verborgen werkloosheid in de WAO uitkomt op 9,5%, bijna het dubbele!

Tabel 4. Officieel geregistreeerde werkloosheid en verborgen werkloosheid in de WAO in de jaren 1968-1979

Jaar	Verborgen werkloosheid in het WAO-uitkerings- gerechtigdenbestand	Officieel geregistreeerde werkloosheid	Totaal (1) + (2)	(3) als percentage van de afhankelijke beroepsbevolking
	(1)	(2)	(3)	(4)
	× 1000 manjaar	× 1000 manjaar	× 1000 manjaar	%
1968	10	72	82	2,2
1969	30	53	83	2,2
1970	50	47	97	2,4
1971	60	62	122	3,1
1972	80	108	188	4,6
1973	100	110	210	5,2
1974	110	135	245	6,0
1975	130	196	326	7,8
1976	150	211	361	8,6
1977	160	204	364	8,8
1978	180	206	386	9,1
1979	190	210	400	9,5

Bron: Kolom (2): Nationale Rekeningen 1974, en 1979.

Inzake de betrouwbaarheid van de gepresenteerde schattingen van de verborgen werkloosheid in het WAO-uitkeringsgerechtigdenbestand kan worden gewezen op de invloed die de correctiefactor inzake het verschil in wachttijd bij de ABP-verzekerden ten opzichte van de WAO-verzekerden op de resultaten uitoefent. De gevoeligheid van de uiteindelijke resultaten voor veranderingen in deze correctiefactor is daartoe onderzocht. Daarbij is berekend, dat indien de door ons gehanteerde waarde van deze correctiefactor een overschatting (respectievelijke onderschatting) van 25% betekenen, dit zou leiden tot een omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO die circa 8% hoger (respectievelijk lager) ligt.<sup>34</sup>

Een tweede factor die tot een onderschatting leidt van de uitkomsten is gelegen in het feit dat in een onbekend aantal gevallen bij het ABP, blijkens een geciteerde in § 3, ook andere dan medische factoren een rol kunnen spelen bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid, met andere woorden, dat ook onder ABP-invaliditeitspensioengerechtigden een component verborgen werkloosheid verscholen is.

## 6. Samenvatting en projectie

Alhoewel sinds enige tijd getracht wordt meer inzicht te krijgen in de omvang van de, in veel publikaties aangestipte, verborgen werkloosheid in de WAO, ontbreekt op het ogenblik nog elk inzicht in de omvang en in het verloop in de tijd van dit verschijnsel.

Om toch enig inzicht te verwerven in dit zo belangrijke verschijnsel is in het bovenstaande gepoogd middels een vergelijkende analyse de jaarlijkse instroom in de WAO te splitsen in een component waaraan gezondheidsoorzaken en in een component waaraan economische factoren ten grondslag liggen.

Bij deze analyse is gebruik gemaakt van de veronderstelling dat de ABP-invalideringsfrequenties een goede benadering vormen van de medisch en – vanwege de zich wijzigende opvattingen inzake de gezondheidsbeleving – maatschappelijk gezien normaal te achten invalideringsfrequenties, indien de besproken economische factoren geen rol zouden spelen.

Teneinde het cumulatieve aspect van de jaarlijks in het bestand WAO-uitkeringsgerechtigden opgenomen nieuwe verborgen werkloosheid te benadrukken zijn in tabel 5 de resultaten van een projectie voor de jaren 1980-1982 vermeld.

Deze projecties zijn gebaseerd op de aanname dat voor de jaren 1980-1982 de invalideringsfrequenties op het niveau van 1979 blijven en een constant WAO-verzekerdenbestand. Desondanks neemt de verborgen werkloosheid in de WAO jaarlijks met circa 10 000 manjaren toe.

OMVANG VERBORGEN WERKLOOSHEID IN DE WAO

Tabel 5. Projectie van de omvang van de verborgen werkloosheid in het WAO-uitkeringsgerechtigdenbestand (1980-1982)

Jaar	Verborgene werkloosheid in het WAO-uitkeringsgerechtigdenbestand × 1000 manjaar*
1980	200
1981	210
1982	220

\* De resultaten van de berekeningen zijn afgerond op 10 000 manjaar.

In het bovenstaande is een nieuwe analyse methodiek ontwikkeld, waarmee de omvang van de verborgen werkloosheid in de arbeidsongeschiktheidsverzekering van de private sector (WAO) vanuit macro-economisch gezichtspunt voor de periode 1968-1979 is geschat. Hieruit kan worden geconcludeerd, dat het arbeidsongeschikt worden in belangrijke mate door economische factoren wordt bepaald.

# Noten

1. Bron: Jaarverslagen Arbeidsongeschiktheidsfonds (AOF), 1968-1975 en gegevens verstrekt door de Sociale Verzekerings Raad.
2. Niet gecorrigeerd voor de mate van arbeidsongeschikt.
3. Zie C. Petersen: 'Twintig jaar arbeidsongeschiktheidslasten', Economische Statistische Berichten (ESB), pag. 652-656, 1978 en Sociale meerjarenramingen 1981, bijlage van de begroting 1981 van het ministerie van Sociale Zaken.
4. Getuige bijvoorbeeld de ontwikkeling van de voor leeftijd en geslachtgestandaardiseerde sterftecijfers (zie o.a. Statistisch Zakboek, CBS).
5. Zie bijvoorbeeld 'Maken wij er werk van', 1977, Wetenschappelijke Raad voor het Regeeringsbeleid (WRR), pag. 29; L. Lamers, 'Mogelijkheden voor een volumebeleid in de sociale zekerheid', Openbare uitgaven, februari 1978, pag. 3; M.E. Lando: 'The effect of unemployment on applications for disability insurance', Proceedings of the American Statistical Association, Business and Economic statistics section, 1974, pag. 438-442.
6. Zie bijvoorbeeld ook: B.M.S. v. Praag en V. Halverstadt: 'Towards an economic theory of disability to work: a first approach', in: K.W. Roskamp (e.d.): 'Proceedings of the 34<sup>th</sup> Congress of the International Institute of Public Finance, Hamburg, 1978', Parijs, 1980.
7. Zie bijvoorbeeld ook de in 'Maken wij er werk van' geconstateerde samenhang tussen leeftijd, opleidingsniveau en arbeidsparticipatie, en: N.H. Douben en M. Herweijer: 'Arbeidsmarkt, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid', Maandschrift Economie, nr. 7/8, 1979, pag. 309-320.
8. Zie WRR, t.a.p. 1977, pag. 81-82. |.
9. Bij de AAW, de volksverzekering tegen arbeidsongeschiktheid, is dit percentage hoger, namelijk op 25% gesteld.
10. De invaliditeitswet kende het verlies van 1/3 van de verdien capaciteit als minimum toelatingscriterium. In andere landen zoals Frankrijk en West-Duitsland geldt een minimumverlies van verdien capaciteit van respectievelijk 67 en 50%.
11. Een andere reden waarom de officieel geregistreerde werkloosheid een onderschatting van de werkelijke werkloosheid is, vloeit voort uit het in de inleiding genoemde zogenaamd discouraged labor effect.
12. Vanaf 1978 worden voor nieuwe WAO aanvragen beneden de 35 jaar wel zogenaamde dubbele schattingen door de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) verricht. Deze categorie betreft echter slechts circa 20% van het totaal aantal toekenningen. Zie ook Bestek '81, pag. 188.
13. Zie bijvoorbeeld: Centraal Economisch Plan 1979, CPB, pag. 277; Jaarverslag GMD 1977, pag. 211; WRR t.a.p. 1977, pag. 29; Advies over verbetering van de werkgelegenheidskansen van ouder wordende werknemers, SER 1977, pag. 7-8; Bestek '81, pag. 188.
14. ABP-Jaarverslag 1971, pg. 47. Dit is mogelijk in tegenstelling met hetgeen in het Jaarverslag 1977 op pag. 168 wordt vermeld.
15. Enkele voor de onderhavige analyse verder niet relevante verschillen zijn, de wijze van vaststelling van het referentie-inkomen en het ontbreken van een maximum uitkeringsgrens in het ABP.
16. Zo leert een regressieanalyse op de invalideringsfrequentie als afhankelijke variabele en leeftijd als onafhankelijke variabele op de in het GMD-Jaarverslag 1976 (tabel 15) vermelde invalideringsfrequentie per 5-jaars-leeftijdsgroepen, dat ruim 80% van de standaard deviatie van de invalideringskans door de leeftijd wordt verklaard. Zie voor een eerste aanzet tot kwantificering van het verband tussen leeftijd en arbeidsongeschiktheid: F.A.J. van den Bosch & C. Petersen: 'Hidden Unemployment and Disability', Institute for Economic Research, Discussion Paper 7913/G, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 1979.
17. Lando, M.E.: 'The effect of unemployment on application for disability insurance', op cit. Hambor J.C.: 'Unemployment and disability: an econometric analyses with time series

- data', US Department of Health, Education, and Welfare; Social Security Administration, Office of research and Statistics, Staff paper, nr. 20, 1975.
18. Doherty N.A.: 'National Insurance and absence from work', *The Economic Journal*, vol. 89, 1979, p. 50-65.
  19. Zie: 'Social Security Programs Throughout the World', 1979 US Social Security Administration, Department of Health and Human Services, Washington, 1980.
  20. De basisgedachte achter deze correctiefactor (aangeduid met 'correctiefactor voor verschil in wachttijd') is te corrigeren voor het feit, dat bij de WAO-toekenningen sprake is van zowel tijdelijke als blijvende arbeidsongeschiktheid, terwijl de ABP-toekenningen vrijwel uitsluitend op blijvende arbeidsongeschiktheid betrekking hebben. Door ons is daartoe een schatting gemaakt van dat gedeelte van de invalideringsfrequentie van de WAO, dat betrekking heeft op toekenningen die indien de betrokkene ABP-verzekerd zou zijn, dit niet tot een toekenning van een ABP invaliditeitspensioen aanleiding zou hebben gegeven (i.v.m. de tijdelijkheid van de arbeidsongeschiktheid). Deze schatting berust op de som van drie beëindigingspercentages (ontleend aan de GMD en de AOF jaarverslagen) namelijk de beëindigingen wegens herstel binnen 5 jaar, de beëindigingen wegens het bereiken van de 65-jarige leeftijd binnen 1 jaar en de beëindigingen wegens overlijden binnen 1 jaar. Met betrekking tot de laatste twee beëindigingsredenen is er vanuit gegaan dat het verschil in wachttijd tussen ABP- en WAO-verzekerden gemiddeld 1 à 1½ jaar bedraagt. In verband met de hierboven beschreven correctie is de (ongecorrigeerde) invalideringsfrequentie van het ABP met 30% opgehoogd, waardoor deze vergelijkbaar wordt met de invalideringsfrequentie van de WAO, ceteris paribus de overige factoren die de vergelijkbaarheid mede beïnvloeden. Tenslotte zij opgemerkt, dat de hier gebezigde waarde van de correctiefactor voor verschil in wachttijd gebaseerd is op een meer verfijnde analyse en daardoor enigszins afwijkt van die gehanteerd in het oorspronkelijke artikel.
  21. Zie onder meer het Statistisch Zakboek, CBS. Er zijn geen belangrijke verschillen waar te nemen in de sterftekansen van de ABP-verzekerden voor 1969 en de meest recente data (1971-'74). Zie de 15e en 16e Wetenschappelijke Balans van het ABP (resp. pag. 23 en pag. 21).
  22. Zie de bijlage van H.G. Hilverink in deze uitgave voor Sociale Geneeskunde, pag. 621-626, 1978.
  23. Zie de 16e Wetenschappelijke Balans van het ABP pag. 18. De daling (voor de meest recente periode '71-'74) bij de mannen in de leeftijdsgroep 55-64 jaar is statistisch significant, bij de vrouwen uit dezelfde leeftijdsgroep is geen significante wijziging in de sterftekansen waar te nemen (Een zelfde ontwikkeling is waar te nemen in de Verenigde Staten, zie M.E. Lando; op cit. pag. 439).
  24. In de oorspronkelijke versie van dit artikel, zoals gepubliceerd in ESB, pag. 52-58, 1980, was niet gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde leeftijd tussen de particuliere en de collectieve sector. Terzijde zij opgemerkt dat hier is afgezien van een correctie voor het verschil in man-vrouw verdeling tussen beide sectoren, daar deze niet beduidend van elkaar verschillen.
  25. Zie 'Invalideringsrisico van het overheids personeel periode 1971-1976', ABP 1978. Op grond hiervan kan worden berekend, dat in 1974 de variatie coëfficiënt van de invalideringsfrequenties voor mannen van de functiegroepen administratief, niet-administratief en technisch personeel (samen ca. 70% van het verzekerde bestand mannen) 30% bedraagt. Indien met de invloed van de leeftijd wordt rekening gehouden, neemt de variatiecoëfficiënt echter sterk af. Zo wordt de variatiecoëfficiënt in de leeftijdsgroep 60-65 jaar gelijk aan 17%. Zie F.A.J. van den Bosch & C. Petersen, op.cit., 1979, pag. 30-33.
  26. Deze schatting berust op een onderzoek naar de invalideringsfrequenties van de Ongevalwet en de Land- en Tuinbouwongevallenwet over de periode 1955-1966. Verondersteld is daarbij, op grond van een analyse van de aard van de letsels c.q. beroepsziekten die tot de zogenaamde blijvende renten hebben geleid, dat deze invalideringsfrequenties een schatting vormen van de typisch beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsorzaken (anders dan

op psychische gronden). Deze invalideringsfrequenties namen in de beschouwde periode vrijwel constant een waarde aan van 0,05%. De invalideringsfrequenties van de WAO zijn met dit percentage verminderd. Een gevoeligheidsanalyse heeft uitgewezen, dat een overschatting (respectievelijk onderschatting) van 50% van de gebruikte correctiefactor leidt tot een overschatting (respectievelijk onderschatting) van circa 4% van de berekende uitkomsten voor 1978. Zie voor een nadere uiteenzetting: F.A.J. van den Bosch & C. Petersen, op.cit., 1979, pag. 37-39 en pag. 70-74.

27. Zie bijvoorbeeld H.G. Hilverink, t.a.p. en E.W. Bax, Th.W. de Boer en K. Sterrenburg, 'Arbeidsmarkt en arbeidsongeschiktheid', in ESB, 13 juni 1979.
28. Gezien de aard van de werkzaamheden, produktie van (semi-) collectieve goederen, is voor werknemers in de collectieve sector doorgaans moeilijk een rendementscriterium vast te stellen. Indien het evenwel toch mogelijk zou zijn op enigerlei wijze een rendementscriterium op te stellen, zou voorzover niet alle werknemers in deze sector hieraan voldoen, hier van 'verborgen werkgelegenheid' gesproken kunnen worden. Zie in dit verband ook: F.A.J. van den Bosch & Petersen, 'Naschrift', ESB pag. 379-380, 1980.
29. Een voorlopig resultaat van de schatting van het model waarmee de gecorrigeerde invalideringsfrequentie in de particuliere sector wordt verklaard luidt voor de periode 1968-1979:

$IV(WAO) = 0,77 (IV(ABP) - 0,04 \cdot X_4 + 1,54; R^2 = 0,91$  (onder de coëfficiënten de t-waarden)

$$(3,97) \quad (-3,84) \quad (5,30); DW = 2,16$$

De gecorrigeerde invalideringsfrequentie van het ABP is daarbij gebruikt als proxy variabele voor de variabelen  $X_1$  en  $X_2$ ; als proxy variabele voor de invloed van de economische factoren is de overige inkomensquote (één minus de arbeidsinkomensquote) genomen.

30. Het herstelpercentage zal waarschijnlijk boven, doch het overlidenspercentage onder het gemiddelde liggen. Indien de jaarlijkse beëindigingspercentages (het quotiënt van de beëindigingen in jaar (t) van een jaargang en het oorspronkelijke aantal toekenningen van die jaargang) een onderschatting (resp. overschatting) van 10% vormen van de gehanteerde percentages, dan leidt dat tot een overschatting (resp. onderschatting) van de berekende uitkomsten voor 1978 van circa 6%.
31. De toegepaste berekeningstechniek kan aan de hand van het volgende model kort worden toegelicht. Het algebraïsche verschil tussen de (voor het verschil in beroepssamenstelling) gecorrigeerde invalideringsfrequentie van de WAO en de (voor het verschil in wachttijd en in gemiddelde leeftijd) gecorrigeerde invalideringsfrequentie van het ABP wordt aangeduid met  $\Delta IV^c$ . Het aantal toekenningen met het karakter van verborgen werkloosheid (TVW) in jaar t wordt bepaald als het produkt van  $\Delta IV^c$  en het gemiddelde bestand WAO-verzekerden uit het vorige jaar ( $VB_{t-1}$ ).

Het gecumuleerde beëindigingspercentage van de toekenningen uit jaar t ( $t = 1968, \dots, 1979$ ) na i jaar ( $i = 0, 1, 2, \dots$ ), uitgedrukt als een fractie van de toekenningen uit jaar t, wordt aangegeven met  $\alpha_i$  ( $\alpha_i$  berekend op grond van gegevens in de jaarverslagen AOF 1968-1975). Het aantal toekenningen met het karakter van verborgen werkloosheid uit jaar t in jaar i, gecorrigeerd voor de beëindigingen, bedraagt dan:  $TVW_{t,i} = \Delta IV^c \cdot VB_{t-1} \cdot (1 - \alpha_i)$ .

De totale verborgen werkloosheid in jaar i.

( $VW_i$ ) ( $i = 1968, \dots, 1979$ ) bedraagt nu:

$$VW_i = \sum_{t=1968}^i TVW_{t,i}$$

Zie voor een nadere toelichting: F.A.J. van den Bosch & C. Petersen, op.cit., 1979, pag. 58-60.

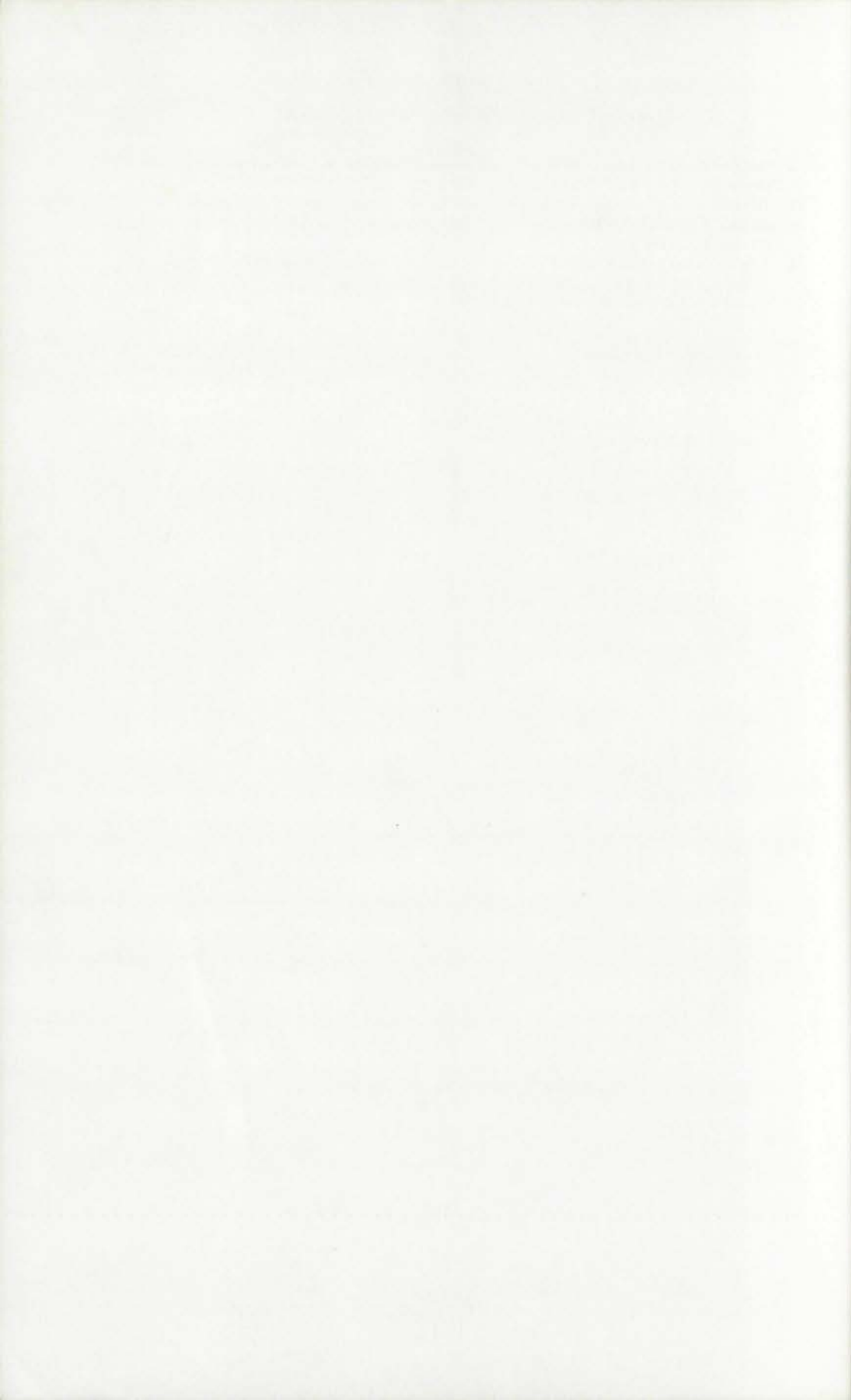
32. Benadrukt zij dat het hier een schatting betreft van de aanwezige restcapaciteit (luidend in manjaar) tot het verrichten van arbeid van het bestand WAO-uitkeringsgerechtigden. Gezien de mogelijkheden die artikel 21, lid 2a van de WAO biedt, leidt het geen twijfel dat

## OMVANG VERBORGEN WERKLOOSHEID IN DE WAO

met de 190 000 manjaar in 1979 een groter aantal verborgen werkeloze *personen* corresponderen elk met een gedeeltelijke restcapaciteit tot het verrichten van arbeid.

33. Het niet in beschouwing nemen bij het bepalen van het werkloosheidspercentage van de uit het 'discouraged labour'-effect voortvloeiende aantal werkzoekenden, leidt eveneens tot een *onderschatting*.
34. Een reden dat de hier gehanteerde correctiefactor waarschijnlijk een overschatting vormt is gelegen in het feit, dat van de zijde van het ABP is medegedeeld, dat een ABP-wachttijd van 1½ tot 2 jaar de realiteit meer lijkt te benaderen.





# Arbeidsongeschiktheid als economisch begrip

Een theoretische en empirische analyse inzake de ontwikkeling van arbeidsongeschiktheid op mesoniveau

door Drs. F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen\*

## 1. Inleiding

Zoals langzamerhand bekend mag worden verondersteld, is de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) één van de kostbaarste paradepaardjes van onze verzorgingsstaat geworden. Het laat zich aanzien dat de WAO deze positie nog wel enige tijd zal blijven bekleden. Want bij een voorlopig te verwachten netto toeneming van het WAO-bestand van 25 000 à 30 000 personen per jaar zullen de WAO-lasten jaarlijks met circa f 1 miljard blijven stijgen.<sup>1</sup> Juist in deze tijd, waarin de strijd om de verdeling van de geringe (toename van de) economische ruimte, dan wel om het ontwijken van de versobering, in sterke mate gaande is, kan inzicht in onder meer de factoren welke tot de stijgende WAO-lasten leiden, van nut zijn.

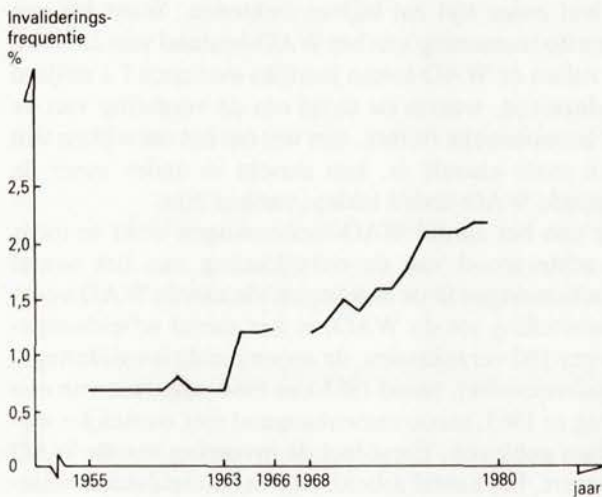
De voortdurende stijging van het aantal WAO-toekenningen wekt te meer verwondering tegen de achtergrond van de ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschiktheidstoekenningen in de regelingen die aan de WAO voorafgingen. In scherpe tegenstelling tot de WAO, is het aantal arbeidsongeschiktheidstoekenningen per 100 verzekerden, de zogenaamde invalideringsfrequentie (of toekenningsfrequentie), vanaf 1955 t/m 1966, afgezien van een eenmalige niveauverhoging in 1963, mede samenhangend met wettelijke wijzigingen, nagenoeg constant gebleven. Eerst met de invoering van de WAO laat, zoals grafiek 1 illustreert, het aantal arbeidsongeschiktheidstoekenningin-

\* De auteurs zijn S. de Mooij, student-assistent, erkentelijk voor de assistentie bij de uitgevoerde regressie-berekeningen en danken Drs. L.J.M. Aarts, Dr. J. Hartog en Drs. Ph.R. de Jong voor commentaar op een concept van dit artikel. Dit artikel vormt een samenvatting van een gedeelte van ons onderzoek naar de ontwikkeling van arbeidsongeschiktheid op mesoniveau. Voor een vollediger beschrijving wordt verwezen naar F.A.J. van den Bosch en C. Petersen: 'Arbeidsongeschiktheid en economische ontwikkeling, een aanzet tot verklaring van de ontwikkeling van arbeidsongeschiktheid op mesoniveau (with a summary in english)', Instituut voor Economisch Onderzoek, Discussion Paper Serie 8102G, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

gen, gerelateerd aan het verzekerdenbestand, een geprononceerde stijging zien. Opvallend is overigens wèl dat het eindniveau van de invalideringsfrequentie van de door de WAO vervangen arbeidsongeschiktheidswetten ten naaste bij overeenkomt met het beginniveau van de WAO-invalideringsfrequentie. Essentieel is echter dat binnen de onderscheiden perioden vóór 1967 sprake is van een min of meer constant niveau, terwijl de periode ná 1967 een scherpe stijging laat zien.

Bij de verklaring van het stijgend aantal arbeidsongeschikten wordt algemeen verondersteld dat economische factoren, in casu de tekortschietende vraag naar arbeid, een belangrijke rol spelen. Hierbij dient volledigheidshalve opgemerkt te worden dat, anders dan wellicht weleens verondersteld wordt, deze hypothese reeds vóór de invoering van de WAO werd gehanteerd en bovendien geen specifiek Nederlands probleem betreft. Ook internationaal baart de groei van het aantal personen dat wegens arbeidsongeschiktheid de beroepsbevolking verlaat, zorgen. Zo heeft Parsons voor de VS onderzocht

*Grafiek 1. De ontwikkelingen van het aantal arbeidsongeschiktheidstoekenningen per 100 verzekerden in de private sector (1955-1980)\**



Bron: Sociale Verzekeringsraad en Jaarverslagen: Sociale Verzekeringsbank en Raden van Arbeid, Arbeidsongeschiktheidsfonds, en Gemeenschappelijke Medische Dienst.

\* De periode vóór 1967 betreft: Invaliditeitswet en de Ongevallenwet (uitsluitend de zogenaamde blijvende renten) en met ingang van 1963 bovendien de Interimwet invaliditeitstrekkers. Aangezien de WAO voornoemde regelingen halverwege 1967 heeft vervangen, was berekening van de invalideringsfrequentie voor het jaar 1967 niet zinvol. Overigens dient bij deze figuur te worden aangetekend dat aangezien zowel de toekenningscriteria als de uitkeringspercentages in de onderscheiden perioden verschillen, niveauvergelijking niet zonder meer mogelijk is.

dat met name hierdoor de participatiegraad van mannen in de beroepsbevolking sterk is gedaald. Zo behoorde in 1948 90% van de mannelijke beroepsbevolking in de leeftijdsklasse 55-64 jaar tot de beroepsbevolking, terwijl in 1976 dit percentage was gedaald tot 75. Parsons concludeert: '...that the decline in labor force participation is the result of increasingly attractive alternatives to work, even though the principal welfare program (Social Security Disability Program) would appear to be rigidly conditioned by health restrictions'.<sup>2</sup>

In een vorige studie hebben wij getracht om aan de hand van een arbeidsongeschiktheidsmodel deze gedachtengang te operationaliseren. Met behulp van dit model werd berekend dat louter economische factoren verantwoordelijk kunnen worden geacht voor circa 40% van het aantal jaarlijkse arbeidsongeschiktheidstoekenningen, hetgeen volgens onze berekeningen resulteert in circa 200 000 manjaren verborgen werkloosheid in 1980.<sup>3</sup>

Dit betekent dat arbeidsongeschiktheid in belangrijke mate als economisch begrip gehanteerd dient te worden: de arbeidsongeschiktheidstoekenningen als gevolg van de WAO dienen in een economische analyse als een endogene variabele te worden beschouwd. In de onderhavige analyse zullen wij ons met de vraag bezighouden of het door ons ontwikkelde arbeidsongeschiktheidsmodel, dat eerder op macro-economisch niveau is toegepast, ook door de bevindingen op mesoniveau wordt gestaafd. Daartoe hebben wij ons gebaseerd op de invalideringsfrequentie van de verschillende bedrijfsverenigingen. Deze bedrijfsverenigingen, welke zich onder meer bezighouden met de uitvoering van de WAO, laten zich in veel gevallen vergelijken met bepaalde bedrijfsklassen.<sup>4</sup>

In tabel 1 zijn enkele kerncijfers weergegeven van de WAO-invalideringsfrequentie op bedrijfsklassenniveau. Het blijkt dat de hoogste en laagste waarnemingen met betrekking tot de invalideringsfrequentie aanzienlijk van elkaar verschillen.

Twee vragen zijn hierbij van belang:

- wat is de oorzaak geweest van het aanzienlijke verschil in invalideringsfrequentie tussen de verschillende bedrijfsklassen in 1968, het eerste volle jaar dat de WAO in werking was?;
- met elke factoren hangt de sterk divergerende ontwikkeling van het aantal WAO-toekenningen, gerelateerd aan het aantal verzekerden, in de verschillende bedrijfsklassen in de periode 1968-1978 samen?

In het navolgende zal een zowel op theoretische als empirische gronden gebaseerde aanzet tot beantwoording van deze vragen worden gepresenteerd. Hierbij dient te worden benadrukt dat de onderhavige studie weliswaar rekening houdt met de resultaten van eerdere studies op dit terrein<sup>5</sup>, maar, anders dan die studies, op een integraal model berust. Daartoe zullen eerst enkele aspecten van de berekening van de invalideringsfrequentie per bedrijfsvereniging worden toegelicht (§ 2). De in deze paragraaf toegelichte

Tabel 1. Enkele kerncijfers van de ontwikkeling van de WAO-invalideringsfrequentie op bedrijfsklassenniveau<sup>1</sup>

Invalideringsfrequentie van de bedrijfsklassen	Invalideringsfrequentie 1968 <sup>3</sup>	Absolute toename van de invalideringsfrequentie in de periode 1968-1978 <sup>3</sup>
Laagste waarneming	0,5	0,2
Hoogste waarneming	2,0	2,0
Totaal WAO-verzekerden populatie <sup>2</sup>	1,2	1,0

Bron: Eigen berekeningen gebaseerd op jaarverslagen van onder andere de Gemeenschappelijke Medische Dienst, Arbeidsongeschiktheidsfonds, Bedrijfsverenigingen, Algemeen Werkloosheidsfonds.

1. Voor alle duidelijkheid zij opgemerkt dat de invalideringsfrequentie in 1968 en de absolute toename op verschillende bedrijfsklassen c.q. bedrijfsverenigingen betrekking hebben.
2. Als gevolg van soms enigszins herziene cijfers inzake WAO-variabelen of gegevens inzake het WAO-verzekerdenbestand kunnen enkele grootheden, overigens geringe, afwijkingen vertonen van de gegevens die gebruikt zijn in F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, op. cit.
3. In 1968 bedroeg de variatie-coëfficiënt 34% en in 1978 26%, terwijl de variatie-coëfficiënt van de absolute toename in de betreffende periode 36% bedroeg.

methodiek is van wezenlijk belang voor de in § 3 uitgevoerde analyse inzake het verband tussen invalideringsfrequentie en leeftijdsopbouw per bedrijfsklasse. Vervolgens zal op basis van een eerder ontwikkeld model in § 4 worden ingegaan op de eerste hierboven gestelde vraag en in § 5 op de tweede vraag. In § 6 zullen enkele econometrische toetsingsresultaten inzake de eerder ontwikkelde gedachtengang gepresenteerd worden. Ten slotte volgt in § 7 een afsluiting.

## 2. De berekeningsmethode van de (leeftijdsspecifieke) invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse

De bedrijfsverenigingen registreren, als uitvoerders van de werknemersverzekeringen, onder andere het aantal WAO-toekenningen, welke onder meer gedifferentieerd worden naar leeftijdsklasse. Voor de invalideringsfrequentie (aantal toekenningen uitgedrukt als percentage van het aantal verzekerde personen) is evenwel ook inzicht in het aantal verzekerden noodzakelijk. Eerst recentelijk is, met terugwerkende kracht tot 1970, omtrent het aantal verzekerden voor de meeste bedrijfsverenigingen, redelijk betrouwbare informatie beschikbaar gekomen.<sup>6</sup> Het totaal aantal verzekerden per bedrijfs-

vereniging geeft evenwel nog niet het inzicht in de leeftijdsopbouw van de verschillende verzekerdenbestanden. Wij zijn er echter in geslaagd om voor circa 70% van het totale WAO-verzekerdenbestand de leeftijdsopbouw per bedrijfsvereniging of groep van qua verzekerden gelijksoortige bedrijfsverenigingen vast te stellen c.q. te benaderen. Hiertoe is gebruik gemaakt van door ons bewerkte gegevens uit de Volkstelling 1971 en de Arbeidskrachten-telling 1973, 1975 en 1977. Een en ander impliceert dat het mogelijk is geworden om, voor zover ons bekend voor de eerste maal, de leeftijdsspecifieke invalideringsfrequenties van een belangrijk aantal bedrijfsklassen te berekenen. Met behulp van deze gegevens kunnen vervolgens (zodanig) de voor leeftijd gestandaardiseerde invalideringsfrequenties per bedrijfsklasse worden berekend.

Ondanks het feit dat de data met betrekking tot zowel teller als noemer van de berekende leeftijdsspecifieke invalideringsfrequenties wellicht niet altijd even betrouwbaar zijn, vertonen de uitkomsten van deze exercitie zowel in één bepaald jaar, als in de tijd gezien een consistent beeld.<sup>7</sup> Dit wil bijvoorbeeld zeggen dat voor alle waarnemingen geldt dat de invalideringsfrequentie een positieve samenhang vertoont met leeftijd.

Tot slot kan worden opgemerkt dat de met behulp van onze methode berekende invalideringsfrequentie per leeftijdsklasse en bedrijfsklasse een belangrijke verbetering kan vormen met betrekking tot prognoses van het aantal WAO-uitkeringsgerechtigden. Terecht wordt in een onlangs gepubliceerde WRR-studie<sup>8</sup> geconstateerd, dat voor dergelijke prognoses een benadering per bedrijfsklasse de voorkeur geniet boven een geaggregeerde benadering. Immers, zoals ook uit tabel 1 blijkt, geeft de ontwikkeling van de instroom van WAO-uitkeringsgerechtigden per bedrijfsklasse een sterk verschillend beeld te zien.

### 3. Het belang van de leeftijdsopbouw voor de invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse

Met het stijgen van de leeftijd neemt de invalideringsfrequentie sterk toe. Zo bedroeg voor de totale verzekerdenpopulatie het aantal toekenningen per 100 verzekerden in 1978 in de leeftijdsklasse 60-74 jaar 12,4, terwijl het aantal toekenningen per 100 verzekerden in de leeftijdsklasse 20-24 slechts 0,9 was.<sup>9</sup> Een voorlopige analyse wijst zelfs uit dat de invalideringsfrequentie per leeftijdsklasse exponentieel stijgt.<sup>10</sup> Het ligt dan ook voor de hand om bij de verklaring van het aanzienlijke verschil in (ontwikkeling van de) invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse c.q. bedrijfsvereniging in de eerste plaats aan een verschillende (ontwikkeling van de) leeftijdsopbouw van de verzekerdenpopulatie te denken. In het kader van dit artikel gaan we uitsluitend in op de invloed van de leeftijdsopbouw, voor zover relevant voor de onderhavige, bedrijfsklasse-gerichte, analyse.<sup>11</sup>

Tabel 2. De gemiddelde leeftijd van mannen in loondienst en de invalideringsfrequenties (mannen en vrouwen) van een aantal bedrijfsverenigingen\*

Bedrijfsvereniging	Gemiddelde leeftijd van mannen in loondienst (1) en invalideringsfrequentie (2)								
	nummer omschrijving	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
		(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
01	Agrarisch bedrijf	37	1,2	38	1,3	36	1,2	36	1,4
03	Bouwnijverheid	36	2,6	36	2,9	36	3,1	36	3,0
04	Hout- en Meubel	35	1,9	36	1,9	36	2,6	35	2,6
05	Textiel	40	2,5	39	2,0	41	2,6	41	3,6
06	Kleding	38	1,3	38	1,8	39	2,2	38	2,1
07	Leder	38	1,9	38	2,1	40	3,0	39	3,0
08	Grafische industrie	36	1,4	37	1,7	37	2,2	36	2,3
09	Steen, cement	38	2,3	38	2,7	39	3,3	39	3,4
10 + 11	Metaal en elektro	36	1,6	37	1,8	37	2,2	37	2,3
2 + 14	Voedings en genot- t/m 17 middelenindustrie	38	1,4	38	1,7	38	2,0	38	2,2
18 + 25	Handel, banken en verzekerings- wezen	35	1,0	36	1,1	36	1,3	36	1,5
Totaal WAO-verzekerden		36	1,6	36	1,8	36	2,1	36	2,2

Bron: Berekeningen gebaseerd op de *Volkstelling 1971* en de *Arbeidskrachtentelling 1973, 1975 en 1977* (CBS) en de jaarverslagen van zowel de afzonderlijke Bedrijfsverenigingen als van het Arbeidsongeschiktheidsfonds en de Gemeenschappelijke Medische Dienst. Zie voor een nadere verantwoording: F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, op.cit., 1981.

\* De invalideringsfrequentie van jaar (t) is gedefinieerd als het quotiënt van de toekenningen met ingang van jaar (t), waarbij zoveel mogelijk rekening is gehouden met de zogenaamde 'nakomers' en het verzekerdenbestand (uitgedrukt in personen) uit jaar (t-1) vermenigvuldigd met 100.

Een goede en vooral bondige indicatie van de leeftijdsopbouw vormt de gemiddelde leeftijd van het verzekerdenbestand. In tabel 2 hebben we voor die bedrijfsverenigingen waarvoor het mogelijk is gebleken om de leeftijdsverdeling vast te stellen, de ontwikkeling van de gemiddelde leeftijd van de respectieve verzekerdenbestanden weergegeven.<sup>12</sup>

Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde leeftijden van de verschillende verzekerdenbestanden in de betreffende jaren elkaar weinig of niet ontlopen.<sup>13</sup> Evenzo blijkt dat de leeftijdsopbouw, zowel per bedrijfsvereniging als voor de totaliteit, in tijd een opmerkelijk constant karakter toont.<sup>14</sup>

Naast de verschillen in gemiddelde leeftijd per bedrijfsklasse is onderzocht in

hoeverre een verschillende *geslachtssamenstelling* per bedrijfsklasse van invloed is. Daarbij kan op grond van de in jaarverslagen van de GMD vermelde data worden vastgesteld, dat enerzijds de leeftijdsspecifieke invalideringsfrequenties van vrouwen hoger, maar dat anderzijds de gemiddelde leeftijd van WAO-verzekerde vrouwen lager is dan die van mannen. Per saldo resulteert gemiddeld een lagere invalideringsfrequentie bij vrouwen dan bij mannen. In het licht hiervan is het aandeel dat vrouwen van het verzekerdenbestand uitmaken van belang: bedrijfsklassen met een lager dan gemiddeld percentage vrouwen zullen, ceteris paribus een hogere invalideringsfrequentie hebben dan gemiddeld en omgekeerd. Zo blijkt de invalideringsfrequentie voor de bedrijfsklasse Bouwnijverheid, een sector met relatief erg weinig vrouwelijke werknemers, na correctie voor de geslachtsverdeling, circa 90% minder te bedragen. In het algemeen blijken de correcties evenwel een bescheiden invloed uit te oefenen op de invalideringsfrequentie.

Een en ander leidt tot de belangrijke conclusie dat de aanzienlijke verschillen in het aantal WAO-toekenningen per bedrijfsklasse, in één bepaald jaar gerelateerd aan de respectieve verzekerdenbestanden, niet verklaard kunnen worden uit een verschil in leeftijds- en geslachtsverdeling van deze verzekerdenbestanden. Bovendien kan de ontwikkeling van de demografische kenmerken van het verzekerdenbestand per bedrijfsklasse geen verklaringsgrond vormen voor de sterk divergerende ontwikkeling van de WAO-invalideringsfrequentie in de verschillende bedrijfsklassen *in de tijd*.

#### 4. Arbeidsongeschiktheid op mesoniveau in 1968

In deze paragraaf zal worden onderzocht in hoeverre economische factoren hebben bijgedragen tot de reeds in 1968 bestaande aanzienlijke verschillen in invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse. In tabel 3 zijn ter illustratie van deze verschillen uitsluitend de vier bedrijfsverenigingen met de hoogste en de vier met de laagste invalideringsfrequentie in 1968, alsmede de invalideringsfrequentie van het totale verzekerdenbestand weergegeven.<sup>15</sup>

De bouwnijverheid staat aan te top met twee WAO-toekenningen per 100 verzekerden, bijna het drievoudige van de (laagste) invalideringsfrequentie in de bedrijfsklasse detailhandel en ambachten (0,7). De vraag is nu welke factoren verantwoordelijk zijn voor de grote verschillen in invalideringsfrequentie in 1968. Ter systematisering van de beantwoording van deze vraag baseren wij ons op het bij een eerdere gelegenheid geïntroduceerd arbeidsongeschiktheidsmodel<sup>16</sup>, welk als volgt luidt:

$$IV = f(x_1, x_2, x_3, x_4, x_5)$$

waarbij:



Tabel 3. Invalideringsfrequentie, beroepsrisico en werkgelegenheidsontwikkeling van enkele bedrijfsklassen, eind jaren zestig

	Invaliderings- frequentie 1968	Invaliderings- frequentie 1968 m.b.t. be- roepsongeval- len en beroeps- ziekten (%)	Index werkge- legenheid in 1967 (1965 = 100)	Gemiddeld werkloos- heidspercenta- ge in 1966-1967	Idem uitge- gedrukt in het gemiddelde		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(3)	(4)
Bouwnijverheid	2,0	0,07	98	2,9	1,7	0,9	3,6
Steen en cementindustrie	1,7	0,04	100	0,5	1,4	0,9	0,7
Horeca	1,7	0,02	105	2,6	1,4	1,0	3,2
Textielindustrie	1,6	—	91	0,7	1,3	0,8	0,9
Metaalnijverheid	0,9	0,02	116	0,5	0,8	1,1	0,6
Bank- en verzekeringswezen	0,8	0,01	117	0,3	0,7	1,1	0,4
Slagers- en vleeswarenbedrijf enz.	0,8	0,02	139	0,3	0,7	1,3	0,4
Detailhandel en ambachten	0,7	0,01	114	0,3	0,6	1,0	0,4
Totaal WAO-verzekerdenpopulatie	1,2	0,02	110	0,8	1,0	1,0	1,0

Bron: Eigen berekeningen onder meer gebaseerd op jaarverslagen van de bedrijfsverenigingen, zie verder ook F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, op.cit., 1981.

IV = invalideringsfrequentie;

$x_1$  = gezondheidstoestand;

$x_2$  = gezondheidsbeleving;

$x_3$  = type werk;

$x_4$  = economische factoren;

$x_5$  = overige factoren, bijvoorbeeld opleidingsniveau.

Mede gezien de met de leeftijd stijgende sterftekansen, is de leeftijd gekozen als een proxy voor de somatische *gezondheidstoestand*.<sup>17</sup> Gezien de geringe verschillen in gemiddelde leeftijd van de verzekerdenpopulatie kan worden geconcludeerd, dat de gemiddelde (somatische) gezondheidstoestand per bedrijfsklasse niet significant verschilt.<sup>18</sup> Theoretisch gezien zou de psychische belastbaarheid van de werknemers in de verschillende bedrijfsklassen, tot uitdrukking komend in hoger dan wel lager dan gemiddelde invalideringsfrequenties, aanzienlijk kunnen verschillen.<sup>19</sup> Elke indicatie dat dergelijke verschillen daadwerkelijk aanwezig zijn ontbrak echter.

Ook ten aanzien van de tweede variable, de *gezondheidsbeleving*, is er geen enkele reden om te veronderstellen dat deze een bijdrage kan leveren tot de verklaring van het verschil in invalideringsfrequentie.

Het *type werk* zal daarentegen wèl van invloed zijn op het aantal WAO-toekenningen. Zo lijken werkzaamheden in de bouwnijverheid in fysiek opzicht 'slijtender' dan de werkzaamheden in bijvoorbeeld de banken- en verzekeringssector. Wegens het ontbreken van andere indicatoren om de invloed van de (fysieke) slijtendheid per bedrijfsklasse aan te geven, is in tabel 3 van het aantal WAO-toekenningen, ingedeeld in de diagnosecategorie beroepsongevallen en beroepsziekten per 100 verzekerden weergegeven.<sup>20</sup> Hierbij dient bedacht te worden dat ook de toekenning in deze diagnosecategorie naast op medische, tevens op economische gronden kan geschieden. Hoe dit ook zij, in ieder geval blijkt uit kolom 2 van tabel 3 dat de hoogte van de invalideringsfrequentie met betrekking tot ongevallen en ziekten als rechtstreeks gevolg van de uitoefening van het beroep numeriek gezien géén rol van betekenis speelt bij de verklaring van de niveaoverschillen tussen de invalideringsfrequentie van de bedrijfsverenigingen in 1968.

De vierde in het model gehanteerde verklarende variabele wordt gevormd door de *economische factoren*. De achterliggende gedachtengang luidt, beknopt weergegeven, als volgt: de wettelijke structuur van de WAO maakt het zowel *mogelijk* (de minimaal vereiste arbeidsongeschiktheid bedraagt slechts 15% en bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid waarop het uitkeringspercentage wordt gebaseerd, wordt de situatie op de arbeidsmarkt mede in de beschouwing betrokken) als *aantrekkelijk* (de netto uitkering bedraagt in de meeste gevallen 90% of meer van het laatst verdiende loon) om de WAO zondig *deels* als verkapte afvloeiingsregeling te laten functioneren voor, onder meer vanwege de stijgende leeftijd, minder productief geworden werknemers.<sup>21</sup>

Als aanduiding van de economische ontwikkeling zijn in tabel 3 zowel de ontwikkeling van de werkgelegenheid als van het werkloosheidsrisico weergegeven. Het werkloosheidsrisico is geoperationaliseerd door middel van het werkloosheidspercentage betreffende de werkloosheid met een uitkeringsduur van 3-6 maanden. Hierdoor is, de zeer kort durende werkloosheid (met een maximum duur van twee maanden), die voor de analyse niet relevant is, grotendeels geëlimineerd. Desondanks blijft deze variabele slechts een tentatief inzicht bieden in de WAO-gevoeligheid van een bedrijfsklasse, juist omdat de WAO ten dele als een verkapte afvloeiingsregeling wordt gehanteerd. Dit kan onder meer inhouden dat in bedrijfsklassen waarin veelvuldig van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt, bijvoorbeeld bedrijfsklassen met een relatief groot aantal oudere werknemers, dientengevolge een laag werkloosheidspercentage vertonen.

Vooraf uit de opstelling in de laatste kolommen van tabel 3, waarin de verschillende grootheden in het gemiddelde zijn uitgedrukt, blijkt duidelijk dat een hoge invalideringsfrequentie in 1968 gepaard gaat met een in verhouding tot het gemiddelde afnemende of stagnerende werkgelegenheidsontwikkeling in de periode 1965-1967, en omgekeerd dat de relatief expanderende bedrijfsklassen een lage invalideringsfrequentie laten zien. Ook het werkloosheidspercentage vertoont, met uitzondering van de steen- en cementindustrie en textielindustrie, een duidelijk positief verband met de invalideringsfrequentie.

Ondanks het feit dat ook aan het hanteren van deze economische indicatoren bezwaren kleven<sup>22</sup>, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat een gunstige economische ontwikkeling, tot uiting komend in een groeiende werkgelegenheid en lage werkloosheidscijfers, voor een (belangrijk) deel leidt tot een verhoudingsgewijs laag aantal WAO-toekenningen. Dit is overigens ook plausibel, omdat het voor bedrijfsklassen met een productie- en werkgelegenheidsgroei meestal minder noodzakelijk is om werknemers te laten afvloeien dan in slecht renderende bedrijfsklassen.

Ten aanzien van de vijfde verklarende variabele, *de overige factoren* kunnen we kort zijn. Wat bijvoorbeeld de opleiding betreft, zijn er enerzijds indicatoren die op een positieve en anderzijds indicatoren die op een neutrale samenhang tussen het opleidingsniveau en de invalideringsfrequentie wijzen.<sup>23</sup> Mede gezien de resultaten van de veelal op enquêtes gebaseerde studies<sup>24</sup> naar de terminanten van arbeidsongeschiktheid op microniveau, is derhalve verondersteld, dat de invloed van de overige factoren op de invalideringsfrequentie per bedrijfsvereniging niet significant verschilt.

Resumerend komt het erop neer dat de verschillen in invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse in 1968 bijna geheel zijn toe te schrijven aan de verschillen in type werk en aan de verschillende economische ontwikkeling in de jaren vóór 1968. Het blijkt dus dat de invloed van de economische factoren op de ontwikkeling van de arbeidsongeschiktheid zich reeds eind 1968 op mesoni-

veau heeft doen kennen, terwijl deze invloed op macroniveau, zoals uit figuur 1 blijkt, pas ná 1968 significant aan het licht kwam.

## 5. Ontwikkeling van het aantal WAO-toekenningen per bedrijfsklasse in de periode 1968-1978

In deze paragraaf zullen we ons bezighouden met de tweede vraagstelling: waarom is de ontwikkeling van de invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse in de periode 1968-1978 zo verschillend geweest. In tabel 4 – zijn weer beknoptheidshalve uitsluitend voor de bedrijfsverenigingen met de hoogste en laagste waarnemingen – de absolute mutaties van de invalideringsfrequenties weergegeven. Deze mutaties zijn, hoewel ze op het eerste gezicht misschien niet zo van belang lijken, zeer aanzienlijk. Indien de invalideringsfrequenties zich namelijk op het niveau van 1968 zouden hebben gehandhaafd, zouden de met de WAO verbonden lasten ruwweg de helft van de huidige f 13 miljard hebben bedragen.<sup>25</sup> Opvallend is dat de stijging van het relatieve aantal WAO-toekenningen zich in iedere bedrijfsklasse heeft voorgedaan. Er doen zich echter wel aanzienlijke verschillen voor in stijgingstempo. Voor de verklaring van deze verschillende ontwikkeling kunnen we – gezien het voorgaande – volstaan met enkele hoofdpunten. Zoals reeds aangetoond is de gemiddelde leeftijd, en daarmee naar alle waarschijnlijkheid de gezondheids-toestand constant gebleven. Bovendien is het niet aannemelijk dat een veranderde gezondheidsbeleving meer invloed heeft gehad op de ene bedrijfsklasse dan op de andere.<sup>26</sup> Met betrekking tot het type werk zijn er zowel indicatoren die erop wijzen dat arbeid in fysiek en/of psychisch opzicht 'slijtender' is geworden, als indicatoren die op een tegenovergestelde ontwikkeling wijzen. Bij gebrek aan een ook maar enigszins objectieve en betrouwbare maatstaf in deze is derhalve verondersteld dat de slijtendheid samenhangend met het type werk per bedrijfsklasse in de beschouwde periode constant is gebleven, en dus ook geen invloed heeft gehad op de invalideringsfrequentie. Ook wat betreft de overige factoren zijn er geen aanwijzingen dat hierin ontwikkelingen hebben plaatsgevonden die significant zijn voor de ontwikkeling van de invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse. De sterk uiteenlopende ontwikkeling van het aantal WAO-toekenningen lijkt dus samen te hangen met de verschillen in economische ontwikkeling.

De in de laatste kolommen van tabel 4 vermelde verhoudingscijfers omtrent enkele kernvariabelen wijzen ook in die richting. Bedrijfsklassen waarin de invalideringsfrequentie sterk is toegenomen, zoals de textielindustrie en lederindustrie, laten een aanzienlijke vermindering van de werkgelegenheid zien; bedrijfsklassen met een relatief uitbreidende werkgelegenheid en relatief lage werkloosheidspercentages, zoals de bank- en verzekeringssector vertonen een opvallend geringe toeneming van de invalideringsfrequentie.

Tabel 4. Absolute mutatie van de invalideringsfrequentie en de werkgelegenheidsontwikkeling van enkele bedrijfsklassen in de periode 1968-1978

	Absolute mutatie invaliderings- frequentie 1968-1978	Index werkgelegen- heid in 1977 (1968 = 100)	Gemiddeld werk- loosheidspercentage in 1976-1977	Idem uitgedrukt in het gemiddelde		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
Textielindustrie	2,0	51	1,7	2,0	0,5	1,3
Lederindustrie	1,9	47	1,4	1,9	0,4	1,1
Steen- en cementindustrie	1,7	74	1,2	1,7	0,7	0,9
Metaalindustrie	1,4	84	0,9	1,4	0,8	0,7
Tabakverwerkende industrie	0,8	94	0,5	0,8	0,9	0,4
Detailhandel en ambachten	0,8	110	1,1	0,8	1,0	0,8
Horeca	0,8	112	nvt*	0,8	1,0	—
Bank- en verzekeringswezen	0,6	131	0,6	0,6	1,2	0,5
Totaal WAO-verzekerden populatie	1,0	108	1,3	1,0	1,0	1,0

Bron: zie tabel 3.

\* Gezien de toekenningscriteria van het Wachtgeldfonds versus het Werkloosheidsfonds, bevat het werkloosheidspercentage in de Horeca een niet te verwaarlozen component seizoenwerkloosheid, het is derhalve niet zinvol om dit cijfer op te nemen.

Met nadruk dient er evenwel op te worden gewezen dat de invalideringsfrequenties van bedrijfsklassen waar sprake is van een gunstige economische ontwikkeling desondanks toch ook een duidelijke stijging vertonen. Gegeven het model en de bovenstaande uiteenzetting kan derhalve worden geconstateerd, dat de stijging van de invalideringsfrequenties van de bedrijfsklassen uit twee componenten is opgebouwd. Enerzijds een component die bij alle bedrijfsklassen heeft geleid tot een zelfde stijging in procentpunten, namelijk de veranderde gezondheidsbeleving, anderzijds heeft de per bedrijfsklasse uiteenlopende invloed van de economische factoren geleid tot een per saldo uiteenlopende totale toeneming van de invalideringsfrequenties. Als proxy voor de invloed van de veranderde gezondheidsbeleving in de periode 1968-1978 op de invalideringsfrequentie is, in de lijn van ons vorige onderzoek, de toeneming van de invalideringsfrequentie van de collectie sector genomen (zie ook § 6). Deze stijging bedraagt circa 0,6 procentpunt.<sup>27</sup> Gemiddeld bedraagt de toeneming van de invalideringsfrequenties van de bedrijfsklassen 1,2 procentpunt (zie tabel 3). Hieruit kan geconcludeerd worden dat gemiddeld de helft van de toeneming van de invalideringsfrequentie in de particuliere sector is veroorzaakt door de hiervoor geanalyseerde invloed van de economische factoren. De andere helft hangt samen met de veranderde gezondheidsbeleving.

## 6. Toetsing van het verband tussen invalideringsfrequentie en economische factoren op mesoniveau

Deze paragraaf zal gewijd zijn aan een econometrische toetsing met behulp van ons arbeidsongeschiktheidsmodel van de invloed van economische factoren op de invalideringsfrequentie. Als afhankelijke variabele van de te toetsen relaties is het aantal WAO-toekenningen per 100 verzekerden gehanteerd. Als eerste verklarende variabele fungeert de invalideringsfrequentie van werknemers in de collectieve sector, als proxy voor de invloed van de veranderende gezondheidsbeleving. Verondersteld is dat de invloed van economische factoren op het aantal arbeidsongeschiktheidstoekenningen in de collectieve sector nihil is, zodat daar de stijging van de invalideringsfrequentie uitsluitend haar oorzaak vindt in een veranderde gezondheidsbeleving.

Als tweede verklarende variabele wordt de overige-inkomensquote gehanteerd, als indicator van de rendementspositie en daarmee van de economische ontwikkeling van het bedrijfsleven.<sup>28</sup> Verondersteld is dat een verslechterende rendementspositie afvloeiing van minder-productieve werknemers via de WAO zal doen toenemen. Omdat eerst een structureel verslechterende overige-inkomensquote invloed zal uitoefenen op de invalideringsfrequentie is het driejaars voortschrijdend gemiddelde gehanteerd.

De werkloosheidspercentages, die reeds in § 3 en 4 ter sprake zijn gebracht,



nen, onder meer met betrekking tot produktiestructuur en afzetontwikkeling, behoeft dit overigens nog niet in te houden dat de samenhang tussen het aantal arbeidsongeschikten en economische factoren voor alle bedrijfsklassen qua intensiteit dezelfde is. Derhalve is ook per bedrijfsklasse het verband onderzocht tussen het aantal WAO-toekenningen en de overige-inkomensquote. Voor alle bedrijfsklassen waarvan de stijging van de invalideringsfrequentie die van de collectieve sector te boven gaat (12 van de 16 onderzochte bedrijfsklassen), en waar derhalve volgens het model sprake moet zijn van een positieve invloed van de economische factoren op de invalideringsfrequentie, is de samenhang per bedrijfsklasse tussen de ontwikkeling van de invalideringsfrequentie en de overige-inkomensquote statistisch significant.<sup>30</sup>

Interessant hierbij is dat het op basis van deze resultaten in principe mogelijk is om per bedrijfsklasse inzicht te krijgen in de invloed van de beroepsgebonden factoren op het niveau van de invalideringsfrequentie. Vervolgens kan de invloed van de economische factoren op de reeds in 1968 aanwezige verschillen in invalideringsfrequentie per bedrijfsklasse worden geïsoleerd.

## 7. Samenvatting en conclusie

Zowel de voorgaande theoretische beschouwing als de empirische analyse op mesoniveau wijzen op een duidelijke samenhang tussen het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel en economische factoren. Zo blijkt bijvoorbeeld in de periode 1968-1978 de invalideringsfrequentie in de bank- en verzekeringssector, een sector die het in economisch opzicht voor de wind is gegaan, slechts met 0,6 procentpunt is toegenomen, terwijl in dezelfde periode in de textielindustrie, de invalideringsfrequentie met maar liefst 2,0 procentpunt is gestegen. Een en ander betekent dat arbeidsongeschiktheid ook op mesoniveau in belangrijke mate als economisch begrip dient te worden gehanteerd.

Hieruit volgt dat bij de prioriteitenstelling van de werkloosheidsbestrijding naar sector en regio naast de werkloosheidspercentages ook de arbeidsongeschiktheidspercentages beschouwd dienen te worden. Door de nadruk die in deze studie op de economische component van het arbeidsongeschiktheidsverschijnsel heeft gelegen, mag echter niet uit het oog worden verloren dat de veranderde waarden en normen ten aanzien van de gezondheidsbeleving, oftewel de sociologische component van de arbeidsongeschiktheid, gemiddeld in ongeveer dezelfde mate heeft bijgedragen tot de stijging aan het aantal WAO-ers als de economische ontwikkeling. Ook in sectoren waarin de economische noodzaak om overbodig geworden werknemers door middel van de WAO te laten afvloeien ontbreekt, – de overheidssector bijvoorbeeld – maar ook in de al eerder genoemde bank- en verzekeringssector, is de invalideringsfrequentie toegenomen, en wel in beide voorbeelden met 0,6 procentpunt in de periode 1968-1978.



Zeker in verband met de toenemende financieringsproblematiek zal derhalve de noodzakelijkheid terugdringing van de nog immer voortdurende groei van het aantal arbeidsongeschikten zowel op een werkgelegenheidsbeleid dienen te berusten, als op een beleid dat erop is gericht in die gevallen waarin van een keuze kan worden gesproken ten aanzien van de beslissing werken/niet werken, het werken aantrekkelijker te maken.<sup>31</sup>

## Noten

1. Hierbij is afgezien van de invoering van de AAW, de in 1976 ingevoerde volksverzekering tegen arbeidsongeschiktheid. Zie voor nadere informatie omtrent de lastenontwikkeling WAO onder meer C. Petersen, Twintig jaar arbeidsongeschiktheidslasten, ESB, 28 juni 1978, pag. 652-656, en de Secretariaatsnota inzake de financiële positie van het Arbeidsongeschiktheidsfonds in 1980, alsmede een verkenning van de lastenontwikkeling in 1981, Sociale Verzekeringsraad, juni 1980.
2. D.O. Parsons, The decline in male labor force participation, *Journal of Political Economy*, vol. 88, februari 1980, pag. 131. In Nederland werd reeds in 1964 in het Jaarverslag van de Sociale Verzekeringsbank en Raden van Arbeid gewezen op de samenhang tussen het aantal arbeidsongeschiktheidstoekenningen en de vraag naar arbeid. In het buitenland zijn voorts onder andere voor Engeland (bijvoorbeeld N.A. Doherty, National Insurance and absence from work, *The Economic Journal*, vol. 89, pag. 50-65) en de VS (bijvoorbeeld M.E. Lando, The effect of unemployment on application for disability insurance, *Proceedings of the American Statistical Association*, 1974, pag. 438-442) studies omtrent de samenhang tussen arbeidsongeschiktheid en economische factoren verricht.
3. F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, De omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO, in deze uitgave. Wellicht ten overvloede zij hier nog eens benadrukt dat dit een op ons model gebaseerde macro-economische schatting is van de aanwezige restcapaciteit tot het verrichten van arbeid van het bestand WAO-uitkeringsgerechtigden.
4. In het vervolg zullen de begrippen bedrijfsvereniging en bedrijfsklasse dan ook als synoniemen worden gehanteerd.
5. E.H. Bax, Th. W. de Boer, K. Sterrenburg, Arbeidsmarkt en arbeidsongeschiktheid. De toetsing van een hypothese, ESB, 13 juni 1979, pag. 580-586; H.G. Hilverink, zie zijn bijdrage in deze uitgave; N.H. Douben en M. Herweyer, Arbeidsmarkt, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid, *Maandschrift Economie*, jaargang 43, pag. 309-320 (1979). Voor een nadere beschouwing van de literatuur wordt verwezen naar F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, op.cit. (1981).
6. Tot voort kort was de opgave van de bedrijfsverenigingen van het aantal verzekerden gebaseerd op de verzekerde loonsom en de gemiddelde uitkering per dag. De nieuwe informatie berust daarentegen, althans voor de meeste bedrijfsverenigingen, op de registratie van het werkelijk aantal verloonde dagen. De auteurs zijn de Sociale Verzekeringsraad erkentelijk voor het met terugwerkende kracht ter beschikking stellen van deze nieuwe informatie.
7. Ook vergelijking van de AKT-gegevens met de gegevens van een bedrijfsvereniging die, in het jaarverslag, wel informatie verschaft omtrent de leeftijdsopbouw van het verzekerdenbestand, namelijk de Grafische BV, leverde een bevredigend beeld op.
8. J.A.H. Bron, Arbeidsaanbod-projecties 1980-2000, Den Haag, 1980.
9. Zie jaarverslag GMD 1978, tabel 2.7.
10. Zie F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, Hidden unemployment and disability, *Institute for Economic Research, Discussion Paper Series*, 7913/6, Erasmus University Rotterdam, 1979, pag. 34-36.
11. In een naar verwachting spoedig af te ronden studie zullen wij uitgebreider ingaan op de leeftijdsspecifieke invalideringsfrequentie.
12. Hierbij hebben we ons mede vanwege de voor vrouwen in verband met het veelvuldiger voorkomen van part-time arbeid moeilijker uit te voeren correctie voor manjaren/personen, beperkt tot de mannen.
13. Volledigheidshalve zij hierbij opgemerkt dat de maximale afwijking tussen de voor leeftijd gecorrigeerde en niet gecorrigeerde invalideringsfrequentie van mannen per bedrijfsvereniging 15% bedraagt. Deze bevindingen geven een indicatie van het relatief geringe belang van

- de spreiding van de gemiddelde leeftijd voor de invalideringsfrequenties per bedrijfsvereniging.
14. De standaard-deviatie van de leeftijdsverdeling voor mannen per onderzochte bedrijfsklasse blijkt nagenoeg constant en van dezelfde omvang te zijn. Zo bedroeg voor de bedrijfsklasse Bouwnijverheid deze standaard-deviatie in 1971, 1973, 1975 en 1977 achtereenvolgens 13, 13, 12 en 12 jaar en voor de bedrijfsklasse Handel en banken enz. respectievelijk 13, 12, 12 en 12 jaar.
  15. Hierbij dient volledigheidshalve aangetekend te worden dat een aantal bedrijfsverenigingen vanwege de zeer specifieke groep van verzekerden, welke vergelijkbaarheid met de overige bedrijfstakken uitermate compliceert, dan wel vanwege het ontbreken van (voldoende betrouwbare) data benodigd voor de door ons uitgevoerde analyse (zie verder ook § 6) hier niet in de beschouwing betrokken zijn. Dit betreft: de landbouwsector, de zuivelindustrie, de mijnbouwindustrie, het bakkersbedrijf, de havenbedrijven, de koopvaardij, de vervoerssector, de gezondheidssector, de overheidssector (hier zijn onder meer de werknemers van de sociale werkplaatsen bij aangesloten) en de Nieuwe Algemene (in feite een restpost van verzekerden, welke niet bij andere bedrijfsverenigingen aansluiting kunnen vinden, bijvoorbeeld uitzendkrachten). Dit betekent dat 16 bedrijfsverenigingen in de verdere beschouwing zijn betrokken, welke in de periode 1968-1978 gemiddeld circa 70% van het verzekerdenbestand vormden.
  16. Zie F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, 1980, op. cit., waar ook wordt ingegaan op de keuze van de variabelen.
  17. Zie ook: N.A. Doherty, op.cit., die de volgende relatie hanteert:  $M = F(MT, T, E, \mu)$  waarin  $M$  = gezondheidstoestand;  $MT$  = sterftecijfer;  $T$  = (wat staat voor verbetering van de medische voorzieningen);  $E$  = virusziekten, zoals groep; en  $\mu$  = restterm.
  18. Hierbij zou het een probleem kunnen zijn, dat een gelijke gemiddelde leeftijd per bedrijfsklasse niet correspondeert met een gelijke gezondheidstoestand. Zo behoeft het bijvoorbeeld niet uitgesloten te worden, dat de gezondheidstoestand van een 40-jarige bouwvakker verschilt van die van een bankbediende van dezelfde leeftijd. Daar elk inzicht in de mate waarin dat verschijnsel eventueel optreedt ontbreekt, is hier evenwel verder van geabstraheerd.
  19. Zie voor een nadere uiteenzetting van de begrippen arbeidsbelasting en belastbaarheid (of arbeidscapaciteit): L.J.M. Aarts, H. Bruinsma, H. Emanuel, J.P. Hop, Ph.R. de Jong, B.M.S. van Praag, Determinanten van WAO-toetreding, Sociale Verzekeringsraad, Den Haag, 1979; en H.J. Kruidenier, Het ontbrekende alternatief, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1980.
  20. De indicator is niet geheel bevredigend omdat niet bekend is met welke zorgvuldigheid de indeling in de verschillende diagnosecategorieën plaatsvindt. Afgezien hiervan zullen sommige ziektebeelden met een progressief verlopend karakter, waarvan de invloed van de te verrichten werkzaamheden zich eerst op langere termijn laat gelden, bijvoorbeeld rugklachten, veelal niet tot de diagnosecategorieën beroepsongeval of -ziekte gerekend worden.
  21. Zie verder onder andere: H. Emanuel, V. Halberstadt en C. Petersen, Cross national disability study - The Netherlands (concept), Center for Research in Public Economics, Leyden University (1980), (nog niet gepubliceerd); J. Wiseman en J. Cullis, Social policy towards disabled workers, in A.J. Culyer (ed.), Economic policies of social goals, 1974; B.M.S. van Praag en V. Halberstadt, Towards an economic theory of non-employability, a first approach, in: K.W. Roskamp (ed.), Public choice and public finance, Proceeding of the 34th. Congress of the Institute International de Finance Publiques, 1980; en de bijdrage van H. Emanuel in deze uitgave.
  22. Zo staat de betrouwbaarheid inzake de data omtrent de ontwikkeling van de werkgelegenheid, welke op opgaven van de bedrijfsverenigingen berusten, voor deze periode niet bij voorbaat vast. Daarnaast betreft het werkloosheidspercentage slechts kortdurende werkloosheid.
  23. Zie bijvoorbeeld: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Maken wij er werk

- van?, Den Haag, 1977; Sociaal Cultureel Planbureau, Sociaal Cultureel Rapport 1976 en 1978, Rijswijk; en H. Emanuel, V. Halberstadt en C. Petersen, op. cit.
24. Zie onder meer: M.E. Lando, The interaction between health and education, The Social Security Bulletin, december, 1975; H.J. Kruidenier, op. cit., 1980, en D. Wiersma, E. Le Gras en C. Vos, WAO en arbeidsmarkt, Enkele bevindingen betreffende 54 gemeenten, Sociologische Gids, 1979, pag. 265-282.
  25. Hierbij is weer afgezien van de invoering van de AAW. Zie verder noot 1.
  26. Hierbij wordt gewezen op de mogelijkheid dat de keuringseisen, begeleidingsmaatregelen e.d. zowel per bedrijfsvereniging als in de tijd bezien kunnen verschillen. Elk inzicht in de eventuele kwantitatieve invloed op de invalideringsfrequentie ontbreekt echter.
  27. Zie F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, 'De omvang van de verborgen werkeloosheid in de WAO' tabel 1, in deze uitgave.
  28. Zoals bekend bevat het zogenaamde overig inkomen naast de winst een aantal andere inkomenscomponenten, waaronder de rente een zeer belangrijke plaats inneemt. Zie voor een kritische beschouwing van de overige-inkomensquote: J. Keus, Rendementen die geen winsten zijn, ESB, 19 maart 1979, pag. 335-340.
  29. Deze toetsing heeft betrekking op 16 van de 26 bedrijfsverenigingen. Alle variabelen zijn geïndexeerd op 1968 = 100. Zie verder F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, op. cit., 1981.
  30. Zie F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, op. cit., 1981.
  31. Zie voor een theoretische analyse inzake het beslissingsproces van werken/niet werken: C.A. Pissarides, Labour market adjustment (Microeconomic foundations of short-run neoclassical and Keynesian dynamics) London, 1976, in het bijzonder hfd. 12, Participation and Job Search en voor recent empirisch onderzoek terzake: D.O. Parsons, op.cit.

The history of the city of Boston is a story of growth and change. From its early days as a small fishing village, it has become one of the most important cities in the United States. The city's location on a natural harbor made it a center of trade and commerce. Over the years, it has been a site of many significant events, including the American Revolution and the Boston Tea Party. The city's architecture and culture are a blend of old and new, reflecting its long and rich history.

# De wet is goed en rechtvaardig Geldt dit ook voor AAW en WAO?

door Mr. W.M. Levelt-Overmars\*

## 1. Inleiding

### 1.1. Introductie

De uitvoerder neemt als uitgangspunt dat de wet goed en rechtvaardig is. Dat wil niet zeggen dat hij het persoonlijk met alle uitgangspunten eens hoeft te zijn. Hij is echter ingehuurd om de wet uit te voeren en niet om naar eigen inzicht de wereld te verbeteren.

Uitzonderingen op deze regel zijn mogelijk indien:

- a. de wet zeer oud(erwets) is en algemeen als zeer onbillijk wordt ervaren;
- b. de wet onduidelijk is;
- c. de wet technisch slecht in elkaar zit.

Een algemene klacht is dat de WAO onuitvoerbaar is en in ieder geval slecht wordt uitgevoerd.

Ligt dat aan een van bovengenoemde oorzaken of zijn er andere? Naar mijn mening hoofdzakelijk andere oorzaken. Te weten maatschappelijke ontwikkelingen en onenigheid over de gewenste uitvoering.

Wat kan de uitvoerder hier aan doen?

In mijn visie op de uitvoeringstaak is dat in principe weinig. Toch zijn er verschillende mogelijkheden zowel op het terrein van de bewustwording als met betrekking tot te ondernemen activiteiten.

### 1.2. Inleiding en probleemstelling

Over de uitvoering en uitvoerbaarheid van de arbeidsongeschiktheidswetgeving worden algemeen klachten gehoord. Men stelt enerzijds dat de wetten onuitvoerbaar zijn, anderzijds dat ze slecht worden uitgevoerd. Feit is in ieder geval dat de uitvoering veel meer kost dan was voorzien en dat deze

\* Hoofd van de Afdeling Juridische Zaken Sociale Verzekering, Gemeenschappelijk Administratiekantoor.

lastenstijging door eenieder met grote zorg wordt gadeslagen. Feit is ook dat degenen die van de wetten profiteren bepaald niet overlopen van dankbaarheid. Is er enerzijds een wijdverbreid gevoel dat veel mensen ten onrechte, teveel of zelfs tot hun eigen nadeel uitkering krijgen, anderzijds kan men in de meeste kranten toch wel eens in de week een verhaal vinden waarin de bedroevende ervaringen van een verzekerde uit de doeken worden gedaan. Over het functioneren van geen der andere sociale verzkeringswetten of sociale voorzieningen met inbegrip van de Bijstandswet bestaat zo'n wijdverbreid gevoel van onbehagen als juist over AAW en WAO.

Toch hebben deze wetten op het eerste gezicht technisch gezien onbeperkte mogelijkheden.

De uitkering kan met zijn zeven klassen nauwkeurig worden aangepast aan de mate van arbeidsongeschiktheid.

Er zijn mogelijkheden om iemand die werkt zijn recht op uitkering te laten behouden doch de uitbetaling van de uitkering te verminderen wegens het genieten van inkomsten. Er zijn de praktisch onbegrensde mogelijkheden van de voorzieningen tot behoud, herstel, of bevordering van de arbeidsgeschiktheid en ter verbetering van de levensomstandigheden. De wet geeft de mogelijkheid andere uitkeringen te verlenen (art. 58, lid 1 en 3, AAW). Voor de uitvoering van deze wet staat een keur van deskundigen ter beschikking.

Ik wil in het hiernavolgende trachten de oorzaken van de onvrede met de WAO nader op te sporen.

Er is een vermoeden dat de wijze waarop de beslissingen op grond van deze wetten tot stand komen op niet geringe wijze bijdraagt aan de onbevredigende huidige situatie. Indien dit juist zou zijn kan de oorzaak hiervoor liggen in de slechte manier waarop de regelingen worden toegepast maar evenzeer in de regelingen zelf.

Mankeert er soms iets aan deze wetten? Zo nee, dan moet het toch wel aan de wijze van uitvoering, aan de uitvoerders liggen.

## 2. Oorzaken in de wet zelf

Voor de uitvoerder geldt het algemene uitgangspunt dat de wet goed en rechtvaardig is. Als privé persoon kun je je twijfels hebben bij bepaalde keuzen die de wetgever heeft gemaakt, als uitvoerder zal men desalniettemin bereid moeten zijn de wet uit te voeren, zoals hij luidt. In het algemeen zijn uitvoeringsorganen en daarbij werkzame medewerkers hiertoe ook zonder meer bereid.

Op deze regel kan ik mij enkele uitzonderingen denken.

- a. Ingeval de wet zeer ouderwets is en algemeen als onbillijk werd ervaren.
- b. Ingeval de wet onduidelijk is.
- c. Ingeval de wet technisch slecht in elkaar zit.

Geeft een van de hiergenoemde gevallen, waarin de oorzaak dus in de wet zelf ligt, de verklaring voor onze onvrede?

### A. De Wet is verouderd

Mogelijkheid a kunnen we wel bijna uitsluiten: de WAO is van 1967, de AAW van 1976. De wet is derhalve niet oud en de wetgever vond hem in 1976 blikbaar evenmin ouderwets of onbillijk. Integendeel, de AAW is praktisch van de WAO overgeschreven.

### B. De wet is onduidelijk

Mogelijkheid twee – de wet is onduidelijk – vraagt een uitgebreidere bestudering. Algemeen wordt als moeilijkheid gesignaleerd dat het begrippenapparaat van deze wetten voor medici en arbeidsdeskundigen moeilijk hanteerbaar is. Het zou voor artsen en arbeidsdeskundigen bijna niet doenlijk zijn om te constateren of er sprake is van arbeidsongeschiktheid en evenmin of die veroorzaakt wordt door ziekte of gebrek.

Op het eerste gezicht lijkt dit een onwaarschijnlijke constatering. Waarom zou een arts met een arbeidsdeskundige niet kunnen vaststellen of iemand niet meer in staat is een bepaald inkomen te verdienen.

Waarom zou een arts dan voorts niet kunnen zien of die arbeidsongeschiktheid voortkomt uit ziekte of gebrek. Hoewel de boven geponeerde stelling langzamerhand algemeen weerklank vindt ben ik geneigd de waarheid ervan in twijfel te trekken. Ik zal in het hiernavolgende de redenen voor deze twijfel expliciteren en voorts een aantal oorzaken aanvoeren die met name zeer bepalend zijn voor de algemeen gevoelde onmacht.

#### *Redenen voor twijfel*

- a. Het is een algemeen verschijnsel – en niet alleen in de sociale verzekeringswetgeving – dat de kernbegrippen van de wetgeving niet precies omljnd zijn. De begrippen werkloos, onvrijwillig werkloos of passende arbeid van de werkloosheidswet zijn evenzeer van elastiek als de begrippen arbeidsongeschiktheid en ziekte of gebrek.
- b. De omschrijving van artikel 18 WAO is voorzover van belang letterlijk overgenomen van artikel 71 Invaliditeitswet. Over de hanteerbaarheid van artikel 71 IW bestonden geen opzienbarende klachten. Bij de invoering van de WAO is wel uitvoerig gewaarschuwd tegen de moeilijkheid om met name bij psychische ziekten tot een precieze klasse-indeling te komen, maar er is nimmer gesteld dat het arbeidsongeschiktheidsbegrip als zodanig niet zou deugen.



- c. Ook de Raden van Beroep en de CRvB blijken zeer wel in staat met behulp van deskundigen tot een oordeel te komen over de mate van arbeidsongeschiktheid.

#### *Andere oorzaken*

Dit in aanmerking nemende geloof ik dat we ons zand in de ogen strooien als we de oorzaak van de problemen uitsluitend zoeken bij de niet precieze wettelijke terminologie. Het probleem zit niet zozeer in het feit dat de terminologie van de wet voor meer uitleg vatbaar is, maar in het feit dat we het niet eens zijn over de gewenste uitleg en dat ook de consequenties van de verschillende keuzen niet helder op een rij worden gezet.

#### *De gewenste interpretatie van de wet*

Bij dit meningsverschil over de uitleg gaat het – zoals u bekend – met name over de vraag, of het wel zo wenselijk is om bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid ieder die niet werkt, uitkering te verlenen naar de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid. Voorts bestaat er – maar deze geschilpunten komen slechts sporadisch naar de oppervlakte – verschil van inzicht over de wenselijkheid om de begrippen ziekte en gebrek scherp af te perken en over de wenselijkheid om reeds voor de aanvang van de WAO verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk of juist alleen in excessieve gevallen van de uitkering uit te sluiten (dit punt speelt nauwelijks voor de AAW). Er is voorts verschil van inzicht over de wenselijkheid om achteruitgang in verdien capaciteit die verband houdt met het ouder worden wel of niet mee te nemen.

#### *Standpunt CRvB*

Het antwoord van de CRvB op de hierbovengenoemde punten kan men het kortst omschrijven als vrij gul maar onverkort vasthoudend aan de mogelijkheid om de wet naar de letter uit te voeren. De CRvB onderzoekt dus wel degelijk, óf de betrokkene meer dan 15% arbeidsongeschikt is en zo ja, in welke klasse hij dan precies thuishoort. Of deze arbeidsongeschiktheid reeds bestond vóór de aanvang van de verzekering. Ervan uitgaande dat elk van deze verzekeringstechnische vragen kan worden beantwoord, houdt de Raad bij zijn antwoord rekening met het feit dat het hier een verplichte sociale verzekering betreft en niet een particuliere verzekering.

*Het Bestuursbesluit*

De uitvoeringspraktijk heeft bij de bestuursbesluiten van Federatie en GMD in 1973 de hierboven als eerste vermelde vraag – in welke klasse een arbeidsongeschikte die niet werkt moet worden ingedeeld – in zeer ruime zin beantwoord. Daarmee is tevens gegeven dat het zoeken naar precieze antwoorden op de andere drie vragen door velen als theoretische Spielerei wordt afgedaan. Wat zal men zich immers druk maken over de precieze afbakening van de begrippen ziekte en gebrek, wanneer een heel klein beetje ziekte of gebrek reeds de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid kan opleveren? Wat doet het er toe of de betrokkene reeds gedeeltelijk arbeidsongeschikt was bij de aanvang van de verzekering, indien de kleinste verergering hem al uitkering naar de hoogste klasse geeft? Is het ook niet onbillijk om degenen die dat kleine beetje ziekte of gebrek, die geringe verergering missen, de hoofdprijs te onthouden? Wie onzer zal overigens dat oordeel vellen? Zonder dat men deze retorische vragen als standpunt zou willen overnemen mag men wel aannemen dat grote gestrengheid bij de toepassing van het begrip ziekte en gebrek, of ten aanzien van ongeschiktheid voor de aanvang van de verzekering en of de causaliteit van de arbeidsongeschiktheid, naast de gulheid van het algemene standpunt, tot onevenwichtige resultaten zal voeren. Wat hier ook van zij reële pogingen om tot een stringentere uitvoering te komen, waarbij in ondubbelzinnige taal uitspraken worden gedaan over wie wel en wie niet recht hebben op uitkering, zijn zeer gering. Over het resultaat van dit al is geen mens tevreden.

*Het maatschappijbeeld waarop de wet wordt toegepast*

Het zou overigens bepaald onjuist zijn om het ruime bestuursstandpunt van 1973 als enige oorzaak voor deze onvrede aan te wijzen. Er zijn voor de huidige situatie nog heel veel andere oorzaken aan te duiden. De mensen die geen werk hebben worden verdeeld in werklozen en arbeidsongeschikten. De werklozen 'trekken' WW of WWV, de arbeidsongeschikten 'genieten' WAO. De werkloze wordt geacht werk te zoeken en werk te kunnen vinden. Als dat niet lukt moet het GAB werk voor hem zoeken. De arbeidsongeschikte is een 'medisch geval'. Lang niet alle mensen passen in deze tweedeling. Voor velen is los van ziekte en gebrek nauwelijks geschikt werk aanwezig. Niet alleen ten gevolge van de heersende werkloosheid, maar evenzeer ten gevolge van de automatisering, de schaalvergroting van de bedrijven en ook ten gevolge van op zichzelf zeer positieve zaken als bijvoorbeeld democratisering en werkstructurering worden aan de werknemers steeds hogere eisen gesteld. Een zelfde gevolg heeft de verhoging van het minimum loon gehad. De strikte leeftijdseisen maken het vinden van werk voor veel mensen alleen maar onmogelijker. Het gevolg is dat een grote groep werknemers zowel voor de

ambtenaren van de Gewestelijke Arbeidsbureaus, als voor de uitvoerders van de arbeidsongeschiktheidswetten oneigenlijke cliënten zijn, namelijk cliënten met wie en voor wie men niets kan doen. Dat de uitvoerders niet een geschikt voorwerp van zorg vinden in elk individu dat aan hun zorgen wordt toevertrouwd, is op zichzelf geen belemmering voor een goede uitvoering. Het wordt pas bezwaarlijk als zij geacht worden in ieder individu een geschikt voorwerp van zorg te vinden. Hierin zit namelijk de gedachte verborgen dat de uitvoerder mislukt als de zorg niet tot het gewenste resultaat voert. De uitvoerder zal dus geneigd zijn de oneigenlijke cliënt naar een ander uitvoeringsorgaan af te schuiven. Zo krijgt men de gang van WAO naar WWV en ABW, waarna de betrokkene op een geschikt moment weer geloosd wordt in de AAW. Het is derhalve gewenst dat er een bewuste keuze wordt gemaakt. Men moet er naar streven alle niet werkelijk arbeidsongeschikten onder te brengen bij de WW, waarbij uiteraard geaccepteerd moet worden dat het GAB voor een aantal van hen geen enkele functie heeft, of men moet degenen voor wie werk zoeken een zinloze bezigheid is, door een extensieve interpretatie van ziekte en gebrek onderbrengen bij AAW en WAO. Men moet ze dan wel ontdoen van hun medisch etiket en voorts vooral niet verwachten dat ze via begeleiding door de GMD wèl aan het werk zullen komen. Men zou uiteraard ook een aparte derde wettelijke regeling kunnen ontwerpen, of een algemene loondervingswet.

Het belangrijkste is evenwel dat er gekozen wordt. De huidige theorie leunt immers aan tegen de enge toepassing van de arbeidsongeschiktheidswetgeving, de huidige praktijk laat eerder het tegendeel zien.

### *Onenigheid over de juistheid van het bestuursstandpunt*

Zoals we boven zagen hebben de besturen van Federatie en GMD in 1973 gekozen voor de ruime toepassing van het zogenaamde verdisconteren van werkloosheid. Ik stelde tevens dat het ruime bestuursstandpunt op zichzelf al geen aanmoediging is om tot verdere theorievorming te komen, doch evenmin als oorzaak voor de huidige malaise kan worden aangewezen. Naast en gekoppeld aan het vertekende maatschappijbeleid is hiervoor de niet aflatende discussie over de juistheid van het bestuursstandpunt veeleer verantwoordelijk. Hoewel een discussie in het algemeen als heilzaam kan worden ervaren is het gevolg daarvan in casu dat er op basis van die bestuurskeuze nauwelijks verdere theorievorming heeft plaatsgevonden, maar uitsluitend dat met wisselende heftigheid de toen gemaakte keuze zowel wordt bestreden als opnieuw wordt bepleit.

Als men toch al tot een aanzet tot een discussie over de andere probleemgebieden komt – een ieder ziet immers in dat de wet geen vrijbrief kan geven om elke aanvrager uitkering te verlenen naar de hoogste klassen en ook niemand vindt dit wenselijk – wordt de discussie bemoeilijkt door het feit dat degenen

die bijvoorbeeld de begrippen ziekte of gebrek strikt willen uitleggen, veelal van huis uit ook voorstanders waren van een striktere klasseindeling dan het 'bestuursstandpunt' toelaat. Terecht of ten onrechte – soms zonder meer terecht – worden zij ervan verdacht dat zij met de aanscherping van de begrippen ziekte en gebrek de verworvenheden van de ruime uitleg van artikel 21, lid 2, sub a, willen ondergraven. Het is voor een evaluatie van de andere probleemgebieden uiteraard ook van groot belang of ieder die enigszins arbeidsongeschikt is zonder meer de hoogste uitkering krijgt of een percentage dat hem zo nauwkeurig mogelijk is bemeten.

Zo blijft iedere discussie terugkomen op een discussie over artikel 21, lid 2, sub a, terwijl door de ingenomen posities zelfs die discussie niet open kan worden gevoerd.

De nota waarin het bestuursstandpunt is toegelicht geeft hieraan evenmin een positieve bijdrage. De motivering die verantwoording af moest leggen van de gemaakte keuze en richtsnoer had kunnen zijn voor een verdere uitvoering hangt van de compromissen aan elkaar. Zij is dan ook dermate dubbelzinnig dat de grootste welwillendheid vereist is voor een enigszins samenhangende uitleg.

Gezien de paritaire samenstelling van de besturen kan van hen in het huidige confrontatie tijdperk bezwaarlijk worden verwacht dat zij tot nadere overeenstemming komen. Hetzelfde geldt voor de SVR. Men kan zich bovendien afvragen of het wel tot de taak van de besturen hoort om dergelijke beslissingen te nemen. De regering van wie in dit soort kwesties toch een eerste oordeel mag worden verlangd, heeft sedert 1967 de verwarring alleen vergroot.

### *Standpunt regering*

In het wetsontwerp van de WAO wordt het arbeidsongeschiktheidsbegrip aangediend als een voortzetting van artikel 71 van de Invaliditeitswet. Artikel 21, 2a, wordt als een op zich wellicht overbodige bepaling overgenomen uit de Ongevallenwetten.

Vrij kort daarna verwoordt de regering opeens de ruime toepassing van artikel 21, lid 2, sub a, WAO en wel in de MvT op de wet tot wijziging van onder meer de Werkloosheidswet in verband met de invoering van de WAO. (Zitting 1967. Gedrukte stukken 9141, nr. 3, blz. 4). Het feit alleen al dat een dergelijke belangrijke beleidswijziging op zo'n versholene plaats werd aangeduid heeft ten gevolge gehad dat een behoorlijke discussie in de kamer over dit onderwerp achterwege is gebleven. Het heeft voorts tot 1973 geduurd tot de uitvoeringsorganen onder grote druk van departement en SVR dit standpunt hebben overgenomen. Het kan geen verbazing wekken dat in de 6 jaar dat deze discussie duurt geen begin kon worden gemaakt met een serieuze evaluatie van de wijze waarop de gewenste uitleg van de schattingsbepalin-

gen kon worden gerealiseerd. Daarna wordt de situatie nauwelijks beter. Afgezien van de kritiek die er van sommigen blijft komen op het gekozen uitgangspunt (zie bijvoorbeeld het Juridisch prae-advies van de Medische Studiedagen in 1974 en verschillende beschouwingen in 'WAO, Balans en Perspectief') – die ondersteund wordt door de onrustbarende lastenstijging van de WAO – is er in 1974 het Wetsontwerp AAW, waarin in artikel 12, lid 3 – de termijnstelling – is opgenomen. De MvT geeft over het wenselijke gebruik van deze bepaling geen uitsluitsel, vermeldt daarentegen enerzijds dat er nog een flinke discussie over de toepassing van artikel 21, lid 2, sub a, WAO, aan de gang is – officieel was die discussie in 1973 net afgesloten – vermeldt anderzijds dat een te ruime toepassing van artikel 21, lid 2, sub a, tot ongewenste psychologische effecten kan leiden. De SVR tracht de zaak bij zijn advisering over het wetsontwerp zoveel mogelijk te stabiliseren op de in 1973 bereikte overeenstemming, maar krijgt dan toch een schriftelijke reprimande van de staatssecretaris bij brief van 28 mei 1976.

In deze brief wordt gesuggereerd dat de jongere uitkeringsgerechtigden (35 jr.) in de lagere arbeidsongeschiktheidsklassen (<45%) maar een jaar uitkering zouden kunnen genieten naar de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid. In een latere toespraak voor de ANIB stelt de toenmalige staatssecretaris dat deze termijn voor betrokkenen die ondanks begeleiding door de GMD nog geen werk hebben gevonden telkenmale moet worden verlengd (Stct. 1976, nr. 211, blz. 4). De uitlatingen van deze staatssecretaris waren dermate onduidelijk, dat de SVR zijn opvolger tenslotte bij brief van 20 november 1978 om opheldering heeft gevraagd. Op dit schrijven werd zover mij bekend door de staatssecretaris nog niet geantwoord.

Op een punt waren de nadere toelichtingen van de staatssecretaris wel helder namelijk in zoverre dat hij uit bleef gaan van de conceptie dat het primair een kwestie van goede begeleiding is of de betrokkene werk vindt.

Naar mijn mening is deze conceptie niet alleen bezijden de werkelijkheid, zij verhindert bovendien een goede theorievorming. Zolang men immers uit blijft gaan van de gedachte dat er voor alle niet volledig arbeidsongeschikten wel werk te vinden zou zijn, als iedereen zijn best maar deed, hoeft men zich ook niet uit te laten over de vragen die ons in dit stuk bezighouden. Men kan dan inderdaad uitgaan van de omkering van de bewijslast in deze zin dat ieder voor wie geen werk wordt gevonden blijkbaar volledig arbeidsongeschikt is wegens ziekte en gebrek.

De zogenaamde onuitvoerbaarheid van de WAO is naar mijn mening dus niet te wijten aan het feit dat de wettelijke begrippen niet alle zo precies omljnd zijn, maar allereerst aan het feit dat er over de gewenste uitleg van deze begrippen diametraal tegengestelde standpunten bestaan. In de tweede plaats wordt de onduidelijkheid bevorderd door de versluiting die plaats vindt bij de tekening van de maatschappelijke situatie waarop de wet moet worden toegepast. In de derde plaats wordt de onduidelijkheid bevorderd door het

algemene roepen om volumebeperking zonder precies aan te geven ten koste van wie of wat dat moet gebeuren.

### C. De wet toont gebreken

Hierboven werd als derde mogelijke reden voor slechte uitvoeringspraktijken aangegeven dat de wet technisch slecht in elkaar zit. Met andere woorden dat de wetstechniek niet deugt.

Ook dit is een element dat bij AAW en WAO een belangrijke rol speelt. In de eerste plaats bij de voorzieningen. Het zou evenwel te ver voeren hierop in deze in te gaan.

Ook bij de schattingen treffen we op dit punt een belangrijk manco en wel in artikel 21, lid 3, jo. artikel 32, WAO. Hetzelfde geldt voor de analoge artikelen in de AAW (12, lid 2, sub a, en art. 23, die in het hierna volgende niet steeds apart worden vermeld).

Artikel 12, 2a, AAW schrijft op het voetspoor van artikel 21, 2a, WAO voor dat bij de schatting, zoveel doenlijk, rekening wordt gehouden met de verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid. Bij de invoering van de AAW is als nieuwigheid toegevoegd het derde lid, bepalende dat de bedrijfsvereniging bevoegd is de toepassing van het vorige lid onder a te beperken tot een bepaalde termijn welke te allen tijde kan worden herzien. Door deze invoeging van het derde lid zijn er ook in de betekenis van het tweede lid enige belangrijke wijzigingen aangebracht. Ten eerste is de toepassing van het tweede lid op deze wijze een discretionaire bevoegdheid geworden, wat tevens wil zeggen dat het tweede lid van artikel 21 een eigen betekenis moet hebben naast de schatting van artikel 18. Anders gezegd het standpunt van de jurisprudentie over artikel 21, lid 2, sub a, waarbij deze bepaling eigenlijk overbodig werd geacht naast de schatting van artikel 18 is sedert oktober 1976 niet goed meer houdbaar. Dit houdt tevens in dat de ruime uitleg die de besturen in 1973 hebben gekozen en die toen toch wel op gespannen voet stond met de tekst van de WAO sedert 1976 een behoorlijke wettelijke basis heeft gekregen. Dit is des te meer zo aangezien de MvT op de AAW voor dit ruime standpunt alle ruimte laat.

Tot zover zijn er wetstechnisch dus geen problemen. De moeilijkheden beginnen bij de invoeging van artikel 21, lid 3, in artikel 32 WAO. In laatstgenoemde bepaling wordt gesteld, dat de rechter kan beoordelen of de wijze waarop van de termijnstelling van artikel 21, lid 3, gebruik is gemaakt in overeenstemming is met de redelijkheid. Blijkens de toelichting is de termijnstelling van het derde lid ingevoerd om mogelijk ongewenste psychologische effecten van de 'verdiscontering van werkloosheid' tegen te gaan. Om de betrokkene te confronteren met zijn restcapaciteit krijgt hij dus een termijn-

beslissing waarin ook zijn theoretische percentage arbeidsongeschiktheid wordt vermeld.

In zo'n beslissing staat grof gezegd dat de betrokkene over de periode van . . . tot . . . op grond van artikel 21, lid 2, sub a, WAO, nog uitkering krijgt naar de klasse 80-100% arbeidsongeschiktheid en dat hem met ingang van . . . nog slechts uitkering wordt verleend naar de klasse van zijn werkelijke arbeidsongeschiktheidspercentage. Het is volgens de MvT de bedoeling dat betrokkene tijdens de loop van de termijn met behulp van de GMD-begeleiding tracht werk te vinden. Betrokkene evenwel zal, als hij zich nog ooit tegen deze beslissing wil verweren, binnen een maand in beroep moeten gaan. Als hij beroep heeft ingesteld zal hij – wil hij zijn beroep winnen – geen werk mogen vinden. De sfeer tussen hem en de arbeidsdeskundige zal – voorzichtig gezegd – dus niet optimaal zijn voor een succesvolle begeleiding.

De bedrijfsvereniging zal op haar beurt moeten proberen de beslissing over de termijn in voor beroep vatbare vorm vóór de termijn ingaat aan de verzekerde toe te zenden. Aangezien deze beslissingen aan de besturen moeten worden voorgelegd, mag men wel 2 à 3 maanden rekenen tussen de aanzet tot de beslissing door de arbeidsdeskundige en de datum waarop de termijn kan ingaan. Als ad en vg op 1 april beslissen dat termijnstelling voor een bepaalde verzekerde aangewezen is, zal het praktisch gesproken zeer moeilijk zijn de betrokkene de beslissing vóór 1 juni in huis te bezorgen.

Veiligheidshalve zal men dus de termijn niet voor 1 juli laten starten. Enerzijds betekent dit dat de betrokkene al 3 maanden voor de officiële termijn ingaat, voor begeleiding 'verloren' is, anderzijds moet men op 1 april kunnen verklaren waarom een termijn van 1 juli tot 31 december voor deze betrokkene is aangewezen. De rechter mag beoordelen of de betreffende beslissing redelijk is. Hij zal dus willen weten waarom voor deze verzekerde, op dit moment, deze termijn wordt gekozen. Die motivering moet ook in de beslissing worden vermeld. Als de termijn om is kan de betrokkene te allen tijde een nieuwe termijn vragen en ook daarvan weer de redelijkheid door de rechter laten beoordelen. Welke elementen in deze tweede ronde aan de orde kunnen komen kan men voorlopig slechts gissen.

Het zal begrijpelijk zijn dat de uitvoeringsorganen met de toepassing van deze bepaling bij verzekerden die ze echt aan het begeleiden zijn nog niet hard lopen. Juist vanwege de psychologische effecten had het naar mijn mening de voorkeur verdiend tegen de termijn als zodanig geen beroep open te stellen laat staan een volledige redelijkheidstoetsing, doch het beroep pas open te stellen na afloop van de termijn en tegen de beëindiging daarvan. De verzekerde kan dan samen met de arbeidsdeskundige zonder enig recht te verspelen eerst proberen of hij werk kan vinden. Voor een procedure is daarna tijd voldoende.

Is er op de huidige wettelijke regeling uit een oogpunt van werkbaarheid al heel wat af te dingen, wat moet men denken van het hierbovengenoemde 'verzoek' van de vorige staatssecretaris om deze termijn voor hele catego-

riën verzekerden automatisch toe te passen. Hierbij werd – zoals gezegd – met de brief van 28 mei 1976 de indruk gewekt dat de termijnbeslissing tevens een eindtermijn zou inhouden, terwijl nadien door dezelfde staatssecretaris is gesteld dat het de bedoeling is iedere termijnbeslissing – indien de verzekerde nog geen werk heeft gevonden – te verlengen tot dat wel het geval is. Wat kan de zin en betekenis zijn van dergelijke voor beroep vatbare beslissingen, anders dan dat men de verzekerde in paniek brengt en zich laat afzetten tegen het uitvoeringsorgaan.

De uitvoerbaarheid van AAW en WAO is naar mijn mening derhalve door de wijzigingen van 1976 op geen enkele wijze verbeterd, eerder verslechterd. De uitvoerbaarheid van de wet zou worden gediend niet alleen door een duidelijk standpunt van de wetgever over de gevallen waarin artikel 21, lid 2, sub a, WAO zou moeten worden toegepast, maar tevens over de doeleinden die met de termijstelling van het derde lid moeten worden nagestreefd. Zolang de doelstelling van de termijstelling enige relatie moet hebben met de begeleidingsactiviteiten is het wenselijk beroep hiertegen pas open te stellen na ommekomst van de termijn.

### 3. Oorzaken in de wijze van uitvoering

In het bovenstaande heb ik gepoogd aan te geven dat het praktisch onmogelijk is om te beoordelen of de onvrede met de uitvoering van de WAO in de wijze van uitvoering moet worden gezocht. Men is het immers niet eens over de maatstaf waaraan een eventuele juiste uitvoering moet worden afgemeten. Om dezelfde reden is het uiterst moeilijk om verbetering te brengen in de concrete oordeelsvorming over de vraag of een bepaalde verzekerde recht heeft op uitkering en zo ja, op hoeveel.

### 4. Mogelijkheden tot verbetering

Na deze sombere beschouwingen zal men zich afvragen of men als uitvoeringsorgaan nu maar bij de pakken neer moet zitten.

A. Zoals uit de aanhef van mijn betoog blijkt past het naar mijn mening de medewerker van een uitvoeringsorgaan niet dat hij dan maar zelf de te bereiken doelstelling kiest. Dat heeft trouwens ook weinig zin. De besturen zullen gezien hun paritaire samenstelling moeilijk tot heldere eenduidige besluiten komen. Het enige wat men met zelf kiezen dus bereiken kan, is dat ieder voor zichzelf een eigen interpretatie heeft gevonden. Dat is een nette manier om te zeggen dat de uitvoering van de wet door willekeur wordt geregeerd.

Ik heb voorts getracht aan te tonen dat verbetering van de uitvoering niet te



toetsen is, zolang men het niet eens is over de gewenste uitleg van de wet. De uitvoerder zal echter – al was het maar uit zelfbehoud – toch actie willen ondernemen. Binnen het raam van zijn bevoegdheden liggen de volgende mogelijkheden.

a. De uitvoerder kan en moet aan de bel trekken zodra hij meent dat hij onduidelijke of onmogelijke opdrachten krijgt. Hij zal dan bij de 'opdrachtgever' (bijvoorbeeld bestuur, SVR of Regering) op duidelijke uitspraken moeten aandringen. Ten aanzien van de gewenste toepassing van artikel 21, lid 3, WAO, en artikel 12, lid 3, AAW, heeft de SVR – op instigatie van Federatie en GMD – bij de regering nadere opheldering gevraagd. Dit zelfde zou evenzeer mogelijk zijn bij vage uitspraken over wenselijke volumebeperking en ongewenst oneigenlijk gebruik.

b. In een aantal gevallen kan de uitvoerder ook om verbetering van wetgeving vragen. Naast de hierboven bepleite wijziging ten aanzien van artikel 21, lid 3, jo. artikel 32, WAO zou men zich bij voorbeeld kunnen afvragen of het niet gewenst is een wet, die naar men zegt zoveel werklozen herbergt, ook het uitvoeringsinstrumentarium van een werkloosheidswet te geven. Men zou zich voorts kunnen afvragen wat de rechtsgrond is voor de veel gunstiger aftrekbepalingen bij verdiensten uit arbeid dan de Werkloosheidswet of de Bijstandswet kent. Deze rechtsgrond werd immers gevonden in het feit dat het om mensen zou gaan van wie men op basis van hun gezondheidstoestand nauwelijks kan verwachten dat ze arbeid verrichten.

c. Een belangrijke taak van de uitvoerders kan liggen op het terrein van onderzoek naar allerlei vooronderstellingen. Ik noem drie voorbeelden.

1. Een groot aantal mensen, waaronder naar men mag aannemen de CRvB, gelooft met vaste overtuiging in de invaliderende werking van het genieten van een uitkering. Zij bepleiten derhalve dat de verzekerde ook in zijn eigen belang zo snel mogelijk moet worden 'afgeschat'. Anderen daarentegen, bijvoorbeeld wijlen Prof. Weyel, menen dat de arbeidsongeschikte verzekerde juist de zekerheid van de uitkering nodig heeft om weer ooit zover overeind te krabbelen dat hij de moed heeft om weer werk te zoeken en aan de slag te gaan. Deze verdeling der geesten loopt al tien jaar dwars door de uitvoeringsorganen heen. Iedereen blijft hardnekkig in zijn eigen standpunt geloven, maar enig onderzoek naar – wat hiervan is – werd niet verricht. Toch is een dergelijk onderzoek broodnodig. Het is immers zonneklaar dat de aanhangers van deze beide 'geloven', wanneer men het over de psychologische effecten van het aanzeggen van een termijn heeft, elkaar evenmin ooit zullen vinden.

Het is bovendien duidelijk dat bij het nemen van een beslissing over het recht op uitkering vg en arbeidsdeskundige zullen worden beïnvloed door hetgeen zij op dit punt voor waar houden.

2. Er is een communis opinio dat onder de mantel van de arbeidsongeschiktheidswetgeving een groot aantal werklozen verborgen is. Over de grootte van dit aantal zijn allerlei schattingen gedaan. Een werkelijk onderzoek is

naar mijn beste weten niet verricht. Evenmin is onderzocht voor hoeveel van deze mensen er – afgezien van de heersende werkloosheid – geschikt werk bestaat. Met andere woorden zou men voor een groot aantal van deze verborgen werklozen niet moeten zeggen dat zij wellicht niet (volledig) arbeidsongeschikt zijn wegens ziekte of gebrek, maar dat de bestaande arbeid voor hen ongeschikt is. Een gedegen antwoord op deze vraag lijkt mij een voorwaarde voor iedere verdere regeling van inkomensderving.

3. In het bovenstaande heb ik mijn twijfel uitgesproken in de gebruikelijke tweedeling in arbeidsongeschikten en werklozen. Ik heb dit niet zelf bedacht. De uitdrukking dat niet de mensen ongeschikt zijn voor de arbeid, maar de arbeid voor de mensen is ook niet van mij. In sommige kringen verwacht men op dit punt veel van de democratisering en werkstructurering. Zou het niet dienstig zijn eerst te onderzoeken in hoeverre deze verwachting terecht is en voor hoeveel en wat voor mensen dat dan zo is.

**B.** De bestaande discrepantie tussen jurisprudentie en uitvoeringspraktijk ontnemt aan de uitvoering de normale dagelijkse controle op de wijze van werken. In de huidige situatie is het immers zo dat de schattingsmethode van de CRvB zoveel strenger is dan die van de uitvoeringspraktijk dat de mensen die door de uitvoeringsorganen op grond van de uitzonderingen op de hoofdregel in een lagere klasse worden ingedeeld hun beroepszaken zonder meer verliezen. Niet omdat de reden voor de 'afschatting' – bijvoorbeeld niet werkwilbig of vertrek naar buitenland – werd getoetst en juist bevonden, maar omdat de door het uitvoeringsorgaan berekende theoretische verdien capaciteit voor de rechter door de beugel kan. Het meeste wat de verzekerde in het algemeen zal bereiken is een klasse meer dan het uitvoeringsorgaan hem had toegedacht. In het gros van de gevallen schiet hij daar echter weinig mee op. Het uitvoeringsorgaan wordt op een belangrijk punt als de schattingen dus niet geconfronteerd met de rechterlijke controle op zijn doen en laten. Hoewel men groot begrip kan hebben voor het feit dat de CRvB geen haast maakt met het overnemen van een nog zo in discussie zijnd uitgangspunt – als het bestuursstandpunt over artikel 21, lid 2, sub a, WAO – zou men terwille van het belang van controle op de uitvoering toch wensen dat de CRvB – nu hiervoor sedert 1976 in de wet ruimte is geschapen – de wijze van toetsing van de uitvoeringsorganen zou overnemen.

**C.** Als directe taakvervulling kunnen de uitvoerders niet veel anders doen dan binnen het kader van de wet en binnen de grenzen van de voorgeschreven uitleg de wet zo evenwichtig mogelijk uitvoeren. Dat wil in concreto zeggen dat indien een zeer gulle uitleg bij artikel 21, lid 2, sub a, is voorgeschreven – en dat is zo – dat men dan niet moet proberen door extensieve interpretatie van geen ziekte of gebrek of artikel 18, lid 2, en artikel 30, lid 1, WAO, toch aan volumebeperking te doen. Wanneer bijvoorbeeld een 35-jarige met een toch echt niet indrukwekkende handicap voor onbepaalde tijd uitkering krijgt

naar de hoogste klasse, kan men een 50-jarige met een soortgelijke afwijking niet de uitkering weigeren omdat bij hem de leeftijd een veel overheersender rol speelt voor het niet vinden van arbeid dan zijn ziekte of gebrek.

Men zal daarentegen moeten trachten uitgaande van de ruime interpretatie van het bestuursstandpunt van 1973 met betrekking tot artikel 21, lid 2, sub a, WAO, tot een evenwichtige afbakening van ziekte en gebrek te komen. Ten aanzien van artikel 18, lid 2, WAO, geldt naar mijn mening een analoge redenering. Nu bij de uitleg van artikel 21, lid 2, sub a, WAO, de nadruk zoveel meer is komen te liggen op sociale zekerheid dan op verzekeringstechnische aspecten zal men deze lijn ook in de rest van de wet moeten doortrekken.

Binnen dit stramien van de wet zal de uitvoerder zijn bestuur en de toezicht houdende overheid moeten wijzen op de consequenties van hun standpunt en moeten trachten de arbeidsongeschikten zo goed mogelijk ten dienste te zijn.

# AAW en WAO nemen zoals zij zijn: een uitdaging!

door Mr. J.G. Hibbeln\*

## 1. Inleiding

Het thema van de Studiedagen voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde 1979 is door Dr. Boersma, adjunct-directeur van de Gemeenschappelijke Medische Dienst, als volgt toegelicht:

'Aan de keuze van het thema lag ten grondslag, dat in het spectrum van potentiële en reële doktersrollen in onze samenleving de rol, die in de professionele taakverdeling is toebedeeld aan de verzekeringsgeneeskundige, uitermate complex en moeilijk te vervullen is. Binnen de medische professie is het vooral de verzekeringsgeneeskundige die door de maatschappij is bekleed met het gezag, te mogen bepalen of een bepaald individueel gedrag al of niet geëxcuseerd kan worden, of een bepaald individu al of niet vrijgesteld kan worden van zekere maatschappelijke verplichtingen. Accepteert deze arts de cliënt, dan wordt deze daarmee bevestigd als patiënt en is de vrijstelling verleend.

Wanneer nu het aantal op deze wijze verleende vrijstellingen groter wordt dan een samenleving kan of wil dragen, ontstaat een discussie over wat nu ziekte en wat gezondheid is. Dikwijls maskeert dit het werkelijke debat over de vraag: aan wie wensen wij de patiëntenrol toe te kennen?

Het antwoord op deze vraag is altijd multipel geconditioneerd.'

Het antwoord op die vraag is ook gebonden aan grenzen welke door wetgeving, adequate uitvoering en rechtspraak worden gesteld. De vraag wordt om die reden – met het houden van 'Microsymposium C' – mede in een juridisch kader geplaatst. In het onderhavige deel van dit microsposium staan aspecten als de volgende centraal.

Welke 'rek' zit er in wetten als de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) mede uit oogpunten als gebondenheid aan de wet en de relatie wetgever/uitvoerder/beroepsrechter?

Welke ruimte is er, gelet op het antwoord op deze vraag, voor hantering van nieuwe concepten van ziekte of gebrek bij de uitvoering van WAO en AAW? Zijn WAO en AAW – gegeven de mogelijkheden en begrenzingen van deze wetten en gelet op de eisen welke daaruit (onder meer) voor de verzekerings-

\* Juridisch adviseur Gemeenschappelijke Medische Dienst.

geneeskundige voortvloeien – uitvoerbaar? Ook met hantering van nieuwe concepten van ziekte of gebrek?

Vooraf wordt stilgestaan bij de ervaringen welke met de uitvoering van de WAO in de afgelopen twaalf jaar zijn opgedaan.

## 2. Ervaringen met de uitvoering van de WAO

### 2.1. De in de WAO vervatte verzekering

Onweersproken is dat in de Ongevallenwet 1921 (OW'21) – een van de verplichte wettelijke ongevallenverzekeringen – een echte verzekering (op de voet van een privaatrechtelijke ongevallenverzekering) lag vervat. Voor de verzekerden werd uitzicht op een uitkering, welke (in principe) was gerelateerd aan het laatstelijk genoten loon, geopend bij het zich voordoen van de volgende omstandigheden. Er moest sprake zijn van (1) een duidelijke achteruitgang in de gezondheidstoestand van de verzekerde, (2) met als gevolg verlies aan verdien capaciteit, (3) ten opzichte van een gelijksoortige, (4) in direct verband met een bedrijfsongeval.

Antwoord moest derhalve door de arts gegeven worden op vragen als de volgende. Heeft er een traumatisch gebeuren (in een periode van verzekering) plaatsgevonden? Welk lichaamsdeel is daarbij gekwetst en waaruit bestaat precies de kwetsuur? Behoudens in een zeer gering percentage van de gevallen, bestond er tussen medici, die veelal daags na het ongevalsgebeuren met de getroffenene werden geconfronteerd, omtrent het te geven antwoord op deze vragen geen verschil van mening.

De arbeidsdeskundigen werden vervolgens voor de vraag gesteld, in welke mate de kwetsuur het verdienvermogen van de ongevalsgetroffene, ten opzichte van een gelijksoortige, had aangetast. Ook onder hen was er voldoende eenstemmigheid omtrent het te geven antwoord op deze vraag. Een en ander is de vrucht geweest van tientallen jaren ervaring op het zeer beperkte terrein van de verplichte, wettelijke ongevallenverzekering.

Met andere woorden: De feiten op grond waarvan slechts recht op ongeval-lenuitkering bestond, waren – uitzonderingen daargelaten – op bevredigende wijze te objectiveren.

Naar de mening van velen (onder wie de Centrale Raad van Beroep) moet, evenals in het kader van de wettelijke ongevallenverzekering, ook in het kader van de WAO een aantal verzekeringstechnische aspecten worden geëvalueerd. Voorwaarde voor het recht op uitkering is volgens hen dat (1) een duidelijke achteruitgang in de gezondheidstoestand van de verzekerde, hetzij door het ontstaan van een ziekte of gebrek, hetzij door een verergering daarvan, (2) met als gevolg minstens een verlies van 15% aan verdien capaciteit, (3) ten opzichte van een gelijksoortige, zich heeft voorgedaan (4) in een periode van verzekering. De achteruitgang in de gezondheidstoestand moet

na een jaar nog aanwezig zijn. (Daarenboven mag niet de kennelijke verwachting bestaan dat deze achteruitgang zich binnen een half jaar na de aanvang der verzekering zou voordoen. Deze laatste voorwaarde wordt in het vervolg niet steeds expliciet genoemd.) De aanwezigheid van het merendeel dezer feiten moet dan nog eens retrospectief worden vastgesteld. Immers veelal eerst na verloop van ongeveer een jaar, nadat de betrokkene is uitgevallen, wordt hij door de Gemeenschappelijke Medische Dienst gezien: tot dan toe gaat het om zijn aan de Ziektewet te ontnemen rechten; de vaststelling daarvan is uitsluitend en alleen een zaak van de bedrijfsvereniging. (Door anderen wordt aan de WAO het karakter van verzekering – in de verzekeringstechnische zin – ontzegd. Welk karakter de in de WAO vervatte regeling dan wel zou hebben, wordt niet duidelijk.)

In 1973 heeft het georganiseerde bedrijfsleven (werknemers en werkgevers-vertegenwoordiging in besturen van uitvoeringsorganen) besloten aan artikel 21, lid 2, sub a, WAO, een beduidend ruimere interpretatie te verlenen dan daaraan door de Centrale Raad van Beroep was en wordt gegeven. De door het georganiseerde bedrijfsleven gegeven interpretatie brengt – globaal gesproken – mede dat een gedeeltelijk arbeidsgeschikte, die onvrijwillig werkloos is, recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid houdt, zolang hij niet, zijns ondanks, wederom aan de slag is gekomen, in beginsel tot het bereiken van de leeftijd van 65 jaar. Aldus werd een belangrijk stuk sociale zekerheid voor werknemers geschapen, niet langs de weg van wetgeving, maar door de wijze van uitvoeren van de WAO.

Het heeft er alle schijn van dat de wetgever, toen hij in 1967, met het in het leven roepen van de WAO, het onderscheid tussen (bedrijfs)ongeval en overige aandoeningen ophief, ook met betrekking tot deze laatsten min of meer het beeld van 'harde' – op bevredigende wijze te objectiveren – feiten voor de geest heeft gehad, zoals een duidelijke acute ziekte of anderszins een onmiskenbare verslechtering in de gezondheidstoestand, waardoor een verzekerde, evenals door een ongevalsgebeuren, in een periode van verzekering kon worden getroffen.

De gevonden praktijk geeft een geheel ander beeld te zien: behalve terzake van 'harde' feiten (geleidelijk aan een minderheid der WAO-gevallen?), wordt aanspraak op arbeidsongeschiktheidsuitkering gemaakt terzake van 'zachte' tot zeer 'zachte' feiten. Het behoeft geen betoog welke problemen dan voor de verzekeringsgeneeskundige (en de met hem in teamverband samenwerkende arbeidsdeskundige en wetstechnicus welke laatsten in het vervolg niet steeds expliciet zullen worden genoemd) ontstaan bij zijn oordeelsvorming of de betrokkene al dan niet terecht aanspraak op arbeidsongeschiktheidsuitkering maakt! Van 'zachte' tot zeer 'zachte' feiten kan sprake zijn bij elk der 'beslismomenten' welke het afhandelingsproces van aanvragen om arbeidsongeschiktheidsuitkering vertoont. Indien feiten welke bij zulk een 'beslismoment' voorliggen, in onvoldoende mate zijn te objectiveren

en desondanks wordt arbeidsongeschiktheidsuitkering verleend, ontstaat er, in de uitvoering, een andersoortige regeling dan die welke de wetgever oorspronkelijk voor ogen heeft gestaan. In feite kunnen dan aan de WAO rechten worden ontleend onder omstandigheden bij het zich voordoen waarvan de wetgever nimmer vooruitzicht op arbeidsongeschiktheidsuitkering (van zekere grootte) zou hebben willen openen:

## 2.2. 'Beslismomenten' in de WAO en hun uitvoeringsproblematiek

Welke zijn de 'beslismomenten' waarvoor de verzekeringsgeneeskundige bij de afdoening van aanvragen om arbeidsongeschiktheidsuitkering komt te staan? Welke soorten feiten kunnen dan onder meer voorliggen? Op een en ander wordt in de navolgende subparagrafen ingegaan.

### a. Uitval kort na aanvang der verzekering

De verzekeringsgeneeskundige wordt niet zelden geconfronteerd met gevallen als de volgende. Betrekkelijk kort nadat de betrokkene – voor het eerst of na verloop van jaren wederom – verzekeringsplichtige arbeid heeft aangevangen, vindt blijvende uitval daarbij plaats. Gelet op de omstandigheden van betrokkenes geval komt de verzekeringsgeneeskundige voor de vraag te staan of artikel 18, lid 2, WAO – of artikel 30, lid 1, WAO – mogelijk van toepassing is. Is er sprake van een duidelijke achteruitgang in betrokkenes gezondheidstoestand sedert de aanvang der verzekering en is hij als gevolg daarvan buiten staat deze arbeid nadien nog langer te verrichten? Of miste hij ook al bij de aanvang der verzekering de krachten en bekwaamheid voor het verrichten van die arbeid, als gevolg van de gezondheidstoestand waarin hij zich toen reeds bevond? Dan bestaat er geen recht op uitkering ingevolge de WAO. In veel van die gevallen acht de verzekeringsgeneeskundige zich niet in staat de vragen te beantwoorden. Zal hij dan niet veelal toch tot een positief advies inzake betrokkenes aanvraag om een WAO-uitkering komen?

Hierop is op de Studiedagen voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde 1974 onder meer door Dr. J.H.R. van de Pas de aandacht gevestigd.<sup>1</sup> 'Bij de uit verzekeringsrechtelijk oogpunt alleszins begrijpelijke conceptie van artikel 18, lid 2, van de WAO is de wetgever er zich niet van bewust geweest dat de toepassing ervan speciaal de verzekeringsgeneeskundige voor niet te beantwoorden vragen kan stellen. Het retrospectief objectiveren van een gezondheidstoestand en het vertalen hiervan in arbeidsgeneeskundige categorieën is vaak niet mogelijk.'

Indien die vragen inderdaad vaak niet te beantwoorden zijn, zou er van een ernstig kwaliteitsgebrek van de WAO sprake zijn. De uitvoerders zouden dan buiten staat zijn de verlening van arbeidsongeschiktheidsuitkering te beper-

ken tot degenen die door een duidelijke achteruitgang in de gezondheidstoestand in een periode van verzekering aan verdiencapaciteit hebben ingeboet. Ook degenen ten aanzien van wie reeds vóór de aanvang van de in de WAO vervatte verzekering sprake was van verlies (gemis) aan verdiencapaciteit, zouden desondanks met succes aanspraak kunnen maken op een WAO-uitkering ter zake van dat verlies. Te denken valt daarbij onder anderen aan personen die tot voor kort als zelfstandige werkzaam waren en voor wie in het andere geval slechts recht bestaat op de veelal lagere uitkering ingevolge de AAW, en aan gehuwde vrouwen die van dit recht zelfs zijn buitengesloten.

#### b. Verandering van arbeid tijdens de verzekering

Niet slechts in gevallen waarin van blijvende uitval betrekkelijk kort na de aanvang van de verzekering sprake is, kan de vraag of mogelijk artikel 18, lid 2, WAO, toepassing moet vinden, rijzen. Deze vraag kan ook aan de orde zijn in situaties als de volgende. Betrokkene is jaren verzekerd geweest ter zake van het verrichten van arbeid waarvoor zijn krachten en bekwaamheid alleszins berekend waren. Dan verandert hij vrijwillig van werk binnen het bedrijf – bijvoorbeeld als gevolg van een promotie – of verandert van dienstbetrekking; betrekkelijk kort nadien heeft blijvende uitval voor deze laatste arbeid plaats, zonder dat de verzekeringsgeneeskundige een duidelijke achteruitgang in zijn gezondheidstoestand bij de uitval kan traceren welke na een jaar nog aanwezig is.

Ook dan staat de verzekeringsgeneeskundige voor vragen als die welke in de voorafgaande subparagraaf aan de orde zijn geweest en waarvan de beantwoording dus als even problematisch wordt gezien, met al de gevolgen vandien wat betreft een juiste toedeling van rechten op grond van de WAO: Waren betrokkene's krachten en bekwaamheid wel berekend voor het verrichten van die laatste arbeid? Of moet worden aangenomen dat er van een – na een jaar nog aanwezige – achteruitgang in de gezondheidstoestand sprake is geweest, ofschoon deze dan niet (retrospectief) te objectiveren valt? Zal de verzekeringsgeneeskundige het dan maar niet veelal houden op achteruitgang in betrokkene's gezondheidstoestand?

#### c. Ongeschiktheid voor de eigen arbeid?

Indien personen jarenlang dezelfde arbeid hebben verricht, dan uitval bij deze arbeid plaatsvindt en na een jaar nog geen hervatting is gevolgd, staat de verzekeringsgeneeskundige niet zelden weer voor andere vragen waarvan de beantwoording evenzeer als problematisch wordt ervaren. 'En als de klachten' – zo stelde Dr. van der Pas voorts op voormelde Studiedagen voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde 1974<sup>2</sup> – 'niet ècht lijken, overdreven over-



komen, geaggraveerd schijnen, psychogeen, 'neurotisch', functioneel of hoe men het ook wil noemen, komt de laatste en moeilijkste objectivering: – het bepalen of en in hoeverre het concrete bestaan van de patiënt in zijn maatschappelijke en persoonlijke setting de geproduceerde klachten voor hem nodig maakt en in hoeverre de klachten voor de maatschappij, in casu voor de uitvoering van de sociale verzekering acceptabel zijn, dat wil in het kader van de WAO zeggen met een uitkering beantwoord moet worden. Met deze laatste objectivering is het werk van de verzekeringsgeneeskundige geïnvolveerd in een onoverzienbaar gebied van psychosomatische, psychosociale, maatschappelijke, ethische, zelfs sociaalpolitieke vragen.' Zal, indien deze problematiek niet tot een oplossing is te brengen, de verzekeringsgeneeskundige, zich ook dan beroepend op het adagium dat de betrokkene 'het voorrecht van de twijfel' gegund moet worden, niet toch maar in gunstige zin omtrent diens aanvraag om uitkering adviseren? Gaat dusdoende de betrokkene in feite niet zelf over zijn recht op uitkering beslissen?

In het door de regering aan de Tweede Kamer aangeboden rapport 'Collectieve voorzieningen en werkgelegenheid' wordt onder meer opgemerkt dat het ernstige vermoeden bestaat dat de WAO door werkgevers als afvloeiingsregeling wordt gebruikt. Zou dit dan kunnen plaatsvinden ondanks het feit dat twee uitvoeringsorganen – de Gemeenschappelijke Medische Dienst en de bedrijfsvereniging – zich een oordeel vormen over de rechtmatigheid van de door de betrokkenen gemaakte aanspraken op arbeidsongeschiktheidsuitkering?

Maar ook bij het zich voordoen van 'harde' feiten – traumatologische aandoeningen en overigens het duidelijk in een periode van verzekering te traceren ontstaan van min of meer ernstige (verergering van) ziekten en gebreken – is de verzekeringsgeneeskundige nog niet uit de problemen. Dit geldt met name indien het om niet traumatologische aandoeningen gaat: Welke belasting laat het somatisch en/of psychopathologisch lijden dat hij vaststelt, toe? Welke belasting gaat gepaard met het verrichten van de arbeid waarbij de uitval heeft plaatsgevonden?

Is de psychiatrie – een in vergelijking met de jonge somatische geneeskunst nog zeer jonge wetenschap – reeds zover dat zij op voldoende uniforme wijze antwoord kan geven op de vraag welke belasting de onderscheidene soorten van psychopathologisch lijden, ook naar mate van ernst waarin het zich kan voordoen, toelaten? En hoe staat het te dier zake met de somatische geneeskunst, indien de toelaatbare belasting van een somatisch lijden moet worden vastgesteld? In het prae-advies van de wetstechnische sector<sup>3</sup> welke in het kader van voormelde Studiedagen voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde 1974 werd samengesteld (verder ook te noemen: 'juridisch prae-advies') is (onder meer) met betrekking tot vragen als deze opgemerkt: 'Op verzekeringsgeneeskundig terrein doet de toepassing van artikelen van de WAO een groot aantal vragen rijzen welke voordien nimmer aan de orde zijn geweest en waarop dan ook veelal noch uit hoofde van de opleiding tot arts noch door

raadpleging van literatuur noch door consultatie van medische specialisten een adequaat antwoord gegeven kan worden.' 'Hetgeen juist omtrent de verzekeringsgeneeskunde is opgemerkt, geldt mutatis mutandis eveneens voor de arbeidskunde.' Zal, indien dat zo is, de verzekeringsgeneeskundige niet veelal naar het antwoord op de vragen welke belasting betrokkene lijden toelaat en met welke belasting het verrichten van diens arbeid gepaard ging, slechts kunnen gissen? Zal hij dan niet toch maar aannemen dat betrokkene voor het verrichten van die arbeid als blijvend arbeidsongeschikt moet worden beschouwd, met een beroep op de stelregel dat de betrokkene 'the benefit of the doubt' heeft? (Wordt hierop niet vaak door de verzekeringsgeneeskundige teruggevallen, indien hem de 'instrumenten' voor een zinnige afweging ontbreken, na welke afweging echter eerst – per definitie! – een beroep op die stelregel gelding kan hebben?)

Behalve problemen als deze kunnen bij de beoordeling van aanspraken van oudere personen nog geheel andersoortige vraagstukken spelen, indien hun uitval bij de arbeid niet is terug te voeren op het ontstaan van min of meer ernstige (verergering van) ziekten of gebreken: Waartoe reiken doorgaans nog de krachten en bekwaamheid van personen van deze leeftijd, met betrekking tot het verrichten van de arbeid waarbij die uitval plaatsvond?

Met het oog op een adequate uitvoering van de WAO dient ook in deze vraag – de vraag wat soortgelijke leeftijdsgenoten van hetzelfde geslacht en soortgelijke opleiding gewoonlijk nog plegen te verdienen – ten volle te worden getreden. Indien zulks niet geschiedt, kan er ten laste van de WAO vervroegde pensionering – een leeftijdspensioen – plaatshebben, ook ten aanzien van personen die, met het oog daarop, op latere leeftijd in de WAO vervatte verzekering hebben 'opgezocht'! Het geeft in dit verband te denken dat het aantal personen die zestig jaar of ouder zijn en die in het genot van een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid verkeren, meer dan tweemaal zo groot is als het aantal personen van deze leeftijd die nog (in het vrije bedrijf) werkzaam zijn.

#### d. Andersgeschikt

Indien de verzekeringsgeneeskundige tot de conclusie is gekomen dat betrokkene voor het verrichten van de arbeid waarbij de uitval heeft plaatsgevonden, niet meer geschikt is (noch zal worden) dient hij zich – te zamen met de arbeidsdeskundige en wetstechnicus – in vragen als de volgende te begeven. Welke soorten arbeid zijn betrokkene met het oog op diens opleiding en vroeger beroep nog in billijkheid op te dragen: zijn nog passend te achten? Welke belasting gaat met het verrichten van deze soorten arbeid gepaard? Welke met het verrichten van die soorten arbeid gepaard gaande belasting is in overeenstemming met de belasting welke betrokkene lijden – en overigens diens constitutie – nog toelaten? Dan eerst is de vraag te beantwoorden of en,

zo ja, welke soorten arbeid in aanmerking komen bij het te zijnen aanzien beoordelen van het bestaan van arbeidsongeschiktheid en het vaststellen van de mate van die arbeidsongeschiktheid.

Worden de verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige, tredend in dit complex van vragen, niet vaak geheel aan hun lot overgelaten, bij het veelal verstek laten gaan van de wetenschappen indien het gaat om de oplossing van verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige vraagstukken? Zal zulks niet vaak tot gevolg hebben dat de soorten passende arbeid welke in hun ogen nog kunnen worden aangemerkt als voor betrokkene krachten en bekwaamheid berekend, door hen met mondesmaat worden afgewogen of dat zij zelfs snel tot het oordeel komen dat er geen of nagenoeg geen passende arbeid meer is welke voor betrokkene krachten en bekwaamheid is berekend? In het laatste geval wordt deze aangemerkt als blijvend algeheel arbeidsongeschikt. Is er voldoende passende en voor betrokkene krachten en bekwaamheid berekende (loonvormende) arbeid, dan wordt hij als andersgeschikt beschouwd.

#### e. Schatten/verdisconteren van werkloosheid

Ten aanzien van een andersgeschikte moet tenslotte de mate van arbeidsongeschiktheid worden bepaald. Wordt hij voor 15% of meer arbeidsongeschikt geacht, dan dient hij – uitzonderingen daargelaten – ingevolge het standpunt van het georganiseerde bedrijfsleven met betrekking tot de toepassing van artikel 21, lid 2, sub a, WAO, in het genot te worden gesteld van een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid (verdiscontering van werkloosheid). De consequenties van dit standpunt laten zich – bij al de dubia (of 'onmogelijkheden') waarmee het 'meten' van de voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering bepalende factoren gepaard gaat – gemakkelijk raden!

In de talloze gevallen waarin terecht grote twijfel bestaat of er wel van enige achteruitgang in de gezondheidstoestand sedert de aanvang der verzekering, met als gevolg verlies aan verdien capaciteit (ten opzichte van een gelijksoortige), sprake kan zijn geweest, volgt, indien zulks dan toch maar wordt aangenomen, steeds een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid, ook al is het buiten elke twijfel dat in ieder geval deze achteruitgang in de gezondheidstoestand niet groot geweest kan zijn en daarmee ook (veelal) het verlies aan verdien capaciteit niet veel te betekenen kan hebben.

### 2.3. Het voorbijgaan aan beginselen van verzekering

Over het gewicht van de vraag of verzekeringstechnische aspecten van de

WAO, in gevallen als tot nu toe geschetst, wel in voldoende mate geëvalueerd kunnen worden, wordt geheel verschillend gedacht.

In het 'Juridisch prae-advies' wordt ter zake onder meer van het volgende melding gemaakt: 'Anderen zouden voor elke belanghebbende het maximale aan welzijnszorg, ten laste van de WAO willen verwezenlijken en zij lijken uit dien hoofde te willen afzien van enig beginsel van verzekering bij de toepassing van de WAO.' Mr. W.M. Levelt-Overmars merkt in haar opstel 'De verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid'<sup>4</sup> op: 'Met name tegen het ruim hanteren van de artikelen 18, lid 2 en 30, lid a en b, WAO, zijn ernstige bedenkingen in te brengen. Het gaat immers om een sociale verzekeringswet waarvan niet alleen het wezenlijke kenmerk is dat goede en slechte 'risico's' tegen eenzelfde premie verzekerd zijn, maar eveneens dat men verplicht verzekerd is.'

Mr. J.S. Brouwer merkt in zijn opstel 'De GMD als adviesorgaan van de bedrijfsverenigingen'<sup>5</sup> – zich daarmee kerend tegen de wel gevonden opvatting dat de GMD zich uitsluitend zou dienen te richten op de belangen van de betrokkene en diens aanspraken niet zou moeten toetsen aan de wet? – op: 'Het scheppen van een onderscheid, zoals men wel eens hoort, tussen een benadering door de BV'n van een 'verzekerde' en door de GMD van een 'cliënt' met alle verschillen in waardering die deze woorden suggereren, zou een foute zaak zijn. Dit veronderstelt, dat de BV'n andere belangen, namelijk verzekeringsbelangen, zouden hebben en dat de GMD zich meer op het belang van de cliënt zou richten. Dit nu is niet juist: BV'n en GMD moeten beide als uitsluitend oogmerk een goede uitvoering van de sociale verzekeringswetten hebben.'

#### 2.4. AAW/WAO in cijfers<sup>6</sup>

Eind 1977 bedroeg het totale aantal van personen die uitkering ingevolge de AAW en/of WAO genoten: 519 596. Eind 1978 bedroeg dit aantal 569 792. Voor eind 1979 wordt dat aantal op 620 000 geraamd.

Van het aantal personen die eind 1977 in het genot van een uitkering ingevolge de WAO en AAW waren, was 85,3% ingedeeld in de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid. Van het aantal personen die eind 1977 alleen in het genot waren van een uitkering ingevolge de AAW, was 88,8% ingedeeld in de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid.

Het aantal inwoners van vijftien jaar en ouder doch jonger dan vijf en zestig jaar dat ons land eind 1977 telde, bedroeg 8 917 913. Hiervan verrichtten toen 4 906 500 arbeid ter verwerving van inkomsten: 3 456 900 als werknemer in het vrije bedrijfsleven, (ruim) 800 000 als ambtenaar en de overigen als zelfstandige.

## 2.5. Weer terug naar de tijd van de Interimwet invaliditeitsrentetrekkers?

In het reeds vermelde rapport 'Werkgelegenheid en collectieve voorzieningen' wordt – teneinde de met de uitvoering van de WAO gepaard gaande lasten te beperken – voorgesteld om, indien een verzekerde drie jaren in het genot van een arbeidsongeschiktheidsuitkering is geweest, verder als dagloon voor de berekening van zijn uitkering te nemen het bedrag van het minimumloon.

Indien de wetgever dit voorstel tot het zijne zou maken, zijn wij weer terug in de tijd van vóór 1967: bij de Interimwet invaliditeitsrentetrekkers. Zouden wij de OW'21 dan maar niet eveneens van stal halen en wat gaan oppoetsen – door haar bijvoorbeeld uit te breiden tot alle ongevallen: bedrijfsongevallen en andere ongevallen?

## 3. Rechtsvinding: Wetgeving/Uitvoering/Rechtspraak

In de aanhef van het eerste hoofdstuk is de vraag geciteerd: 'Aan wie wensen wij de patiëntenrol toe te kennen?'

De aspecten welke deze vraag vertoont vanuit het oogpunt van wetgeving, uitvoering en rechtspraak, ook in hun onderlinge verhouding, zijn in het onderhavige hoofdstuk aan de orde. Voor de adstructie van een en ander wordt teruggefallen op het gestelde in het voorafgaande hoofdstuk waarin op de met de uitvoering van de WAO opgedane ervaringen is ingegaan.

### 3.1. Te onderkennen wetmatigheden

Verwacht mag worden dat, bij het het licht doen zien van sociale verzekeringswetten, de principia daarvan uit oogpunten als uitvoerbaarheid, beheersbaarheid en andere worden getoetst. Bij achterwege blijven van deze toetsing, bij de totstandbrenging van wetten wordt de gemeenschap achteraf verrast door het zich voordoen van wetmatigheden welke zekere structuren van wetten overmijdelijk te zien geven. (Van het plaatsvinden van zulk een toetsing wordt men in Kamerstukken met betrekking tot de WAO weinig gewaar.)

In de navolgende subparagrafen wordt op een en ander nader ingegaan.

#### a. Identiteit wetgeving en uitvoering/rechtspraak

Naarmate de wetgever minder eenduidig kan aangeven welke toebedeling van rechten hij uit een bepaalde sociale verzekeringswet voorstaat en bij het voordoen van welke omstandigheden hij slechts deze toebedeling wenst, is

hij er te minder van verzekerd dat bij de uitvoering (en rechtspraak) de toebedeling overeenkomstig zijn oorspronkelijke bedoelingen geschiedt. Eens te minder is de wetgever daarvan verzekerd indien deze toebedeling ook afhankelijk is van 'weging' en oordeelsvorming van de ter uitvoering van de wet in te schakelen personen en nog minder indien hun 'weging' en oordeelsvorming dan (onvermijdelijk) sterk persoonlijk gekleurd zal zijn. Ter verduidelijking van het een en ander diene het volgende. De uitvoering van de Algemene Ouderdomswet, waarvan de strekking zo ondubbelzinnig is dat deze nimmer punt van discussie is geweest, bestaat buitendien, praktisch gesproken, uit de vergaring van zuiver administratieve gegevens. Aan de hand hiervan wordt het recht op en de grootte van de uitkering bepaald. De persoonlijke 'weging' en oordeelsvorming is tot een minimum beperkt: de wet zou nagenoeg geheel met behulp van een computer kunnen worden uitgevoerd.

De uitvoering van de Ongevallenwetten, waarvan de strekking evenmin ooit voorwerp van discussie is geweest, steunde voornamelijk op de vergaring van medische en arbeidskundige gegevens. De medische en arbeidskundige inbreng bestond vervolgens – uitzonderingen daargelaten – uit een welhaast zuiver technische 'weging' en beoordeling van een ongevalsgebeuren en de daaruit voortvloeiende gevolgen: een laesie aan een (veelal) overigens gezond lichaam. Deze 'weging' en oordeelsvorming kon op voldoende uniforme wijze geschieden. (Van onderscheidene concepten van een ongeval is nimmer de rede geweest!)

Over de strekking van de WAO wordt nog steeds gediscussieerd! De inbreng van medici en arbeidsdeskundigen is verder van overwegende betekenis bij de beantwoording van de vraag of de belanghebbende recht op uitkering (van zekere grootte) heeft. Hun 'weging' en oordeelsvorming in dit kader is tenslotte (onvermijdelijk) sterk persoonlijk gekleurd, als gevolg van de bij de wet geregelde materie en van de wijze waarop deze daarbij is geregeld. Feiten welke voor de aan de wet te ontnemen rechten bepalend zijn, laten zich in de ogen van velen van hen vaak onvoldoende in objectieve zin vaststellen en, zo goed en zo kwaad mogelijk, zien zij zich daaruit dan te redden.

De wetgever dient zorgvuldig in te schatten in hoeverre het beeld dat hem bij het in leven roepen van een wet voor ogen staat, terug zal worden gevonden in het beeld dat vermoedelijk de wet in uitvoering (en onder invloed van de rechtspraak) te zien zal geven. Eerst indien hij zich daarvan een scherp beeld heeft gevormd, is hij in staat te beslissen of het verantwoord is zekere wet, qua structuur en de daarin neergelegde regelgeving, in werking te laten treden en dus in uitvoering te geven.

Zou de wetgever, indien hij – gewapend met de ervaringen welke zijn opgedaan bij de uitvoering van de WAO – nu een WAO moest maken, een WAO in het leven roepen zoals wij die thans kennen?

### b. Beheersbaarheid

De wetgever zal ook uit het oogpunt van beheersbaarheid – een aspect dat met het voorafgaande en met de na te noemen uitvoerbaarheid sterke samenhang vertoont – de door hem in het leven te roepen wetten moeten evalueren. Particuliere verzekeringsinstellingen hebben tot dusver, ondanks het feit dat concurrentie hen dwingt in offertes steeds verder te gaan, het onderscheid tussen traumatische letsels en overige aandoeningen, zeker bij het openen van vooruitzicht op periodieke uitkeringen, gehandhaafd. Indien het gaat om verzekeringen inzake schadeloosstelling wegens geldelijke gevolgen van ongevallen, kan men deze zelfs automatisch – in de meest letterlijke zin van het woord (door middel van een automaat) – afsluiten. Indien het evenwel gaat om verzekeringen inzake schadeloosstelling wegens geldelijke gevolgen van niet-traumatische aandoeningen zijn in de regel keuringen vereist en wordt terzake van aandoeningen waaraan men lijdende is (geweest), evenals terzake van psychische deficiënties, veelal geen vooruitzicht op uitkering geopend. Buitendien kennen de particuliere verzekeringen veelal een andersoortig arbeidsongeschiktheidsbegrip.

Mocht desondanks, nu het ging om een verplichte wettelijke verzekering tegen geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid, met als verstreking (onder meer) periodieke uitkering, aangenomen worden dat de honorering van een beroep op deze verzekering dat niet zou stroken met de bedoeling van de wetgever, wel in redelijke mate zou kunnen worden voorkomen?

Indien de uitvoerders daartoe niet in staat zouden blijken, ontstaat onvermijdelijk een 'sneeuwbal-effect' – bijvoorbeeld: het gebruik van de WAO als afvloeiingsregeling door werkgevers. En indien zekere werkgevers een dergelijk gebruik van de WAO zouden maken, moeten de andere werkgevers uit concurrentieoverwegingen dan niet noodgedwongen volgen? Op wie rust in dat geval het odium: op de werkgevers of op de wetgever?

### c. Uitvoerbaarheid

Grondig zal de wetgever stil moeten staan bij de vraag of een wet als de WAO ook overeenkomstig de bedoelingen welke bij het in het leven roepen daarvan hebben voorgezeten, tot uitvoering is te brengen. Hij zal dit moeten doen door zich vragen als de volgende te stellen. Welke 'beslismomenten' vallen in het afhandelingsproces van een aanvraag om uitkering te onderkennen? Voor welke vragen komen de uitvoerders daarbij te staan? Bestaat er een redelijke mate van zekerheid dat de feiten welke bepalend dienen te zijn voor het antwoord op deze vragen, in voldoende mate kunnen worden geobjectiveerd?

Indien de in een wet vervatte regeling niet uitvoerbaar blijkt volgens de

bedoelingen van de wetgever, heeft er onvermijdelijk in de uitvoering een conversie van die regeling plaats: de uitvoeringsorganen kunnen immers niet weigeren uit te voeren! Toetsing van aanspraken aan artikelen waarin wezenlijke uitgangspunten van een regeling – voor daaraan te ontleenen rechten op uitkering van zekere grootte – zijn vervat, blijft, indien die toetsing onoverkomelijke problemen oplevert, achterwege en het recht op uitkering van zekere grootte wordt vervolgens bepaald aan de hand van de overige artikelen, met al de incongruenties vandie!

#### d. Mogelijkheid van gelijkheid van rechtsbedeling

Indien de criteria waaraan getoetst de toebedeling van rechten uit de wet geschiedt, onvoldoende eenduidig zijn en/of de 'weging' en oordeelsvorming van de ter uitvoering van de wet in te schakelen deskundigen onvermijdelijk sterk persoonlijk gekleurd zullen zijn, ontstaan er ook problemen met betrekking tot gelijkheid van rechtsbedeling. Indien, bijvoorbeeld, de voor toebedeling van rechten beslissende criteria van een wettelijke verzekering tegen geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid op velerlei wijzen kunnen worden geïnterpreteerd en bovendien bij de uitvoering daarvan op de inbreng van vele medewerkers met hun eigen ideeën over ziekte en gebrek en het effect daarvan op het verdienvermogen moet worden teruggevalen en hun 'weging' en oordeelsvorming de facto voor deze toebedeling beslissend zijn, ontstaan er in feite evenveel wetjes als er medewerkers zijn.

#### e. De 'druk' van bestaande leemten in het stelsel van sociale zekerheid

Zorgvuldig zou de wetgever moeten inschatten welke 'druk' van de bestaande leemten in het stelsel van sociale zekerheid uit kan gaan op de bestaande wetten, bijvoorbeeld op de WAO. De wetgever had moeten bezien welke mogelijkheden de WAO laat dat zij wordt 'opgezocht' bij het zich voordoen van calamiteiten waarvoor deze, naar de geest van de wet, geen 'dekking' biedt. Indien het gaat om beroepen waarvan de uitoefening na het bereiken van zekere leeftijd in het algemeen als belastend wordt ervaren, en betrokkenen, in zulke beroepen werkzaam, moeten om die reden hun arbeid staken, valt er voor hen, bij gebreke van een adequate regeling inzake vervroegde pensionering, een groot 'gat' in hun sociale zekerheid.

Ook de bestaande wettelijke regelingen inzake voorzieningen bij onvrijwillige werkloosheid vertonen, uit het oogpunt van sociale zekerheid, een dergelijk 'gat'. Na een half jaar uitkering ingevolge de Werkloosheidswet, bedragende 80% van het laatstgenoten loon, en twee jaar uitkering ingevolge de Wet Werkloosheidsvoorziening, bedragende 75% van het laatstgenoten loon, moet de dan nog werkloze werknemer het (veelal) alleen stellen met de



marginale uitkering van de Algemene Bijstandswet, bij gebreke van eigen middelen.

Onvermijdelijk doet de 'druk' van zulke leemten zich gevoelen en indien deze, door de structuur van de wet, niet te weerstaan is, zijn de gevolgen voor de hand liggend.

### 3.2. De rechtsvinding op wetgevend terrein

Bij de rechtsvinding op wetgevend terrein, zullen behalve wetmatigheden als zo juist weergegeven, ook aspecten als in de volgende subparagrafen aan de orde onder ogen moeten worden gezien.

a. Stelsel van sociale verzekering of stelsel van sociale zekerheid, ontgaan van beginselen van verzekering?

Met dezelfde overredingskracht waarmee destijds de WAO als de ideale vorm van sociale zekerheid bij het zich voordoen van ziekte en gebreken, uit welke oorzaak dan ook, met als gevolg verlies aan verdien capaciteit, werd aangeprezen, geschiedt dit nu met betrekking tot een algemene loondervingsregeling, ontgaan van beginselen van verzekering. De reden waarom niet aan het arbeidsproces ter verwerving van inkomsten wordt deelgenomen (als gevolg van het ontstaan van ziekte of gebrek en/of onvrijwillige werkloosheid), wordt dan als irrelevant beschouwd: de panacee is gevonden! Evenmin als destijds worden ook nu niet – ook niet van de zijde van professionele groepen als sociale verzekeringsjuristen, arbeidsdeskundigen, medici en anderen, met hun verantwoordelijkheid als staatsburger voor het leveren van hun specifieke inbreng bij de totstandbrenging van sociale regelingen – met klem kritische vragen gesteld met betrekking tot de principia en de beheersbaarheid en uitvoerbaarheid van een dergelijke regeling en de mogelijkheid van gelijkheid van rechtsbedeling op grondslag van zulk een regeling. Door voorstanders van een algemene loondervingsregeling worden perspectieven getoond hoe problemen waarmee nu geworsteld wordt, dan als vanzelf verdwijnen. Niet wordt getreden in de vraag welke problemen in huis gehaald worden: over de panacee zelf wordt niet – evenmin als destijds in de jaren vóór 1967, toen de WAO aan de orde was – gediscussieerd! Hebben wij geen leergeld betaald?

Is het – wat betreft de principia – wel zo zinnig niet te onderscheiden naar de reden van loonderving? Waarom zou een belanghebbende die, bijvoorbeeld, drie maanden heeft gewerkt en die vervolgens werkloos wordt, eventueel tot aan het bereiken van de leeftijd van vijf en zestig jaar recht op uitkering hebben en degene die er nog niet in geslaagd is een werkkring voor tenminste drie maanden te verwerven, niet? Zijn de omstandigheden van het eerste en

het tweede geval voldoende onderscheidend om het maken van zulk een verschil te rechtvaardigen? (Zou dan een uitkering waarvan de grootte wordt bepaald door het aantal van 'gewerkte' jaren niet meer voor de hand liggen?) Zou zo ook geoordeeld moeten worden indien – in het eerste geval – na drie maanden de arbeid gestaakt had moeten worden wegens een ernstig ongeval? Is het risico van loonderving wegens werkloosheid wel op één lijn te stellen met het risico van loonderving wegens het ontstaan van ziekte of gebreken? Spreekt het aan dat een betrokkene, met een hoog salaris wegens zijn specifieke deskundigheid waarnaar zekere tijd veel vraag is, indien die vraag afneemt en hij werkloos wordt, eventueel tot aan het bereiken van de leeftijd van vijf en zestig jaar van gemeenschapswege het genot zou hebben van een uitkering, gerelateerd aan dat hoge loon? Wat zou terzake de rechtvaardigingsgrond kunnen zijn ten opzichte van andere leden van de gemeenschap, eveneens met kundigheden waarnaar de vraag nooit erg groot is geweest? Of zal bij een algemene loondervingsregeling – na verloop van zekere periode – slechts sprake zijn van een uitkering ten bedrage van het minimumloon? Ten opzichte van een werkloze lijkt dit gerechtvaardigd te kunnen worden omdat na verloop van die periode gebleken zou kunnen zijn dat naar zijn kundigheid geen vraag meer is welke eerder de hoogte van zijn loon had bepaald. Maar dit kan toch niet tegenover een zieke belanghebbende, bijvoorbeeld een ongevalsgetroffene, worden gesteld?

En hoe zal het staan met de uitvoerbaarheid en beheersbaarheid van zulk een algemene loondervingsregeling? Is het, indien een belanghebbende zijn arbeid staakt in verband met gepretendeerde klachten, ook dan niet zaak deze klachten te objectiveren en te treden in de vraag of de belasting welke het (eventueel) vastgestelde lijden van betrokkene toelaat, al dan niet in overeenstemming is met de belasting welke met het verrichten van diens arbeid gepaard ging? Of is dat van geen belang? Beslist dan in feite de belanghebbende niet zelf over zijn recht op uitkering? Behouden, bijvoorbeeld, gastarbeiders het genot van hun uitkering bij vertrek naar hun vaderland of moet dan onderscheiden worden naar de oorzaak van hun loonderving? Is het werkelijk de bedoeling dat een ieder die ooit maar enige tijd in loondienst gewerkt heeft, bij voortdurende werkloosheid, eventueel tot aan het bereiken van de leeftijd van vijf en zestig jaar, in het genot van een uitkering wordt gesteld, onafhankelijk van de vraag of een ander reeds voor het gezinsinkomen zorgt en van de vraag of de echtgenoot (echtgenote) in het genot van de uitkering is?

Het is te hopen dat over de principia waarop een algemene loondervingsregeling wordt gestoeld, over de 'beslismomenten' welke dan voorliggen, over de vragen welke daarbij aan de orde zijn, over de feiten welke voor het antwoord op die vragen bepalend zijn, over de mate waarin deze kunnen worden geobjectiveerd, en ook overigens over de uitvoerbaarheid en beheersbaarheid van zulk een regeling, alsmede over de met de uitvoering daarvan vermoedelijk gepaard gaande lasten, het in kringen van professionelen tot een uitgebreide gedachtenwisseling komt. Alleen wanneer omtrent een en ander

een indringend beeld wordt gevormd, is het mogelijk in te schatten welk beeld vermoedelijk een algemeen loondervingsregeling in de uitvoering (en onder invloed van de rechtspraak) te zien zal geven. Zou niet eerst dan een zinnig oordeel kunnen worden gegeven of het wel aangewezen is het stelsel van sociale verzekering in te ruilen voor een stelsel van sociale zekerheid, ont-daan van beginselen van verzekering? Gooien wij in het andere geval niet oude schoenen weg voordat wij nieuwe hebben?

b. 'Hard ware' en 'soft ware'

In de mate waarin van 'hard ware' of 'soft ware' met betrekking tot in sociale regelingen behandelde stof sprake is, is er ook sprake van meer of minder 'grip' van de wetgever op de feitelijke samenstelling van het pakket van deze regelingen, indien hij ook bij de totstandbrenging van een wet met betrekking tot 'soft ware', praktisch gesproken, van eenzelfde structuur en regelgeving zou uitgaan als wanneer het om 'hard ware' gaat. De wetgever zal dan ook in de vraag moeten treden of dat wel verantwoord is. Hij zal dat moeten doen uit oogpunten als beheersbaarheid en uitvoerbaarheid van de wet en de mogelijkheid van gelijke rechtsbedeling uit de wet. Zal de wet in uitvoering wel een zelfde beeld (kunnen) vertonen als hem voor ogen staat met het het licht doen zien van de wet? Welke lasten zullen, indien daaromtrent geen redelijke mate van zekerheid bestaat, dan wellicht met die uitvoering gepaard gaan? Gaan deze lasten mogelijk niet beslag leggen op de financiële ruimte welke behouden moet blijven voor de effectuering van andere sociale voorzieningen? In het licht van een en ander zal hij tot de beslissing moeten komen of hij al dan niet de aan de wet te ontnemen rechten moet beperken.

De Bondsrepubliek West Duitsland, bijvoorbeeld, kent, indien het gaat om traumatische aandoeningen (in verband met de dienstbetrekking) een geheel andere regeling dan wanneer het gaat om de overige aandoeningen. In het eerste geval heeft de betrokkene rechten overeenkomstig aan die welke aan de vroegere Ongevallenwetten konden worden ontleend. In het laatste geval heeft de betrokkene – na een periode van ziekgeld, waarvan de duur naar omstandigheden varieert – rechten soortgelijk aan die welke aan de Pensioenwet van vóór 1966 waren te ontnemen: de grootte van de schadeloosstelling wordt bepaald door een met de duur van de verzekering oplopend percentage (voor elk jaar verzekering één driekwart procent) van het laatstgenoten loon. Deze percentages worden, naarmate de periode van verzekering van langere duur is geweest, nog eens extra verhoogd. De juist genoemde Pensioenwet opende slechts vooruitzicht op een invaliditeitspensioen, indien de vervulling van de ambtelijke dienstbetrekking tenminste vijf jaar had geduurd.

Tot het moeten doormaken van een dergelijke wachttijd had de wetgever, bijvoorbeeld, ook met betrekking tot de aan de WAO te ontnemen rechten kunnen besluiten, in dier voege dat, indien een ziekte of gebrek kennelijk in

een periode van verzekering is ontstaan, de bedrijfsvereniging bevoegd is de belanghebbende in aanmerking te brengen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering van een grootte waarop hij, indien die wachttijd niet zou hebben bestaan, recht zou hebben gehad. Aldus zou de wetgever op een zeer kwetsbaar punt in de uitvoering van de WAO als de toepassing van artikel 18, lid 2, met beperkende voorwaarden hebben ingespeeld.

De wetgever had ook in de kring van verzekerden kritisch kunnen bezien of zich onder dezen mogelijk groepen van verzekerden bevinden ten aanzien van wie de beoordeling van aanspraken op arbeidsongeschiktheidsuitkering in het bijzonder problemen oplevert. Ook dan had hij op kwetsbare punten in de uitvoering van de WAO ingespeeld.

c. De 'zwaarten' van onderscheidene calamiteiten/nieuwe concepten van ziekte en gebrek

Het ligt voor de hand dat bij de beantwoording van de vraag in welke behoeften zou moeten worden voorzien van gemeenschapswege, de 'zwaarte' van zekere behoefte in ogenschouw moet worden genomen. Het ligt eveneens voor de hand, indien in dat opzicht behoeften 'zwaar' genoeg zijn bevonden, de 'zwaarte' van elk dier behoeften in hun onderlinge verhouding, bepalend te doen zijn voor de prioriteit welke aan de effectuering van de betreffende wettelijke regeling zou moeten worden gegeven. Deze prioriteitsstelling vloeit voort uit de economische begrenzingen welke ook aan het stelsel van sociale verzekeringen moeten worden gesteld.

Zou indien de wetgever aan een wettelijke regeling van een recht op arbeidsloos inkomen boven alles voorrang zou willen geven, daarmee niet zoveel financiële ruimte, te bestemmen voor de effectuering van collectieve voorzieningen, in beslag worden genomen dat in tal van andere behoeften van gemeenschapswege niet kan worden voorzien? Zou dan niet de vraag gewettigd zijn of de prioriteitsstelling terzake wel evenwichtig is geweest? Kan de behoefte aan een arbeidsloos inkomen wel als 'zwaar' genoeg worden aangemerkt om daarin van gemeenschapswege te voorzien?

Zouden deze beide vragen ook niet kunnen rijzen, indien de wetgever in de naaste toekomst aan artikel 18, WAO een nieuw lid zou toevoegen waarin zou worden bepaald dat met betrekking tot ziekte of gebrek (in het eerste lid) aansluiting dient te worden gezocht bij het gezondheidsbegrip van de United Nations Health Organisation?

Zouden soortgelijke vragen ook niet moeten worden betrokken in een discussie over de hantering van nieuwe concepten van ziekte of gebrek, bij de uitvoering van de WAO?

#### d. Economische begrenzungen

De economische grenzen welke aan de effectuering van van gemeenschapswege te treffen voorzieningen worden gesteld, worden door tal van factoren bepaald. De daarmee gepaard gaande lasten kunnen in nadelige zin de concurrentiepositie ten opzichte van het buitenland beïnvloeden en (mede daardoor) de werkgelegenheid. Zij hebben ook sterke loonpolitieke consequenties.

Er zal sprake moeten zijn van een redelijke verhouding tussen het deel van het inkomen dat door betrokkene zelf kan worden besteed, en het deel van het inkomen dat aan de collectiviteit moet worden afgedragen. Het antwoord op de vraag welke verhouding als redelijk wordt ervaren, zal mede bepaald dienen te worden door factoren als de ernst van de behoeften waarin van gemeenschapswege wordt voorzien. Indien de voorziening in (ook ernstige) behoeften van gemeenschapswege grote twijfels oproept met betrekking tot de beheersbaarheid en uitvoerbaarheid zal het (mede) moeten opdraaien voor de daaruit voortvloeiende (extra) lasten op zich zelf al als onredelijk worden ervaren.

#### e. De rechtsvinding

In de voorafgaande paragraaf is gewezen op een aantal wetmatigheden welke zekere structuren van wetten onvermijdelijk te zien geven. In de voorafgaande subparagrafen waren weer andere aspecten van wetgeving aan de orde. Het produkt van de rechtsvinding op wetgevend terrein moet ervan getuigen dat (onder meer) bij al die aspecten uitvoerig is stilgestaan en dat eerst na zeer grondige afweging de keuzen zijn gedaan welke de wet hebben doen luiden zoals zij luidt.

### 3.3. Rechtsvinding bij de uitvoering van sociale verzekeringswetten

De rechtsvinding bij de uitvoering van sociale verzekeringswetten vertoont onder meer aspecten als in de navolgende subparagrafen aan de orde.

#### a. Gebondenheid aan de wet

Hier te lande overheerst nog steeds de opvatting dat langs de bij de grondwet voorgeschreven weg tot stand gekomen wetten geëerbiedigd moeten worden: zij moeten naar de bedoeling van de wetgever 'beleefd' worden. De wet is tot stand gekomen met de instemming van de meerderheid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, waarin de door ons allen gekozen vertegenwoor-

digers zitting hebben. Buitendien is het bij het totstandbrengen van een wet – zoals dan ook in het kader van de behandeling van de WAO is geschied – een goede gewoonte om sterk bij een wet betrokken maatschappelijke groeperingen, in zogenaamde hearings, het woord te gunnen. Zo hebben werkgeversorganisaties en werknemersorganisaties, maar ook de beroepsorganisatie van artsen, de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, gelegenheid gehad zich omtrent het voor en tegen van de WAO tegenover een vertegenwoordiging van de Tweede Kamer uit te laten. Al hetgeen toen naar voren is gebracht, is tevens onder de aandacht van alle leden van de Tweede Kamer gebracht.

#### b. Het volgen van de Centrale Raad van Beroep

Wetten zijn niet altijd in alle opzichten maar voor één uitlegging vatbaar: dan moeten zij geïnterpreteerd worden. Wie geldt in dat geval als 'wetsuitlegger' in hoogste instantie?

Indien een uitvoeringsorgaan ten aanzien van een belanghebbende 'minder' zou willen doen dan het in de ogen van de Centrale Raad van Beroep zou moeten doen, geldt de Centrale Raad van Beroep ipso facto als 'wetsuitlegger' in hoogste instantie. Het uitvoeringsorgaan weet dat, gelet op de jurisprudentie, de betrokkene tenslotte zijn 'gelijk' kan halen bij deze Raad. (Gemakshalve wordt er hier ter plaatse maar vanuitgegaan dat er steeds 'vol' beroep mogelijk is. Zulk een beroep ontbreekt echter onder meer veelal als er sprake is van beroep tegen de wijze van gebruikmaking van een discretionaire bevoegdheid. Ook wordt te dezen er bewust aan voorbijgegaan dat er situaties zijn waarin uitspraken van de Centrale Raad van Beroep met een verzoek om cassatie daarvan aan de Hoge Raad der Nederlanden kunnen worden voorgelegd.)

De vraag wie als de 'wetsuitlegger' in hoogste instantie op het terrein van de sociale verzekeringswetten moet worden aangemerkt, doet zich in feite derhalve eerst voor, indien een uitvoeringsorgaan ten aanzien van een belanghebbende 'meer' zou willen dan het in de ogen van de Centrale Raad van Beroep slechts behoeft (dient) te doen.

Mag het uitvoeringsorgaan in dat opzicht 'meer' doen? Met andere woorden: Kan het dan aan de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep voorbijgaan? Mogen de uitvoeringsorganen als zij maar minstens aan belanghebbenden uit de wet toebedelen wat hen volgens de Centrale Raad van Beroep toekomt, overigens de wet als 'blanco volmacht' beschouwen?

De juristen neigen er in merendeel toe de Centrale Raad van Beroep steeds als 'wetsuitlegger' in hoogste instantie aan te merken. Hun standpunt laat zich heel wel funderen: er bestaan bezwaren van staatsrechtelijke en andere aard tegen het niet steeds volgen van de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep.

Ook wanneer het gaat om wetgeving, uitvoering en rechtspraak op het terrein van de sociale verzekering, zullen, in staatsrechtelijk verband bezien, 'spelregels' tussen de wetgevende macht, uitvoerende macht en rechtsprekende macht niet kunnen ontbreken, op straffe van een onwerkbaar geheel te worden. Ook dan zal moeten gelden dat, indien de wetgevende macht een wetsartikel heeft geformuleerd, de interpretatie daarvan in laatste instantie uitsluitend een zaak van de Centrale Raad van Beroep is en de wetgever, indien hij zich met deze interpretatie niet kan verenigen, dit wetsartikel moet vervangen en met een nieuw wetsartikel moet komen waarin hij zijn bedoeling opnieuw en nu duidelijker formuleert. Zolang de wetgever dit nalaat, geldt 'als wet' de interpretatie welke de Centrale Raad van Beroep aan het wetsartikel geeft. Aanvaardt men dit niet en stelt men zich op het standpunt dat het de bedrijfsverenigingen – de wet terecht als 'blanco volmacht' beschouwend – vrij staat van de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep af te wijken, dan belandt men in onontwarbare kluwens als de volgende:

- De wetgever is het met de interpretatie van de Centrale Raad van Beroep eens en oneens met die van de zes en twintig bedrijfsverenigingen (nog daargelaten of de wetgever die wel kennis kan nemen van de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep, maar niet – direct – van het beslissingsbeleid van de bedrijfsverenigingen, wel weet wat dit beslissingsbeleid inhoudt, nu dat veelal, vanwege het 'meer' doen, ook niet uit de jurisprudentie zal blijken). Niet valt in te zien hoe de wetgever de interpretatie van de bedrijfsverenigingen kan redresseren. De uitlegging van de Centrale Raad van Beroep wordt immers onderschreven; herformulering van het betreffende wetsartikel zou dan volstreekte onduidelijkheid scheppen voor deze Raad. Nog gecompliceerder wordt de situatie indien een deel van de bedrijfsverenigingen de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep wel volgt en een ander deel niet (of één bedrijfsvereniging deze niet volgt). Alleen met inachtneming van de uiteengezette 'spelregels' is de uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving voor de wetgever (regering), althans in theorie, beheersbaar: de wetgever formuleert het wetsartikel, de rechterlijke macht (in hoogste instantie) interpreteert het en de wetgever, de jurisprudentie kritisch volgend, herformuleert, zo nodig, het wetsartikel.
- Indien aangenomen moet worden dat het de uitvoeringsorganen vrij staat de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep al dan niet te volgen, is geen instantie meer aanwijsbaar die het laatste woord in deze heeft. Redres door de wetgever zal dan niet mogelijk zijn: de wet kan immers door de uitvoeringsorganen als 'blanco volmacht' worden behandeld. Met welke wijzigingen van de wet de wetgever ook een redres beproeft, de uitvoeringsorganen zullen (mogen) antwoorden dat zij er geen boodschap aan hebben!

Natuurlijk is het bovenstaande een zwart/wit tekening, teneinde de kern van het vraagstuk te expliciteren. De uitvoeringsorganen zoeken in werkelijkheid zeer zorgvuldig naar de bedoeling van de wetgever en de uitlegging welke de Centrale Raad van Beroep aan de wet geeft, telt daarbij voor hen zeer zwaar. Toch is het niet enkel een academisch vraagstuk, zoals de strijd rondom de gewenste wijze van toepassing van artikel 21, lid 2, sub a, WAO, laat zien. Met betrekking tot de toepassing van dit artikel is er sprake van een reeds jarenlang bestaande vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep welke ook door de uitvoeringsorganen trouw werd gevolgd tot in het begin van de zeventiger jaren. Toen besloten zij in den vervolge ook werkloosheid in het kader van de WAO te gaan verdisconteren. De wetgever die wel een nieuw lid aan artikel 21 WAO, heeft toegevoegd, heeft toen niet de Centrale Raad van Beroep, althans niet door artikel 21, lid 2, sub a, WAO, anders te redigeren, gecorrigeerd. De wetgever heeft, ook al zou hij zich, zoals een aantal personen meent, met de verdiscontering van werkloosheid in het kader van de WAO akkoord hebben verklaard, dan toch in ieder geval niet de staatsrechtelijke 'spelregels' ter zake gevolgd: een duidelijke herformulering van artikel 21, lid 2, sub a, WAO, indien hij zich niet kon vinden in de interpretatie daarvan door de Centrale Raad van Beroep. Dat kan alleen maar beslissend zijn!

### c. De interpretatie 'breedte'

Bedacht moet bij dit alles worden dat het uitvoeringsorgaan wel als eerste wordt geroepen de wet te interpreteren. Maar ook dan – nog afgezien van het zich op later tijdstip eventueel moeten richten naar de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep, bij afwijking van inzichten tussen het uitvoeringsorgaan en deze Raad – blijft gelden dat de wet, naar de bedoeling van de wetgever, richtsnoer moet blijven.

Dit laatste betekent in de eerste plaats dat bij interpretatie door het uitvoeringsorgaan de structuur van de wet gehandhaafd moet blijven. In het andere geval zou, met het brengen van de wet in uitvoering, een andersoortige regeling ontstaan.

Interpretatie van de wet zal niet zelden ook aan de orde zijn bij nadere regelgeving, bestaande uit regels en richtlijnen, ten doel hebbend tot verdere detaillering te komen welke de wetgever – vaak ook zeer bewust en terecht – achterwege heeft gelaten. Bij dit alles moet steeds toetsing aan de structuur van de wet plaatsvinden: Welk soort regeling heeft de wetgever met de betrokken regeling in het leven willen roepen? Nadere regels en richtlijnen, evenals te ontwikkelen methodieken van onderzoek, zullen er dan ook, met het oog op een adequate uitvoering van de WAO, mede op gericht moeten zijn de 'beslismomenten' welke het verzekeringsrechtelijk karakter van de WAO medebrengt en welke, in het afhandelingsproces van een aanvraag om ar-



beidsongeschiktheidsuitkering, zorgvuldig in acht genomen moeten worden, tot volle gelding te laten komen.

Indien zaken in de wet niet geregeld zijn, zal stil gestaan moeten worden bij de volgende vragen. Hadden deze zaken wel adequaat door de wetgever geregeld kunnen worden en is voor regeling daarvan nu juist niet het uitvoeringsorgaan het meest gereed? Of zijn bij die zaken zodanige vraagpunten aan de orde dat de oplossing daarvan – in deze of gene richting – in belangrijke mate beslist over aard en omvang van de aan de wet te ontnemen rechten. In het eerste geval zal het uitvoeringsorgaan (beroepsrechter) de oplossing ter hand moeten nemen en in het laatste geval moeten volstaan met die zaken onder de aandacht van de wetgever te brengen.

Uiteraard zullen nieuwe gegevens van de medische wetenschap (voor zover het daarbij gaat om opvattingen van een meerderheid in de medische wereld) bij de uitvoering van de WAO tot uitdrukking moeten komen. In hoeverre geldt zulks ook voor ontwikkelingen in het maatschappelijk denken? Bij de beantwoording van deze vraag zal onderscheiden moeten worden.

Er kan sprake zijn van een vrucht van de ontwikkeling van het maatschappelijk denken welke, indien deze bij de uitvoering tot uitdrukking wordt gebracht, in geen enkel opzicht de structuur van de wet zou aantasten. Een adequate uitvoering van de wet brengt dan mede dat bedoelde ontwikkeling in de uitvoering van de wet zijn neerslag krijgt.

Er kan echter ook sprake zijn van een vrucht van de ontwikkeling van het maatschappelijk denken welke, indien deze bij de uitvoering tot uitdrukking zou worden gebracht, een andersoortige regeling te zien zou geven dan door de wetgever in het leven is geroepen. Dan is het de wetgever die de pas moet aangeven en niet het uitvoeringsorgaan (of de beroepsrechter), op straffe van een inadequate uitvoering (jurisprudentie).

#### d. Nieuwe concepten van ziekte of gebrek

'Aan wie wensen wij de patiëntenrol toe te kennen?' Het lijkt gewettigd te stellen dat de oplossing van dit vraagstuk niet een zuiver medische aangelegenheid is – in de zin van nieuwe gegevens of verworvenheden van de medische wetenschap. Indien zulks gewettigd is, zal de vraag of voor hanteling van nieuwe concepten van ziekte of gebrek de wet voldoende ruimte laat, zijn antwoord moeten vinden in de prelabelle vraag: In hoeverre wordt, indien tot zulk een hanteling wordt overgegaan, een andersoortige sociale regeling in het leven geroepen dan de wetgever oorspronkelijk het licht heeft doen zien?

## 4. AAW en WAO nemen zoals zij zijn: een uitdaging!

### 4.1. Uitvoering 'aanpunten' of wetswijziging?

Bij de beantwoording van de vraag in welke opzichten wijziging van de WAO gewenst is, teneinde haar, in verzekeringstechnisch opzicht, op adequate wijze te kunnen uitvoeren, moet het volgende worden bedacht. Uitvoeringsorganen kunnen, in de uitvoering van de wet, tot grotere nuanceringen komen dan tot welke de wetgever in het algemeen in staat is.

Alvorens dan ook tot wetswijziging ter zake van wetsartikelen te komen waarvan de uitvoering door velen als problematisch wordt ervaren, zal ernstig moeten worden bezien of te dier zake inderdaad niet in de uitvoering tot oplossingen met een toelaatbare tolerantie kan worden gekomen.

Van 'beslismoment' tot 'beslismoment' welke het verzekeringsrechtelijk karakter van de WAO medebrengt, moet worden nagegaan wat de aard van de zich daarbij voordoende problematiek is, of een juiste methode bij de oplossing daarvan wordt toegepast, en, zo nee, welke adequate methodieken zich mogelijk wel reeds aftekenen en in hoeverre, bij de toepassing van laatstbedoelde methodieken, dan nog sprake is van een niet toelaatbare tolerantie: van onbevredigende resultaten.

Vervolgens moet – wederom van 'beslismoment' tot 'beslismoment' – worden nagegaan met welke soorten beperkende voorwaarden de wetgever daarop zou kunnen inspelen en welke resultaten de uitvoering van de wet dan te zien zou geven. Beide resultaten zouden tenslotte moeten worden vergeleken en de uitkomst van deze vergelijking zou moeten beslissen of al dan niet wijziging van de WAO bevorderd zou moeten worden en welke wijzigingen dan. Op een en ander wordt hierna nader ingegaan.

#### a. De toelaatbare tolerantie bij 'soft ware'

Voorop dient te worden gesteld dat ook een wetgever niet het onmogelijke mag verwachten. De wetgever kan immers niet een verzekering in het leven roepen welke zoveel problemen inzake de 'meetbaarheid' van de haar uitkering bepalende factoren medebrengt, en dan tevens verwachten dat desondanks dezelfde 'exacte' resultaten kunnen worden verkregen, als die welke in het kader van de wettelijke ongevallenverzekering werden bereikt. Indien bij niet-traumatische aandoeningen een objectivering (en dan nog retrospectief), in de 'klassieke' zin, veelal niet mogelijk is, is dat een gegeven. Mede daardoor zal de uitvoering van de WAO onvermijdelijk verschillen van die van de wettelijke ongevallenverzekering. Al de consequenties daarvan dienen door de wetgever en, met hem, door de uitvoerders van de WAO, WAO verzekerden en de beroepsrechter aanvaard te worden; geen van dezen mag

zich gedragen alsof er in 1967 in dat opzicht zich niet eveneens een wezenlijke verandering zou hebben voorgedaan.

Niet echter mag indien bij niet-traumatische aandoeningen de objectivering, in de 'klassieke' zin, veelal niet mogelijk is, daaruit de conclusie worden getrokken dat dus deze aandoeningen veelal niet te objectiveren zijn. De conclusie moet zijn dat zij zich niet op dezelfde wijze als traumatische aandoeningen, in het kader van de wettelijke ongevallenverzekering, laten objectiveren: in het kader van de WAO zullen de objectivering en daarmee de oordeelsvorming alleen anders geaard moeten zijn.

#### b. Op de uitvoering van de WAO ingestelde methodieken

De verzekeringsgeneeskundige kan in het kader van de WAO niet in alle gevallen volstaan met het leveren van de 'klassieke' inbreng: het onderzoeken van de betrokkene en het noteren van zijn bevindingen daaromtrent, gevolgd door een – alleen hierop gebaseerde – conclusie.

Indien het gaat om de beoordeling van de rechtmatigheid van aanspraken op arbeidsongeschiktheidsuitkering, op grond van niet-traumatische aandoeningen, is voor de verzekeringsgeneeskundige – en voor zijn beide teamgenoten: de arbeidsdeskundige en de wetstechnicus – de consequentie van de in 1967 gezette stap dat deze beoordeling in een aantal gevallen niet anders dan langs de weg van afweging van waarschijnlijkheden tot stand zal kunnen komen. Met andere woorden: Voor de beslissing omtrent de rechtmatigheid van dergelijke aanspraken zal veelal van doorslaggevende betekenis moeten zijn het antwoord op de volgende vraag. Is het meer waarschijnlijk dat zich wèl dan dat zich níét in een periode van verzekering een (beduidende, na een jaar nog aanwezige) verslechtering in betrokkenes gezondheidstoestand, met als gevolg een arbeidsongeschiktheid van minstens 15% heeft voorgedaan?

Indien er, bijvoorbeeld, sprake is van blijvende uitval bij de arbeid, betrekkelijk kort nadat de verzekering een aanvang had genomen, en de betrokkene had vóórdien als zelfstandige aan het arbeidsproces deelgenomen, is onder meer van belang kennis te hebben van feiten en gegevens als de volgende: de soort van werkzaamheden welke belanghebbende als zelfstandige verrichtte en hoe hij deze verrichtte en in welke omvang dan en de reden waarom hij in loondienst is getreden; zijn ziektegeschiedenis en klachtenpatroon van vóór de aanvang der verzekering; het beeld van het verloop van de betreffende ziekte in het algemeen; de discongruentie van dit laatste beeld met het door betrokkene geschetste beeld; de werkelijke aard en omvang van de arbeid sedert de aanvang der verzekering en de wijze waarop en de datum met ingang waarvan zich de tot uitval geleid hebbende klachten manifesteerden. Is, zaken als deze op een rijtje zettend, het nu waarschijnlijker dat er sedert de aanvang der verzekering een duidelijke achteruitgang in de gezondheidstoe-

stand is opgetreden, of waarschijnlijker dat er sedertdien sprake is van een nagenoeg dezelfde gezondheidstoestand?

#### 4.2. De juiste attitude

De verzekeringsgeneeskundige zal – uit de aard van zijn discipline – een belangrijke rol bij de ‘afweging van waarschijnlijkheden’ moeten vervullen. (Deze afweging zal echter steeds in teamverband dienen plaats te hebben.) Hij moet zich daarbij bewust zijn van zijn ‘dubbelrol’: medisch adviseur van de ‘verzekeraar’ die (mede) beoordeelt of betrokkene wel rechten aan de WAO kan ontlenen, en de medisch adviseur die, indien dat het geval is, nagaat wat er allemaal voor betrokkene in het kader van de wet kan worden gedaan. In de rol van medisch adviseur van de ‘verzekeraar’ zal hij niet mogen aarzelen, indien na ‘afweging’ van alle relevante gegevens de weegschaal in zijn ogen doorslaat in een voor de betrokkene afwijzende zin, tot een afwijzende beslissing inzake diens aanspraak op arbeidsongeschiktheidsuitkering te komen.

De verzekeringsgeneeskundige zal daarbij het risico moeten nemen dat hij zich misschien vergist. Indien hij dat risico niet wil nemen, schiet hij tekort in zijn zorg voor een adequate uitvoering van de wet. (Indien ‘de weegschaal om en nabij het evenwicht blijft schommelen’, heeft de betrokkene het voorrecht van de twijfel!)

#### 4.3. Ontwikkeling verzekeringsgeneeskunde en arbeidskunde

Aan het slot van het ‘Juridisch prae-advies’ wordt met betrekking tot de verzekeringsgeneeskunde onder meer de volgende vraag geformuleerd: ‘Zou het niet tot een van de voornaamste taken van de verzekeringsgeneeskunde moeten worden gerekend de verzekeringsgeneeskundigen, die van dag tot dag met problemen inzake “meetbaarheid” kampen en (veelal) langs de weg van “afweging van waarschijnlijkheden” die problemen tot een oplossing zouden moeten brengen, voor deze afweging zoveel mogelijk “deugdelijke hulpmiddelen” – instrumenten – in handen te spelen?’

En dient deze vraag ook niet in de richting van de arbeidskunde te worden gesteld?

## Noten

- 1 en 2. Dr. J.H.R. van der Pas, 'Stellingen en standpunten, verzekeringsgeneeskundig bezien', gepubliceerd in 'Arts en Sociale Verzekering', 12e jaargang, maart 1974, nr. 1.
3. Gepubliceerd in 'Arts en Sociale Verzekering', 12e jaargang, september 1974, nr. 3.
4. Opgenomen in de bundel 'WAO, balans en perspectief'.
5. Opgenomen in de bundel 'WAO, balans en perspectief'.
6. Bron: de betreffende Jaarverslagen van de Gemeenschappelijke Medische Dienst.

# Arbeidsongeschiktheidscriteria – van ongevallenwetten naar arbeidsongeschiktheidswetten

door Dr. J.H.R. van der Pas\*

## 1. Inleiding

Bij een beschouwing over arbeidsongeschiktheidscriteria van ongevallenwetten tot onze recente arbeidsongeschiktheidswetten is het zinnig te beginnen met een beschouwing van de criteria van de kort durende arbeidsongeschiktheid en zulks in het bijzonder ten overstaan van de criteria van de blijvende, respectievelijk de lang(er) durende arbeidsongeschiktheid.

Alle verzekeringsstelsels, zowel de sociale als de particuliere, die als samenstel van verzekeringen arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval tot objecten van verzekering hebben, formuleren zonder uitzondering duidelijk onderscheiden criteria voor kort durende arbeidsongeschiktheid enerzijds en voor lang durende of blijvende arbeidsongeschiktheid anderzijds. Dit onderscheid is, zoals wij zullen zien, alleszins zinnig.

## 2. Het arbeidsongeschiktheids criterium bij de niet langer dan één jaar durende arbeidsongeschiktheid (Ziektewet)

In de huidige Ziektewet als – in beginsel – een verzekering tegen kort durende arbeidsongeschiktheid luidt het arbeidsongeschiktheids criterium onveranderd: de arbeidsongeschiktheid voor 'zijn arbeid' (art. 19, lid 1), hetgeen volgens constante jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep wil zeggen 'de laatstelijk in loondienst verrichte arbeid'. Bij de ongevallenwetten was dit – zij het iets anders geformuleerd – eveneens het geval. Voor de eerste zes weken van arbeidsongeschiktheid door een ongeval, waarin een zoge-

\* De auteur is oud-medisch adviseur van de Bedrijfsvereniging voor Detailhandel en Ambachten (Detam).

naamde 'tijdelijke uitkering' werd verstrekt, gold als criterium van arbeidsongeschiktheid 'zijn gewone werk in de onderneming van zijn werkgever' (art. 15, lid 1, van de Ongevallenwet 1921).

Statistisch is het in dit verband van belang te vermelden dat in enig jaar zowel bij de uitvoering van de Ziektewet als – destijds – bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1921 rond de 99% van de in dat jaar ontstane arbeidsongeschiktheid door ziekte, respectievelijk ongeval weer voorbij is (was) en dat na één jaar arbeidsongeschiktheid door ziekte, respectievelijk door ongeval rond de 1% van alle in enig jaar gemelde gevallen nog arbeidsongeschikt is, respectievelijk was.

Vormen deze gegevens als statistisch ervaringsfeit reeds een belangrijke grond voor een onderscheid tussen de arbeidsongeschiktheidscriteria voor kort en lang durende arbeidsongeschiktheid, er is nog een meer wezenlijk onderscheid dat in een algemeen menselijke ervaring gegrond is. Deze ervaring is hierin gelegen dat alle gevallen van kort durende arbeidsongeschiktheid worden gezien zoals zij in feite zijn, namelijk passagère storingen in ons bestaan, die de normale gang van het leven en dus ook die van de arbeid slechts tijdelijk verstoren en, in toekomstperspectief gezien, deze niet wezenlijk of blijvend onderbreken. De binding aan de laatstelijk verrichte arbeid blijft bij de kort durende arbeidsongeschiktheid psychologisch en moreel bestaan; zelfs juridisch nadat in artikel 1639 h (3) van het Burgerlijk Wetboek is vastgelegd dat de werkgever geen ontslag kan geven 'gedurende de tijd, dat de arbeider ongeschikt is tot het verrichten van zijn arbeid wegens ziekte, tenzij de ongeschiktheid minstens twee jaar heeft geduurd'.

Bij de kort durende arbeidsongeschiktheid blijft de hoop op herstel, op een medische, althans functionele restitutio ad integrum, dat wil zeggen ook op de hervatting van de laatstelijk verrichte arbeid en daarmee op de terugkeer van de pre-existente levensgang in beginsel bestaan. Medisch gezien dient er vanzelfsprekend in dit opzicht een verantwoorde verwachting te bestaan. Dit vereist van de verzekeringsgeneeskundige een beslagenheid in de medische prognostiek in het algemeen, en soms een zekere mate van kennis van de arbeidsgeneeskunde met betrekking tot de verwachting van het weer geheel geschikt worden voor 'zijn arbeid'. Zolang deze verwachting bestaat, kan men van een kort durende arbeidsongeschiktheid spreken, ook al duurt deze enige jaren.

In het zicht van het voorafgaande is het zeer juist gezien dat in de samenwerkingsregels tussen de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) en de bedrijfsverenigingen al jaren lang de afspraak is vastgelegd dat alle verzekerden met een arbeidsongeschiktheid, die langer dan één jaar duurt, en die wettelijk dus recht op een uitkering krachtens de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) hebben, maar waarbij medisch gezien de stellige verwachting bestaat dat zij binnen één tot anderhalf jaar weer geheel voor hun of haar werk geschikt zullen worden, niet medisch of arbeidskundig door de GMD worden beoordeeld, maar bij de medische diensten der bedrijfs-

verenigingen in beoordeling blijven totdat zij weer voor de laatstelijk verrichte arbeid geschikt zijn. Zij behoren tot categorie 1 van de samenwerkingsafspraken waaronder zij als code 11 worden geadministreerd.

Alle arbeidsongeschiktheid waarvan medisch in redelijkheid verwacht kan worden dat zij tot een volledig herstel van de pre-existente arbeidsgeschiktheid leidt, behoort ten principale aan de kant van de verzekeringscategorie der kort durende arbeidsongeschiktheid, ook al duurt deze arbeidsongeschiktheid langer dan één jaar. Het arbeidsongeschiktheids criterium van deze categorie is retrospectief: de laatstelijk voor het door ziekte intreden van de arbeidsongeschiktheid verrichte arbeid. Sinds de liquidatie van de Ongevallenwetten in 1976 kennen wij in ons land nog slechts één wet die tot deze categorie behoort: de Ziektewet.

### 3. Het arbeidsongeschiktheids criterium bij de langer dan één jaar durende arbeidsongeschiktheid (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW))

In tegenstelling tot het vermeldde in de laatste alinea sub 1 kan men ten aanzien van deze categorie stellen: alle arbeidsongeschiktheid waarvan medisch in redelijkheid verwacht kan worden dat zij niet tot een volledig herstel van de pre-existente arbeidsgeschiktheid leidt, behoort ten principale aan de kant van de verzekeringscategorie der lang durende arbeidsongeschiktheid. Hierbij zijn drie markante mogelijkheden te onderscheiden, die ieder aan medische bevindingen beantwoorden:

1. een blijvende algehele arbeidsongeschiktheid waarbij binnen afzienbare tijd op grond van medische bevindingen voorspelbaar de dood te verwachten is;
2. een blijvende algehele arbeidsongeschiktheid waarbij dit niet te verwachten is, waarbij dus de hoop op het leven blijft bestaan, maar waarbij op grond van de medische bevindingen duidelijk gesteld kan worden dat geen loonvormende arbeid meer mogelijk is;
3. een blijvende ongeschiktheid voor 'zijn arbeid', maar tevens een geschiktheid voor andere passende arbeid. Deze categorie hebben wij in 1964 de 'andersgeschikten' genoemd.

De eerste twee groepen zijn in de samenwerkingsafspraken tussen de GMD en de bedrijfsverenigingen in categorie 1, code 12 geplaatst. Dit houdt in dat zij niet door de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen van de GMD gezien of beoordeeld worden, maar waarbij de bedrijfsverenigingen het nodige contact onderhouden, meestal administratief, soms via de buitendienst en slechts zelden (humaan) medisch.



Voordat wij het arbeidsongeschiktheids criterium van WAO en AAW nader bezien, geven wij eerst een (na)beschouwing van het criterium van de drie in 1968 geliquideerde ongevallenwetten voor de langer dan zes weken durende (tijdelijke rente) en voor de blijvende ongeschiktheid (blijvende rente).

### **3.1. Het arbeidsongeschiktheids criterium ten aanzien van de voorlopige en definitieve renten van de ongevallenwetten**

Het arbeidsongeschiktheids criterium van de ongevallenwetten ten aanzien van de tijdelijke en definitieve renten luidde bij de Ongevallenwet 1901 als volgt: 'Voor de toepassing van deze wet wordt een werkman geheel of gedeeltelijk ongeschikt geacht tot werken indien hij geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend'. In de Ongevallenwet 1921 is hieraan toegevoegd: '... en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatste verricht heeft of op een naburige soortgelijke plaats'.

Ter vergelijking en vooral om het verschil met de criteria der ongevallenwetten duidelijk in het oog te doen springen, vermelden wij hier het arbeidsongeschiktheids criterium van de WAO in artikel 18, lid 1: 'Geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is hij, die tengevolge van ziekten of gebreken geheel of gedeeltelijk buiten staat is om met arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatste verricht heeft of op een naburige soortgelijke plaats het loon te verdienen, dat lichamelijk en geestelijk gezonde personen, van dezelfde soort en van soortgelijke opleiding, op zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen'.

Vergelijkt men de hiervoor vermelde drie arbeidsongeschiktheids criteria, dan ziet men

1. dat in de Ongevallenwet 1901 het arbeidsongeschiktheids criterium beperkt bleef tot de ongeschiktheid tot 'arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend';
2. dat in de Ongevallenwet 1921 hieraan werden toegevoegd een element van billijkheid met betrekking tot opleiding en vroeger beroep, alsmede een element van de plaats waar de arbeid verricht werd (of op een naburige plaats), maar geen bepaling omtrent een te verdienen loon;
3. dat in de WAO – voor de AAW geldt hetzelfde – aan dit alles is toegevoegd het geheel of gedeeltelijk buiten staat zijn om met de omschreven arbeid 'het loon' te verdienen van gelijksoortige gezonde personen van soortgelijke opleiding op soortgelijke plaats.

In de oude Invaliditeitswet ging het niet om de vraag of men 'het loon' geheel

of gedeeltelijk kon verdienen, maar of men al dan niet in staat was 'een derde van het loon' enzovoorts te verdienen. Dit kleine tekstuele verschil heeft het probleem van de klasse-indeling naar de mate van arbeidsongeschiktheid geboren doen worden.

Ter vervollediging: in de Interimwet Invaliditeitsrentetrekkingen van 1 januari 1963 (IWI) ging het om de vraag of de verzekerde nog in staat was om 20% (klasse A), 20-33% (klasse B) of in bepaalde gevallen 33-55% (klasse C) te verdienen.

In het begin der zestiger jaren hebben wij een uitvoerige studie inzake het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid bij de uitvoering van de ongevallenwetten verricht en met name naar de daarbij algemeen gebruikte invaliditeitstabellen of barema's.<sup>1</sup>

De basis van de schatting was – en is elders nog – de zogenaamde fysieke of medische invaliditeit. Het is een oud adagium bij de uitvoering der ongevallenwetten, dat de verzekerde na het ongeval met zichzelf vóór het ongeval vergeleken wordt, waarbij het gaat om de vermindering van de arbeidsgeschiktheid dóór het ongeval. Dit adagium vloeit voort uit het beginsel van het *risque professionnel* dat door Veldkamp<sup>2</sup> in meerdere publikaties als grondslag van de ongevallenwetten uit sociaal oogpunt is afgewezen, hetgeen ten slotte mede tot de liquidatie der ongevallenwetten heeft geleid.

Uitgaande van het *risque professionnel* konden de blijvende renten ingevolge de ongevallenwetten niet méér zijn dan evenredig schadeloosstellingen van het verlies van functies, het inboeten van lichamelijke integriteit en de vermindering van het fysiek arbeidsvermogen door het ongeval. Medisch zou dit niet eens onoverkomelijk zijn, gezien de vrij goed mogelijke objectiveerbaarheid van de lichamelijke letsels door en na een ongeval, maar om het verlies van functies enzovoorts te bepalen, heeft men overal bij de uitvoering van de ongevallenwetten zijn toevlucht tot tabellen of barema's genomen, waarbij aan ledematen, zintuigen en functies een hypothetische waarde werd toegekend, afhankelijk van een veronderstelde betekenis van het lidmaat, het zintuig of de functie in de 'algemene fysieke economie' van de volwassen, normale man. Men kwam aldus bij de ongevallenletsels tot gemiddelde percentages van verlies van arbeidsgeschiktheid, die verondersteld werden gemiddelden weer te geven van alle elementen die bij de schatting van de arbeidsongeschiktheid betrokken dienden te worden, onder anderen dat van de loonderving of het verlies aan productief arbeidsvermogen door het ongeval. Uitvoerige onderzoeken – ook in Nederland – hebben aangetoond dat deze benadering door middel van de tabellen een fictie was, zeker met betrekking tot de hoogte der schadeloosstellingen.<sup>3</sup> Bovendien bleek dat nergens enig wetenschappelijk verantwoord onderzoek was gedaan, dat aan de ongevallenbarema's een empirische basis verleende.

Wij hebben de schattingsmethode van de mate van arbeidsongeschiktheid bij de uitvoering van de ongevallenwetten door middel van barema's of tabellen als onjuist, quasi-wetenschappelijk, quasi-exact, quasi-objectief en berus-

tend op een objectivistische ken-houding dan ook geheel van de hand gewezen, zeker als een methode of uitgangspunt voor het schatten van arbeidsongeschiktheid in de zin van de WAO.

### 3.2. Het arbeidsongeschiktheids criterium bij de WAO en AAW

Wij zullen uit de lange en met betrekking tot het schatten van de arbeidsongeschiktheid bij de WAO in de bekende acht klassen, zeer verwarde geschiedenis slechts enige passages uit de Memorie van Toelichting op het wetsontwerp-WAO van 25 april 1963 vermelden. Wij lezen hierin onder andere: 'Het belangrijkste verschil tussen de indeling in vier invaliditeitsklassen in het advies van de SER van 1957 en dat van dezelfde Raad van 1960, waarin een indeling in acht klassen is gevolgd, moet worden verklaard uit een verschil in medisch inzicht. Sommige sociale-verzekeringsartsen zijn namelijk van mening, dat een schatting van invaliditeit bij ziekte zich moet beperken tot de graden van 25, 50 en 75% tussen 0 en 100%. Andere geneeskundigen echter stelden zich op een ander standpunt. Rekening houdende met de ongevalletsels, zowel in als buiten dienstverband ontstaan, wezen zij erop, dat voor deze oorzaken van invaliditeit geen ander stelsel van schatting behoeft te worden ingevoerd dan bij de uitvoering van de ongevalwetten is gevolgd. Deze deskundigen erkennen, dat invaliditeitsschatting bij ziekte minder eenvoudig is dan bij ongevalletsels, doch zij achtten het niet onmogelijk ook bij ziekte tot een fijnere schatting te kunnen komen dan de grove indeling in vier klassen. Zij wezen er daarbij op, dat ook bij de beroepsziekten in de ongevalwetten deze schatting in de praktijk is gebracht.

Wie die 'andere geneeskundigen' zijn geweest, die aldus geadviseerd hebben, hebben wij nimmer kunnen achterhalen. Het denken naar analogie van de ongevalwetten heeft bij hen in ieder geval een duidelijke rol gespeeld. Het merkwaardige is dat zij achteraf gezien niet eens ongelijk hebben gehad, zij het dan op geheel andere gronden dan hen voor ogen hebben gestaan. Het schatten in acht klassen is inderdaad niet onmogelijk, maar wel bijzonder moeilijk en kwetsbaar.

Het was dus in de jaren 1960, waarin de IWI en de WAO werden voorbereid in en buiten de medische wereld een vrij onduidelijke en verwarde toestand met betrekking tot de vraag op welke wijze overeenkomstig de arbeidsongeschiktheids criteria van IWI en WAO de gedifferentieerde schatting in meerdere klassen diende plaats te vinden. Technische adviezen werden vrijwel uitsluitend aan medici gevraagd en de beantwoording was niet bevredigend. In die jaren hebben wij een uitvoerige studie van het vraagstuk van de schatting in een verfijnd klassenstelsel bij de uitvoering van de op handen zijnde IWI en WAO gemaakt. Wij zijn begonnen met een paar categorieën af te zonderen waarin niet echt volgens de definities van arbeidsongeschiktheid geschat kan of behoeft te worden. De categorieën zijn:

1. tijdelijk gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid voor de eigen arbeid, waarvan medisch te verwachten is dat binnen afzienbare tijd hervatting van de eigen arbeid weer zal plaats vinden;
2. blijvende algehele arbeidsongeschiktheid die evident uit de medische bevindingen voortvloeit.

Dit heeft jaren na de invoering van de WAO er toe geleid dat deze categorieën niet meer door de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen van de GMD beoordeeld, maar uitsluitend door de verzekeringsgeneeskundigen van de bedrijfsverenigingen, uiteraard inclusief die van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK).

Aan de voorafgaande categorieën is nog een derde categorie toegevoegd:

3. die gevallen waarvan bij het einde van de wachttijd der WAO, dus op het einde van het ziektejaar nog geen zinnig woord over de medische prognostiek kan worden gezegd, met name niet of zij weer geheel voor de eigen arbeid geschikt zullen worden dan wel andersgeschikt.

Voor deze categorieën gold in het algemeen de voorwaarde dat er geen WAO-aspecten mochten bestaan in de zin van nodige voorzieningen. Bestaan deze wel, dan vindt een uitvoerige melding aan de GMD en behandeling door de GMD plaats.

Door de voorgaand vermelde regeling in de samenwerkingsafspraken tussen de GMD en de bedrijfsverenigingen wordt ongeveer de helft van alle gevallen die voor een WAO-uitkering in aanmerking komen, niet meer door de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen van de GMD gezien. Dit betekent uiteraard een grote werkbesparing voor de GMD, maar ook een taakverzwaring voor de medische diensten van het GAK en de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen.

Voor de andere helft van de gevallen die voor een WAO-uitkering in aanmerking komen, geldt dat in beginsel een schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid volgens de definitie van arbeidsongeschiktheid dient te geschieden.

### *3.2.1. De taak van de medicus bij het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid (WAO en AAW)*

De verzekeringsgeneeskundige dient na te gaan wat de verzekerde ondanks zijn ziekte, ongeval of gebrek medisch gezien nog wèl kan of mag doen. Daarbij dient hij tevens vast te stellen wat de verzekerde door zijn ziekte, ongeval of gebrek niet meer kan of mag doen. Wij hebben in onze studie van 1964 gesteld dat deze objectivering voor alles een functieanalyse met betrekking tot arbeid dient te zijn en dat het hierbij dus hoofdzakelijk en tenslotte om arbeidsgeneeskundige evaluaties gaat. Hiertoe kan men langs vele wegen komen.

Om vele wegen hiervan over te slaan, wijzen wij op een recent verschenen artikel van J.W. van Koten<sup>4</sup>, die geschreven heeft over het medisch functioneren binnen de GMD na tien jaar en over 'de groei naar een nieuw verzekeringsgeneeskundig paradigma'. Hij vermeldt dat vanuit de arbeidskundige visie binnen de GMD werd gesteld 'dat arbeid kan worden beschouwd als een complex van deeltaken en handelingen, welke, mits goed geïntegreerd, tot zinvol functioneren kan leiden'. Dit takenpakket wordt samengevat in een zogenaamd 'beroepsprofiel'. Hierin worden onder andere zwaarte en frequentie van de deeltaken schematisch vastgelegd. Naast 'het beroepsprofiel' hoort als 'medisch pendant' een hierop afgestemde beperkingen- en mogelijkhedenlijst (hier beperkingenlijst genoemd) waarin de medicus de mate en de aard van de handicap moet uitdrukken!

Hij behandelt daarna het oude probleem van belasting en belastbaarheid – de basis van de arbeidsgeneeskunde vanaf het begin – en komt tot vier hoofdthemata voor gebruik binnen de GMD:

1. de energiehuishouding in de context van belasting en belastbaarheid;
2. De menselijke biomechanica in de context van belasting en belastbaarheid;
3. belasting en belastbaarheid in de sociale verhoudingen;
4. mentale processen in de context van belasting en belastbaarheid.

Communis opinio is het intussen geworden dat de bijdragen van de verzekeringsgeneeskundigen van de GMD aan het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid in één van de acht klassen arbeidsgeneeskundige werkzaamheden zijn. Een bijzonder goede samenvatting van de arbeidsgeneeskundige aspecten van de sociale verzekering bij het ziekteverzuim heeft Prof.dr. G.C.E. Burger in 1974 geschreven.<sup>5</sup>

### *3.2.2. De taak van de arbeidsdeskundige bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid (WAO en AAW)*

Bezien wij nu nog eens de definitie van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 18, lid 1, van de WAO (zie 3.1) dan zal het duidelijk zijn dat de taak van de verzekeringsgeneeskundige niet verder gaat dan te objectiveren:

1. of de arbeidsongeschiktheid er een is wegens ziekte of gebreken;
2. wat de verzekerde nog wel, respectievelijk niet meer kan doen in arbeidsgeneeskundige categorieën;
3. wat de verzekerde nog wel, respectievelijk niet meer mag doen in 'klinische' categorieën<sup>6</sup>;
4. of de arbeid, waartoe de verzekerde na arbeidskundig onderzoek ten slotte in staat wordt geacht, voor zijn krachten is berekend.

- Al het andere, zoals in de definitie vervat, is niet des medicus, met name niet
- of de arbeid voor zijn bekwaamheid is berekend
  - of de arbeid met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen
  - of de arbeid er toe leidt dat het mogelijk is 'ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst verricht heeft of op een naburige soortgelijke plaats het loon te verdienen dat lichamelijk en geestelijk gezonde personen, van dezelfde soort en soortgelijke opleiding, op zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen'.

Dit alles is de arbeids- en loonkundige taak van de arbeidsdeskundige, in wiens benaming destijds besloten is beide taken samen te vatten. Hier verder tot in details op in gaan, zou in dit kader te ver voeren.

### 3.2.3. *Het tweede lid van artikel 18 van de WAO*

Voor de volledigheid dienen wij hier het tweede lid van artikel 18 van de WAO te vermelden. het is zeer moeilijk leesbaar. De eerste zin bevat 129 woorden! Het luidt: 'Degene, die op en sedert het tijdstip, dat zijn verzekering een aanvang neemt, in de zin van het vorige lid reeds gedeeltelijk arbeidsongeschikt is, wordt voor wat betreft de door hem aan deze wet te ontleen aanspraken als geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt aangemerkt, indien hij tengevolge van ziekten of gebreken geheel of gedeeltelijk buiten staat is om met arbeid, die is berekend voor zijn bij de aanvang van de verzekering nog aanwezige krachten en bekwaamheid en die hem met het oog daarop in billijkheid kan worden opgedragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst verricht heeft of op een naburige soortgelijke plaats te verdienen, hetgeen soortgelijke personen, die in dezelfde mate arbeidsongeschikt in de zin van het vorige lid zijn, op zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen. Indien de bij de aanvang van de verzekering aanwezige arbeidsongeschiktheid in de zin van het vorige lid naderhand is afgenomen, vindt het bepaalde in de vorige volzin vervolgens overeenkomstige toepassing, met dien verstande, dat voor de aanvang van de verzekering in de plaats treedt het tijdstip, waarop de arbeidsongeschiktheid in de zin van het vorige lid is afgenomen. Het bepaalde in de vorige twee volzinnen blijft buiten toepassing indien bij de aanvang van de verzekering de betrokkene uit hoofde van een vroegere verzekeringsperiode reeds in het genot is van een arbeidsongeschiktheidsuitkering'.

In 1974 hebben wij<sup>7</sup> erop gewezen dat de praktische en verzekeringsrechtelijke betekenis van de obligate toepassing van dit tweede lid van artikel 18 van de WAO in de eerste vijf jaar van de uitvoering van de WAO onvoldoende erkend en onderkend is. Dientengevolge heeft een niet te schatten, maar zeker ook niet te onderschatten aantal verzekerden een uitkering naar 80-

100% arbeidsongeschiktheid gekregen, die hun rechtens niet toekwam. Daarna is het betrekken van dit tweede lid van artikel 18 bij de meeste schattingen gemeengoed geworden. In de praktijk betekent het dat bij een schatting of herschatting moet worden nagegaan of en in welke mate een dan bestaande arbeidsongeschiktheid is toegenomen of afgenomen in vergelijking met een bij de aanvang der verzekering reeds bestaande mate van arbeidsongeschiktheid. Bij de conceptie van dit uit verzekeringsrechtelijk oogpunt alleszins begrijpelijk tweede lid van artikel 18 heeft men de toepassing ervan als een simpel rekensommetje gezien: men bepale het percentage arbeidsongeschiktheid in de zin van het eerste lid van artikel 18 van de WAO, bijvoorbeeld 65; men trekke hiervan af het eveneens te bepalen percentage van de mate van arbeidsongeschiktheid bij de aanvang der verzekering, bijvoorbeeld 25, en men komt zo tot 40% arbeidsongeschiktheid in de zin van het tweede lid van artikel 18 van de WAO. Men is er zich niet voldoende van bewust geweest, dat vooral het retrospectief objectiveren van een gezondheidstoestand en een daarop berustende mate van arbeidsongeschiktheid bij aanvang van de verzekering voor verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen een vaak ondoenlijke zaak is. Ook de deskundigen van de Raden van Beroep hebben hiermee vaak de grootste moeilijkheden. Men denke hierbij bijvoorbeeld aan psychiatrische aandoeningen met al hun fluctuaties in de loop van jaren.

#### *3.2.4. De verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid: het koekoeksei van de WAO*

Artikel 21, lid 2, van de WAO luidt: 'Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt, zoveel doenlijk, rekening gehouden met: a. door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte, verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid als bedoeld in artikel 18, eerste of tweede lid; b. verkregen nieuwe bekwaamheden'.

Dit tweede lid van artikel 21 van de WAO, sub a, is vrijwel letterlijk uit de Ongevallenwet 1921 (artikel 18) overgenomen. Dit artikel 18 is er in gekomen door een amendement van de heer Sannes bij de herziening van de Ongevallenwet 1901 in 1921. De bedoeling was aan de door een ongeval ernstig getroffen die volgens de tabellen bijvoorbeeld slechts 70% arbeidsongeschikt moesten worden geacht, zoals bijvoorbeeld bij een amputatie van een dijbeen op de grens van middelste en bovenste derde deel, een volledige rente toe te kennen omdat zij praktisch niet in staat waren de theoretisch aanwezig geachte restcapaciteit van 30% loonproductief te maken.

Bij de parlementaire behandeling van het wetsontwerp-WAO had dit tweede lid, sub a, van artikel 21 naar de mening van parlement en regering weliswaar in de WAO gemist kunnen worden, maar het was er naar hun oordeel niet in misplaatst. 'Niet misplaatst' waren ook de woorden van minister Veldkamp

in zijn Memorie van Antwoord<sup>8</sup> waarin hij verder duidelijk een analoge toepassing van dit artikel aan dat van de ongevallenwetten bepleitte.

Niet minder, maar ook niet meer.

Toen de WAO dan in 1967 was ingevoerd, schreef de toenmalige, nieuwe minister van Sociale Zaken, Roolvink, aan de Sociale Verzekeringsraad dat 'de verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van werk duidelijk van toepassing zal zijn op het geval dat een verzekerde theoretisch wel in staat moet worden geacht zijn restvaliditeit aan te wenden, doch er praktisch niet in slaagt – juist door zijn handicap – arbeid te vinden'. Daarmede was een sociaal-politieke beslissing genomen, die de weg vrijmaakte voor een zeer ruime toepassing van artikel 21, lid 2, sub a, van de WAO.

### De jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep

Wat leert ons de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep? Ten aanzien van de toepassing van artikel 18 van de Ongevallenwet is deze vóór 1967 steeds zeer terughoudend geweest en beperkt gebleven tot ernstige handicaps. Ook na 1967 is de jurisprudentie ten aanzien van artikel 21, lid 2, sub a, van de WAO zeer terughoudend geweest. Zeer duidelijk is de uitspraak CRvB 7 juli 1972, WAO 1971/243 geweest, waarvan een deel van de samenvatting uit Rechtspraak Sociale Verzekering 1973, nr. 20, hierbij wordt vermeld: 'De opvatting dat een eenmaal toegekende arbeidsongeschiktheidsuitkering volledig zou dienen te worden voortgezet totdat de invalide werknemer naar de arbeid is teruggekeerd en totdat is komen vast te staan dat hij deze arbeid duurzaam kan verrichten, is niet juist. Deze opvatting vindt in de wet en met name ook in artikel 21, lid 2, sub a, geen steun. In dit artikel wordt immers uitdrukkelijk gesproken van door de arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde 'gelegenheid' tot het 'verkrijgen' van arbeid. Dat een eenmaal toegekende arbeidsongeschiktheidsuitkering zou moeten worden voortgezet totdat in feite arbeid is verkregen, valt uit dit artikel niet te lezen en is met de inhoud daarvan zelfs niet verenigbaar.'

In andere uitspraken heeft de Centrale Raad van Beroep duidelijk gesteld dat er voor het *niet* toepassen van artikel 21, lid 2, sub a, een reële verdien capaciteit moet bestaan en niet bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheid van 55-65%. Merkwaardig is dat de duidelijke jurisprudentie weinig invloed op de toepassing van artikel 21, lid 2, sub a, door de GMD heeft gehad.

Men dient overigens wel te bedenken dat de tienduizenden uitkeringgenieten die op grond van artikel 21, lid 2, sub a, 80-100% arbeidsongeschikt worden geacht, uiteraard niet hiertegen in beroep gaan.



## De omvang van de toepassing

Even iets over de kwantiteit van deze – wat ik nu verder maar zal noemen – '21, 2, a-gevallen'. Officieel ligt er statistisch niets van vast. Voor de Detam hebben wij in 1974 kunnen vaststellen dat het 40% van ons toenmalig WAO-bestand omvatte. Het lijkt mij verantwoord om minstens 35% van het huidige WAO-bestand tot de '21, 2, a-gevallen' te rekenen, dat wil zeggen – thans – een kleine 150 000 uitkeringgenietenden die 80% van hun dagloon ontvangen.<sup>9</sup>

## Standpunten GMD-Federatie van Bedrijfsverenigingen en Sociale Verzekeringsraad

In 1973 hebben delegaties uit GMD en Federatie van Bedrijfsverenigingen overleg gepleegd met de Commissie toezicht op de uitvoeringsorganen van de Sociale Verzekeringsraad. Het resultaat is vervat in een nota van 25 mei 1973 aan de bedrijfsverenigingen. Ik citeer: 'Uitgangspunt is dat men bij werkloosheid van de gehandicapte primair uitgaat van het vermoeden dat er in het algemeen een oorzakelijk verband is tussen de aanwezige werkloosheid en de handicap. Slechts in bepaalde gevallen – wanneer objectief aantoonbare feiten in tegengestelde richting wijzen – zal dit vermoeden moeten wijken.' In het bijzonder werd op een intensieve begeleiding aangedrongen, hetgeen de Centrale Raad van Beroep in deze gevallen ook steeds zo nadrukkelijk doet. Door de GMD was kort daarvoor het systeem van de Registratie van Reïntegratie-Aktiviteiten (RRA) ingevoerd. Het is een heel verhaal, waarover hier geen bijzonderheden. Belangstellenden mogen worden verwezen naar het artikel van W.A. Zweekhorst in Sociaal Maandblad Arbeid van oktober 1977, waarin de resultaten van vijf jaar RRA-activiteiten worden geanalyseerd en tot de slotsom wordt gekomen dat de intensieve begeleiding vrijwel niets heeft opgeleverd.

## Nieuwe benadering in de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW)

Dan komt in 1976 de Algemene arbeidsongeschiktheidswet, de AAW. In het aan artikel 21, lid 2, sub a, van de WAO analoge artikel 12, lid 2, sub a, worden nu twee bepalingen toegevoegd:

1. beperking van de toepassing tot een bepaalde termijn, waarbij vooral aan jongeren is gedacht.
2. beëindiging van de toepassing indien er voor de betrokkene passend werk uit hoofde van de Wet Sociale Werkvoorziening beschikbaar is.

Tot nu toe hebben wij bij de Detam hiervan slechts in sporadische gevallen

iets gemerkt, maar de uitvoering van de AAW is niet te vergelijken met die van de WAO.

Belangrijker is dat in de Memorie van Toelichting op de AAW (1974-1975, 13281, pag. 57) wordt opgemerkt dat deze beperkingen in de AAW ook zullen gaan gelden voor de WAO. In een daarna plaatsgevonden overleg tussen de Federatie van Bedrijfsverenigingen en de Sociale Verzekeringsraad is vastgesteld dat 'de hantering van deze wetsaanpassingen vooralsnog beperkt wordt tot individuele gevallen waarin van de toepassing van de betreffende bepalingen het meeste resultaat wordt verwacht.'

### Standpunt werkgeversorganisaties

Interessant is nog wat door de werkgeversorganisaties VNO en NCW in 1975 naar voren is gebracht, namelijk om de maatstaf van de *verdiencapaciteit* geheel uit de arbeidsongeschiktheidscriteria van de WAO en de AAW te schrappen en te vervangen door de maatstaf van de *arbeidscapaciteit* en met name het vermogen tot het verrichten van passende arbeid.<sup>10</sup>

In mijn dissertatie van 1964, 'Validiteitsschattingen', (let wel: niet *invaliditeitsschattingen*) heb ik het probleem van de schattingen van arbeidsongeschiktheid grondig geanalyseerd, ook internationaal. Het is mij altijd nog een grote voldoening dat grosso modo de systematiek van de schattingen voor de WAO, die ik daarin ontwikkeld heb, nog steeds de systematiek van de GMD is. Welnu, mijn bezwaren tegen de voorstellen van VNO en NCW is dat de vervanging van de verdiencapaciteit door de arbeidscapaciteit als criterium onvermijdelijk leidt tot overwegend medische schattingen volgens het medisch model, dat wil zeggen in een objectivistische benadering van mens en arbeid. Arbeid is uiteindelijk niet een volkomen bepaalbaar object, omdat arbeid tenslotte een allerindividueelst 'ontwerp' is van de menselijke persoon in het existentiële spanningsveld tussen deze mens en zijn wereld. Dit ontwerpen geschiedt bij mondige mensen in een zelfbepalende vrijheid en verantwoordelijkheid. En de mens is evenmin een volkomen bepaalbaar object bij de schatting. Een invaliditeitsschatting dient vanaf het begin een dialogische ontmoeting te zijn tussen de arts en andere deskundigen met de gehandicapte mens.

### Stijging óók van het aantal uitkeringsgenietenden door de toepassing

Nog één zaak: men zal het misschien met mij eens zijn dat de toepassing van artikel 21, 2, a, WAO, in belangrijke mate tot de zeer hoge uitkeringen van de WAO heeft bijgedragen, maar men zal misschien ook willen opmerken dat daarmee de enorme stijging van het aantal WAO-uitkeringsgenietenden niet wordt verklaard.

Men vergisse zich niet. Stel dat artikel 21, 2, a, niet in de wet stond en dat in elk geval een echte schatting van de verdien capaciteit zou moeten geschieden. Dan zou ook het aantal WAO-uitkeringgenietenden ongetwijfeld zeer sterk dalen. Iedereen – werkgever en werknemer – weet dat men maar weinig behoeft te mankeren om in de WAO te komen. Wij kennen allen uit de literatuur de verwijten aan de werkgevers dat zij hun werknemers die wat mankeren, in de WAO proberen onder te brengen. Wij kennen ook de verwijten aan de werknemers dat zij aan de lijn ZW-WAO-AOW de voorkeur geven boven de lijn WW-WWV-Bijstand. Ik heb voor beiden begrip. Maar als artikel 21, 2, a, niet in het geding was, zouden beiden zich wel tienmaal bedenken voordat zij de lijn ZW-WAO-AOW zouden nastreven en zou het aantal WAO-uitkeringsgenietenden ook sterk dalen.

#### 4. De ontwikkelingen in 1979 en 1980

In 1979 kwam de regering met een Notitie Volumebeleid. Hierin is ook aandacht besteed aan de toepassing van artikel 21 van de WAO, respectievelijk het analoge artikel 12 van de AAW. In de lijst van antwoorden op de door de kamercommissie gestelde (133) vragen wordt speciaal ingegaan op de termijnstelling van de verdiscontering van de werkloosheid. Er wordt opgemerkt dat hierover de afgelopen jaren een uitvoerige discussie heeft plaatsgehad. Daarbij is bezien of naast de individuele toepassing ook een categorale toepassing zou dienen plaats te vinden.

Door de Sociale Verzekeringsraad is op 20 november 1978 over de problematiek van de termijnstelling rapport uitgebracht. De Sociale Verzekeringsraad heeft op 18 juni 1979 meegedeeld dat de problematiek van de termijnstelling in het bredere kader van de reïntegratie in het arbeidsproces van de gehandicapten in studie is genomen en voorts, dat ten aanzien van de termijnstelling nog geen informatie beschikbaar was, doch dat in overleg met de uitvoeringsorganen een informatiesysteem zou worden ontwikkeld.

De staatssecretaris van Sociale Zaken, L. de Graaf, heeft eind 1980 de Sociaal-Economische Raad (SER) advies gevraagd inzake een Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers, waarin het onder andere de bedoeling is tot een verplichte quote-regeling van 5% gehandicapten in bedrijven van meer dan 20 werknemers te komen. Hiernaast is in 1980 begonnen met een poging tot snellere reïntegratie van gedeeltelijk gehandicapten in het bedrijfsleven in het kader van artikel 30 van de Ziektewet in een samenwerking tussen bedrijfsverenigingen en Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD).

Bij de kantoren Rotterdam en Tilburg van de GMD is sinds een paar jaar een proefneming aan de gang inzake het zogenaamde 'afschatten' van WAO-ers, op wie artikel 21, 2a, van de WAO respectievelijk artikel 12, 2a, van de AAW van toepassing is, door middel van een meer intensieve begeleiding naar herplaatsing in het arbeidsproces met inachtneming van een termijnstelling

van een half tot één jaar. De discussie of deze experimenten door alle GMD-vestigingen dienen te worden overgenomen, is nog in volle gang.

De oplossing is een (sociaal-)politieke zaak

De oplossing is tenslotte een politiek en sociaal-politiek probleem en daarbij ook een probleem van vestzak-broekzak. Hierop in te gaan, is mijn zaak niet. Als medicus wil ik alleen nog stellen dat de huidige toepassing van artikel 21, 2, a, WAO, en artikel 12, 2, a, AAW

- tot een vervaging van de grenzen tussen ziek en gezond, gehandicapt en niet gehandicapt, invalide en niet invalide leidt, waaruit tenslotte geen mens en geen arts meer wijs wordt
- dat wij steeds meer mensen als invalide stigmatiseren en tot 'medical deviants' maken
- dat naar mijn vaste overtuiging en lange ervaring er een sterk invaliderende en anti-revaliderende werking van uit gaat.

# Noten

1. Van der Pas, J.H.R., Validiteitsschattingen. Van Gorcum en Cie, Assen 1964, 119-163.
2. Veldkamp, G.M.J., Enkele kritische opmerkingen over het risque professionnel. SMA 1 (1946) 125. Eveneens: Individualistische karaktertrekken in de Nederlandse sociale arbeidsverzekering. N. Samsom NV, Alphen aan den Rijn 1942.
3. Wij vermelden hier alleen de onderzoeken van 1957 en 1959 van het Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Duitsland, gepubliceerd door Brakel, J., Über die verdienste Unfallverletzter-Ergebnisse einer statistischen Untersuchung, Bundesarbeitsblatt 10 (1959) 515. Eveneens: Brakel, J., Die Arbeitsverdienste von Schwerverletzten in der gesetzlichen Unfallversicherung, Bundesarbeitsblatt 13 (1962) 220. Bij deze zeer uitgebreide onderzoeken bleek dat slechts in 7½% een overeenkomst tussen het percentage arbeidsongeschiktheid ('Minderung der Erwerbsfähigkeit') en de feitelijke vermindering van het inkomen bestond.
4. Koten, J.W., zie zijn bijdrage in deze uitgave.
5. Burger, G.C.E., Arbeidsgeneeskundige aspecten van de sociale verzekering bij ziekteverzuim (ZW en WAO), in de bundel WAO-balans en perspectief, aangeboden aan A.G. Mater bij zijn afscheid als directeur van de GMD. Niet in de handel, 1974, pag. 79-94.
6. Een van onze stellingen bij het proefschrift van 1964, Validiteitsschattingen luidde: Wat een patiënt medisch mag doen, wordt méér door klinische dan door arbeidsgeneeskundige inzichten bepaald; voor wat een patiënt medisch gezien kan doen, geldt het tegengestelde. De grens is uiteraard niet zo scherp te trekken, maar als stelling bij een proefschrift was deze verantwoord!
7. Van der Pas, J.H.R., WAO – doel en verwerkelijking. Stellingen en standpunten, verzekeringsgeneeskundig bezien. Arts en Sociale Verzekering 12 (1974) 4-11, T. soc. Geneesk. 52 (1974) 196-203; Van der Pas, J.H.R., De validiteit van validiteitsschattingen. Arts en Sociale Verzekering 12 (1974) 93-103, T. soc. Geneesk. 52 (1974) 677-686.
8. Memorie van Antwoord op het wetsontwerp-WAO, Handelingen van de Tweede Kamer, zitting 1964-1965, 7171, 14 april 1965.
9. Zie ook de schattingen van F.A.J. van den Bosch en C. Petersen in hun bijdrage in deze uitgave.
10. Zie ook: Koekoekseieren van de WAO, J.H.R. van der Pas, Sociaal Maandblad Arbeid 1979.

# Het medisch functioneren binnen de GMD na 10 jaar

Of: De groei naar een nieuw verzekeringsgeneeskundig paradigma

door J.W. Koten, arts\*

*'Om een nieuwe structuur te vinden moet men ook wel waarnemingen doen, maar pas door een gedachtenspel kunnen de waargenomen bestanddelen hun juiste rangschikking tot structuur krijgen.'*

M. Foucault

## 1. Inleiding

Indien men nu, op afstand na 10 jaar, de beginperiode van het medisch functioneren binnen de GMD overziet, ontkomt men niet aan de indruk dat het verzekeringsgeneeskundig denken destijds (in 1966) nog grotendeels stelde op opvattingen, die ontwikkeld waren bij de Sociale (Rijks)-verzekerings Bank. Verwonderlijk is dit niet. Een groot deel van de functionarissen, vooral in de sleutelposities, was bij de oprichting van de GMD afkomstig van de 'Bank', waar bij de uitvoering van de invaliditeitswetgeving de 'harde' traumatologie op de voorgrond stond. Het was niet te verwachten dat zij bij de start van een principiële nieuwe wetgeving plotseling het hun vertrouwde denkkader zouden loslaten.

De verzekeringsgeneeskundige denkwereld van destijds zou men als volgt kunnen schetsen:

1. De medische zorg was vooral gericht op de behandeling, waarbij men soms aanvullend optrad ten aanzien van de behandelende sector. Het bevorderen van de beroepsgeschiktheid en de begeleiding naar passende arbeid stond minder op de voorgrond.
2. De oordeelsvorming was in de eerste plaats op het lichamelijke gericht, psychische, sociale en economische aspecten legden daarbij nauwelijks gewicht in de schaal.
3. Er bestond een duidelijke juridische afpaling van het verzekeringsgeneeskundig denken, waarbij de structuren van de wet niet altijd congruent waren met medische behoeften en opvattingen.

\* De auteur, medewerker Bureau Wetenschappelijk Onderzoek GMD, is dank verschuldigd aan de directie voor haar kritisch commentaar. Ook Dr. M. Timmer, hoofd Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de GMD en de heer J.A. de Jonge, oud-voorzitter Raad van Arbeid Nijmegen, wordt dank gebracht.

Spoedig werd het echter duidelijk dat men bij de uitvoering van de WAO de bestaande opvattingen voor nieuwe moest inruilen, ook al om opgewassen te zijn tegen de andersoortige problematiek waarmee men binnen de GMD dagelijks werd geconfronteerd. Daarnaast werden ook vanuit de arbeidskundige sector, de nevenpartij binnen de GMD, steeds meer kritische vragen opgeworpen. Hierdoor werd het denkproces omtrent uitgangspunten bij het verzekeringsgeneeskundig handelen steeds urgenter aan de orde gesteld. In deze inleiding hopen wij enkele van de meest actuele themata, die thans binnen de GMD in discussie zijn, nader te duiden en tevens te plaatsen in het denkweefsel van een nieuw groeiend verzekeringsgeneeskundig paradigma.

## 2. De problemen rond de invoering van de 'ACD'

Een van de ontwikkelingen binnen de GMD is de introductie geweest van de arbeidscomplexen documentatie (hier als ACD afgekort), die vanuit de arbeidskundige sector werd ontwikkeld en vrij recent ingrijpend is vernieuwd. Vanuit de arbeidskundige visie werd gesteld, dat arbeid kan worden beschouwd als een complex van deeltaken en deelhandelingen welke, mits goed geïntegreerd, tot zinvol functioneren kan leiden. Dit takenpakket wordt samengevat in een zogenaamd 'beroepsprofiel'. Hierin worden onder andere zwaarte en frequentie van de deeltaken schematisch vastgelegd. Naast het 'beroepsprofiel' hoort als 'medische pendant' een hierop afgestemde beperkingen- en mogelijkhedenlijst (hier beperkingenlijst genoemd), waarin de medicus de mate en aard van de handicap moet uitdrukken. Zowel voor de schatting (dit is het in een percentage uitdrukken van het verlies aan verdien-capaciteit door ziekte en gebrek) als voor de planning van voorzieningen in de werksfeer en de leefsituatie, is deze beperkingenlijst een onmisbaar uitgangspunt. Deze leidt tot een snelle oriëntering omtrent handicaps en restmogelijkheden. Dit is bij arbeidskundige begeleiding van grote betekenis.

De invoering van de beperkingenlijst nieuwe stijl heeft het functioneren van de GMD, na aanvankelijke weerstanden overigens, duidelijk op een hoger peil gebracht. De overlegsituatie tussen de beide GMD-sectoren krijgt hierdoor een betere structurering. Ondanks deze positieve feiten kan toch niet ontkend worden dat zich bij het verantwoord invullen van de nieuwe versie van de beperkingenlijst aanzienlijke problemen voordeden, vooral bij de medische sector. Een aantal van deze knelpunten kan door een verdere bezinning op en heromschrijving van de onderscheiden aspecten op korte termijn worden opgelost. Er blijft echter een aantal vragen bestaan waarop de 'courante' medische kennis en ervaring geen pasklare antwoorden kan geven. Het gegradeerd schatten van het functieverlies vraagt immers een nauwkeurige afweging van mogelijkheden en eisen, of korter gesteld 'wat de cliënt kan' en 'wat van hem mag worden gevergd.' Met andere woorden: bij het invullen van de beperkingenlijst is inzicht in de concepten van belasting en

belastbaarheid noodzakelijk. Dit temeer omdat bij toetsing door de beroepsrechter de medische gedachtengang duidelijk geëxpliciteerd moet kunnen worden.

### 3. Het concept belasting en belastbaarheid

In essentie houdt het concept belasting en belastbaarheid in, dat de 'taak' (belasting) moet worden afgewogen tegen het 'kunnen' (belastbaarheid). In WAO-context is dit 'kunnen' verminderd als gevolg van ziekte of gebrek. Belasting (de zwaarte van een taak) en de belastbaarheid (het maximale vermogen dat men kan leveren) behoren immers beneden een zekere redelijke verhouding (belastingsgraad) tot elkaar te staan; zo nemen wij aan dat een dagtaak nooit zwaarder mag zijn dan een belastingsgraad van ongeveer één-derde. Voor ouderen wordt gewoonlijk een nog wat lagere norm aangehouden.

Het probleem van 'belasting en belastbaarheid' is reeds van de aanvang af binnen de GMD een heet hangijzer geweest, vooral omdat het door de verschillende functionarissen uit een verschillende invalshoek werd benaderd. Dikwijls bleek, dat bij een aanpassing van een WAO-gerechtigde aan een nieuwe arbeidssituatie dit begrip wel in gedachten werd benaderd, mogelijk zelfs schuchter werd uitgesproken, doch slechts zelden praktisch werd gehanteerd. De oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat de medische bemoeienis met de WAO-verzekerde te veel en te lang uitsluitend in handen is geweest van artsen die gewend waren langs de gebruikelijke klinische lijnen te denken, zoals in ziekte-eenheden, ziekmakende oorzaken en de daarop betrokken geneeskundige maatregelen. Het is moeilijk deze haast vanzelfsprekende 'diagnostiek-ziekte-therapie' lijn los te laten en te vervangen door een nieuw denkstramien: de vaststelling en meting van het functieverlies, de prognose en de inpasbaarheid van de betrokkene in de werk- of leef sfeer.

Deze profilering van een door ziekte of gebrek gehandicapt mens als uitgangspunt voor een mogelijke begeleiding naar een zo groot mogelijke onafhankelijkheid in het bestaan en het vinden van de daartoe geëigende juridische kaders, werd tot voor kort beschouwd als een van de grensgebieden van de geneeskunde. In deze context mag worden gesteld dat het wetenschappelijk uitdiepen van de verzekeringsgeneeskundige problemen op universitair niveau nog nauwelijks geschiedt, terwijl er toch onderzoeksthema's voor het oprapen liggen. Een medicus als hoogleeraar sociale verzekeringsgeneeskunde zou in deze binnen een faculteit stimulerend kunnen optreden. Bovendien beseft men zelfs binnen het universitaire bestel en de medische opleidingen nog onvolledig, dat men niet kan volstaan met het uitsluitend cureren van de ziekte, doch dat men de partieel herstelde patiënt vaak moet voeren naar een nieuwe wijze van menselijk functioneren, zowel fysiek als psychisch, thuis alsmede in de arbeidssituatie.



Het verbeteren van het leefklimaat van een gehandicapte en het inpassen van deze in zijn oude, of mogelijk nieuwe omgeving, roept vele medische, sociale en juridische problemen op, hetgeen tot een specifieke vakbekwaamheid dwingt.

#### 4. GMD-benadering van de problemen rond 'belasting en belastbaarheid'

Gezien het feit, dat voor de oplossing van het probleem 'belasting en belastbaarheid' weinig heil van de curatieve universitaire sector<sup>1</sup> te verwachten was, werd de GMD door de 'nood der omstandigheden' gedwongen zelf nieuwe wegen te banen, zover het mogelijk was. De instructie betreffende het onderwerp 'belasting en belastbaarheid' kreeg hoge prioriteit, hetgeen resulteerde in de introductie van dit onderwerp bij de scholing van de GMD-functionarissen. Dit heeft geleid tot een zinvolle discussie, zodat verwacht mag worden dat binnenkort de meest saillante punten gemeengoed zullen zijn geworden.

Het concept belasting en belastbaarheid werd voor GMD-gebruik om pragmatische en didactische redenen verdeeld in 4 hoofdthematata, zoveel mogelijk aansluitend bij de aard van het dysfunctioneren van de GMD-verzorgden.

##### 4.1. De energie-huishouding in de context van belasting en belastbaarheid

Bij dit thema wordt de arbeidstaak (ook wel last) zoveel mogelijk uitgedrukt in termen van 'energetische belasting'. De verzekeringsgeneeskundige dient vervolgens af te wegen in hoeverre de (gestoorde) ademhaling en/of bloedsomloop aan deze energie-vraag kunnen voldoen. Dit vereist een goed inzicht in de pathofysiologie van de ademhalingsorganen, het hart en de bloedvaten. Immers dit verschaft de grondslag voor de interpretatie van hart- en longfunctie-proeven. Ofschoon hart- en longaandoeningen, vanuit nosologische gezichtshoek bezien van volkomen andere aard zijn, kunnen zij in deze context als een functionele eenheid worden gepresenteerd.

Dit verheldert de gedachtengang, daar complexe aandoeningen tot enkele elementaire functiedefecten kunnen worden teruggebracht.

##### 4.2. De menselijke biomechanica in de context van belasting en belastbaarheid

Bij dit thema wordt de arbeidsbelasting gepresenteerd als een vorm van kinetische of statische belasting, waarop de krachtenleer van de klassieke mechanica van toepassing is. De vraag doet zich voor hoe groot de bijdrage van de (gestoorde) bewegingsorganen aan dit krachtenspel mag zijn. Dit

vereist uiteraard een goed inzicht in de bouw, functie en bewegingsrythmie van het bot, gewricht, spier en (ten dele ook) het zenuwstelsel, als grondslag voor de pathomechanica van de sta-, loop-, grijp- of draagfunctie. Hierbij komen tevens ergonomische aspecten aan de orde. Wij signaleren ook hier weer dat nosologisch verschillende aandoeningen met een identiek functiedefect als entiteit kunnen worden gepresenteerd.

Bij de instructie blijkt steeds weer de noodzaak om de elementaire beginselen van de mechanica in herinnering te roepen. Wij mochten hierbij ervaren dat medici van de technische inzichten vanuit de arbeidsdeskundige hoek kunnen profiteren.

### **4.3. Belasting en belastbaarheid in de sociale verhoudingen**

Bij dit thema staan 'life events', dit zijn schokkende gebeurtenissen, die het psychosomatische evenwicht verstoren en 'oorzaken van een verlaagde stress tolerantie' centraal. De schokkende gebeurtenis (een ongelukkig huwelijk, conflicten op het werk, dreigend ontslag) representeert hier de belasting, de stress-tolerantie de belastbaarheid.

Beide elementen dienen tegen elkaar te worden afgewogen.

Bij een wanverhouding (overbelasting) ontstaan psycho-emotionele reacties, vaak in de vorm van een 'stress reactie', welke zich meestal in de lichamelijke sfeer uiten.

De importantie van dit onderwerp behoeft geen betoog, gezien de grote aantallen patiënten, die wegens psychisch disfunctioneren WAO-kandidaten zijn geworden. Binnen de GMD-context is bij de begeleiding naar passende werkzaamheden het herkennen van potentionele oorzaken van relationele conflicten in de werksfeer uiteraard zeer belangrijk.

### **4.4. Mentale processen in de context van belasting en belastbaarheid**

Dit thema wordt niet ten onrechte verward met het voorgaande. Ofschoon conflicten mentaal belastend kunnen zijn, bespreken wij binnen deze context hoofdzakelijk de meer quantificeerbare aspecten van het functioneren van de hersenen en de zintuigen. Mentaal disfunctioneren hangt samen met een gestoorde 'Lebensfunktion', psycho-emotionele conflicten zijn een uiting van de 'Lebensgeschichte'.

Als voorbeelden van mentale belasting gelden: lawaai, ploegendienst, temporearbeid, taken waarbij een voortdurende oplettendheid vereist is, monotonie en dergelijke. Bij overbelasting treedt een onaangename vermoeidheid op welke zich kan uiten in een vermindering van denk- en waarnemingsvermogens. Ongevallenbestrijding is derhalve nauw met dit onderwerp verbonden. De oorzaak van verminderde belastbaarheid van de mentale vermogens is

gewoonlijk een combinatie van somatische en psychische factoren. Het omvat zowel het bekende vermoeidheidsgevoel na een griepje als het niet meer kunnen volgen van tempo-arbeid bij voortgeschreden aderverkalking van de hersenvaten.

##### 5. Wat is nu de consequentie van deze visie voor het (toekomstig) functioneren van de GMD?

Wat de meer somatisch gerichte defecten betreft zal men binnen het kader waarin de GMD werkt nog meer betekenis moeten gaan toekennen aan onderzoeken als het longfunctie-onderzoek, cardiologische belastingproeven, de belangrijkste biochemische parameters, observaties tijdens loopproeven op het tapis roulant en dynamometrisch spieronderzoek. Daar waar mogelijk zal intuïtie plaats moeten maken voor toetsbare functiebepalingen. Dit zal hopelijk uitmonden in een betere vraagstelling aan de behandelende sector zodat overleg vanuit eigen deskundigheid kan worden gevoerd. Daarnaast zal de GMD moeten overwegen of het niet verantwoord is, daar waar hij geen adequate beantwoording van zijn vraagstelling kan krijgen, gespecialiseerde instituten of laboratoria te verzoeken namens hem bepaalde functie-onderzoeken te verrichten.

Het is duidelijk dat men niet uitsluitend met functieproeven tot een optimale taxatie van het belastingsvermogen kan komen.

Bij het expliciteren van defecten in de socio-emotionele sfeer en in mindere mate ook bij het taxeren van het mentale belastingsvermogen worden hoge eisen gesteld aan de communicatievaardigheid van de medewerkers. Slechts door een goed gevoerd gesprek naar vorm en inhoud zal men de zachtere categorieën, zoals de relationele stoornissen in gezin of werksituatie, kunnen expliciteren en naar waarde evalueren. Naast de betekenis van het gesproken woord dient men hierbij ook nog oog te krijgen voor de non-verbale vormen van communicatie. Aan deze onderwerpen wordt dan ook bij de GMD-opleiding hoge prioriteit toegekend. De GMD-praktijk wijst steeds meer uit dat hier van de verzekeringsgeneeskundige een specifieke deskundigheid wordt vereist, die in een andere 'medische setting' nauwelijks voorkomt. Pari passu geldt dit uiteraard ook voor de arbeidsdeskundigen. Het is dan ook niet te verwonderen dat de medewerkers voor het verkrijgen van een juiste anamnese en bij het begeleiden van de belanghebbende om instructie vroeger in gesprekstechniek en het creëren van de juiste overdrachtsituatie. Met deze op de GMD toegespitste hulpmiddelen kunnen de verborgen conflicten doorzichtig worden gemaakt. Hierdoor worden de wezenlijke problemen bij de reïntegratie beter bespreekbaar waardoor de GMD functionaris een geldiger en geloofwaardiger gesprekspartner wordt.

## 6. De moeilijke weg naar een nieuw verzekeringsgeneeskundig paradigma

Het is duidelijk dat de hier gesignaleerde initiatieven niet vruchtbaar zullen blijken wanneer zij niet geprojecteerd worden tegen een nieuw verzekeringsgeneeskundig paradigma. Hiervan worden de hoofdtrekken (constructies) pas langzamerhand duidelijk. De ontwikkeling van een nieuw begrippenkader is een gecompliceerd proces, waarbij men voor de uitkristallisering niet in jaren, doch in decaden moet rekenen. De epistemologie van hogere denkstrata blijkt ook hier veel moeilijker dan men gewoonlijk vermoedt, vooral omdat men veel onvoorziene wegen moet doorlopen.

In dit zich ontwikkelende verzekeringsgeneeskundig paradigma meen ik drie belangrijke constructies te mogen herkennen.

Het nosologische begrippenkader, gebaseerd op het concept van ziekte-entiteiten (Plato), moet worden aangevuld door een meer fenomenologisch, operationeel definiëren van functiestoornissen (zoals ten grondslag lag aan het denken van Hippocrates), waarbij heterogene ziekten in hetzelfde begrippenkader worden ondergebracht.

Hierdoor wordt het 'integraal verzekeringsgeneeskundig denken' verder uitgebouwd, zoals binnen de nieuwe GMD-filosofie wordt voorgestaan.

De rol van 'relationele handicaps' en de betekenis van 'life events'. Sommige auteurs spreken in deze liever van Crises (Grieks voor 'beslissing' of 'keerpunt': schokkende levenservaringen die de psychosomatische homeostasis verstoren) als ziekmakende factoren moeten veel diepgaander worden onderzocht. Dat zij kunnen leiden tot somatisch disfunctioneren ja zelfs tot arbeidsongeschiktheid zal duidelijker en meer objectief toetsbaar moeten worden geëxpliciteerd. Hierbij is tevens een beter inzicht nodig omtrent het menselijk incasseringsvermogen en 'coping behavior'. Er zal hierbij nog heel wat moeizaam gezwoged moeten worden om samenhangende evidenties aan te tonen. Hopelijk geldt ook hier voor de verzekeringsgeneeskundige 'that with better standards of observation and classification the verbal categories of 'soft clinical data can readily be improved into 'hard' scientific quality' (Feinstein A.R.; uit inleidend Hoofdstuk van het welbekende handboek van Interne Geneeskunde van Beeson and McDermott). Daardoor wordt wellicht de mogelijkheid geschapen de schijnbare controverse tussen de meer somatisch denkenden en de psychosociaal gericht op wetenschappelijke wijze te overbruggen. Thans zijn nog veel van de discussies meer in de emotionele sfeer, dan in de rationele.

De tijd is voorbij dat van juridische zijde het medisch denken werd afgepaald zoals eertijds het geval was. De hier gestelde visie immers geeft aan het begrip 'ziekte en gebrek' (vooral in de zin van artikel 18 der WAO) een geheel andere dimensie. De verzekeringsgeneeskundige dient zich derhalve steeds meer te

ontworstelen aan het strenge juridische kader van weleer toen juristen bepaalden hoe een 'gevalsebehandeling' moest worden geregeld. De medicus zal bij de juiste uitvoering van de gezondheids-wetgeving zijn medeverantwoordelijkheid aan de orde dienen te stellen. De wetgever impliceerde met de introductie van deze vorm van zorg immers, dat naast het 'wettische kader' ook een 'medische verantwoordelijkheid' bestaat. Welnu, indien dit zo is, dan betekent dit ook dat juristen (nolens volens) de overheersende rol bij de uitvoering zullen moeten gaan delen met verzekeringsgeneeskundigen. Met andere woorden: het zijn niet alleen de juristen die de vragen mogen stellen, doch medici zullen steeds meer de juristen dienen te betrekken bij het vinden van het passende rechtskundig kader waarin bepaalde vormen van geneeskundige zorg zullen moeten worden ondergebracht. Verzekeringsgeneeskundigen hebben derhalve de uitdaging om in een 'ebenbürtige' dialoog met de juristen nieuwe vormen te scheppen, zodat er congruentie groeit tussen de juridische opvattingen en de medische zorg bij de begeleiding. Dit behoeft beslist niet een gelijke rechtsbedeling in de weg te staan zoals wel eens wordt gevreesd. Integendeel, het zal het sociaal-juridisch denken naar onvermoede verten kunnen voeren.

Samenvattend mogen we constateren, dat schoorvoetend 'after all' de verzekeringsgeneeskundige zich steeds duidelijker expliciteert als 'eigen verschijningsvorm'. Een reden voor de huidige GMD, waarbinnen dit alles mogelijk is, de toekomst met gepast vertrouwen tegemoet te zien.

## 7. Samenvatting

De geneeskundige denkwijze binnen de sociale verzekeringen heeft de laatste tien jaar een sterke verandering doorgemaakt. Dit komt, onder andere, door veranderingen in de algemene opvattingen omtrent het ziek zijn, zoals bij de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten iedere dag wordt ervaren. Werd de 'werktaak' eertijds in de 'zedelijke sfeer' getrokken, voor de uitvoering van de arbeidsongeschiktheids-wetgeving is de zedenmoraal meer een gezondheidsmoraal aan het worden. Daarnaast is het begrip ziekte geëvolueerd. Minder dan aan ziekteprocessen wordt nu de meeste aandacht geschonken aan het herkennen van langdurige functiestoornissen (die door ziekten kunnen optreden), waardoor men bij het werk of ook thuis gehandicapt is. Naast lichamelijke klachten worden ook maatschappelijke omstandigheden hierbij steeds meer betrokken. Deze verandering van inzicht en denkwijze vraagt duidelijk om een anders gerichte wetenschappelijke begeleiding en een uitgebreide bijscholing van de thans werkzame artsen-verzekeringsgeneeskundigen. Bij de GMD wordt de betekenis van de uitbreiding van de opleiding erkend, vooral omdat de universiteiten bij opleiding en research te kort schieten als het gaat om herinpassing van gehandicapten. Ook aan wetenschappelijk speurwerk voor het goed laten functioneren van de sociale

wetten ontbreekt nog veel. Reden waarom de GMD tracht op dit punt oplossingen te vinden die met de huidige geneeskundige opvattingen in overeenstemming te brengen zijn.

## Noten

- 1 Tekenend in deze is de uitspraak van een hoogleraar cardiologie tijdens de jongste 'verzekeringsgeneeskundige dagen', toen deze bij de discussie rond de schattingsproblematiek uitriep: 'dat is jullie probleem en niet het mijne'.

# Arts en arbeidsongeschiktheid

## De uitvoering van de loondervingswetten en de intercollegiale informatie-uitwisseling

door Dr. J.Th.H. Grond en D. de Pater\*

### 1. Inleiding

De kosten van onze sociale zekerheid worden vooral veroorzaakt door toegekende aanspraken op loonderving wegens arbeidsongeschiktheid door ziekte en gebrek (ZW/WAO/AAW; WW = 9,5:1). Een macro-economisch vraagstuk voor de overheid, een vraagstuk van individuele gezondheidszorg voor de artsen – twee vraagstukken met één bron: de geneeskundige verklaring. Waar de overheid zich met name zorgen maakt over de stijgende kosten, zien de artsen in het bijzonder de negatieve (anti-revaliderende en invaliderende) effecten van de uitvoering van de loondervingswetten. Aan welke criteria moet worden voldaan bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid op grond van ziekte? Getracht zal worden deze vraag te beantwoorden en daarbij tevens na te gaan welke problemen er concreet bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor de beoordelende artsen kunnen rijzen.

Van verzekeringsgeneeskundige zijde wordt al vele jaren gewezen op de toenemende moeilijkheid een oordeel te geven over arbeidsongeschiktheid op grond van ziekte. het ziektebegrip verandert en arbeid wordt anders beleefd en gewaardeerd. Het eigen oordeel van de patiënt over zijn arbeidsgeschiktheid wordt daardoor beïnvloed, waardoor beoordeling door de arts steeds moeilijker wordt.<sup>1</sup> Binnen en buiten de kring van verzekeringsgeneeskundigen maken vele artsen zich zorgen over de paradoxale situatie die door de sociale verzekering is ontstaan. Wetten bedoeld om de gevolgen van ziekte en invaliditeit zoveel mogelijk te compenseren blijken bij een belangrijk deel van het arbeidsverzuim een invaliderend en anti-revaliderend effect te heb-

\* Dr. J.Th.J. Grond is als adviserend chirurg van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor voorzitter van een groep van 17 chirurgen en 3 neurologen voor specialistische advisering van de Medische Dienst van het GAK. Het hoofd van deze dienst is D. de Pater.

Gezien de oorspronkelijke intentie, te weten het losmaken van discussie, draagt deze bijdrage een verkennend karakter.



ben. Zij werken daardoor het gezonde functioneren tegen, terwijl het tegenovergestelde was bedoeld.<sup>2</sup>

De Sociale Verzekeringsraad en de regering maken zich grote zorgen over de beheersbaarheid van de wettelijke loondervingsverzekering. In omvangrijke rapporten die hierover sinds 1972 zijn verschenen, zijn voorstellen tot verbetering van de uitvoering van weerszijden ontwikkeld. Een concept-wetsontwerp is gereed en zal na bestudering door de Sociaal-Economische Raad nog in deze kabinetsperiode aan de Staten-Generaal worden voorgelegd.

De kosten en de jaarlijkse stijging van deze kosten brengen de sociale zekerheid in gevaar. Zo wordt van vele kanten, en ook van zeer bevoegde zijde, betoogd.<sup>3</sup> De cijfers zijn dan ook onrustbarend. Een globale vergelijking over de jaren 1973 en 1979 toont het volgende:

	1973 f mlrd	1979 f mlrd	stijging
ZW	3,2	6,5	102%
WAO	3,3	7,7	132%
AAW	—	4,5	—

ZW = Ziektewet;

WAO = Wet op de Arbeidsongeschiktheid;

AAW = Algemene Arbeidsongeschiktheidswet.

De raming over 1980 geeft voor de Ziektewet, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet een bedrag aan van f 20,6 miljard. In de grafische voorstelling geven wij het verloop over deze jaren naast de cijfers betreffende de uitvoering van de wachtgeld- en werkloosheidsverzekering (WW). Deze cijfers zijn overgenomen uit de halfjaarlijkse publikaties van de Ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering.

Het blijkt niet alleen dat de cijfers zeer hoog zijn en een jaarlijkse stijging vertonen, maar ook dat de bedragen die wegens arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekte werden uitgegeven aanzienlijk hoger zijn dan de kosten van de werkloosheidsuitkeringen (9,5:1). Met andere woorden, de kosten worden vooral veroorzaakt door toegekende aanspraken op loonderving wegens arbeidsongeschiktheid door ziekte en gebrek.

Het probleem van de overheid is een macro-economisch probleem, het probleem van de artsen een probleem van individuele gezondheidszorg. De problemen hebben wel een gemeenschappelijke bron: alle uitkeringen krachtens de ZW, WAO en AAW zijn verricht op grond van geneeskundige verklaringen. Steeds waren het artsen die de uitvoeringsorganen hebben geadviseerd. Het waren artsen die na eigen onderzoek en verkregen informatie besloten een positief advies uit te brengen. En als wij er dan in dit verband

op wijzen dat een aantal van deze artsen zelf wijst op de moeilijkheden die zij ondervinden bij de arbeidsongeschiktheidsvaststelling, zelfs waarschuwen dat er van de uitvoering van de loondervingswetten dikwijls een anti-revaliderende en invaliderende werking uitgaat, is er wel een zeer paradoxale situatie ontstaan. Zorgen bij de overheid over de enorme kosten, zorgen bij de artsen over de negatieve effecten.

Het gaat over de moeilijkheden bij beoordeling van arbeidsongeschiktheid op grond van ziekte. Het is dus nodig na te gaan aan welke criteria moet worden voldaan en wat daarbij voor de artsen concreet aan problemen kunnen rijzen.

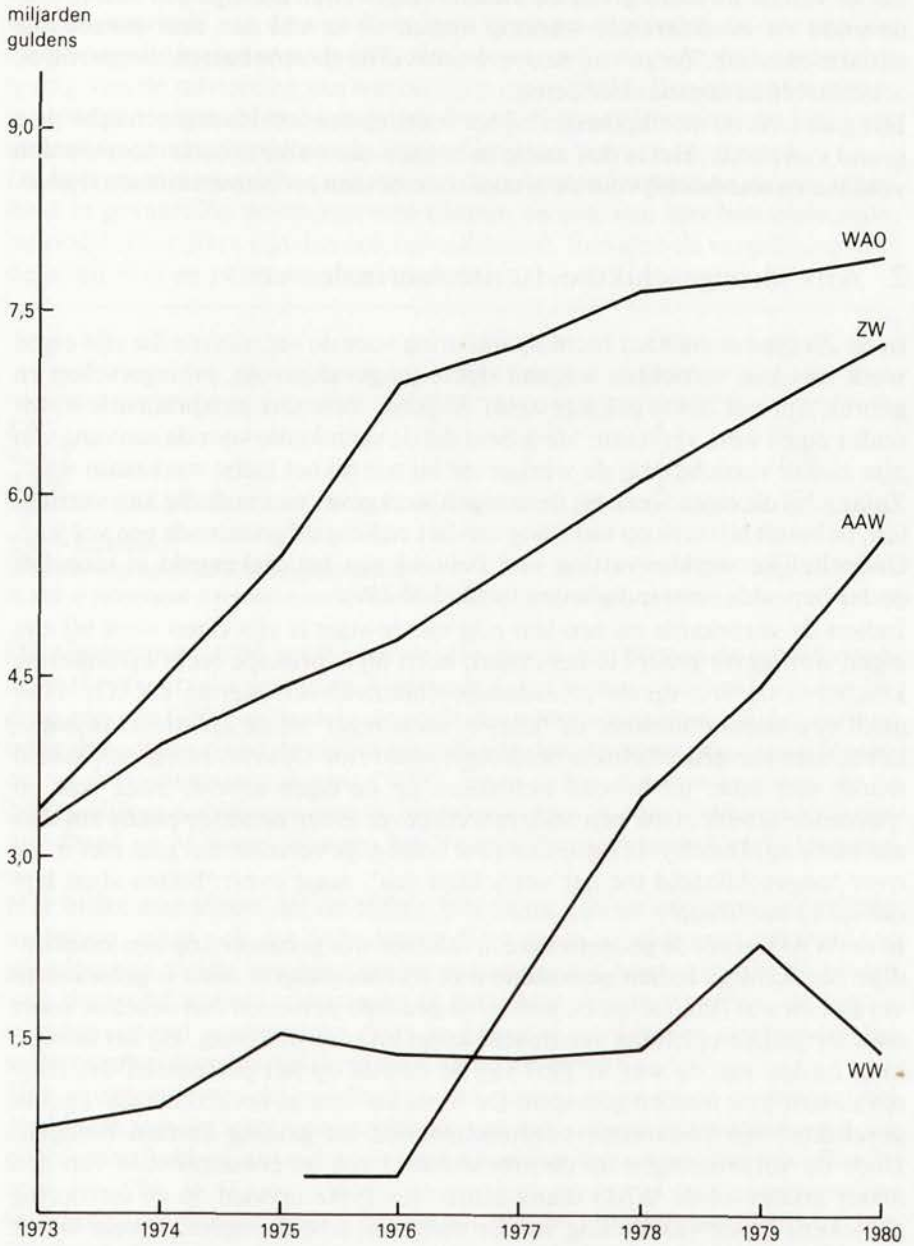
## 2. Arbeidsongeschiktheids criterium in de wet<sup>4</sup>

In de Ziektewet ontstaat recht op uitkering voor de verzekerde die zijn eigen werk niet kan verrichten wegens ziekte (ongevalsgevolg, zwangerschap en gebrek zijn met ziekte gelijkgesteld). Blijkens constante jurisprudentie wordt onder eigen werk verstaan: 'de arbeid die de verzekerde voor de aanvang van zijn ziekte verrichtte bij de werkgever bij wie hij het laatst werkzaam was'. Zolang hij dit eigen werk bij deze eigen werkgever niet volledig kan verrichten, behoudt hij recht op uitkering van het ziekingeld gedurende een vol jaar. Gedeeltelijke werkhervatting met behoud van het ziekingeld is mogelijk onder bepaalde omstandigheden (artikel 30 ZW).

Indien de verzekerde na een jaar nog niet in staat is zijn eigen werk bij zijn eigen werkgever geheel te hervatten, heeft hij in principe recht op uitkering krachtens de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Hier geldt een ander criterium: de 'alles of niets-regel' uit de Ziektewet is losgelaten, men kan gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn. De arbeidsongeschiktheid wordt niet meer uitsluitend betrokken op de eigen arbeid, maar ook op 'passende arbeid'. Ook een andere werkgever in een naburige plaats komt in aanmerking. Daarbij is er nog een zeer belangrijk verschil: het gaat niet meer over 'ongeschiktheid tot het verrichten van', maar over: 'buiten staat zijn om . . . te verdienen'.

In de WAO wordt de gedeeltelijke invaliditeit dus gebaseerd op een loonkundige berekening. Indien getroffen met zijn handicap in staat is gebleken te verdienen wat lichamelijk en geestelijk gezonde personen van dezelfde soort en soortgelijke opleiding verdienen, krijgt hij geen uitkering. Bij het in werking treden van de wet in 1967 lag de nadruk op het perspectief dat door revalidatie zou worden geboden. De 'invalide' zou na revalidatie als 'anders geschikte' zijn resterende verdien capaciteit tot gelding kunnen brengen. Door de veranderingen op de arbeidsmarkt zijn de consequenties van een ander artikel uit de WAO thans echter van grote invloed op de uitvoering gebleken. Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt namelijk voorgeschreven 'zoveel doenlijk rekening te houden met de door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het

Grafiek 1. Verloop kosten ZW, WAO, AAW en WW, 1973-1979



verkrijgen van arbeid' (art. 21, 2, a). In de praktijk betekent dit dat degene die een handicap heeft en geen arbeidsplaats vindt, geacht wordt deze plaats niet te hebben kunnen vinden ten gevolge van zijn handicap. Bij deze interpretatie worden de woorden: 'buiten staat is' dus in een dubbele betekenis gebruikt: zowel in de betekenis van 'niet over het vermogen beschikken om' alsook in de betekenis van 'niet meer in staat gesteld worden tot'.

De moeilijkheden die zowel bij de toepassing van het arbeidsongeschiktheids criterium van de ZW als bij de toepassing van het arbeidsongeschiktheids criterium van de WAO voor de arts ontstaan worden duidelijker als wij nagaan wat er in het bedrijfsleven aan het gebeuren is.

### 3. Arbeidsgeschiktheidswaardering in het bedrijfsleven<sup>5</sup>

In de loondervingswetten is verzekerd het vermogen tot het verrichten van loonvormende arbeid, van arbeid die voor de nationale economie productief, belangrijk wordt geacht. Hoe wordt over geschiktheid tot het verrichten van deze loonvormende arbeid binnen het bedrijfsleven gedacht? Ook hier gaat het om een globaal beeld. Dan blijkt, 'dat in onze maatschappij grote aantallen werknemers voortijdig het arbeidsproces verlaten. Dit gebeurt door het 'afstoten' van 'minder bruikbare' arbeidskrachten. Een proces dat *begrijpelijk* is vanuit de economische doelstelling van het arbeidsbestel en *mogelijk* dank zij een uitgebreide sociale wetgeving . . .' (Van der Vlist).

Wie zijn die minder bruikbaren? Grote aantallen oudere werknemers blijken daaronder te vallen. Van Norren had daar in 1967 reeds op gewezen; hij dateert het begin van 'geweldige stijging bij de zestigers' zeer nauwkeurig: 'sinds de invoering van de interimwet (invaliditeitsverzekering) op 1 januari 1963'. Bink en Van Straten spreken in 1974 over een geheel grotere groep: 'oudere werknemers, zeker boven 50-jarigen', en over een andere aanleiding: 'wegens langdurige ziekte of anderszins niet meer actief in het bedrijf (cursivering van de schrijvers). Bij de PTT en bij Hoogovens blijkt tegen 50% van de werknemers voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd 'door verschillende oorzaken uitgevallen'; bij Philips treedt van de 45- tot 65-jarigen 35% vroegtijdig uit. Dit zelfde wordt ook in de jaarverslagen van de GMD gesignaleerd: 'de zowel relatief als absoluut sterke toename van het percentage uitkeringsgenietenden naarmate de leeftijd hoger is. Zo heeft in de leeftijdsgroep van de 60-t/m 64-jarigen inmiddels reeds 60% van de oorspronkelijk verzekerden een uitkering, er zijn daar dus meer uitkeringsgerechtigden dan premieplichtige verzekerden' (Jaarverslag GMD 1978, pag. 41). Het percentage uitkeringsgenietenden blijkt bij de 50-t/m 54-jarigen 24% en bij de 55-t/m 59-jarigen 35% te bedragen.

Dat iedereen ook binnen de GMD door deze jaarlijkse stijging verontrust is, hoeft niet te worden herhaald. Maar er is een nog verontrustender aspect. Het citaat dat werd aangehaald uit de voordracht van Prof. Van der Vlist heeft nog

een vervolg: 'Voor een niet onbelangrijk deel verloopt dit proces via de Wet op de arbeidsongeschiktheid, de WAO. Menigmaal moet men daarbij concluderen dat een tijdelijk probleem (de in deze conjuncturele periode moeilijk aan passend werk te helpen oudere werknemers, na een periode van ziekte) wordt opgelost middels een wel zeer drastische, voor de betrokkene vrij permanente overheveling naar de WAO'. Ditzelfde wordt ook door functionarissen van de GMD geconstateerd: 'Via de WAO is de onderneming in staat personeel dat niet meer aan het productieproces kan voldoen geruisloos af te laten vloeien (Van Zaal). Om deze citaten af te sluiten, een zin die niets aan duidelijkheid te wensen overlaat: 'De WAO, en deze gedachtengang kan men doortrekken naar andere sociale voorzieningen, vormt een sluis waarlangs het bedrijf zich van zijn problematisch geworden werknemers kan ontdoen!' (Kerkhoff).

Sommigen interpreteren deze publikaties alsof de werkgever, de personeelchef, de vrijheid heeft om te kiezen via welke wet hij het ongewenst geworden personeelslid zal laten afvloeien. Hij zal dan de WAO kiezen, omdat de financiële positie van zijn oud-werknemer daar beter verzorgd is en blijkbaar het stempel van de WAO op den duur minder belastend is dan het stempel van de werkloosheid. Afhankelijk van de geladenheid waarmee het probleem wordt behandeld, kan het argument dat het verkrijgen van een ontslagvergunning niet zo eenvoudig is vóór of na de twee bovengenoemde argumenten worden geplaatst. Degenen die het probleem op deze wijze benaderen moeten echter tot de conclusie komen dat ook de werknemer diezelfde mogelijkheid heeft: kiezen voor WAO of voor WW. Alleen de kerngezonde heeft pech. Hij krijgt die keuze niet. Maar tot troost: 'Iedereen heeft wel wat'. Het valt niet te ontkennen dat op deze wijze dikwijls wordt gesproken en ook wel zo zal worden gehandeld.

Waar men zo over deze problematiek spreekt is het wel duidelijk dat de verzekeringsgeneeskundige niet hoog staat aangeschreven; hij wordt zelfs niet genoemd. Toch is ook voor een uitkering ZW-WAO een geneeskundige verklaring voorwaarde. Indien een verzekeringsgeneeskundige de in deze interpretatie veronderstelde handelwijze sanctioneert door het verstrekken van een geneeskundige verklaring, verdient hij ook dat hij niet hoog staat aangeschreven, dat hij niet genoemd wordt.

Indien men het probleem serieus wil nemen, zal duidelijk moeten zijn dat het niet over een partijtje bridge gaat maar over het leven in een maatschappij van mensen die met hun eigen en andermans levensgeluk bezig zijn: domme, onnadenkende, egoïstische mensen; maar ook intelligente, ondernemende, idealistische mensen. En uit hun samen handelen is dit ongetwijfeld gigantische probleem ontstaan. Het probleem is nu juist dat wij niet meer in vrijheid kunnen kiezen maar in onderlinge afhankelijkheid moeten leven. Daarin moet de sociaal-geneeskundige er blijk van geven dat voor hem de geneeskunde niet alleen een toegepaste natuurwetenschap is, maar ook een toegepaste

menswetenschap. Bij zijn beslissingen kan hij de ziekmakende invloeden van de verhoudingen in onze samenleving niet negeren.

#### 4. Samenhang tussen arbeidsongeschiktheid en werkloosheid

Uit het beangstigende overzicht van de uitgaven bleek, dat het de arbeidsongeschiktheid en niet de werkloosheid is die de grote kosten veroorzaakt. Een arts heeft de neiging dit gegeven te ontkennen. Het kan niet waar zijn! Zonder nadere toelichting is het onaanvaardbaar! 'Ook uit de beschikbare statistische cijfers kunnen wij aantonen dat de gezondheidstoestand – met de nadruk op het somatische aspect – als determinant van de WAO-ontwikkeling een steeds geringere rol speelt. Wel kan enige samenhang met de situatie op de arbeidsmarkt worden geconstateerd' (Hilverink).

Op de onderlinge samenhang van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid is door velen gewezen, en niet alleen om de verborgen werkloosheid in de WAO te berekenen.<sup>6</sup> Die onderlinge afhankelijkheid blijkt samen te hangen met de voorgeschreven uitvoering van de wetten die, uitgevaardigd in een tijd zonder werkloosheid, worden toegepast bij de thans bestaande situatie op de arbeidsmarkt.

a. Zeer duidelijk blijkt deze samenhang uit de moeilijkheden die de GMD ondervindt bij het zoeken van arbeidsplaatsen voor de 'anders geschikt'. Het blijkt voor gezonden, speciaal voor de schoolverlaters, al zeer moeilijk een baan te vinden. Voor iemand die, al of niet na omscholing, een hem passende functie nodig heeft om zijn 'restcapaciteit in loonvormende arbeid om te zetten', is het een vrij uitzichtloze zaak geworden. En als het ook met behulp van de GMD niet lukt de gehandicapte te plaatsen heeft deze recht op uitkering naar volledige arbeidsongeschiktheid (art. 21, 2, a, WAO).

Deze wetsinterpretatie blijkt in de praktijk anti-revaliderend, aangezien alle inspanningen die vereist zijn om de restcapaciteit op te voeren uiteindelijk niet worden bekroond. Deze wetsinterpretatie blijkt ook invaliderend; door de opgelegde inactiviteit gaat de bereikte arbeidsongeschiktheid immers weer verloren.

b. Werkloosheid of de dreiging daarvan is een diep in het leven ingrijpend gebeuren, zeker voor de oudere werknemer die moet vrezen nooit meer aan de slag te zullen komen. Dit is niet een situatie die in koel overleg tot de conclusie voert dat de maatschappelijke status van zieke verkieslijker aspecten biedt. Neen, een zo ingrijpend gebeuren maakt vele mensen ziek: slaapstoornissen, hoofdpijn, depressie, surmenageverschijnselen.<sup>7</sup> En wij weten ook, dat 'een bedrijf dat ernst maakt met de pogingen om de economische waarde van de door het aanwezige personeel aangeboden arbeid op

niveau te houden, gestraft zal worden met een dermate verhoging van de kostprijs van de produkten, dat het zich binnen betrekkelijk korte termijn uit de markt zal prijzen, ten koste van de daarmee samenhangende werkgelegenheid'.<sup>8</sup>

Is hier geen sprake van een welzijnsnood als maatschappelijk deficiëntie-syndroom, zoals Weyel het noemde?

Niet alleen maatschappelijk, ook financieel zijn de perspectieven voor de langdurig werklozen niet opwekkend. Dit heeft consequenties, bijvoorbeeld voor de velen die gehoor hebben gegeven aan het allerwege opgedrongen advies de kwaliteit van het leven te verbeteren door het aangaan van leningen, 'die de fiscus immers betaalt'. De inmiddels eindelijk bereikte welstand is niet meer te financieren uit de WWV en de bijstand.

c. Iedereen die langdurig ziek is, lange tijd arbeidsongeschikt was of voor arbeidsongeschikt is gehouden, kan daardoor in de positie komen een 'problematische werknemer' te zijn geworden. Elke langdurige of frequente afwezigheid brengt, ongeacht de ziekteoorzaak, voor de betrokkene dit maatschappelijk risico mee. Eerst na twee jaar afwezigheid wegens ziekte mag de werknemer worden ontslagen; dat zal dan ook vrijwel zonder uitzondering gebeuren. Maar ook vóór die tijd zal de terugkeer van velen, vooral van de ouderen, steeds minder op prijs worden gesteld. Het recht op ziekgeld blijft een vol jaar bestaan zolang de werknemer zijn eigen werk niet volledig kan verrichten bij zijn eigen werkgever. Iedere arts weet dat het onmiddellijk volledig functioneren na een periode van ziekte niet eenvoudig is; zelfs na een vakantie valt het tegen weer te wennen aan belasting en tempo. Als het dan begrijpelijk is dat voor een gedeeltelijke arbeidshervatting met behoud van ziekgeld (art. 30, ZW) de medewerking van de werkgever niet vlot te verkrijgen is, is het dan ook niet begrijpelijk dat er weinig coöperatie van de patiënt meer te verwachten valt?

De arts schept alleen de voorwaarde voor genezing. Het ziektegedrag afleggen, afstand doen van de maatschappelijke voorrechten aan ziekte verbonden, dat moet de patiënt zelf doen. Om weer 'problematische werknemer' te mogen worden? Zeker, de verborgen werkloosheid in de WAO is groot, maar dat wil niet zeggen dat al deze mensen hun uitkering aan de verkeerde wet ontlenen.

## 5. Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling door de verzekeringsgeneeskundige

Het is de taak van de verzekeringsgeneeskundige een *geneeskundige verklaring* uit te brengen over degenen die stellen recht op uitkering te hebben op grond van arbeidsongeschiktheid door ziekte. Deze verklaring zal op medi-

sche argumenten moeten berusten en zal bestand moeten zijn tegen een toetsing door de Raad van Beroep.

In een aantal gevallen zal de verzekeringsgeneeskundige door eigen anamnese en eigen onderzoek kunnen vaststellen:

a. Er is sprake van *objectieve arbeidsongeschiktheid* door symptomen van een ziekte of door de noodzakelijke behandeling. Hervatten van het werk is niet mogelijk want dit zou de genezing belemmeren of vertragen. Als dit stadium voorbij is en de patiënt zijn werk niet spontaan hervat (omdat hij zich nog arbeidsongeschikt voelt) ontstaat er voor de verzekeringsgeneeskundige behoefte aan nadere meestal objectieve, gegevens;

b. Er is sprake van *objectieve arbeidsongeschiktheid*. De opgegeven verklaring voor het verzuim is niet ter zake, niet aantoonbaar, ongeloofwaardig. Als het verzuim kort duurt krijgt de verzekeringsgeneeskundige niet eens de kans een oordeel te vormen. Bij frequent kort verzuim of bij langdurig verzuim valt te vrezen dat de verzekerde in de groep 'problematisch geworden arbeidskrachten' gaat vallen. De verzekeringsgeneeskundige zal zich dus minstens de vraag moeten stellen waarom deze verzuimbehoefte optreedt: is er toch sprake van een nog verborgen aandoening? Of wordt deze behoefte gestimuleerd door de relaties op het werk, in de huiselijke omgeving of door de levensgewoonten?

c. Er is sprake van *subjectieve arbeidsongeschiktheid*, objectief zijn geen ziekteverschijnselen aantoonbaar. Dan is de eerste opgave voor de verzekeringsgeneeskundige te verifiëren of het afwezig zijn van ziekteverschijnselen ook betekent dat er van ziekte geen sprake is. Hij heeft dus gegevens nodig. En als deze hem verstrekt zijn komt voor hem de vraag: zijn deze voldoende om arbeidsongeschiktheid aan te nemen?

Bij alle patiënten bij wie de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling moeilijkheden oplevert, rijzen voor de verzekeringsgeneeskundige vragen als:

- Is de geconstateerde 'afwijking' een voldoende verklaring voor de subjectieve arbeidsongeschiktheid?
- Hoe is de situatie thuis en op het werk?
- Hoe reageert patiënt nu op de druk die op hem wordt uitgeoefend, en hoe was dat vroeger?
- Heeft hij zijn 'ziekte' nodig als zelfrechtvaardiging of als compensatie?
- Is een verklaring van arbeidsongeschiktheid voor hem nu de enige resterende uitweg?
- Is zijn problematiek onoplosbaar geworden, of kan iemand er nog iets aan doen: de werkgever, een arts, psycholoog, maatschappelijk werker, familielid?

De verzekeringsgeneeskundige heeft dus gegevens nodig die veel verder gaan dan objectiveerbare feitelijkheden; voor een juiste waardering is overleg onmisbaar geworden.



De verzekeringsgeneeskundige heeft nog een tweede opdracht die rechtstreeks uit de eerste voortvloeit: de *optimalisering van het verzuim*. Dit moet beperkt blijven tot het onvermijdelijke: langdurig verzuim brengt thans bedreigende maatschappelijke consequenties mee. In het maatschappelijk belang van de patiënt moet de verzekeringsgeneeskundige zich dus afvragen: houden langdurige diagnostische procedures, poliklinische behandeling, fysiotherapie, per definitie arbeidsongeschiktheid in; dient een patiënt die op een wachtlijst staat voor poliklinische behandeling altijd zijn werk te verzuimen?

Natuurlijk realiseert de verzekeringsgeneeskundige zich dat de behandelend geneesheer het probleem maar al te goed kent van de verontruste patiënt die met onverklaarde en onverklaarbare symptomen komt en die genezen wil worden – genezen, maar van wat? – maar realiseert de behandelend geneesheer zich voldoende dat bij een verdere verwijzing binnen het medische kanaal de maatschappelijke consequenties: 'einde arbeidsleven' steeds dreigender wordt?

Intercollegiaal overleg is dus onmisbaar geworden, een overleg dat aanzienlijk verder gaat dan met de woorden 'objectieve feitelijkheden' wordt aangegeven.

Behoudens deze problemen zijn er voor de verzekeringsgeneeskundige nog andere. Vanuit zijn werkterrein is een aantal onomstotelijke feiten ook hem bekend:

- a. Hij weet, dat veel buitenlandse arbeiders (een niet onaanzienlijke groep verzekerden) in hun ziektepatroon dikwijls sterk van het onze verschillen. De interpretatie van hun klachten stelt bijzondere eisen.<sup>9</sup> Hij weet ook, dat uit het buitenland afkomstige medische verklaringen lang niet altijd geloofwaardig zijn. Verklaringen van officiële instanties uit verdragslanden moeten (bijna) altijd worden geaccepteerd, waardoor een ziekteverzuim wordt gehonoreerd dat het Nederlandse ver overtreft.
- b. Hij weet, dat een aantal patiënten regelmatig in zijn krant leest dat de verzekeringsgeneeskundige erop uit is zoveel mogelijk op de uitkering te beknibbelen en zelfs een zieke aan het werk zal sturen en dat anderen niet beter weten dan dat de verzekeringsgeneeskundige slap en onwetend is en iedereen een uitkering zal geven die maar een enigszins consequent verhaal vertelt.
- c. Hij weet, dat er in een aantal industrieën arbeidsplaatsen openstaan en dat zelfs bedrijven sluiting overwegen omdat het hun niet mogelijk is personeel aan te trekken. Hij weet ook, dat er regelmatig mensen worden betrapt die met een ZW- of WAO-uitkering zwart werken, waardoor zij ook nog de positie van de bonafide bedrijven ondermijnen.
- d. Hij weet, dat sommige collegae een eenmaal geconstateerde somatische afwijking zonder meer als oorzaak van arbeidsongeschiktheid aanvaarden en dat anderen zozeer gefixeerd zijn op maatschappelijke problematiek dat zij

het lichamelijk onderzoek zelfs nalaten. Hij weet, dat sommige collegae een in hun ogen juiste beslissing niet meer durven doorzetten omdat zij zich (met reden) bedreigd voelen en dat anderen zozeer op de problematiek zijn 'doorgebrand' dat zij een juiste beslissing niet meer doorzetten uit vrees bij een beroepszaak in het ongelijk te worden gesteld.

e. Hij weet dat een aantal collegae de scheiding van behandeling en controle interpreteert op een wijze die hem het werk bemoeilijkt, waardoor naar zijn mening het belang van de patiënt wordt geschaad. Hij weet, dat het gebrek aan coöperatie waarschijnlijk berust op gebrek aan kennis van de sociale verzekering in Nederland en de problemen die daar al jaren bestaan, maar hij weet ook dat de talrijke publikaties van verzekeringsgeneeskundige zijde nauwelijks worden gelezen.

## 6. Intercollegiale informatie-uitwisseling

De scheiding van behandeling en controle heeft in Nederland tot nu toe ook bij de uitvoering van de wettelijke loondervingsverzekering kunnen functioneren, dank zij het feit dat de behandelend geneesheer het verstrekken van de onmisbare intercollegiale informatie als zijn aandeel in deze samenwerking heeft gezien. Dat een optimale uitvoering alleen mogelijk is als tussen behandelend geneesheer en verzekeringsgeneeskundige een open communicatie tot stand komt juist met betrekking tot de werkhervatting, is de behandelend geneesheer vele malen voorgehouden; hij heeft het ook enkele malen onderschreven.<sup>10</sup>

Een open gesprek tussen behandelend geneesheer en patiënt moet immers aan elke intercollegiale informatie-uitwisseling vooraf gaan. Dit geldt altijd en zeker ook met betrekking tot de werkhervatting.

De vertrouwensrelatie die de behandelend geneesheer met zijn patiënten heeft, maakt het hem makkelijk de velen gerust te stellen die vrezen dat werkhervatting hun gezondheid zal schaden en die uit zijn zwijgen de conclusie trekken dat dit wel het geval zal zijn. De vertrouwensrelatie biedt de behandelend geneesheer de mogelijkheid te achterhalen waarop toch de verzuimbehoefte berust van de arbeidsgeschikte 'patiënt' die 'baalt' of profiteren wil.

Alleen het open gesprek maakt het de behandelend geneesheer mogelijk vast te stellen of voor zijn patiënt een arbeidsongeschiktheidsverklaring de enige uitweg is uit de bestaande problemen en, als dat niet het geval is, welke andere oplossingen er zijn en wie daarvoor moet worden ingeschakeld.

Een behandelend geneesheer die medische informatie, welke dan ook, aan een verzekeringsgeneeskundige doorgeeft zonder deze eerst met zijn patiënt te hebben doorgesproken, handelt onjuist. Het recht op privacy van de patiënt wordt hierdoor miskend, de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelend geneesheer wordt aangetast en de problemen van de verzeke-

ringsgeneeskundige worden er niet door opgelost, maar door de problemen rond de werkhervatting niet met zijn patiënt te bespreken, toont de behandelend geneesheer dat hij zich niet betrokken voelt bij de maatschappelijke problematiek die een groot aantal van zijn patiënten als bedreigend ervaart en die thans een maatschappelijke bedreiging is geworden.

Thans heeft men in de KNMG gemeend de intercollegiale informatie-uitwisseling formeel te moeten regelen. Sinds kort valt daarbij de nadruk op het voorschrift uitsluitend objectieve informatie te vragen en objectieve medische gegevens te verstrekken.<sup>11</sup> Uit het urgeren van dit voorschrift blijkt dat men de werkelijke moeilijkheden bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling niet heeft gezien. Deze concentreren zich nu juist bij de patiënten die subjectief arbeidsongeschikt zijn en waarbij (nog) geen objectieve somato-psychische afwijkingen zijn gevonden. De vraag naar objectieve gegevens is dus de vraag om het terrein waar de moeilijkheden liggen te kunnen afgrenzen. Het antwoord lost geen enkele binnen dit terrein gelegen moeilijkheid op. De hier gelegen moeilijkheden kunnen misschien worden opgelost, maar dan alleen als zij boven water komen. Hiervoor is op de allereerste plaats het gesprek tussen behandelend geneesheer en patiënt noodzakelijk. Ondanks alle geschetste moeilijkheden ten aanzien van zijn taakvervulling biedt het vervolgens inschakelen van de verzekeringsgeneeskundige dikwijls onverwachte mogelijkheden. Hij is het immers die door zijn positie en zijn kennis van de mogelijkheden en onmogelijkheden binnen de sociale verzekering als coördinerende figuur kan optreden. Het is zijn taak contacten te leggen met bedrijfs-geneeskundige diensten en bedrijfsfunctionarissen, behulpzaam te zijn bij het treffen van voorzieningen, bij revalidatie en omscholing. Het is zijn taak te voorkomen dat de sociale verzekering in haar uitvoering invaliderend werkt. Noodzakelijk is daarbij wel dat hij kan rekenen op een open communicatie met zijn behandelende collegae. En dit is nu juist waarom gevraagd wordt: een open communicatie tussen behandelend geneesheer, patiënt en verzekeringsgeneeskundige, waarin de somato-psychische mogelijkheden en de sociale mogelijkheden van de patiënt onderwerp van gesprek zijn.

## Noten

1. SVR, Rapport Commissie bestudering ontwikkeling ziekteverzuim. Medisch Contact 1972-27-687;  
Dr. H.H.W. Hogerzeil, Arbeidsongeschiktheid en medisch sociaal beleid. T. Soc. Geneeskunde 1972-50-538;  
Prof. Dr. A.Th.L. Mertens, De plaats van de verzekeringsgeneeskundige binnen de organisatie van de gezondheidszorg. T. Soc. Geneeskunde 1973-51-464;  
Dr. H. Doeleman, De spot op het ziekteverzuim of de spot met het ziekteverzuim. Medisch Contact 1974-29-271;  
Prof. Dr. R. Giel, het dilemma van de medische beroepsuitoefening. Medisch Contact 1976-32-1021.
2. Dr. J. van Mansvelt e.a., Een onderzoek naar oorzakelijke factoren en bijzondere kenmerken bij het langerdurend arbeidsverzuim, I en II. Soc. Maandblad Arbeid 1974-29-307 en 379;  
Dr. J. van Mansvelt, Aanbevelingen tot structurele veranderingen van de ZW/WAO en de daarbij behorende beoordelingsprocedure. Soc. Maandblad Arbeid 1974-29-440;  
Dr. J.H.R. v.d. Pas - Drs. J.G.J. Josten, WAO; doel en verwerkelijking. Studiedagen Sociale Verzekerings Geneeskunde 1974. Uitgave GMD;  
Dr. J.H.R. v.d. Pas, Koekoekseieren van de WAO. Soc. Maandblad Arbeid 1979-34-175.
3. Dr. G.M.J. Veldkamp, De crisis in de Nederlandse sociale zekerheid anno 1976. Uitgevers Mij. Bonaventura, Amsterdam 1976;  
Drs. L. Lamers, Plaats en functie van de overheid bij de uitvoering van de sociale zekerheid. Arts en Sociale verzekering 1977-15-30;  
Sociaal Maandblad Arbeid 1979-34-november. Bijdragen van o.a. Veldkamp, Rang, Brevoord, Wolfson.
4. Mr. P.M.J. Hack, Het begrip arbeidsongeschiktheid uit de Ziektewet. Soc. Maandblad Arbeid 1974-29-79; Zie ook de bijdrage in deze uitgave van Dr. J.H.R. v.d. Pas.
5. Dr. C. van Norren, Het verschijnsel van toenemende invaliditeit bij oudere werknemers. T. Soc. Geneeskunde 1967-45-791;  
B. Bink-J. van Straten, Aktief werkzaam tot het pensioen? Mens en Onderneming 1974-28-12;  
M.R. van Gils (red.), Werken en niet werken in een veranderde samenleving. Swets en Zeitlinger. Amsterdam 1975;  
Prof. Dr. R. v.d. Vlist, Implicaties voor de toekomst, pag. 127 e.v.;  
Drs. W.H.C. Kerkhoff, Enkele uitgangspunten voor personeelsbeleid, pag. 60 e.v.;  
Drs. M.J. van Zaal, Van invaliditeit naar arbeidsongeschiktheid 1975. Uitgave GMD.
6. Zie de bijdragen in deze uitgave van Drs. H.G. Hilverink en Drs. F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen;  
Drs. A.C.L. Hunfeld, Werkloosheid, WAO en ABP. Uitgave CCOZ 1980.
7. A. Querido, Inleiding tot de integrale geneeskunde. Stenfert Kroese NV, Leiden 1955;  
Dr. J.A. Weyel, De mensen hebben geen leven. De Erven Bohn, Haarlem 1970;  
Dr. J.A. Weyel, Van nieuwe mensen, de dingen die veranderen. De Erven Bohn, Haarlem 1971;  
Dr. Th. B. Kraft, Overspanning. De Erven F. Bohn, Haarlem 1972;  
Drs. P.J. v.d. Maas, Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid in verband met Psychische afwijkingen. T. Soc. Geneeskunde 1975-53-440;  
Dr. A. van Kesteloo, Bedrijfsgeneeskundige aspecten van een dreigende bedrijfs sluiting. T. Soc. Geneeskunde 1975-53-472;  
Prof. Dr. J.A. Weyel, Sociale etiologie. N. Tijdschr. v. Geneeskunde 1975-119-617.
8. Drs. W.C. Kerkhoff, t.a.p. (zie 5) pag. 78.

9. Dr. M. Plooy – Drs. Ph. J. v.d. Meer, Marokkanen in de Ziektewet. A.H. Zelden Huis Amsterdam 1978;  
Drs. Ph.J. v.d. Meer, Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1978-122-1555;  
Drs. M. van Mol, Een poging tot classificatie van ziekte bij Marokkaanse Gastarbeiders. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1980-124-1162.
10. Rapport Commissie Coördinatie Gemeenschappelijke Medische Dienst. Medisch Contact 1967-23-370;  
Rapport Commissie Scheiding van Behandeling en Controle, Medisch Contact 1969-24-1217;  
Dr. H. Doeleman, De wijze van beoordeling van verzekerden krachtens de Ziektewet in het kader van de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde. Medisch Contact 1974-29-415;  
Discussienota Commissie Eerste Echelon. De plaats van de medicus in het eerste echelon. Medisch Contact 1976-31-146.
11. Uitwisseling Medische gegevens. Medisch Contact 1976-31-1639;  
Uitwisseling Medische gegevens. Medisch Contact 1977-32-3157;  
Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 'Misplaatste informatie-overdracht huisarts-verzekeringsgeneeskundige'. Medisch Contact 1979-37-899;  
Dr. H. Roelink. Indicatiestelling bejaardenoorden. Medisch Contact 1980-38-870.

# Arbeidsongeschiktheid als object van wetenschappelijk onderzoek: Nabeschouwing en perspectief

door Drs. H. Emanuel en Prof. Dr. G.M.J. Veldkamp

In 1974 verscheen 'Balans en Perspectief', een bundel opstellen bij zijn afscheid aangeboden aan A.G. Mater, de toenmalige directeur van de Gemeenschappelijke Medische Dienst. Die verzameling gaf een goed en interessant beeld van het toenmalige denken over de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Vergelikt men de in deze bundel geboden selectie van artikelen uit de periode 1977-1980 met de Mater-bundel dan is er duidelijk sprake van vooruitgang.

Vooraf het onderzoek van de economische kant is sindsdien op gang gekomen. Onder de druk van de explosieve volume- en lastenontwikkeling in de WAO en een structureel voortdurend verslechterende arbeidsmarktsituatie is gewezen op de ook van medische zijde beklemtoonde onmogelijkheid in de praktijk een scherp onderscheid te maken tussen (dreigende) uitstoot van wegens bij het geldende loonpeil sub-marginale werknemers ('afdanke') en terugtrekking op medische gronden ('afknappen').

Het artikel van Van Praag is een verbale weergave van een baanbrekend exposé, samen met V. Halberstadt geschreven voor het congres van het International Institute for Public Finance te Hamburg in september 1978, van een macro-economisch model dat het economisch mechanisme laat zien waardoor deze samenhang leidt tot een steeds verdergaande uitstoot van arbeid.

De artikelen van Hilverink en van den Bosch en Petersen zijn goede voorbeelden van empirisch onderzoek naar de samenhang tussen arbeidsongeschiktheid en arbeidsmarktsituatie, pogingen die overigens worden belemmerd door de gebrekkigheid van het beschikbare empirische materiaal.

De vaagheid van het onderscheid tussen (dreigende) onvrijwillige werkloosheid en medisch bepaalde arbeidsongeschiktheid en van het ongeschiktheids-criterium als zodanig brengt met zich mee dat de beheersingsproblemen in wetgeving en uitvoering gigantische proporties aannemen. Een van ons heeft er op gewezen dat de optrekking van het relatieve uitkeringspercentage bij de

invoering van de interim-invaliditeitswet en later van de WAO (in de Amerikaanse literatuur de 'replacement rate') en de uitbreiding van het aantal invaliditeitsklassen bij dezelfde gelegenheden, achteraf gezien, als sterke toetredingsprikkels moeten worden beschouwd en de beheersbaarheid bepaald niet hebben bevorderd. De bijdragen van medische en juridische zijde houden zich sterk bezig met het probleem van de beheersing in de uitvoering. De volgende elementen worden daartoe aangedragen:

- a. betere invulling van wettelijke criteria door de beleidsbepalers op het uitvoerende vlak dan thans geschiedt door middel van het zo genoemde bestuursbesluit uit 1972 (waarin door GMD en Federatie van Bedrijfsverenigingen is vastgelegd in welke gevallen tot afschatting mag worden overgegaan) en de jurisprudentie (mevrouw Levelt-Overmars);
- b. betere informatie-uitwisseling tussen curatieve en controlerende sector (Grond en de Pater; Koten);
- c. een nauwkeuriger modelvorming en operationalisering van het beoordelings- en begeleidingsproces (Koten).

Dit zijn zeker waardevolle benaderingen. Een onderkend probleem (Hibbeln; mevrouw Levelt-Overmars) is dat de wetgeving een nadere regelgeving binnen het uitvoeringsgebieden met rechtskracht tegenover derden niet goed mogelijk maakt, zodat zulke pogingen tot verdere structurering in hoge mate procedureel blijven en de uitvoerders ook niet sterk binden.

Het valt op dat in deze bundel de gedragswetenschappelijke inbreng nog ontbreekt. Ondanks het belangwekkende proefschrift van Wiersma: Psychosociale 'stress' en langdurige arbeidsongeschiktheid (1979) en de sedert het proefschrift van Philipsen: Afwezigheid wegens ziekte (1969) veel omvangrijker literatuur over het kort-lopend ziekteverzuim is het sociologisch onderzoek met betrekking tot arbeidsongeschiktheid in Nederland pas laat op gang gekomen.

Van die gedragswetenschappelijke component is ongetwijfeld in de komende jaren veel te verwachten. Enerzijds omdat het sociologisch onderzoek en de sociologische theorievorming over structuur en werking van de arbeidsmarkt onder meer door de onderzoeken van het Instituut voor Arbeidsvraagstukken te Tilburg in de tweede helft der zeventiger jaren aanzienlijk is uitgebouwd en verdiept. Anderzijds omdat de gedragswetenschappen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van beheersingsinstrumenten, zoals blijkt uit recente ontwikkelingen bij de activiteitenplanning binnen de GMD en ook uit de voorbereiding en bewaking van subsidies uit de arbeidsongeschiktheidsfondsen van projecten tot behoud, herstel en bevordering van de arbeidsgeschiktheid. Ook in de binnenkort vast te stellen eerste programmering voor onderzoek door de Coördinatiecommissie Onderzoek Sociale Zekerheid (COSZ) – welke een aantal jaren geleden door de Staatssecretaris van Sociale Zaken ingesteld is en waarin naast Sociale Zaken de Sociale Verzekeringsraad, de Federatie van Bedrijfsverenigingen en de

Gemeenschappelijke Medische Dienst participeren – is de gedragswetenschappelijke inbreng onmiskenbaar.

In de komende jaren zal ook op andere terreinen belangrijke voortgang geboekt moeten en kunnen worden. De uitwerking en toetsing van het 'economisch model' is nog verre van voltooid. Ten aanzien van het buitenland, met name de Verenigde Staten, lopen we duidelijk achter. Vooral door Lando c.s. is in de Verenigde Staten veel werk verzet, en met succes, om de samenhang tussen toekenningen van arbeidsongeschiktheid ('disability') enerzijds en werkloosheid en relatief uitkeringspercentage ('replacement rate') anderzijds aan te tonen. In ons land is, in het kader van het zo genoemde determinantenonderzoek WAO (zie onder) door Ph. de Jong een binnenkort te publiceren tijdreeksonderzoek verricht naar deze samenhangen waarbij hij gebruik heeft gemaakt van de gegevens met betrekking tot het jaarlijks Ziektewetaantal gevallen waarin het einde van het Ziektewetjaar werd bereikt, zich daarbij baserend op de door de bedrijfsverenigingen aan het CBS geleverde statistieken met betrekking tot de zo genoemde omslagleden. In dit onderzoek wordt de structurerende invloed van de wettelijke verhogingen van de 'replacement rates', de verlaging van het minimum arbeidsongeschiktheidspercentage dat recht op uitkering geeft en de verruimde verdiscontering van de werkloosheid op de invalideringsfrequentie bevestigd. Het desbetreffende materiaal leent zich nog voor een aanmerkelijke verdieping van het empirisch onderzoek.

Het terloops reeds genoemde determinantenonderzoek WAO – dat door de Rijksuniversiteit Leiden (Van Praag) en de Sociale Verzekeringsraad in samenwerkingsverband wordt ondernomen – is een andere ontwikkeling die perspectief voor de komende jaren biedt. Dit onderzoek, waarvoor het veldwerk in hoofdzaak in 1980 heeft plaatsgevonden is een poging tot een geïntegreerde verklaring van de volume-ontwikkeling in de WAO. Naast elkaar zijn onderzoeken verricht bij een steekproef uit 5-maands-zieken (ca. 2800) en uit WAO-verzekerden (ca. 2000). Zowel betrokkenen als – indien daartoe toestemming kon worden verkregen – hun werkgevers zijn ondervraagd. Het onderzoek bij 5-maands-zieken omvatte ook een uitvoerig medisch en arbeidskundig onderzoek. Door deze opzet kon aandacht worden geschonken aan zowel de sociaal-medische (ernst van de ziekte, beperkingen, begeleiding) als de bedrijfsgebonden factoren die tot arbeidsongeschiktheid kunnen leiden. Uitgangspunt van de analyse is een geïntegreerd model waarin zowel economische als gedragswetenschappelijke en medische aspecten tot uiting komen zodat een multidisciplinaire aanpak bij de analyse mogelijk is. In dit opzicht is Nederland een stapje voor op andere landen. Een soortgelijk onderzoek is overigens in de Verenigde Staten onder leiding van onder meer de medisch socioloog Prof. Saad Nagi van Ohio State University te Columbus in voorbereiding en zal in 1982 worden uitgevoerd door het Mershore Center aldaar en het Survey Research Center in Ann Arbor, Michigan.

De structurering en uitwerking van een 'werkmodel' en een daarop geënt



'activiteitenplan' binnen de GMD zal daarnaast kunnen leiden tot een beter instrumentarium voor de beheersing van de uitvoering op het punt van beoordeling (adviesverlening).

Door de strakke wijze waarop dit lijkt te worden voorbereid – de bijdrage van Koten tot deze bundel geeft er een indicatie van – kan worden verwacht dat een en ander zal leiden tot een aanzienlijke systematische kennisvergroting waarvan te hopen is dat de GMD althans een substraat tot openbaar gemeenschappelijk bezit van geïnteresseerde beleidsvoorbereiders en wetenschappers zal willen maken. Hetzelfde geldt voor een reeds afgesloten onderzoek onder auspiciën van de Federatie van Bedrijfsverenigingen naar de begeleidingsbehoefte van WAO-uitkeringgenietenden waarmee het contact door de bedrijfsvereniging wordt onderhouden.

Samenvattend kan worden gezegd dat de basis is gelegd voor een explosie van veelzijdige inzichtvergroting, en daarmee voor een aanzienlijke verbetering van de beleidsvoering op alle niveaus in de eerstkomende vijf jaar. De wetenschap van de sociale zekerheid zal volwassen worden.

De Sociale zekerheidsreeks staat onder redactie van  
Prof. Dr. G.M.J. Veldkamp

In deze serie verschenen:

---

1. Social security and medical care, onder redactie van Dr. G.M.J. Veldkamp
2. De grondslagen van het internationale sociale zekerheidsrecht,  
Prof. Dr. Guy Perrin
3. Sociale zekerheid in een periode van economische overgang, onder redactie  
van Dr. G.M.J. Veldkamp
4. Op weg naar een economische theorie van de sociale zekerheid, Dr. B. le Blanc
5. Passende arbeid. Een verkenning in de wetgeving van een aantal  
Europese landen, Prof.Dr. J. van Langendonck
6. De economie en het sociale zekerheidsbeleid, onder redactie van Prof.Dr. G.M.J.  
Veldkamp
7. Arbeidsongeschiktheid, een multidisciplinaire benadering, onder redactie van Drs.  
F.A.J. van den Bosch en Drs. C. Petersen