

PEMBA EN WULBZ IN DE  
COLLECTIEVE SECTOR

- eindrapport -

drs. M. Mallee  
drs. K. van Bergen  
drs. M. Mehciz

Amsterdam, juli 2001  
Regioplan publikatienr. 415

Regioplan Onderzoek Advies en Informatie  
Max Euweplein 36  
1017 MB Amsterdam  
Tel.: 020 - 6277166  
Fax : 020 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan Onderzoek  
Advies en Informatie B.V. in opdracht van het  
Ministerie van Financiën.

## INHOUDSOPGAVE

### Voorwoord

1	Inleiding.....	1
1.1	Inleiding.....	1
1.2	Achtergrond, probleemstelling en onderzoeksvragen.....	1
1.3	Onderzoeksvragen, de aanpak en het verloop van het onderzoek.....	5
1.4	De opbouw van het rapport.....	7
2	Ziekteverzuim, WAO-instroom en reïntegratie-inspanningen.....	9
2.1	Inleiding.....	9
2.2	Ziekteverzuim.....	9
2.3	WAO in- en uitstroom.....	14
2.4	Reïntegratie-inspanningen.....	17
2.5	Conclusies.....	20
3	Effect PEMBA en WULBZ op instellingsbudgetten.....	23
3.1	Sturingsmogelijkheden minister.....	23
3.2	Verschillen en overeenkomsten markt- en collectieve sector.....	25
3.3	Sector Zorg en welzijn.....	26
3.4	Onderwijs.....	26
3.5	Rijk en politie.....	27
3.6	Conclusie.....	28
4	Globale vergelijking marktsector en collectieve sector.....	31
4.1	Inleiding.....	31
4.2	De hoogte van ziekteverzuim en WAO-instroom.....	32
4.3	Inzicht in PEMBA- en WULBZ-prikkels.....	33
4.4	Het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid.....	34
4.5	De contracten met arbodiensten.....	34
4.6	Conclusies.....	35
5	PEMBA en WULBZ in de zorgsector.....	37
5.1	Inleiding.....	37
5.2	Inzicht in PEMBA en WULBZ.....	38
5.3	Verantwoordelijkheden ziekteverzuim.....	40
5.4	De financiële consequenties van ziekteverzuim.....	41
5.5	De financiële consequenties van WAO-instroom.....	42
5.6	Ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid.....	43
5.7	Oorzaken intensivering ziekteverzuimbeleid.....	44
5.8	Conclusie.....	44

6	PEMBA en WULBZ in de onderwijssector.....	47
6.1	Inleiding.....	47
6.2	Inzicht in PEMBA en WULBZ .....	48
6.3	Verantwoordelijkheden ziekteverzuim.....	51
6.4	De financiële consequenties van ziekteverzuim .....	51
6.5	De financiële consequenties van WAO-instroom.....	54
6.6	Ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid.....	54
6.7	Oorzaken intensivering ziekteverzuimbeleid.....	55
6.8	Conclusies.....	56
7	PEMBA en WULBZ in de sector politie .....	59
7.1	Inleiding.....	59
7.2	Inzicht in PEMBA en WULBZ .....	59
7.3	Verantwoordelijkheden ziekteverzuim.....	59
7.4	De financiële consequenties van ziekteverzuim .....	60
7.5	De financiële consequenties van WAO-instroom.....	60
7.6	Ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid.....	60
7.7	Oorzaken intensivering ziekteverzuimbeleid.....	61
7.8	Conclusie .....	61
8	PEMBA en WULBZ in de sector Rijk .....	63
8.1	Inleiding.....	63
8.2	Inzicht in PEMBA en WULBZ .....	63
8.3	Verantwoordelijkheden ziekteverzuim.....	64
8.4	De invloed van PEMBA en WULBZ .....	65
9	Samenvatting en conclusies .....	67
9.1	Het onderzoek.....	67
9.2	Ziekteverzuim en WAO in de collectieve sector .....	68
9.3	Wisselwerking tussen PEMBA/WULBZ en financieringssystematiek.....	69
9.4	Verschillen tussen collectieve sector en marktsector.....	70
9.5	PEMBA en WULBZ in de zorgsector .....	71
9.6	PEMBA en WULBZ in de onderwijssector .....	72
9.7	PEMBA en WULBZ in de sector politie.....	73
9.8	PEMBA en WULBZ in de sector Rijk .....	73
9.9	Vergelijking van de vier collectieve sectoren.....	73
9.10	Conclusies.....	76

## **VOORWOORD**

In de Voortgangsnota Arbeidsongeschiktheidsregelingen van april 2000 kondigt het kabinet een groot aantal maatregelen aan. Voor de implementatie daarvan zijn zestien ambtelijke werkgroepen ingesteld. De werkgroep Financiële prikkels ziet zich geplaagd voor de vraag of de bekostigingssystematiek in de collectieve sector ertoe bijdraagt dat de financiële prikkels van de PEMBA en de WULBZ in de collectieve sector anders uitwerken dan in de private sector. Om deze vraag te kunnen beantwoorden heeft de werkgroep, via het Ministerie van Financiën, Regioplan Onderzoek Advies en Informatie b.v. opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren dat de nodige empirische gegevens moet opleveren waarmee de werkgroep haar vraagstelling kan beantwoorden.

Het onderzoek is grotendeels gebaseerd op interviews met vertegenwoordigers van zorginstellingen, onderwijsinstellingen, politiekorpsen en departementen. Graag willen wij deze respondenten hartelijk bedanken voor hun medewerking.

Bij de uitvoering van het onderzoek zijn wij bijgestaan door de werkgroep Financiële prikkels bestaande uit:

- de heer G.J. Bouwhuis (Ministerie van Financiën);
- de heer P. van der Kallen (Ministerie van Financiën);
- de heer A. Stet (Ministerie van BZK);
- de heer E. Laudy (Ministerie van VWS);
- de heer J. Debets (Ministerie van OC&W);
- de heer A. van Meerendonk (Ministerie van SZW);
- mevrouw M. Liedorp (Ministerie van SZW).

Wij zijn de werkgroep dankbaar voor haar bijdrage aan de totstandkoming van het onderzoeksrapport.

Het onderzoek is uitgevoerd door Luuk Mallee, Marscha Mehciz, Kees van Bergen en Joost Bos. Rosie Bhola verzorgde de opmaak van het rapport.

Amsterdam, juli 2001

Roeland van Geuns  
(projectleider)



## **1 INLEIDING**

### **1.1 Inleiding**

De instroom in de WAO is één van de heetste politieke hangijzers van dit moment. Het miljoen WAO'ers komt (weer) akelig dichtbij en zowel politieke partijen als andere maatschappelijke actoren laten steeds meer blijken dit (eigenlijk) niet acceptabel te vinden. Het tweede kabinet Kok heeft de commissie Donner opdracht gegeven te komen met voorstellen om 'de WAO-problematiek' op te lossen. Het rapport van de commissie Donner heeft kort geleden het licht gezien en ligt momenteel bij de SER voor een advies. Donner pleit ervoor de nadruk te verleggen van arbeidsongeschiktheid naar arbeidscapaciteit en reïntegratie. De verantwoordelijkheid voor het voorkomen van WAO-instroom en voor reïntegratie moet volgens Donner helemaal bij werkgever en werknemer komen te liggen. Om dit te bereiken wil Donner de incentive-structuur daar volledig op richten en de toegang tot de WAO beperken tot diegenen die onvermijdelijk, volledig en permanent arbeidsongeschikt zijn.

Het kabinet zit bovendien tegelijkertijd zelf ook niet stil. Op 14 april 2000 is de Voortgangsnota Arbeidsongeschiktheidsregelingen naar de Tweede Kamer verzonden. Een groot aantal maatregelen werd daarin aangekondigd. Om alle voorgenomen maatregelen te implementeren zijn zestien ambtelijke werkgroepen ingesteld. Eén van die werkgroepen (financiële prikkels) houdt zich bezig met de werking van de financiële prikkels (WULBZ en PEMBA) in de collectieve sector in relatie tot de bekostigingssystematiek in die collectieve sector. De vraag waar deze werkgroep zich voor geplaatst ziet is, of de bekostigingssystematiek in de collectieve sector ertoe bijdraagt dat genoemde financiële prikkels in de collectieve sector anders uitwerken dan in de private sector. Teneinde deze vraag te kunnen beantwoorden heeft de werkgroep, via het Ministerie van Financiën Regioplan Onderzoek Advies en Informatie b.v. opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren dat de nodige empirische gegevens moet opleveren waarmee de werkgroep haar vraagstelling kan beantwoorden. Voor u ligt het resultaat van dit onderzoek.

### **1.2 Achtergrond, probleemstelling en onderzoeksvragen**

Met de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ) in 1996 is de Ziektewet grotendeels geprivatiseerd en zijn werkgevers voor de volle 100 procent verantwoordelijk geworden voor de kosten van ziekteverzuim. Daarnaast is in 1998 de Wet PEMBA van kracht geworden, als gevolg waarvan bedrijven die een relatief groot aantal WAO'ers 'voort-

brenge<sup>1</sup>, op termijn geconfronteerd worden met een hogere premie, het zogenaamde gedifferentieerde deel van de WAO-premie.

In de jaren '90 is het stelsel van sociale zekerheid van een systeem van rechten en plichten geleidelijk aan een systeem van incentives en disincentives<sup>1</sup> geworden. De WULBZ- en PEMBA-prikkels hebben tot doel werkgevers ertoe aan te zetten meer te doen aan preventie van ziekteverzuim en daardoor een geringere instroom in de WAO te bereiken. Genoemde wetten zorgen er namelijk voor dat bedrijven die een hoog ziekteverzuim respectievelijk grote WAO-instroom hebben, financieel 'gestraft' worden. Hoog ziekteverzuim leidt namelijk vanwege de loondoorbetalingsverplichting in het eerste ziektejaar tot hoge salariskosten voor niet productieve werknemers, hetzij tot een hoge premie voor de particuliere ziekteverzekering die ter dekking van deze kosten is afgesloten. Een hoge WAO-instroom leidt op termijn tot een hogere WAO-premie en dus tot hogere productiekosten. De achterliggende gedachte is derhalve: wanneer werkgevers het maar in hun portemonnaie voelen komen ze wel in beweging.

Dat in beweging komen zou zich moeten uiten in verschillende zaken. Zo kan een bedrijf een uitgebreider dienstenpakket afspreken met zijn arbodienst zodat deze eerder en met meer instrumenten actief wordt. Het bedrijf kan ook zelf, op de werkvloer, meer gaan doen aan preventiebeleid door te werken aan betere arbeidsomstandigheden, door betere arbeidsverhoudingen na te streven, eentonige takenpakketten aan te passen, et cetera. Wanneer werknemers (ondanks dergelijke inspanningen) toch nog langdurig ziek zijn en uiteindelijk in de WAO stromen, kan een bedrijf zich actief inspannen om via het eerste of tweede spoor tot reïntegratie van zijn (ex-)medewerkers te komen. Er zijn met andere woorden vele wegen waarlangs de effecten van de WULBZ- en PEMBA-prikkels tot uiting kunnen komen.

De vraag is echter wel of deze prikkels ook daadwerkelijk het beoogde effect hebben. Op dit moment zijn daarover nog geen harde gegevens beschikbaar. Een evaluatie van de beide wetten die de vraag sluitend kan beantwoorden is nog niet beschikbaar. Toch zijn er indicaties voor het feit dat de prikkels in ieder geval niet overal even sterk werken. Uit een recentelijk door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uitgevoerde studie naar de WAO-instroom op sectorniveau blijkt namelijk dat er grote verschillen bestaan in de instroomkans in de WAO en de herstelkans van WAO'ers.

Uit de sectoranalyse WAO blijkt dat de instroomkansen niet alleen verschillen tussen sectoren, maar ook uiteenlopen wanneer men op een hoger aggregatieniveau kijkt. Zo is de instroomkans in de overheidssector relatief laag (1,09%), terwijl die in de semi-overheidssector

---

<sup>1</sup> Veen, R. van der, W. Trommel (1999). 'Incentives en arbeidsparticipatie. De gevolgen van de herziening van het stelsel van sociale zekerheid voor het activerende karakter van de sociale verzekeringen'. In: Hoof, J. van, J. Mevisen (red.). *In banen geleid. Nieuwe vormen van sturing op de arbeidsmarkt in België en Nederland*. Amsterdam.

relatief hoog (1,67%) ligt (beide relatief ten opzichte van de marktsector met 1,37%). Tot de semi-overheidssector behoren de zorgsector, onderwijs en wetenschappen en het openbaar vervoer<sup>2</sup>.

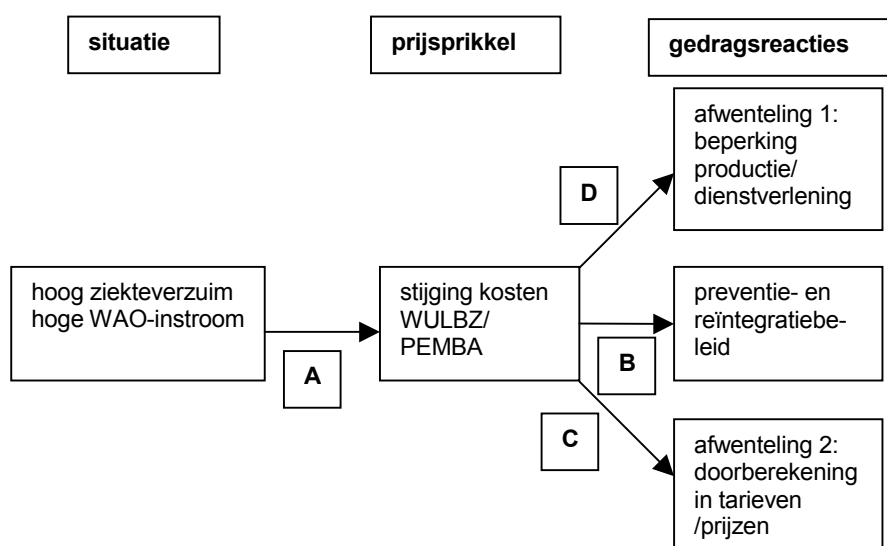
Het is deze relatief hoge WAO-instroom die de opdrachtgever voor de vraag heeft gesteld of er wellicht een relatie bestaat tussen de wijze waarop de verschillende financiële prikkels (WULBZ en PEMBA) in deze sectoren werken en de hoogte van de WAO-instroom. De achterliggende hypothese is dat genoemde prikkels niet of in ieder geval minder goed werken in de semi-overheidssector. Dat zou ertoe kunnen leiden dat geen preventiebeleid ten aanzien van ziekteverzuim en geen reïntegratiebeleid wordt ontwikkeld hetgeen weer leidt tot een hogere WAO-instroom. Dat de prikkels niet of minder goed zouden werken zou in deze gedachtegang te maken (kunnen) hebben met de bekostigingssystematiek waar genoemde sectoren mee te maken hebben.

Uit de bovenstaande gedachtegang volgt de centrale probleemstelling van dit onderzoek:

*Leidt de aanwezigheid van een bekostigingsrelatie uit hoofde van collectieve financiering tot afwijkende gedragseffecten bij werkgevers in de collectieve sector ten aanzien van financiële prikkels uit onder meer WULBZ en PEMBA en ten aanzien van de investeringen van die werkgever in preventie en/of reïntegratie?*

In onderstaande figuur schetsen we op welke wijze werkgevers kunnen reageren op de financiële prikkels van WULBZ en PEMBA:

**Schema 1.1: Gedragsreacties op WULBZ- en PEMBA-prikkels.**



<sup>2</sup> We gebruiken hierbij de definitie van de semi-overheidssector uit: Sectoranalyse WAO 1999, SZW, 2000.



Een stijging van de kosten met betrekking tot WULBZ en PEMBA kan op de eerste plaats leiden tot de door de wetgever beoogde reactie, namelijk intensivering van het preventie- en reïntegratiebeleid (B). Er zijn echter ook twee afwentelingsmechanismen mogelijk. De instelling kan als reactie op de extra kosten de productie/dienstverlening beperken (D) of doorberekenen in de tarieven of prijzen (C).

De reden waarom men voor ‘afwenteling’ kiest in plaats van voor het ontwikkelen van preventie-, verzuim- en reïntegratiebeleid kan te maken hebben met ‘organisatorische gemakzucht’ maar evenzogoed met een doordachte schatting van de kosten die met het opzetten van dit beleid zijn gemoeid en de verwachte baten in de vorm van een lager verzuim of lagere WAO-instroom (en dus op termijn minder hoge kosten in het kader van WULBZ en PEMBA). Immers, op zijn best wordt met het beleid (waaraan hoe dan ook kosten zijn verbonden) het werkgerelateerde verzuim/WAO-instroom teruggebracht. Het politiekorps dat met meer ziekteverzuim te maken krijgt en minder urgente zaken laat liggen omdat geen vervangend personeel beschikbaar is, kiest uiteraard ook voor een vorm van afwenteling (route D). Het is vervolgens ook nog maar de vraag of in de marktsector voor de aanpak van het verzuim en WAO-instroom wordt gekozen. Afwenteling ligt ook daar voor de hand door bijvoorbeeld eenvoudigweg tarieven/prijzen te verhogen (route C in het schema). Dat lijkt misschien in eerste instantie de concurrentiepositie aan te tasten maar de vraag is of de gedifferentieerde premie voor zodanige extra kosten zorgt, dat de kosten van het opzetten van een echt preventie-, verzuim- en reïntegratiebeleid daar tegen opwegen. Met andere woorden: wellicht leiden de kosten voor route B (de gewenste gedragsreactie) tot een slechtere concurrentiepositie dan route C. Bovendien is het de vraag of van concurrenten niet verwacht wordt dat zij (zeker in eerste instantie) precies hetzelfde gedrag vertonen, namelijk ook de extra kosten afwentelen op de consument of andere afnemers.

De hypothese die in het onderhavige onderzoek getoetst moet worden is of de bekostigings-systematiek voor de collectieve sector ertoe leidt dat financiële prikkels uit WULBZ en PEMBA een intensivering van het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid van instellingen in de collectieve sector tot gevolg hebben (B) of dat de kosten die uit deze prikkels voortvloeien worden afgewenteld op andere partijen of zich vertalen in een verlaagde dienstverlening aan de doelgroepen (of uiteraard een combinatie van beide) (D).

Het schema heeft nog een kanttekening. Indien we constateren dat het verzuim- en reïntegratiebeleid geïntensiveerd is, wil dat nog niet zeggen dat de PEMBA- en/of WULBZ-prikkels hebben gewerkt. Er zijn ook andere oorzaken denkbaar, zoals de gespannen arbeidsmarkt die werkgevers aanspoort zo veel mogelijk werknemers zo gezond mogelijk aan de slag te houden. Het ligt dan ook voor de hand dat bedrijven en instellingen alleen al uit arbeidsmarktoverwegingen hun verzuim- en reïntegratiebeleid gaan intensiveren.

De probleemstelling is vertaald in de volgende vier onderzoeksvragen:

- I Wat zijn de financiële consequenties op instellingsniveau van een vermindering en van een vermeerdering in het ziekteverzuim?
- II Wat zijn (op langere termijn) de financiële consequenties op instellingsniveau van een vermindering en van een vermeerdering in de instroom in de WAO?
- III Worden de lijnmanagers binnen instellingen ‘afgerekend’ op verzuimtargets? Hoe gaat de interne bekostigingssystematiek binnen instellingen om met de gevolgen van ziekteverzuim in de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening?
- IV Bestaan er verschillen in ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid tussen instellingen in de collectieve sector en bedrijven in de marktsector, en zo ja, waaruit bestaan die verschillen?

### **1.3 Onderzoeksvragen, de aanpak en het verloop van het onderzoek**

Het onderzoek bestond uit zes onderdelen:

1. analyse van secundaire bronnen;
2. gesprekken met drie arbodiensten;
3. acht interviews met zorginstellingen;
4. acht interviews met onderwijsinstellingen;
5. een groepsgesprek met drie vertegenwoordigers van departementen;
6. twee interviews met politiekorpsen.

Alle gesprekken en interviews hebben plaatsgevonden in de periode half mei - half juni.

#### *ad 1 Analyse van secundaire bronnen*

Bij aanvang van het onderzoek hebben we gegevens over ziekteverzuim, WAO-instroom en het gebruik van REA-middelen bestudeerd en geanalyseerd. We hebben niet alleen gegevens verzameld over de zorg- en onderwijssector, maar ook de andere overheidssectoren en de marktsector. Hiermee kunnen de uitkomsten van het onderzoek in de zorg en het onderwijs beter in perspectief worden geplaatst.

#### *ad 2 Gesprekken met drie arbodiensten*

Ter beantwoording van de vierde onderzoeksvraag hebben we ondermeer drie arbodiensten gesproken over de verschillen tussen de collectieve sector en de marktsector voor wat betreft het ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid. Als de PEMBA- en WULBZ-prikkels niet werken in de collectieve sector zou dit zichtbaar moeten zijn in een lagere intensiteit van het verzuimbeleid. Ook hiermee kunnen de bevindingen van het onderzoek in de zorg en het onderwijs in een breder perspectief worden geplaatst.

*ad 3 Acht interviews met zorginstellingen*

We hebben interviews gehouden met de volgende zorginstellingen:

- twee ziekenhuizen;
- één thuiszorginstelling;
- twee GGZ-instellingen;
- één instelling uit ouderenzorg;
- één instelling uit de gehandicaptenzorg;
- één zorggroep (ouderenzorg, thuiszorg en gezondheidscentra).

De respondenten waren vaak hoofden P&O, soms directeur of financieel manager. Omdat we enerzijds financiële gegevens nodig hadden en anderzijds gegevens op het terrein van P&O, was het in en aantal gevallen noodzakelijk aanvullende informatie op te vragen.

De onderwerpen die tijdens de interviews aan bod zijn gekomen zijn:

- Algemene gegevens over de instelling: grootte, personeelssamenstelling, ziekteverzuim en WAO-instroom.
- Waar binnen de instelling bestaat er inzicht in de PEMBA- en WULBZ-prikkels?
- Wie is verantwoordelijk voor het ziekteverzuim?
- Welke soorten kosten zijn het gevolg van ziekteverzuim en WAO-instroom?
- Het ziekteverzuimbeleid
- Het reïntegratiebeleid
- Bestaat er inzicht in de kosten van dat beleid?
- Wat zijn de redenen voor intensivering van het ziekteverzuimbeleid?

*ad 4 Acht interviews met onderwijsinstellingen*

We hebben interviews gehouden met de volgende onderwijsinstellingen:

- twee universiteiten;
- twee HBO-instellingen;
- twee ROC's;
- twee VO-scholen.

Omdat we alleen instellingen wilden benaderen die de effecten van WULBZ en PEMBA kunnen voelen, hebben we ervan afgezien om instellingen uit het primair onderwijs in het onderzoek te betrekken, aangezien die te maken hebben met directe declaratie van de personeelskosten bij het Ministerie van OCenW. De financiële effecten van de twee wetten worden hier dus niet gevoeld.

Ook bij de interviews in de onderwijssector waren de respondenten vaak hoofden P&O, soms directeur of financieel manager. De onderwerpen die aan bod zijn gekomen zijn dezelfde als bij de zorginstellingen.

*ad 5 Een groepsgesprek met drie vertegenwoordigers van departementen*

Aan dit groepsgesprek namen P&O-functionarissen van drie departementen deel. We hebben hierbij een verkorte itemlijst gebruikt. De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- Een globale beschrijving van de departementen.
- In hoeverre bestaat er inzicht in de PEMBA- en WULBZ-prikkels?
- Wie is er verantwoordelijk voor ziekteverzuim?
- Wat is het effect van de PEMBA en de WULBZ?

*ad 6 Twee interviews met politiekorpsen*

Het groepsgesprek dat gepland was met vertegenwoordigers van politiekorpsen kon niet worden georganiseerd in het korte tijdsbestek dat nog resteerde. Daarom hebben we besloten daarvoor in de plaats twee interviews te houden. Omdat het een uniforme sector betreft (in tegenstelling tot de zorg en het onderwijs) zijn twee interviews voldoende om een eerste globaal beeld te krijgen van deze sector en de verschillen met de zorg en het onderwijs. Het voordeel is dat we met de twee interviews meer diepgang kunnen bereiken dan met een groepsgesprek. We hebben ook hier dezelfde itemlijst gebruikt als bij de interviews in de zorg en het onderwijs.

## **1.4 De opbouw van het rapport**

In hoofdstuk 2 vergelijken de collectieve sector en de marktsector voor wat betreft het ziekteverzuim, de WAO-instroom en -herstel en de reïntegratie-inspanningen van werkgevers. Daarnaast gaan we dieper in op de onderwijs- en zorgsector.

Hoofdstuk 3 gaat over de vraag of de financieringssystematiek van de verschillende collectieve sectoren de PEMBA- en WULBZ-prikkels afzwakt. We doen dit op basis van de concept-interimrapportage over de financiële prikkels ziekte/WAO van de opdrachtgever van het onderhavige onderzoek.

In hoofdstuk 4 maken we een globale vergelijking van de collectieve sector en de marktsector op basis van de drie interviews met de arbodiensten. We kijken daarbij naar de mate waarin er inzicht bestaat in de financiële consequenties van ziekteverzuim en WAO-instroom en verder naar het gevoerde ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid en de contracten met arbodiensten.

In de hoofdstukken 5 en 6 doen we verslag van de interviews in respectievelijk de zorgsector en het onderwijs. In hoofdstuk 7 bespreken we de interviews met de politie en in hoofdstuk 8 het groepsgesprek met vertegenwoordigers van de sector Rijk. Alle onderwerpen van de itemlijsten komen daarbij aan bod.

Hoofdstuk 9 bevat een korte samenvatting van het rapport en de conclusies, waarbij we dwarsverbanden zullen leggen tussen de vier onderzochte sectoren. We zullen een antwoord geven op de vraag of de PEMBA- en WULBZ-prikkels in de collectieve sector werken.

## **2 ZIEKTEVERZUIM, WAO-INSTROOM EN REÏNTEGRATIE-IN-SPANNINGEN**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk presenteren we de meest recente cijfers met betrekking tot ziekteverzuim, WAO-instroom en -herstel en de reïntegratie-inspanningen van werkgevers. We vergelijken de collectieve sector en de marktsector en gaan verder dieper in op de onderwijs- en zorgsector<sup>1</sup>.

Paragraaf 2.2 gaat over het ziekteverzuim. We kijken daarbij naar de ontwikkeling van het ziekteverzuim tussen 1993 en 2000, zodat we een vergelijking kunnen maken tussen de periodes voor en na de invoering van de WULBZ in 1996.

In paragraaf 2.3 vergelijken we verschillende sectoren voor wat betreft de kans dat een werknemer in de WAO terechtkomt en de kans dat een WAO'er weer herstelt. We kijken daarbij alleen naar het jaar 1999.

In paragraaf 2.4 gaan we in op de reïntegratie-inspanningen van werkgevers in de verschillende sectoren. We kijken in de eerste plaats naar de aantallen reïntegratietrajecten en reïntegratie-instrumenten die er in sectoren per WAO'er worden ingezet (in het kader van de REA). Vervolgens vergelijken we het percentage '13 weken zieken' met het percentage werknemers dat in één jaar instroomt in de WAO. Dit geeft een indicatie van de reïntegratie-inspanningen die werkgevers in het eerste ziektejaar betrachten.

Paragraaf 2.5 bevat de conclusies. Tabel 2.11 geeft een samenvatting van dit hoofdstuk.

### **2.2 Ziekteverzuim**

We kijken in deze paragraaf naar het ziekteverzuim in de verschillende onderdelen binnen de particuliere sector en binnen de overheidssector. Vervolgens vergelijken we de particuliere sector als geheel met de hele overheidssector. Tot slot gaan we in op het verzuim in de verschillende sectoren van het onderwijs en de zorg.

---

<sup>1</sup> Een nuancering vooraf bij deze vergelijking is op zijn plaats. Het ziekteverzuim is in kleine bedrijven veel lager dan in grote bedrijven. De marktsector bestaat voor een groot deel uit kleine en zeer kleine bedrijven, terwijl de collectieve sector voornamelijk uit middelgrote en grote bedrijven bestaat. Dit heeft een neerwaarts effect op het gemiddelde ziekteverzuim in de marktsector in vergelijking met de collectieve sector.

Voor de analyse van het ziekteverzuim hebben we de cijfers van het CBS gebruikt. Het CBS onderscheidt ondermeer een particuliere sector<sup>2</sup> en een overheidssector. Het CBS rekent de volgende sectoren tot de overheidssector: het Rijk, provincies, gemeenten, waterschappen, defensie, de politie, het onderwijs en de rechtelijke macht. De zorg- en welzijnsector rekent het CBS tot de particuliere sector. Het CBS verstaat onder het ziekteverzuimpercentage 'het aantal door ziekte verzuimde dagen in procenten van het totaal aantal beschikbare dagen van de werknemers in een kwartaal'<sup>3</sup>.

*Ziekteverzuim in de particuliere sector*

Tabel 2.1 laat zien dat het ziekteverzuim voor de totale particuliere sector na 1993 is gedaald met 1,3 procentpunt naar 4,9 procent in 1994 en 1995. Na invoering van de WULBZ (maart 1996) daalt het ziekteverzuim minder scherp, naar 4,6 procent in 1996 en 1997. Daarna stijgt het ziekteverzuim weer tot 5,5 procent in 2000.

**Tabel 2.1: Ziekteverzuim in de particuliere sector<sup>1</sup>.**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Particuliere sector (geheel)	6,2%	4,9%	4,9%	4,6%	4,6%	5,0%	5,4%	5,5%
Bedrijfstakken								
Landbouw en visserij	3,7%	3,6%	3,8%	3,4%	3,5%	3,4%	3,6%	3,9%
Industrie en bouwnijverheid	7,4%	5,6%	5,6%	4,9%	5,2%	5,7%	6,0%	6,1%
Commerciële dienstverlening	5,3%	4,2%	4,1%	4,1%	3,8%	4,2%	4,6%	4,8%
Niet-commerciële dienstverlening <sup>2</sup>	6,7%	5,9%	6,1%	5,9%	6,1%	6,4%	7,0%	7,0%
Bedrijfsklassen								
Bouw	7,5%	5,1%	4,9%	4,3%	4,5%	4,7%	5,0%	5,1%
Metaal	-	-	-	4,8%	4,8%	5,4%	5,7%	5,8%
Detailhandel	-	-	-	3,8%	3,3%	3,6%	4,2%	4,6%
Horeca	-	-	-	3,2%	2,7%	2,7%	3,3%	3,8%
Industrie				5,2%	5,5%	6,1%	6,5%	6,5%

1: De ziekteverzuimcijfers zijn exclusief zwangerschapsverlof.

2: De niet-commerciële dienstverlening bevat de gezondheids- en welzijnszorg.

Bron: Statline, CBS.

<sup>2</sup> Het CBS definieert de particuliere sector als alle bedrijven en instellingen in Nederland met uitzondering van: overheidsinstellingen, personeel in dienst van huishoudens, internationale gemeenschapsorganen en bedrijven en instellingen die volgens het algemeen bedrijfsregister van het CBS geen werknemers in dienst hebben.

<sup>3</sup> Ziekteverzuim kan bij de overheid langer duren dan één jaar, dit in tegenstelling tot de marktsector. De ziekteverzuimcijfers van het CBS zijn daarom voor de marktsector exclusief ziekteverzuim langer dan een jaar en voor de overheid inclusief verzuim langer dan een jaar.

Ook in de bedrijfstakken afzonderlijk daalt het ziekteverzuim vóór 1996 licht, terwijl na invoering van de WULBZ het ziekteverzuim weer stijgt tot boven het niveau van het jaar van invoering van de WULBZ.

Op het niveau van de bedrijfsklassen, zijn vanaf 1996 verschillende trends zichtbaar. In bijvoorbeeld de bouwnijverheid en de metaal- en elektrotechnische industrie is vanaf 1996 een vrij constante lichte stijging van het ziekteverzuim zichtbaar. In de bouw stijgt het verzuim van 4,3 procent in 1996 tot 5,1 procent in 2000 en in de metaal van 4,8 procent naar 5,8 procent in 2000. In de detailhandel ligt het verzuimcijfer in 1996 onder de 4 procent en stijgt na een lichte daling tot rond de 4,5 procent. In de horeca ligt het verzuim iets lager; het geeft in eerste instantie een lichte daling tot onder de 3 procent te zien waarna het weer stijgt tot 3,8 procent in 2000. In industrie is sinds 1996 helemaal geen daling in het verzuim gemeten; het ziekteverzuim stijgt van 5,2 procent in 1996 tot 6,5 procent in 2000.

#### *Ziekteverzuim bij de overheid*

Uit tabel 2.2 blijkt dat in de overheidssectoren provincies en defensie een vergelijkbare ontwikkeling van het ziekteverzuim heeft plaatsgevonden als in de particulier sector, namelijk een daling tussen 1993 en 1995, gevolgd door een stijgend ziekteverzuim. Bij de provincies en defensie wordt de stijging echter eerder ingezet dan in de particuliere sector. Bij het Rijk en de gemeenten is geen duidelijke trend zichtbaar; de verzuimcijfers schommelen. In de onderwijssector is na stabilisering van het verzuim in 1998 een stijging van 0,5 procentpunt te zien. Het verzuim bij de politie is in vergelijking tot de andere sectoren hoog en stijgend. Bij de rechterlijke macht daarentegen is het verzuimpercentage laag, maar stijgt in 1998 ook.

**Tabel 2.2: Ziekteverzuim bij de overheid<sup>1</sup>.**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rijk	6,7%	6,0%	6,2%	5,9%	5,7%	6,4%	-	-
Provincies	6,4%	5,6%	5,6%	5,7%	6,0%	6,5%	-	-
Gemeenten	7,2%	6,0%	6,5%	6,3%	6,8%	6,6%	-	-
Waterschappen	5,4%	4,9%	4,6%	-	4,4%	-	-	-
Defensie	5,4%	4,8%	4,8%	4,8%	5,2%	5,6%	-	-
Politie	7,1%	-	7,7% <sup>2</sup>	7,5% <sup>2</sup>	8,0% <sup>2</sup>	8,1%		
Onderwijs	6,6%	7,5%	7,2%	7,2%	7,2%	7,7%	-	-
Rechterl. macht	-	-	2,5%	3,0%	2,8%	3,7%	-	-
Particuliere sector	6,2%	4,9%	4,9%	4,6%	4,6%	5,0%	5,4%	5,5%

1: De cijfers van de overheid zijn inclusief, die van de particuliere sector exclusief het ziekteverzuim langer dan een jaar. Beide zijn exclusief zwangerschapsverlof.

2: Inclusief zwangerschapsverlof.

Bron: Statline, CBS.



*De particuliere sector versus overheidssector*

Bij de vergelijking van de ziekteverzuimcijfers van de particuliere sector en de overheid, moeten we rekening houden met het feit dat het CBS in het ziekteverzuim bij de overheid het verzuim langer dan een jaar meeneemt en dit bij de particuliere sector niet doet. Uit de verzuimcijfers van overheidssectoren waarbij zowel verzuim inclusief als verzuim exclusief langer dan een jaar gemeten is, blijkt dat het verzuim gemeten inclusief verzuim langer dan een jaar ongeveer 0,5 procentpunt hoger ligt dan het verzuim exclusief verzuim langer dan een jaar.

**Tabel 2.3: Ziekteverzuim in de particuliere sector en de overheidssector.**

	Marktsector <sup>1</sup>	Overheidssector <sup>2</sup>
1993	6,2%	6,3%
1994	4,9%	5,8% <sup>3</sup>
1995	4,9%	5,3% <sup>3</sup>
1996	4,6%	5,5% <sup>3</sup>
1997	4,6%	5,4% <sup>3</sup>
1998	5,0%	6,4%
1999	5,4%	-
2000	5,5	-

1: De particuliere sector omvat landbouw en visserij, industrie en bouwnijverheid, commerciële dienstverlening en niet-commerciële dienstverlening (inclusief gezondheids- en welzijnszorg). Deze cijfers zijn exclusief verzuim langer dan een jaar.

2: De overheidssector bestaat uit het Rijk, provincies, gemeenten, waterschappen, defensie, politie, onderwijs en de rechterlijke macht. Deze cijfers zijn inclusief verzuim langer dan een jaar.

3: Exclusief verzuim politie

Bron: Statline, CBS.

Het ziekteverzuim in de marktsector maakt na 1993 een daling van 6,2 procent tot 4,6 procent in 1996 en 1997 mee, waarna het weer langzaam stijgt naar rond 5,5 procent in 1999 en 2000. In de overheidssector is de daling ook zichtbaar maar minder groot. De dalende tendens houdt minder lang aan dan in de particuliere sector; in 1998 wordt hetzelfde verzuimpercentage gemeten als in 1993.

*Ziekteverzuim in het onderwijs*

Uit tabel 2.4 blijkt een opvallend verschil in verzuimpercentages tussen enerzijds de onderwijssectoren en anderzijds de particuliere sector. Ook in vergelijking met de andere overheidssectoren is het verzuim in het onderwijs hoog. Uitzondering vormt het ziekteverzuim in het wetenschappelijk onderwijs, dat schommelt rond 4 procent. Het verzuim in het voortgezet onderwijs schommelt van 1994 tot 1999 tussen 6,5 en 7,5 procent. In het basisonder-

wijs daalt het verzuim in 1997 tot 6,9 procent, waarna het in 1998 en 1999 weer stijgt tot 8,7 procent. Het verzuim in het speciaal onderwijs is het hoogst; het stijgt van rond 8 procent halverwege de jaren negentig tot bijna 9,5 % in 1999.

**Tabel 2.4: Ziekteverzuim in het onderwijs<sup>1</sup>.**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Bo	7,4%	7,7%	7,7%	6,9%	7,8%	8,7%
So	8,3%	7,9%	8,7%	8,3%	8,4%	9,4%
Vo	7,1%	6,6%	7,0%	6,7%	7,0%	7,4%
Hbo	-	-	4,6%	5,4%	5,2%	6,3%
Wo <sup>2</sup>	4,0%	3,9%	3,8%	3,8%	4,0%	4,3%
Particuliere sector <sup>3</sup>	4,9%	4,9%	4,6%	4,6%	5,0%	5,4%

1: Verzuim onder onderwijzend personeel. Voor Bve-instellingen zijn geen bruikbare cijfers beschikbaar.

2: Verzuim onder onderwijzend en ondersteunend personeel.

3: Exclusief verzuim langer dan een jaar.

Bron: CBS, WOPI, HBO-Raad, SBO.

Echter, als de ziekteverzuimcijfers van het onderwijs worden gecorrigeerd voor de samenstelling van de sectorale beroepsbevolking, ontstaat een ander beeld. Uit onderzoek van Regioplan blijkt namelijk dat de hoogte van het ziekteverzuim in de sector onderwijs vergelijkbaar is met dat in andere sectoren en bedrijfstakken wanneer rekening wordt gehouden met de samenstelling naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau<sup>4</sup>.

#### *Ziekteverzuim gezondheidszorg*

De gezondheids- en welzijnszorg wordt als semi-overheidssector in de statistieken van het CBS gerekend onder de particuliere sector. Binnen de bedrijfstak gezondheids- en welzijnszorg maakt het CBS onderscheid tussen de bedrijfsklassen ziekenhuizen, verpleeg- en bejaardentehuizen en de rest gezondheids- en welzijnszorg.

In tabel 2.5 vergelijken we de gezondheidssector met de particuliere sector. De verzuimcijfers in de gezondheidszorg liggen in vergelijking tot de particuliere sector als geheel hoog. In 1996 ligt het verzuimpercentage van de gezondheids- en welzijnszorg ruim twee procentpunten hoger dan dat van de particuliere sector. In de jaren daarna stijgt het verzuim in zowel de particuliere sector als de gezondheids- en welzijnszorg. Het verzuim in de gezondheids-

<sup>4</sup> S.W. van der Ploeg, Ziekteverzuim in het onderwijs: een vergelijking met andere sectoren en bedrijfstakken, Regioplan, Amsterdam, 2001.

en welzijnszorg groeit echter sneller. In 2000 is het verzuim in deze sector 2,3 procentpunt hoger dan in de particuliere sector.

Als de gezondheids- en welzijnszorg wordt uitgesplitst naar ziekenhuizen, verpleeg- en bejaardentehuizen en overig, dan valt op dat het verzuim in de verpleeg- en bejaardentehuizen hoger ligt dan dat van de andere twee categorieën. Het verzuim bij de ziekenhuizen en overig stijgt van rond 6,5 procent in 1996 tot 7,4 in 2000. Het verzuim in verpleeg- en bejaardentehuizen groeit van 7 procent in 1996 naar 8,6 procent in 2000.

**Tabel 2.5: Ziekteverzuim in de gezondheidszorg<sup>1</sup>.**

	1996	1997	1998	1999	2000
Gezondheids- en welzijnszorg (totaal)	6,7%	6,9%	7,3%	7,8%	7,8%
Ziekenhuizen	6,3%	6,4%	6,8%	7,2%	7,4%
Verpleeg- en bejaardentehuizen	7,0%	7,3%	7,8%	8,4%	8,6%
Rest gezondheids- en welzijnszorg	6,5%	6,7%	7,1%	7,5%	7,4%
Particuliere sector (totaal)	4,6%	4,6%	5,0%	5,4%	5,5%

1: Exclusief zwangerschapsverlof en verzuim langer dan een jaar.

Bron: Statline, CBS.

### 2.3 WAO in- en uitstroom

In deze paragraaf kijken we naar de instroomkansen en herstelkansen van werknemers in de verschillende sectoren om in danwel uit de WAO te stromen. We vergelijken een aantal marktsectoren en overheidssectoren met het landelijke gemiddelde. We staan specifiek stil bij de onderwijssector en de gezondheidszorg.

De Lisv maakt sinds 1998 een analyse van de in- en uitstroom in de WAO op sectorniveau. Echter om een vergelijking op sectorniveau te maken van de instroomkansen in de WAO en uit de WAO zijn deze cijfers nog niet bruikbaar. We maken daarom gebruik van de *Sectoranalyse WAO* van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid met gegevens over 1999<sup>5</sup>. Omdat de uitstroomkans uit de WAO voor meer dan de helft wordt bepaald door het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd en overlijden, is de herstelkans een betere indicator voor de mate van succesvolle reïntegratie. De herstelkans is het percentage WAO'ers dat uitstroomt vanwege herstel en herbeoordeling<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> In de sectoranalyse WAO wordt gebruik gemaakt van de Lisv-sectorindeling volgens de OSV.

<sup>6</sup> De herstelkans is het aantal personen dat uitstroomt vanwege herstel en herbeoordeling, gedeeld door het totale aantal WAO'ers in de sector. De Lisv-coderingen 'herstel' en 'herbeoordeling' zijn voor de berekening van de herstelkans samengevoegd, omdat beide inhouden dat de uitkering is beëindigd vanwege een toename van de verdien capaciteit (Sectoranalyse WAO 1999, SZW, november 2000).

*WAO in de marktsector*

In tabel 2.6 zijn de instroom- en herstelkansen WAO voor de verschillende marktsectoren opgenomen. De marktsector als geheel kent zowel een lagere instroomkans als een lagere herstelkans voor de WAO (respectievelijk 1,37% en 2,8%) dan het landelijke gemiddelde (respectievelijk 1,46% en 3,3%).

Werknemers in de bouw hebben met 1,69 procent een duidelijk hogere kans in de WAO terecht te komen dan de gemiddelde werknemer in Nederland. De instroomkans van de metaalsector ligt met 1,42 procent dicht bij het landelijk gemiddelde. De horeca heeft een opvallend lage instroomkans van 0,80 procent. De bedrijfstak reiniging valt in negatieve zin op met een instroomkans van 2,76 procent.

De kans dat een werknemer die in de metaalindustrie, bouw, detailhandel of reiniging in de WAO is terechtgekomen weer uit de WAO stroomt vanwege herstel en herbeoordeling is aanzienlijk lager dan het landelijk gemiddelde. Het landelijk gemiddelde is namelijk 3,3 procent terwijl de herstelkansen in de vier genoemde marktsectoren 2,0 procent of lager zijn. De herstelkans ligt bij de horeca bovengemiddeld hoog.

Het bouwbedrijf valt negatief op door een combinatie van hoge kans op instroom in de WAO en een lage herstelkans. De horeca daarentegen kent een lage instroomkans en bovengemiddelde herstelkans.

**Tabel 2.6: Instroom- en herstelkansen WAO in de marktsector in 1999.**

	Instroomkans	Herstelkans
Marktsector <sup>1</sup>	1,37%	2,8%
Bouwbedrijf	1,69%	1,4%
Metaalindustrie	1,42%	1,9%
Detailhandel en ambachten	1,55%	2,0%
Horeca	0,80%	3,8%
Reiniging	2,76%	2,0%
Landelijk gemiddelde	1,46%	3,3%

1: Alle sectoren behalve de overheidssectoren en de semi-overheidssectoren. De semi-overheid wordt hier gedefinieerd als: zorg, onderwijs en wetenschappen, openbaar vervoer en werknemers werkzaam uit hoofde van de WIW en WSW.

Bron: Sectoranalyse WAO 1999, SZW, november 2000.

*WAO bij de overheid*

In tabel 2.7 vergelijken we de instroomkans in de WAO en herstelkans tussen de verschillende overheidssectoren. De instroomkansen liggen bij defensie lager dan in de andere twee

overheidssectoren. Voor elk van de overheidssectoren geldt dat de instroomkans flink onder het landelijk gemiddelde ligt.

In vergelijking tot de landelijk gemiddelde scores de overheidssectoren hoog wat betreft de herstelkans. Bij het Rijk, politie en rechterlijke macht liggen de herstelkansen ruim een procentpunt boven de andere overheidssectoren en zelfs meer dan 2 procentpunten hoger dan het landelijk gemiddelde.

**Tabel 2.7: Instroom- en herstelkansen WAO in de overheidssectoren in 1999.**

	Instroomkans	Herstelkans
Landelijk gemiddelde	1,46%	3,3%
Rijk, politie en rechtelijke macht	1,07%	5,4%
Provincies, gemeenten en waterschappen	1,28%	3,8%
Defensie	0,61%	4,1%

Bron: Sectoranalyse WAO, SZW, november 2000.

#### *Instroom en herstel WAO in het onderwijs en de zorg*

Om een vergelijking te kunnen maken van de instroom- en herstelkansen WAO in de zorg en het onderwijs, hebben we in tabel 2.8 deze sectoren afgezet tegen de instroom- en herstelkansen in de overheidssector, de marktsector en het landelijk gemiddelde<sup>7</sup>.

De gemiddelde instroomkans in de marktsectoren ligt hoger dan die van de overheid (rijk, politie, rechterlijke macht, provincies, gemeenten en waterschappen en defensie). De onderwijssector heeft een instroomkans die dicht bij het gemiddelde van de marktsector ligt. In de zorgsector daarentegen ligt de kans op instroom in de WAO (1,81%) fors boven die van de marktsector. Onderwijs en zorg kennen dus beide een hogere instroomkans WAO dan de overheid.

De herstelkansen in het onderwijs en de zorg liggen beide fors boven de gemiddelde herstelkans in de marktsector, namelijk respectievelijk 1,1 en 2,7 procentpunt hoger. De herstelkans

<sup>7</sup> Met de sector zorg bedoelen we hier sector 35: Gezondheidszorg, geestelijke en maatschappelijke belangen. Hieronder valt ondermeer de hele gezondheidszorg (met uitzondering van de academische ziekenhuizen), welzijn en jeugdhulpverlening. Verder vallen hier ook een aantal dienstverbanden onder die in het onderwijs werken. Navraag bij Lisv levert op dat 11% van de onderwijsdienstverbanden onder sector 35 vallen, dit is tussen de 4,5% en 5% van sector 35.

Met de onderwijssector bedoelen we hier sector 61: Overheid, onderwijs en wetenschappen, omvattende 1. onderwijsinstellingen; 2. ziekenhuizen, voorzover geëxploiteerd door en vanwege de overheid (academische ziekenhuizen); 3. onderzoeksinstituten; 4. onderwijsondersteunende instellingen.

in het onderwijs ligt op 4,4 procent en die van de zorg zelfs op 6,0 procent<sup>8</sup>. De zorg valt dus op door een hoge instroomkans in de WAO en een hoge herstelkans. Dat betekent dat de hoge WAO-instroom in de zorg deels wordt gecorrigeerd doordat relatief veel WAO'ers in deze sector weer herstellen en aan het werk gaan.

**Tabel 2.8: Instroom- en herstelkansen WAO onderwijs en zorg in 1999.**

	Instroomkans	Herstelkans
Onderwijs	1,33%	4,2%
Zorg	1,81%	6,0%
Overheid <sup>1</sup>	1,09%	4,4%
Marktsector <sup>2</sup>	1,37%	2,8%
Landelijk gemiddelde	1,46%	3,3%

1: De overheid bestaat uit: Rijk, politie, rechterlijke macht, provincies, gemeenten en waterschappen en defensie.

2: De marktsector bevat alle sectoren behalve de overheidssectoren en de semi-overheidssectoren. De semi-overheid wordt hier gedefinieerd als: zorg, onderwijs en wetenschappen, openbaar vervoer en werknemers werkzaam uit hoofde van de WIW en WSW.

Bron: Sectoranalyse WAO, SZW, november 2000.

## 2.4 Reïntegratie-inspanningen

We kijken in deze paragraaf naar de reïntegratie-inspanningen in de diverse sectoren. We doen dit op de eerste door het gebruik van de REA te relateren aan het aantal WAO'ers. Daarnaast kijken we hoeveel langdurig zieken uiteindelijk niet in de WAO terechtkomen.

### *Gebruik REA*

De Wet op de (Re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA) is per 1 juli 1998 in werking getreden. Het doel van de wet is de kansen op de arbeidsmarkt te vergroten voor mensen die door ziekte of gebrek moeilijk toegang hebben tot deze markt; de arbeidsgehandicapten.

Met de invoering van de Wet REA zijn de reeds bestaande reïntegratie-instrumenten gebundeld. Daarnaast zijn een aantal nieuwe instrumenten toegevoegd, met name in de vorm van budgetten. Zo zijn met de Wet REA het plaatsingsbudget, het herplaatsingsbudget en het pakket op maat geïntroduceerd.

Reïntegratie van arbeidsgehandicapten heeft zowel betrekking op (her)plaatsing bij de eigen werkgever als op de plaatsing bij een nieuwe werkgever. Indien er voor een arbeidsgehandi-

<sup>8</sup> Die hoge herstelkans in de zorg kan, aldus SZW het gevolg zijn van vertraagde keuringen. De werknemers die bij Cadans te laat gekeurd worden, worden bij einde wachttijd meegerekend bij de WAO-instroom. Indien na de keuring blijkt dat zij geen recht hebben op een WAO-uitkering, worden zij bij de uitstroomcijfers opgevoerd als herstel.

capte een reïntegratietraject wordt ingekocht, wordt meestal een plaatsing bij een nieuwe werkgever beoogd.

Om na te gaan in welke mate sectoren gebruik maken van de REA-gelden kijken we naar het aantal ingekochte reïntegratietrajecten en de toegekende instrumenten over het jaar 1999. We maken hierbij gebruik van het tabellenboek 1999 'Reïntegratie: sector en branche' van het Lisv. Het Lisv definieert een reïntegratietraject als een traject dat de arbeidsgehandicapte naar (ander) werk moet toeleiden. Onder instrumenten verstaat het Lisv concrete hulpmiddelen om de werknemer te reïntegreren in het arbeidsproces, zoals het plaatsingsbudget, voorzieningen op het eigen werk of loondispensatie.

In tabel 2.9 geven we een overzicht van het aantal ingekochte reïntegratietrajecten en voorzieningen, gerelateerd aan het aantal WAO-ers.

**Tabel 2.9: Reïntegratietrajecten en -instrumenten per 100 WAO-ers.**

	WAO-ers	Trajecten	Trajecten/WAO-ers (* 0,01)	Instrumenten	Instrumenten/WAO-ers (*0,01)
35 Zorg	95.906	6.431	6,71	1.935	2,02
61 Onderwijs	46.005	217	0,47	63	0,14
62 Overheid <sup>1</sup>	13.223	45	0,34	17	0,13
63 Defensie	3.214	45	1,40	14	0,44
64 Provincies + gemeenten	26.948	110	0,41	16	0,06
65 Openbare nutsbedrijven	2.081	6	0,29	2	0,10
66 Overheid overig	4.411	79	1,79	17	0,39

1: Overheid bevat Rijk, politie, en rechtelijke macht.

Bron: Reïntegratie: Sector en branche, tabellenboek 1999, LISV, april 2001.

In de tabel zien we zeer grote verschillen in de mate waarin REA-trajecten en -instrumenten worden ingezet. Van de overheidssectoren worden er in de zorg de meeste trajecten en instrumenten ingezet. De onderwijssector blijft ver achter bij de reïntegratie-inspanningen van de zorg. Wel worden er in het onderwijs meer trajecten en instrumenten ingezet dan bij de politie, provincies en gemeenten, openbare nutsbedrijven.

#### *Reïntegratie-inspanningen tijdens het eerste ziektejaar.*

Na dertien weken ziekte meldt de werkgever de zieke werknemer bij de Uvi. Na negen maanden dient de werkgever een WAO-aanvraag in, waarna als het goed is binnen een jaar na de eerste verzuimdag de WAO-keuring plaatsvindt. Wanneer de percentages dertien weken zieken (aantal dertien weken zieken gedeeld door de verzekerde populatie) worden ver-

geleken met de WAO-instroom per sector, kan men een beeld krijgen van de reïntegratie-inspanningen van de verschillende sectoren in het eerste jaar van ziekte.

**Tabel 2.10: Percentage 13 weken zieken en instroompercentage WAO.**

	13 weken zieken	Instroom	WAO-instroom/perc. 13 weken zieken
Marktsector <sup>1</sup> (totaal)	4,8%	1,37%	28,5%
Onderwijs	5,8%	1,33%	22,9%
Zorg	6,6%	1,81%	27,4%
Overheid <sup>2</sup> (totaal)	4,9%	1,09%	22,2%
Provincies, gemeenten en waterschappen	6,4%	1,28%	20,0%
Defensie	2,5%	0,61%	24,4%

1: De marktsector is hier gedefinieerd als alle sectoren behalve de overheidssectoren en de semi-overheidssectoren. De semi-overheidssector wordt hier gedefinieerd als: zorg, onderwijs en wetenschappen, openbaar vervoer en werknemers werkzaam uit hoofde van de WIW en WSW. De gegevens zijn exclusief gegevens van bedrijven die zijn aangesloten bij het SFB.

2: De overheid is hier gedefinieerd als Rijk, politie, rechterlijke macht, provincies, gemeenten en waterschappen en defensie.

Bron: Sectoranalyse WAO 1999, SZW, november 2000.

Tabel 2.10 geeft een vergelijking van het percentage dertien weken zieken met het instroompercentage WAO. De marktsector en de overheidssector hebben een vergelijkbaar percentage dertien weken zieken, namelijk 4,8 procent en 4,9 procent. Bij de overheid echter is het instroompercentage WAO met 1,09 procent een stuk lager dan in de marktsector met 1,37 procent. Dit kan er op duiden dat er bij de overheid in het eerste ziektejaar meer reïntegratie-inspanningen plaatsvinden.

Het onderwijs en de zorg worden gekenmerkt door een zeer hoog percentage dertien weken zieken. De WAO-instroom is in het onderwijs lager dan het gemiddelde in de marktsector, maar hoger dan bij de overheid. In de zorg is ook de WAO-instroom erg hoog.

Als we kijken welk percentage van de dertien weken zieken uiteindelijk in de WAO terecht komt, blijken de verschillen klein. De derde kolom van tabel 2.10 laat zien dat in de marktsector als geheel, bij de overheid, in de zorg en in het onderwijs uiteindelijk tussen de twintig en dertig procent van de dertien weken zieken in de WAO komt.



## **2.5 Conclusies**

In de particuliere sector is het ziekteverzuim tussen 1993 en 1995 scherp gedaald. Na de invoering van de WULBZ in 1996 zet de daling zich in lichtere mate voort. Vanaf 1997 stijgt het ziekteverzuim weer, waardoor in het jaar 2000 het verzuim weer boven het niveau van het jaar van de invoering van de WULBZ uitkomt. De overheidssector kent een vergelijkbaar verloop van het ziekteverzuim: de daling van het ziekteverzuim is echter kleiner en duurt minder lang, zodat in 1998 al het niveau van 1993 wordt gehaald.

In de gezondheidszorg vindt na de invoering van de WULBZ helemaal geen daling van het ziekteverzuim plaats. Na 1996 stijgt het ziekteverzuim voortdurend; in die hele periode ligt het ziekteverzuim ruim twee procentpunten boven het verzuim in de particuliere sector. Binnen de gezondheidszorg is het verzuim in de verpleeg- en bejaardentehuizen het hoogst. In de ziekenhuizen is het verzuim vergelijkbaar met de hele gezondheidszorg.

In het onderwijs is het ziekteverzuim in 1993 slechts iets hoger dan in de particuliere sector. Echter, terwijl het ziekteverzuim in de particuliere sector daalt, stijgt het in het onderwijs met een procentpunt en blijft vervolgens constant. Daardoor ligt het verzuim in het onderwijs vanaf 1994 voortdurend twee en een half procentpunt boven het niveau van de particuliere sector. Binnen het onderwijs is het verzuim in het speciaal onderwijs het grootst, gevolgd door het basisonderwijs. In het wetenschappelijk en hoger onderwijs is het verzuim het laagst.

In de overheidssectoren defensie, Rijk, politie en rechterlijke macht is de instroomkans WAO flink lager dan in de marktsector (inclusief zorg en onderwijs). Bij de provincies, gemeenten en waterschappen is de instroomkans WAO slechts een fractie lager dan in de marktsector. Ook voor wat betreft de herstelkansen WAO steekt de overheid gunstig af bij de marktsector: het percentage WAO'ers in de verschillende overheidssectoren dat hersteld is veel groter dan in de marktsector.

De zorg wordt gekenmerkt door een combinatie van een hoge instroomkans in de WAO met een hoge herstelkans. In het onderwijs ligt de instroomkans op het gemiddelde niveau van de marktsector, terwijl de herstelkans een stuk hoger ligt.

Van de overheidssectoren worden er in de zorg de meeste REA-trajecten en -instrumenten per 100 WAO'ers ingezet. De onderwijssector blijft achter bij de zorg, maar doet meer aan reïntegratie dan de andere overheidssectoren.

In de onderstaande tabel presenteren we de kerncijfers van dit hoofdstuk.

**Tabel 2.11: Samenvatting: ziekteverzuim en WAO.**

	Ziekteverzuim 1998	13 weken zieken 1999	Instroomkans WAO 1999	Herstelkans WAO 1999	Aantal REA-trajecten + instrumenten per WAO'er
Particuliere sector/marktsector	5,0%	4,8%	1,37%	2,8%	-
Overheidssector	6,4%	4,9%	1,09%	4,4%	0,47
Onderwijs	7,7%	5,8%	1,33%	4,2%	0,61
Gezondheidszorg	7,3%	6,6%	1,81%	6,0%	8,73

De definities van de sectoren zijn per bron verschillend, zie daarvoor de toelichting bij de andere tabellen in dit hoofdstuk.

Bronnen: ziekteverzuim bij CBS, 13 weken zieken en WAO bij Lisv, REA bij Lisv.



### 3 EFFECT PEMBA EN WULBZ OP INSTELLINGSBUDGETTEN

In dit hoofdstuk gaan we kort in op de wisselwerking tussen enerzijds de financiële gevolgen van de PEMBA en de WULBZ en anderzijds de budgetten van instellingen in de collectieve sector<sup>1</sup>. Om vast te stellen of de PEMBA en WULBZ effect heeft op het gedrag van managers van instellingen in de collectieve sector, moeten we eerst vaststellen of de instellingsbudgetten worden aangepast aan de extra kosten van PEMBA en WULBZ. Als dit het geval is, hebben PEMBA en WULBZ geen effect. Als er daarentegen géén of slechts gedeeltelijke compensatie plaatsvindt via de budgettering, hebben de instellingen in de collectieve sector te maken met dezelfde of vergelijkbare financiële prikkels als in de marktsector. Het effect is dan afhankelijk van de mogelijkheden van andere afwentelingsmechanismen, die wellicht in de collectieve sector anders zijn dan in de marktsector. Hierop gaan we in in de hoofdstukken 5, 6, 7 en 8.

In paragraaf 3.2 kijken we naar de mogelijkheden die de betrokken minister heeft om de arbeidsvoorwaarden en het personeelsbeleid te sturen. In paragraaf 3.3 kijken we kort naar de algemene kenmerken van de financieringssytematiek van de collectieve sector die afwijken van de situatie in de marktsector. In de paragrafen 3.4, 3.5 en 3.6 gaan we in op de financieringssytematiek in respectievelijk de sectoren zorg & welzijn, onderwijs en Rijk & politie. In de concluderende paragraaf 3.7 geven we een antwoord op de vraag of de financieringssytematiek de werking van de PEMBA- en WULBZ-prikkels afzwakt. Dit hoofdstuk is volledig gebaseerd op de concept-interim-rapportage over financiële prikkels ziekte/WAO, versie 22 februari 2001 van de commissie die opdrachtgever is van dit onderzoek.

#### 3.1 Sturingsmogelijkheden minister

Een belangrijk verschil tussen de vier onderscheiden collectieve sectoren is de mate waarin de minister als werkgever de invloed kan uitoefenen op de arbeidsvoorwaarden in de sector en het personeelsbeleid van de instellingen.

De coördinerend minister (BZK) stelt in samenwerking met de minister van Financiën de speerpuntenbrief vast, waarin de financiële randvoorwaarden voor de CAO-onderhandelingen zijn opgenomen. In de speerpuntenbrief wordt tevens aangegeven welke onderwerpen de minister graag op de onderhandelingstafel geagendeerd wil zien. Het wordt, binnen zekere marges, aan het CAO-overleg overgelaten wat daarvan terechtkomt. Dit geldt voor de sectoren Rijk, politie, onderwijs en zorg.

---

<sup>1</sup> Met de collectieve sector bedoelen we hier de sectoren Rijk, politie, onderwijs en zorg.

Voor de sectoren Rijk en politie neemt de minister als werkgever deel aan het CAO-overleg. Hierdoor is de invloed van de minister op de arbeidsvoorwaarden en personeelsbeleid in deze sectoren groter dan in de andere collectieve sectoren. De minister bepaalt met betrekking tot het beleid ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn inzet in de CAO-onderhandelingen in overleg met de departementen en politiekorpsen. Het interne personeelsbeleid blijft de verantwoordelijkheid van de departementen en politiekorpsen zelf.

In de sector onderwijs varieert die invloed van de minister. Het primaire onderwijs lijkt wat dit betreft het meeste op Rijk en politie: ook hier bestaat er één centrale CAO waarin een groot aantal aspecten van het sociaal en arbeidsvoorwaardenbeleid wordt geregeld. Daarbij komt dat het primaire onderwijs op declaratiebasis wordt gefinancierd.

Het voortgezet onderwijs en de sector beroeps- en volwasseneneducatie staan op meer afstand. Een aantal delen van het beleid zijn gedelegeerd aan het decentrale arbeidsvoorwaardenoverleg tussen decentrale sociale partners. De sturingsmogelijkheden van de minister zijn hier kleiner. Bovendien geldt in het VO en BVE een lump-sum systematiek met bestedingsvrijheid.

De sector hoger onderwijs (HBO, universiteiten en onderzoeksinstituten) is op afstand geplaatst van de minister en ontvangt een volledig gedecentraliseerd, integraal budget. Het beleid op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wordt aan de decentrale sociale partners overgelaten.

De zorg- en welzijnssector staat aan de andere zijde van het spectrum wat de sturingsmogelijkheden van de minister betreft. De werkgevers in de sector zijn voornamelijk privaatrechtelijke rechtspersonen en vallen daarmee op het terrein van arbeidsvoorwaarden onder dezelfde regelingen als de marktsector. De minister van VWS heeft veel minder invloed op de werkgevers in het VWS-veld. De instellingen in het VWS-veld zijn zelf verantwoordelijk voor de vormgeving van hun exploitatie. VWS stuurt aan de hand van macro budgetkaders. In het gepremieerde veld zijn de verzekeraars en CTG belangrijke spelers met meer invloed op de bedrijfsvoering van individuele instellingen dan VWS zelf. Gegeven de tariefriichtlijnen van het CTG stellen verzekeraars, door het maken van productieafspraken met instellingen, de budgetten op instellingsniveau vast.

De conclusie van deze paragraaf is dat binnen de collectieve sector de invloed van de betrokken minister op de arbeidsvoorwaarden en personeelsbeleid verschillen vertoont. Deze invloed is het grootst bij de sectoren Rijk en politie. Daarna volgen in afnemende invloed het PO, het VO, de BVE/HO en de zorgsector. De zorgsector lijkt wat dit betreft het meeste op de marktsector.

### 3.2 Verschillen en overeenkomsten markt- en collectieve sector

Ziekteverzuim en WAO-instroom leiden in de collectieve sector net als in de marktsector in eerste instantie tot productieverlies, terwijl het salaris doorbetaald moet worden. In de marktsector betekent productieverlies meestal direct een aantasting van de winst. In de collectieve sector is er lang niet altijd een directe relatie tussen de productie en de bekostiging. Voor de sectoren Rijk en politie geldt een inputfinanciering<sup>2</sup> zodat productieverlies geen consequenties heeft voor de financiering. In het onderwijs betekent een verminderde productie dat er klassen of lessen uitvallen. Tot op zekere hoogte heeft dit ook geen gevolgen voor de financiering. In de zorg zal een deel van het productieverlies bestaan uit minder dienstverlening of een mindere kwaliteit van de dienstverlening. Dat heeft geen gevolgen voor het budget van de instellingen. Maar omdat de budgetten in de zorg zijn vastgesteld op basis van productieafspraken, kan productieverlies leiden tot lagere budgetten. Dit is het geval als er in een verpleeghuis of ziekenhuis minder bedden gevuld zijn, in de thuiszorg minder zorguren zijn verleend enzovoorts.

Een duidelijk verschil tussen de collectieve sector en de marktsector is dat in de collectieve sector productietekort in bepaalde gevallen kan leiden tot additionele inkomsten. Aan een sector of daarbinnen instellingen kunnen extra middelen worden toegekend als de kwaliteit of kwantiteit van de dienstverlening niet tegemoet komen aan maatschappelijke en politiek gehanteerde standaarden. Een voorbeeld hiervan zijn de extra middelen voor het wegwerken van wachtlijsten in de zorg.

De conclusie van deze paragraaf is dat de collectieve sector en de marktsector voor wat betreft de financiële gevolgen van ziekteverzuim een aantal duidelijke verschillen vertonen. Productieverlies als gevolg van ziekteverzuim leidt in de collectieve sector lang niet altijd tot een lager budget, terwijl productieverlies in de marktsector altijd leidt tot minder inkomsten. Verder krijgt de collectieve sector zo nu en dan extra middelen om de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen. Ook dit komt in de marktsector niet voor.

In de volgende paragrafen gaan we in op de gevolgen van een hogere WAO-premie of hogere kosten vanwege ziekteverzuim op de instellingsbudgetten in de verschillende onderdelen van de collectieve sector.

---

<sup>2</sup> De sector Rijk wordt gefinancierd op basis van formatieplaatsen en de sector politie op basis van budgetverdelingen.

### **3.3 Sector Zorg en welzijn**

#### *PEMBA-prikkels*

In de sector zorg en welzijn wordt de WAO-premie net als in de marktsector vastgesteld op instellingsniveau op basis van de WAO-instroom van de afgelopen vijf jaar. WAO-instroom in de zorg heeft dus dezelfde invloed op de kosten als in marktbedrijven.

Aan de andere kant wordt het instellingsbudget in de zorg jaarlijks aangepast aan de marktgemiddelde premie mutatie. Dit betekent dat werkgevers in de zorg die slechter functioneren dan het marktgemiddelde een budgettair probleem hebben. De kosten stijgen terwijl het budget niet in dezelfde mate toeneemt.

Een recent voorbeeld uit deze sector waarbij de minister het budget wel heeft aangepast in verband met hogere verzekeringspremies voor arbeidsongeschiktheid zijn de huisartsen en tandartsen.

#### *WULBZ-prikkels*

In de sector zorg en welzijn geldt net als in de marktsector een loondoorbetalingsplicht in geval van ziekte op het niveau van 70 procent. CAO's hebben dit aangevuld tot 100 procent van het loon. Ziekteverzuim in de zorg heeft dus dezelfde invloed op de kosten als in marktbedrijven.

In de budgetten van zorginstellingen wordt rekening gehouden met een ziekteverzuim van 6,75 procent. Er wordt geen rekening gehouden met marktgemiddelde ontwikkeling van de kosten van ziekteverzuim. Stijging van het ziekteverzuim leidt in de zorg dus tot stijging van de kosten zonder dat het budget wordt aangepast.

### **3.4 Onderwijs**

#### *PEMBA-prikkels*

In het onderwijs wordt de WAO-premie net als in de marktsector vastgesteld op instellingsniveau op basis van de WAO-instroom van de afgelopen vijf jaar. WAO-instroom in het onderwijs heeft dus dezelfde invloed op de kosten als in marktbedrijven.

Instellingen in het PO echter kunnen de salariskosten volledig declareren, inclusief de WAO-premies. Hierdoor werken de PEMBA-prikkels in deze sector dus niet. De andere onderwijsinstellingen hebben een lumpsumfinanciering waarin de WAO-basispremie volledig en de gedifferentieerde WAO-premie op het landelijk gemiddelde wordt bekostigd. WAO-instroom

heeft in deze instellingen dus een vergelijkbare invloed op de financiële ruimte als in marktbedrijven.

*WULBZ-prikkels*

In het onderwijs geldt net als in de marktsector een loondoorbetalingsplicht in geval van ziekte op het niveau van 70 procent. CAO's hebben dit aangevuld tot 100 procent van het loon.

In het PO en VO geldt een vervangingsplicht. Deze instellingen kunnen vervanging voor zieke werknemers bij het Vervangingsfonds (Vf) declareren. Het Vf kent het 'vervuiler-betaalt-principe': afhankelijk van de mate waarin de vervangingslasten van een instelling boven het sectorgemiddelde liggen, betaalt de werkgever een malus. Vervangingslasten onder het gemiddelde leiden tot premie-restitutie. Voor de premie aan het Vf ontvangen de desbetreffende werkgevers een vervangingsopslag in de bekostiging. Voor PO-scholen is de vervangingsopslag kostendekkend, waardoor de WULBZ-prikkel niet werkt. In het VO worden variaties in de premie voor het Vervangingsfonds niet verdisconteerd in de vervangingsopslag. Meer ziekteverzuim betekent (indien de school vervangt via het Vf) daarom in het VO een hogere premie tegen een gelijkblijvend budget. Deze prikkel is echter wel zwakker dan in het geval van loondoorbetaling doordat het ziekteverzuim slechts indirect (via de premie Vf) doorwerkt.

In de BVE- en HO-sector wordt vervanging betaald uit lumpsumbudgetten. De WULBZ-prikkel werkt daardoor op het niveau van de individuele werkgever en kan niet afgewenteld worden op het Ministerie van OCenW.

### **3.5 Rijk en politie**

*PEMBA-prikkels*

In de sectoren Rijk en politie wordt de WAO-premie net als in de marktsector vastgesteld op instellingsniveau op basis van de WAO-instroom van de afgelopen vijf jaar. WAO-instroom heeft in deze sectoren dus dezelfde invloed op de kosten als in marktbedrijven.

Bij de financiering van de beide sectoren wordt de gemiddelde premie mutatie WAO van de marktsector verwerkt. De PEMBA-prikkel werkt dus in beide sectoren: meer dan gemiddelde premie mutaties leiden tot budgetproblemen. Recentelijk is de PEMBA-prikkel voor de politie aangescherpt door een lagere dan de marktgemiddelde premie te vergoeden.



*WULBZ-prikkels*

In de sectoren Rijk en politie geldt net als in de marktsector een loondoorbetalingsplicht in geval van ziekte op het niveau van 70 procent. CAO's hebben dit aangevuld tot 100 procent van het loon. Ziekteverzuim heeft in deze sectoren dus dezelfde invloed op de kosten als in marktbedrijven.

In de bekostigingssystematiek van het Rijk en de politie wordt geen rekening gehouden met gemiddelde loonkostenmutaties in verband met ziekteverzuim danwel ziekwetpremiemutaties in de marktsector. Hoog ziekteverzuim leidt tot een budgettair probleem of in geval niet vervangen kan worden zoals bij de politie vaak het geval is, een capaciteitsprobleem.

### **3.6 Conclusie**

De onderstaande tabel geeft een samenvatting van dit hoofdstuk en daarmee een antwoord op de vraag of de PEMBA- en WULBZ-prikkels in de collectieve sector werken zoals die in de marktsector. In de verschillende kolommen is voor elk type instelling het volgende aangegeven:

- Wat is de invloed van WAO-instroom en ziekteverzuim op de kosten?
- Wat is de invloed van een hogere WAO-premie en extra kosten ziekteverzuim op het instellingsbudget?
- Werkt de PEMBA-prikkel en WULBZ-prikkel?

We maken in de tabel een vergelijking met de situatie in de marktsector. Een '=' teken' betekent dat de werking identiek is aan de werking in de marktsector, een '≠ teken' houdt in dat de werking heel anders is, en een '≈ teken' betekent dat de werking vergelijkbaar, maar wel anders is. In de kolommen 'budget' is tussen haakjes aangegeven hoe het budget jaarlijks wordt aangepast.

Tabel 3.1: Werking PEMBA- en WULBZ-prikkels in de collectieve sector.

Sector	PEMBA			WULBZ		
	Kosten	Budget	Prikkel werkt?	Kosten	Budget	Prikkel werkt?
Zorg/welzijn	=	≈ (marktgemiddelde premie)	ja ≈	=	=	ja =
PO	=	≠ (declaratie)	nee	≠ (premie Vf)	≠ (declaratie)	nee
VO	=	≈ (marktgemiddelde premie)	ja ≈	≠ (premie Vf)	≈ (vervangingsopslag)	minder ≈
BVE	=	≈ (marktgemiddelde premie)	ja ≈	=	=	ja =
HO	=	≈ (marktgemiddelde premie)	ja ≈	=	=	ja =
Politie/Rijk	=	≈ (marktgemiddelde premie)	ja ≈	=	=	ja =

We kunnen concluderen dat de PEMBA- en WULBZ-prikkels in de collectieve sector met uitzondering van het PO, niet teniet worden gedaan door de financieringssysteem. De werking kan in een aantal gevallen wel anders uitpakken dan in de marktsector.

Omdat de budgetten worden aangepast aan de gemiddelde premie in de marktsector, betekent dit dat alleen afwijkingen van dit gemiddelde worden bestraft dan wel beloond. Gelijkblijvende WAO-instroom maar een dalende instroom in de marktsector leidt ook tot een lager budget. De prikkel werkt dus wel, maar kan bij bepaalde verschillen in de ontwikkelingen in collectieve sector en marktsector net iets andere resultaten opleveren.

De WULBZ-prikkel werkt in de zorg, de BVE, de HO-sector, het Rijk en de politie hetzelfde als in de marktsector. Alleen in het PO en VO is de werking anders: aan de kostenkant hebben scholen te maken met een premie voor het Vervangingsfonds die afhankelijk is van het ziekteverzuim. Hierdoor is het effect op de kosten kleiner dan bij salarisdoorbetaling het geval zou zijn. Aan de batenkant krijgt het PO een kostendekkende vervangingsopslag waardoor ook de WULBZ-prikkel niet werkt. In het VO is de vervangingsopslag niet kostendekkend zodat de WULBZ-prikkel wel werkt, hoewel afgezwakt.

Al met al kunnen we concluderen dat de WULBZ- en PEMBA-prikkels ook in de collectieve sector werken. Ziekteverzuim en WAO-instroom leiden op instellingsniveau tot beperking van de financiële ruimte net als in de marktsector. Het PO is hierop een uitzondering; de scholen kunnen gedifferentieerde WAO-premie declareren waardoor de PEMBA-prikkel in het geheel niet werkt.

Het feit dat de prikkels werken wil nog niet zeggen dat ze ook het gewenste effect hebben. Dat is afhankelijk van de mogelijkheden van andere afwentelingsmechanismen, die wellicht in de collectieve sector anders zijn dan in de marktsector. Hierop gaan we in in de hoofdstukken 5, 6, 7 en 8.

Er is in de collectieve sector één ontsnappingsroute om aan de gevolgen van de PEMBA en de WULBZ te ontkomen. Er kunnen namelijk extra budgetten toegekend worden om politiek ongewenste situaties te voorkomen. Een recent voorbeeld zijn de additionele middelen die de huisartsen en tandartsen hebben gekregen in verband met de hogere WAO-premies. Een dergelijke ingreep is blijkbaar mogelijk in de collectieve sector, zelfs in de zorgsector waar de minister op grotere afstand staat dan in de andere sectoren.

Deze mogelijke ontsnappingsroute is een belangrijk verschil tussen de collectieve sector en de marktsector.

## 4 GLOBALE VERGELIJKING MARKTSECTOR EN COLLECTIEVE SECTOR

### 4.1 Inleiding

Voor het beantwoorden van de vierde onderzoeksvraag hebben wij ondermeer gesprekken gevoerd met drie arbodiensten. De vierde onderzoeksvraag luidt als volgt:

*Bestaan er verschillen in ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid tussen instellingen in de collectieve sector en bedrijven in de marktsector, en zo ja, waaruit bestaan die verschillen?*

Beantwoording van deze vraag kan een beeld geven van het effect van de bekostigingssystematiek op de prikkelwerking van de WULBZ en PEMBA. Indien de PEMBA- en WULBZ-prikkels niet werken in de collectieve sector zou dit zichtbaar moeten zijn in een lagere intensiteit van verzuimpreventie en reïntegratie. Wanneer blijkt dat in de marktsector evenveel (of even weinig) aan verzuimpreventie en reïntegratie wordt gedaan, dan vindt daar vermoedelijk op vergelijkbare schaal afwenteling plaats, zij het via een ander mechanisme. Met deze globale vergelijking van de collectieve sector en de marktsector kunnen we onze bevindingen in de zorg en het onderwijs in perspectief plaatsen.

Wij hebben gesprekken gevoerd met drie van de vijf grootste arbodiensten. Samen zijn deze drie arbodiensten goed vertegenwoordigd in alle marktsectoren en in de collectieve sector, waaronder de departementen, de politie, de zorg en het onderwijs. Grote en middelgrote bedrijven zijn goed vertegenwoordigd bij deze arbodiensten, de echte kleine bedrijven wat minder.

We hebben de arbodiensten gevraagd naar verschillen in de hoogte van het ziekteverzuim en de WAO-instroom (4.2), in het inzicht dat werkgevers hebben in de PEMBA- en WULBZ-prikkels (4.3), in het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid (4.4) en in de contracten die werkgevers met de arbodiensten hebben afgesloten (4.5). In paragraaf 4.5 presenteren we de conclusies die we op basis van de drie interviews met arbodiensten kunnen trekken.

Verder hebben we de arbodiensten ook gevraagd of er verschillen zijn binnen de collectieve sector, dus tussen de sectoren onderwijs, zorg, politie en Rijk. Echter voor een degelijke vergelijking van deze vier sectoren was het instrument van drie interviews te beperkt. De interviews met vertegenwoordigers van die vier sectoren biedt veel meer inzicht. Dit zal aan bod

komen in het concluderende hoofdstuk waar onze bevindingen in de vier sectoren worden samengebracht.

In hoofdlijnen hebben de drie arbodiensten een eensluidend beeld geschetst. Alleen op details spraken de respondenten elkaar tegen. Op deze verschillen van inzicht zullen we hieronder niet ingaan. We bespreken in dit hoofdstuk alleen die uitspraken van de arbodiensten als zij het alle drie met elkaar eens zijn of elkaar in ieder geval niet tegenspreken.

## **4.2 De hoogte van ziekteverzuim en WAO-instroom**

Voor de hoogte van het ziekteverzuim en de WAO-instroom is het onderscheid tussen de collectieve sector en de marktsector niet relevant, aldus de drie arbodiensten. De bepalende factor voor de hoogte van het ziekteverzuim in een sector is de aard van het werk en de soort en mate van arborisico's. Dus niet het feit dat een instelling tot de collectieve sector behoort, bepaalt de hoogte van het verzuim, maar het soort werk. Zo lijkt de rechterlijke macht op de zakelijke dienstverlening en het RIVM op particuliere onderzoeksinstituten. Wel zijn er ook immense verschillen in verzuim binnen de sectoren en branches. Dit hangt samen met de kwaliteit van het management, het ziekteverzuimbeleid, de kwaliteit van de interne organisatie en de mate waarin werknemers kunnen doorgroeien naar hogere of heel andere functies.

Verder is er een aantal kenmerken van de collectieve sector die kunnen verklaren waarom sommige onderdelen een relatief hoog ziekteverzuim hebben. Op de eerste plaats blijkt de omvang van een bedrijf van invloed op de hoogte van het verzuim. Kleine bedrijven hebben over het algemeen een lager ziekteverzuim en een lagere WAO-instroom. De collectieve sector bestaat vooral uit middelgrote en grote instellingen, echte kleine instellingen komen er weinig voor. Dit zou kunnen bijdragen aan een verklaring voor een hoger verzuim. Op de tweede plaats is de samenstelling van het personeel een factor die het ziekteverzuim beïnvloedt. De overheid kent een gemiddeld oude personeelsamenstelling, wat een verklaring kan zijn voor een hoger verzuim. Uit onderzoek van Regioplan blijkt in ieder geval dat in het onderwijs het ziekteverzuim vergelijkbaar is met andere sectoren als wordt gecorrigeerd voor de samenstelling van de sectorale beroepsbevolking<sup>1</sup>. Het is de vraag of en in welke mate dit ook voor andere delen van de collectieve sector geldt.

---

<sup>1</sup> S.W. van der Ploeg, Ziekteverzuim in het onderwijs: een vergelijking met andere sectoren en bedrijfstakken, Regioplan, Amsterdam, 2001.

### **4.3 Inzicht in PEMBA- en WULBZ-prikkels**

Twee van de drie arbodiensten geven aan dat er geen verschil is tussen de collectieve sector en de marktsector voor wat betreft de mate waarin managers bekend zijn met de financiële gevolgen die ziekteverzuim en WAO-instroom hebben ten gevolge van de WULBZ en de PEMBA. Eén van de arbodiensten vermoedt dat de kennis over de PEMBA en WULBZ in de marktsector kleiner is omdat het gemiddelde opleidingsniveau van managers in de marktsector lager is, vooral door het grote aandeel kleine bedrijven. Diezelfde respondent denkt wel dat managers in de marktsector sneller actie zullen ondernemen in geval de financiële consequenties van verzuim duidelijk worden.

Overeenstemming is er voor wat betreft het feit dat de bekendheid van PEMBA en WULBZ de afgelopen jaren gegroeid is, onder andere doordat tot vijf jaar na de introductie van de PEMBA de financiële gevolgen in omvang toenemen en als gevolg van de aandacht die de media er aan besteed hebben.

Twee respondenten geven aan dat het uiteindelijke effect van de WULBZ en PEMBA afhankelijk is van de mate waarin de financiële consequenties worden doorberekend naar de afdelingen. Daar liggen immers de mogelijkheden om daadwerkelijk iets aan ziekteverzuim te doen. Indien afdelingen niet zelf de kosten van ziekteverzuim en vervanging hoeven te dragen en de WAO-premie niet gedifferentieerd wordt naar de afdelingen, zal het effect van de WULBZ en PEMBA minimaal zijn. Een van de twee respondenten ziet in de praktijk een langzame verschuiving van financiële verantwoordelijkheden naar decentrale afdelingen.

Een van de respondenten denkt dat de financieringssystematiek van verschillende collectieve sectoren zo ingewikkeld is, dat leidinggevenden de financiële consequenties van ziekteverzuim moeilijk volledig kunnen doorgronden. Dit zou het effect van de PEMBA- en WULBZ-prikkels kunnen verkleinen.

Particuliere verzekeringen tegen het WULBZ-risico concentreren zich in het midden- en kleinbedrijf. Daar heeft 90 procent van de werkgevers zich verzekerd tegen loondoorbetaling bij ziekte. Voor grotere bedrijven is dit niet lonend. In de collectieve sector komt dit daardoor weinig voor. Verzekering tegen het PEMBA-risico komt slechts zeer sporadisch voor. De verwachting is dat als de PEMBA op volle sterkte werkt, de meerderheid van de kleine bedrijven zich ook tegen dit risico verzekert. De overheid verzekert zich niet, dus ook niet tegen loondoorbetaling bij ziekte en het PEMBA-risico.

#### **4.4 Het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid**

Voor wat betreft het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid geldt hetzelfde als voor de hoogte van het verzuim: het onderscheid tussen collectieve sector en marktsector is niet relevant, zo stellen de drie arbodiensten. Ook hier geldt dat de aard van het werk en het management doorslaggevend zijn voor de kwaliteit van het beleid. Een van de respondenten signaleert dat sectoren waar fysieke arbeidsomstandigheden een belangrijke rol spelen, er meer aandacht is voor ziekteverzuimbestrijding. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld de ministeries met decentrale afdelingen die moeten voldoen aan concrete veiligheidseisen; daar zijn van oudsher arbocoördinatoren en is het ziekteverzuimbeleid verder ontwikkeld.

Ook voor het beleid is de omvang van het bedrijf een belangrijke factor. Doordat grote bedrijven meestal een professioneler management hebben en zich vaak meer bewust zijn van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid, kennen zij vaak een wat meer volwassen ziekteverzuimbeleid.

Met name de grote multinationals hebben een goed ontwikkeld ziekteverzuimbeleid. Dit geldt, in mindere mate, ook voor instellingen in de collectieve sector. Eén van de respondenten constateert bij de overheid het verschijnsel dat op papier een mooi beleid beschreven staat, dat slechts zeer ten dele wordt uitgevoerd.

Voor wat betreft het reïntegratiebeleid zeggen twee arbodiensten dat de overheid in het verleden voorop liep, maar dat er momenteel geen verschil meer bestaat. Over het algemeen kun je niet spreken van een reïntegratiebeleid. Reïntegratie-activiteiten zijn veelal ad hoc en casusgestuurd. Voor kleine bedrijven heeft het weinig zin om reïntegratiebeleid te ontwikkelen aangezien zij gemiddeld minder dan éénmaal per jaar te maken krijgen met een geval van langdurige ziekte.

#### **4.5 De contracten met arbodiensten**

Twee van de drie arbodiensten zeggen dat het onderscheid collectieve sector en marktsector niet relevant is voor de inhoud van de contracten tussen werkgevers en de arbodienst. De derde arbodienst zegt dat de marktsector een grotere spreiding kent in de grootte van de contracten: er zijn enerzijds werkgevers die hele minimale contracten hebben afgesloten en anderzijds werkgevers die hele grote contracten hebben. In de collectieve sector worden nauwelijks hele grote en hele kleine contracten afgesloten: het merendeel betreft contracten van tussen de fl. 150,00 en fl. 350,00 per werknemer per jaar.

De drie respondenten zien de volgende trends met betrekking tot de inhoud van de contracten (in willekeurige volgorde):

- de aandacht voor individuele elementen is toegenomen (bijvoorbeeld periodieke gezondheidsonderzoeken);
- de aandacht voor verzuim van langer dan veertien dagen neemt toe;
- werkgevers willen langzamerhand meer resultaten zien;
- de contracten groeien in omvang.

#### **4.6 Conclusies**

De gesprekken met de drie arbodiensten leiden tot de onderstaande conclusies.

Voor de hoogte van het ziekteverzuim en WAO-instroom en voor de mate waarin het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid is ontwikkeld, is het onderscheid tussen de collectieve sector en de marktsector niet relevant. Factoren die wel van belang zijn, zijn ondermeer de aard van het werk, de kwaliteit van het management en de grootte van het bedrijf.

De bekendheid van de PEMBA en de WULBZ is in de collectieve sector in ieder geval niet kleiner dan in de marktsector. Voor beide sectoren geldt dat de bekendheid in de laatste jaren gegroeid is.

Het uiteindelijke effect van de WULBZ en PEMBA is afhankelijk van het feit of en de mate waarin afdelingen van grotere bedrijven en instellingen zelf de kosten van ziekteverzuim en vervanging moeten dragen en de WAO-premie gedifferentieerd wordt naar de afdelingen. Daar liggen immers de mogelijkheden om daadwerkelijk iets aan ziekteverzuim te doen.





## 5 PEMBA EN WULBZ IN DE ZORGSECTOR

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de wijze waarop de financiële prikkels van de WULBZ en de PEMBA doorwerken in instellingen in de zorgsector. Hiervoor hebben we *face-to-face* interviews gehouden met acht instellingen: twee ziekenhuizen, twee instellingen voor psychiatrische hulpverlening, één instelling voor gehandicaptenzorg, één thuiszorgorganisatie, één algemene zorggroep en één verpleeghuis.

#### *De zorginstellingen*

In tabel 5.1 schetsen we een beeld van de bezochte instellingen. De instellingen variëren van middelgroot tot groot binnen de eigen sector. Zoals te verwachten binnen de zorgsector, bestaat het personeelsbestand van de geselecteerde instellingen voor de ruime meerderheid uit vrouwelijke medewerkers. De mannelijke medewerkers bevinden zich in het algemeen in de staf- en lijnfuncties en hun vrouwelijke collega's zijn oververtegenwoordigd in de uitvoerende functies. Verder valt op dat met name in de uitvoerende functies veel in deeltijd wordt gewerkt.

De acht instellingen hebben goed inzicht in de omvang en de ontwikkeling van het ziekteverzuim. Bij de ene helft van de instellingen ligt het ziekteverzuim boven het landelijk gemiddelde voor vergelijkbare instellingen en bij de andere helft ligt het hier onder. Bij de meeste instellingen is tot ongeveer 1998 een daling te zien geweest in het ziekteverzuim, waarna de afgelopen jaren zich weer een stijging heeft ingezet<sup>1</sup>. Bij twee instellingen is de afgelopen jaren nog steeds een daling te zien.

**Tabel 5.1: Bezochte instellingen.**

<i>Soort instelling</i>	<i>Omvang</i>	<i>Ziekteverzuim</i>
1. Ziekenhuis	klein	gemiddeld
2. Ziekenhuis	middelgroot	laag
3. Psychiatrische hulpverlening	middelgroot	laag
4. Psychiatrische hulpverlening	groot	hoog
5. Instelling gehandicaptenzorg	groot	hoog
6. Thuiszorginstelling	middelgroot	laag
7. Zorggroep	groot	hoog
8. Verpleeghuis	groot	hoog

<sup>1</sup> Dit is in overeenstemming met de landelijke cijfers voor de ontwikkeling van het ziekteverzuim (CBS, Kerncijfers ziekteverzuim overheid en particuliere bedrijven vanaf 1993).

Het is opvallend dat in bijna geen van de instellingen precieze informatie voorhanden is over instroom van medewerkers in de WAO. Het blijft meestal bij een grove schatting van het aantal medewerkers dat op jaarbasis in de WAO stroomt. Het is voor de instellingen meestal niet duidelijk of er sprake is van een lage of juist een bovengemiddelde WAO-instroom. Hiermee samenhangend ontbreekt ook een nauwkeurig beeld over de ontwikkeling van de WAO-instroom over de afgelopen jaren. De algemene indruk van de respondenten is dat de WAO-instroom over de afgelopen jaren redelijk constant is gebleven.

De precieze aantallen reïntegratietrajecten en de mate van welslagen hiervan zijn evenmin bekend.

#### *De respondenten*

De meeste interviews werden afgenomen met een medewerker van de afdeling Personeelszaken. Voor zover de respondent niet beschikte over informatie aangaande specifiek financiële gevolgen van de WULBZ en de PEMBA, is op een later tijdstip nog schriftelijk navraag gedaan bij een medewerker Financiën. Bij één instelling is de directeur van de instelling geïnterviewd. Verder is bij één instelling gesproken met de financieel manager. Tot slot vond in één geval het interview plaats met zowel het hoofd Personeelszaken als de adjunct-directeur van de instelling.

#### *Opbouw hoofdstuk*

In paragraaf 5.2 gaan we in op de vraag waar binnen de instelling er inzicht bestaat in de PEMBA- en WULBZ-prikkels. In 5.3 kijken we wie er verantwoordelijk is voor ziekteverzuim en hoe die verantwoordelijkheid inhoud heeft gekregen. De paragrafen 5.4 en 5.5 geven een beeld van de financiële gevolgen van ziekteverzuim en WAO-instroom. In paragraaf 5.6 gaan we heel kort in op het ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid dat de instellingen voeren. In paragraaf 5.7 komen we toe aan de centrale vraag van dit hoofdstuk: wat is in de zorginstellingen de rol van PEMBA en WULBZ bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid? Paragraaf 5.8 tenslotte, geeft de conclusies die we op basis van de acht interviews in de zorg kunnen trekken.

## **5.2 Inzicht in PEMBA en WULBZ**

Inzicht in de gevolgen van PEMBA en WULBZ voor de instelling is vooral aanwezig bij de directies en bij de afdelingen Financiën. Bij de afdelingen Personeelszaken bestaat er wel kennis van de wetgeving, maar dit beperkt zich tot een wat algemener, beleidsmatig niveau. De precieze financiële gevolgen voor de instelling zijn daar meestal niet bekend.

In het algemeen kan worden gezegd dat het inzicht in de kosten van PEMBA en WULBZ voor de organisatie, minder wordt naarmate wordt afgedaald naar decentraal niveau binnen de instelling. Een tweetal instellingen voert een actief beleid om de decentrale eenheden zo goed mogelijk te informeren over wetgeving als de PEMBA en de WULBZ. Hier bestaat ook op decentraal niveau goed inzicht in deze regelgeving.

Het valt op dat in de meeste instellingen de WULBZ meer bekend is in de diepte en in de breedte van de organisatie, dan de PEMBA. De decentrale, uitvoerende eenheden hebben vooral met de kosten van ziekteverzuim te maken doordat vervanging bij ziekteverzuim niet meer automatisch wordt gefinancierd (zie ook paragraaf 5.3). De gevolgen van de PEMBA spelen op decentraal niveau geen directe rol en hebben daar niet de aandacht.

#### *Inzicht in kosten verzuim- en reïntegratiebeleid*

Geen van de instellingen heeft een nauwkeurig zicht op de kosten die het ziekteverzuimbeleid en het reïntegratiebeleid met zich meebrengen. De uitgaven aan de verschillende onderdelen van het beleid zijn volgens de respondenten moeilijk te kwantificeren. Alle instellingen geven aan een integraal management te voeren, waardoor bijvoorbeeld de kosten van de begeleiding van een (langdurig) zieke door de leidinggevenden niet apart worden begroot. Bovendien kenmerkt met name het reïntegratiebeleid zich over het algemeen door een individueel-gerichte aanpak en dat maakt dat de kosten sterk variëren en moeilijk zijn in te schatten. De kosten van ingekochte diensten zijn wel goed vast te stellen, zoals de kosten van het arbo-contract, van ingekochte reïntegratietrajecten of cursussen. Eén instelling kent een aparte begroting arbo. Hierin staan ondermeer de volgende uitgaven en inkomsten: de P&O-afdeling, de PEMBA-premie, de PEMBA-korting, de REA-inkomsten.

#### *Gebruik REA*

Nagenoeg alle respondenten geven aan dat binnen hun instelling in meerdere of mindere mate gebruik wordt gemaakt van wettelijke subsidiemogelijkheden zoals de Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (REA), Amber of sectorfondsen voor de zorg. Daarbij wordt wel benadrukt dat het aanvragen van deze gelden een arbeidsintensieve aangelegenheid is. Voor sommige organisaties is dan ook niet duidelijk of de menskracht die gemoeid is met de aanvraagprocedures opweegt tegen de uiteindelijke baten. Andere respondenten geven aan dat hun organisatie erin slaagt op jaarbasis een substantieel bedrag binnen te halen. In één geval is hiervan zelfs een reïntegratie-functionaris aangesteld. Deze organisatie geeft overigens ook aan in aanmerking te komen voor een korting op de PEMBA-premie in verband met de inspanningen die deze organisatie verricht op het gebied van de reïntegratie van arbeidsgehandicapten.

### 5.3 Verantwoordelijkheden ziekteverzuim

#### *Verantwoordelijkheden ziekteverzuim*

De verantwoordelijkheid voor het ziekteverzuim ligt bij alle instellingen in principe bij de direct leidinggevende<sup>2</sup>. Wanneer de ziekte werkgerelateerd is wordt meestal een meer onafhankelijke derde ingeschakeld voor de begeleiding, zoals de bedrijfsarts. In de meeste instellingen bestaat een protocol ziekteverzuim, waarin alle acties staan vermeld die de leidinggevenden geacht wordt uit te voeren. Globaal houdt dit in: het onderhouden van contact met de zieke, het inschakelen van de bedrijfsarts en het nadenken over reïntegratiemogelijkheden.

Geen van de instellingen maakt gebruik van de mogelijkheid om de verantwoordelijk functionaris te stimuleren het ziekteverzuim te verlagen, door middel van een persoonlijke bonus of sanctie<sup>3</sup>. In sommige organisaties is een dergelijk systeem van bonussen of sancties onbespreekbaar, in andere wordt wel nagedacht over het invoeren van positieve prikkels voor verantwoordelijken voor ziekteverzuim.

#### *Financiële vertaling van verantwoordelijkheden*

Bijna alle instellingen hebben, meestal recentelijk, een decentraal budgetteringssysteem ingevoerd. Bij sommige instellingen wordt op dit moment deze decentralisatieslag gemaakt. De decentrale eenheden met een eigen budget moeten de kosten voor vervanging bij ziekteverzuim uit dit budget financieren. In de meeste instellingen is gekozen voor een systeem waarbij een vast percentage (ongeveer vijf procent) van het decentrale budget wordt gereserveerd voor vervanging bij ziekte. Wanneer het budget wordt overschreden, wordt de verantwoordelijk functionaris ter verantwoording geroepen, maar over het algemeen heeft dit geen consequenties voor de toekenning van het decentrale budget in het volgende jaar.

In één organisatie zijn specifieke productafspraken gemaakt met de decentrale eenheden. Een hoog ziekteverzuim kan het realiseren van deze output in gevaar brengen en in die gevallen wordt vervanging vanuit de centrale middelen gefinancierd. Wanneer niet is voldaan aan de productafspraken krijgt de desbetreffende afdeling het volgende jaar een lager budget. De kosten voor het ziekteverzuim zijn dus meestal direct merkbaar op decentraal niveau. Dit geldt echter over het algemeen niet voor de kosten van de WAO-instroom.

---

<sup>2</sup> Overigens wordt deze verantwoordelijkheid niet altijd op dat niveau opgepakt. Een enkele instelling geeft aan dat er binnen de organisatie een cultuur is ontstaan waarbij de afdeling Personeelszaken als probleemeigenaar van het ziekteverzuim wordt beschouwd. Op dit moment wordt in deze instellingen een discussie hierover gevoerd met als inzet van Personeelszaken om de verantwoordelijkheid terug te leggen bij de direct leidinggevenden en de functie van Personeelszaken terug te brengen naar die van begeleider en coördinator.

<sup>3</sup> Een respondent gaf aan dat het hebben van een hoog ziekteverzuim binnen zijn organisatie een negatief imago voor de desbetreffende afdeling ten gevolge heeft, zodat dit op zichzelf werkt als stimulant voor de verantwoordelijk functionaris.

Een hogere WAO-instroom leidt tot een hogere PEMBA-premie waarmee vervolgens een groter beslag wordt gelegd op het totale budget van de instelling. Dit heeft uiteindelijk wel consequenties voor de hoogte van de decentrale budgetten, maar dit verband is indirect. In geen van de instellingen vindt er een directe doorberekening van de PEMBA-premie plaats door differentiatie naar WAO-instroom per decentrale eenheid. Aldus zijn de gevolgen van de WAO-instroom niet direct merkbaar voor de decentrale eenheden.

#### **5.4 De financiële consequenties van ziekteverzuim**

In deze paragraaf bespreken we de financiële consequenties van ziekteverzuim. Hierbij maken we onderscheid tussen een aantal kostencomponenten: loondoorbetaling, de kosten voor vervanging, de invloed op de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening en de kosten van de arbodienst. Tot slot staan we stil bij de invloed van het ziekteverzuim op het instellingsbudget.

##### *Loondoorbetaling*

Bij alle instellingen vindt een bovenwettelijke aanvulling van de loondoorbetalingsplicht plaats van honderd procent. Twee instellingen maken gebruik van de mogelijkheid om de loondoorbetalingsplicht particulier te verzekeren. Bij één van deze instellingen wordt deze verzekering overigens binnenkort opgezegd omdat de baten onvoldoende opwegen tegen de kosten.

##### *Vervanging*

In het algemeen kan worden geconcludeerd dat het beleid van de instellingen is gericht op zo min mogelijk vervanging bij ziekte. Dit uitgangspunt heeft zowel een financiële, een praktische en een cliëntgerichte grondslag. Allereerst zijn aan vervanging hoge kosten verbonden. De meeste instellingen reserveren een bepaald deel in het personeelsbudget om vervanging bij ziekte te kunnen financieren, maar het gaat hier om een kleine marge die voorzichtig moet worden aangewend. In de tweede plaats is het vinden van vervanging in de meeste gevallen moeilijk en gaat dus veel tijd zitten in de werving en selectie. Tot slot is het voor cliënten uit bepaalde zorgsectoren verwarrend om met invalkrachten te maken te krijgen en wordt daarom vervanging zoveel mogelijk beperkt.

##### *Invloed op de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening*

Eén en ander heeft tot gevolg dat de werkdruk bij ziekte eigenlijk altijd toeneemt. De respondenten concluderen in meerderheid dat ziekteverzuim ten koste gaat van de kwaliteit van de

dienstverlening en soms zelfs van de kwantiteit<sup>4</sup>. Dit laatste kan gevolgen hebben voor het instellingsbudget.

#### *Kosten arbodienst*

Voor de begeleiding door de arbodienst, wordt door de meeste instellingen volstaan met de inkoop van een pakket waarin alleen het minimum aan wettelijke taken is opgenomen. De keuze voor zo'n 'minimumpakket' is ingegeven door financiële overwegingen. Soms worden wel op ad hoc basis specifieke diensten ingekocht. Over het algemeen bestaat er de voorkeur om zoveel mogelijk arbo-zaken door de organisatie zelf te laten regelen, omdat daar immers de verantwoordelijkheid ligt.

Bij de meeste instellingen was geen sprake van een direct verband tussen de hoogte van het ziekteverzuim en de kosten van het contract met de arbodienst. Eén instelling geeft aan dat de kosten van het contract met de arbodienst stijgen naarmate het ziekteverzuim toeneemt. Bij een andere instelling is juist het omgekeerde het geval; hier is de afspraak gemaakt dat bij een hoog ziekteverzuim, minder wordt betaald voor de geleverde diensten.

#### *Consequenties voor het instellingsbudget*

De respondenten geven aan dat kosten van het ziekteverzuim over het algemeen geen gevolgen hebben voor de toekenning van de hoogte van het budget voor de instellingen. Eén respondent echter noemt de mogelijkheid dat ziekteverzuim kan leiden tot bijvoorbeeld minder zorguren of minder gevulde bedden waardoor de productie-afspraken niet worden gehaald. Een lager instellingsbudget is dan het gevolg.

## **5.5 De financiële consequenties van WAO-instroom**

De WAO-instroom brengt de diverse kosten met zich mee, waarvan een hogere WAO-premie (als gevolg van de PEMBA) de belangrijkste is. We hebben de respondenten gevraagd met welke kosten hun instelling te maken heeft en welke invloed de WAO-instroom heeft op het instellingsbudget.

#### *De WAO-premie*

Geen van de instellingen is eigen risicodragers voor de WAO. De premie die wordt betaald ten aanzien van de PEMBA wordt bij alle instellingen voor het centrale niveau vastgesteld. De precieze hoogte van de variabele premie is de meeste respondenten onbekend. In sommige gevallen weten de respondenten wel of de variabele premie boven of onder het landelijk gemiddelde ligt voor vergelijkbare instellingen.

---

<sup>4</sup> Dit kan variëren van het schrappen van een aantal activiteiten tot het sluiten van bedden.

Slechts één instelling heeft een verzekering afgesloten om het risico uit de PEMBA af te dekken. De hoogte van deze verzekeringspremie is afhankelijk van de hoogte van de WAO-instroom.

#### *Overige kosten*

Bij WAO-instroom wordt nagenoeg altijd vervanging geregeld. Volgens de respondenten gaat WAO-instroom dan ook in principe niet ten koste van het dienstverleningsaanbod. Daarbij moet wel worden aangetekend dat de hogere PEMBA-premie een groter beslag legt op de totale budgetruimte van de instelling. Dit betekent dat dat ten koste gaat van andere zaken. De hoogte van het instellingsbudget als zodanig ondervindt volgens alle respondenten geen gevolgen van de WAO-instroom.

## **5.6 Ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid**

Alle instellingen geven aan dat het ziekteverzuimbeleid de afgelopen jaren is geïntensiveerd. Een belangrijk punt van het beleid dat door veel respondenten werd genoemd, was de directe actie van de leidinggevende bij ziekte en het regelmatig onderhouden van contact met de zieke werknemer. Verder werd vaak genoemd de training voor leidinggevendenden voor het voeren van verzuimgesprekken. In sommige organisaties maakt ook het loopbaanbeleid, in de vorm van bijvoorbeeld *job rotation*, deel uit van het ziekteverzuimbeleid.

In geen van de organisaties wordt gebruik gemaakt van negatieve prikkels voor werknemers in het ziekteverzuimbeleid, zoals wachtdagen of het inleveren van vakantiedagen bij ziekte.

Het reïntegratiebeleid is altijd primair intern gericht; het uitgangspunt is reïntegratie op de oude werkplek of op een andere plek binnen de instelling. Externe plaatsing wordt wel ondersteund door de instellingen, maar wordt als verantwoordelijkheid van de werknemer zelf gezien; er wordt dus weinig in geïnvesteerd.

Het reïntegratiebeleid kenmerkt zich over het algemeen door een individuele aanpak. Slechts één instelling kent een aantal min of meer vaste reïntegratietrajecten. Een enkele keer is door een instelling een speciale reïntegratiemedewerker aangetrokken. Reïntegratie in de vorm van het aanstellen van externe WAO'ers gebeurt nauwelijks. Eén van de zorginstellingen is heel actief met het plaatsen van externe WAO'ers. De besparingen die dit oplevert (in verband met Amber) worden gebruikt om nieuw ziekteverzuimbeleid te financieren.



## **5.7 Oorzaken intensivering ziekteverzuimbeleid**

In de vorige paragraaf hebben we aangegeven dat het verzuimbeleid binnen de instellingen de afgelopen jaren niet zo zeer een fundamentele koerswijziging heeft ondergaan, maar wel is geïntensiveerd. De meeste respondenten geven aan dat deze intensivering is ingegeven door het verhoogde ziekteverzuim<sup>5</sup> en de daarmee gepaard gaande vervangingsproblematiek. Daarbij wordt de nadruk gelegd op de praktische problemen van vervanging en in veel mindere mate op de financiële consequenties hiervan. Verder wordt door veel respondenten gesteld dat het als de morele verantwoordelijkheid van de instelling wordt beschouwd om een goed verzuimbeleid te voeren ten aanzien van de zieke medewerkers. Daarmee lijkt het verzuimbeleid deel uit te maken van een zeker maatschappelijk verantwoord ondernemerschap.

Eén van de respondenten geeft aan dat zijn instelling de ambitie heeft om nummer één te worden op het gebied van productiecijfers en een laag ziekteverzuim binnen de sector.

Geen van de respondenten meent dat de invoering van de WULBZ en de PEMBA van substantiële invloed is geweest op het verzuimbeleid. Een aantal respondenten geeft aan dat de invoering van de WULBZ wel heeft geholpen om het ziekteverzuimbeleid onder de aandacht van de directie te krijgen en op de beleidsagenda te plaatsen van de instelling. Door de WULBZ leidt een hoger ziekteverzuim tot hogere kosten en hierdoor is de belangstelling van het management voor het probleem toegenomen. Voor de PEMBA wordt een vergelijkbaar effect slechts éénmaal genoemd.

## **5.8 Conclusies**

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is of de financiële prikkels uit de WULBZ en de PEMBA werken in de collectieve sector. Om deze vraag te beantwoorden voor de zorgsector, hebben we acht zorginstellingen bevraagd over de wijze waarop deze regelgeving in de organisatie doorwerkt.

We hebben allereerst gekeken in hoeverre binnen de instellingen kennis bestaat van de werking van de WULBZ en de PEMBA en wat de gevolgen hiervan zijn voor de instelling. Het blijkt dat de directies en de afdelingen Financiën het meeste inzicht hebben in deze regelgeving en de financiële gevolgen ervan voor de instelling. Bij de afdelingen Personeelszaken is wel algemene kennis over de regelgeving aanwezig, maar bestaat weinig kennis over de specifieke financiële consequenties voor de instelling.

---

<sup>5</sup> Eén respondent geeft nadrukkelijk aan dat de hoogte van het ziekteverzuim geen rol heeft gespeeld bij de intensivering van het beleid.

Het inzicht in de werking van de WULBZ en de PEMBA, alsmede in de hieruit voortvloeiende kosten voor de organisatie, is op de (decentrale) afdelingen minder dan op het centrale niveau. De bekendheid van de beide regelingen op het niveau van de afdelingen is groter als zij budgetverantwoordelijk zijn. In die gevallen voelen zij de financiële gevolgen van ziekteverzuim (WULBZ) direct. Bij de PEMBA is dat nooit het geval: de WAO-premie wordt nooit gedifferentieerd doorberekend aan de afdelingen.

Vervolgens hebben we gekeken in hoeverre de instelling door de WULBZ en de PEMBA gestimuleerd is om het ziekteverzuim en de WAO-instroom aan te pakken.

Het blijkt dat in alle instellingen veel aandacht is voor het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid. Dit is echter niet het gevolg van de inwerkingtreding van de WULBZ en de PEMBA. Als belangrijkste redenen voor het intensiveren van het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid worden genoemd het verhoogde ziekteverzuim en een toenemend bewustzijn dat het goed werkgeverschap is om een adequaat ziektebeleid te voeren.

Geen van de respondenten meent dat de kosten voortvloeiende uit de WULBZ en de PEMBA van directe invloed zijn geweest op het verzuimbeleid. Er lijkt wel een indirect effect te zijn. Een aantal respondenten geeft aan dat de invoering van de WULBZ heeft geholpen om het ziekteverzuimbeleid onder de aandacht van de directie te krijgen en op de beleidsagenda te plaatsen van de instelling. Voor de PEMBA wordt een vergelijkbaar effect éénmaal genoemd. We kunnen hieruit concluderen dat de WULBZ en de PEMBA nuttige instrumenten kunnen zijn van een actieve personeelsafdeling om de gewenste beleidsvernieuwingen op het terrein van ziekteverzuimpreventie, -bestrijding en reïntegratie te kunnen doorvoeren.

Samenvattend: de PEMBA en de WULBZ hebben weinig invloed gehad op het totstandkomen van een intensiever ziekteverzuimbeleid van de onderzochte zorginstellingen. Wel vormen de regelingen een aanleiding om (intensivering van) ziekteverzuimbeleid op de agenda te krijgen. Daarnaast proberen instellingen zelf het effect van de WULBZ en PEMBA te vergroten door de afdelingen verantwoordelijk te maken voor hun eigen integrale budget en de WAO-premie gedifferentieerd door te berekenen.



## 6 PEMBA EN WULBZ IN DE ONDERWIJSSECTOR

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de wijze waarop de financiële prikkels van de WULBZ en de PEMBA doorwerken in instellingen in de onderwijssector. Hiervoor hebben we *face-to-face* interviews gehouden met acht instellingen: twee universiteiten, twee HBO-instellingen, twee ROC's en twee scholen uit het voortgezet onderwijs.

#### *De onderwijsinstellingen*

In tabel 6.1 schetsen we een beeld van de bezochte instellingen. Per sector hebben we telkens twee van omvang verschillende instellingen bezocht. Eén van de twee VO-scholen is onderdeel van een grotere onderwijsinstelling met verschillende VO-scholen.

Het ziekteverzuim in de instellingen varieerde. In één instelling was het ziekteverzuimpercentage laag vergeleken met de gehele sector, in drie instellingen was sprake van een hoog ziekteverzuim en in de overige vier was het ziekteverzuim gemiddeld<sup>1</sup>.

**Tabel 6.1: Bezochte instellingen.**

<i>Sector</i>	<i>Omvang</i>	<i>Ziekteverzuim</i>
1. VO	groot	hoog
2. VO	middelgroot	laag
3. BVE	klein	hoog
4. BVE	middelgroot	gemiddeld
5. HBO	klein	hoog
6. HBO	groot	gemiddeld
7. Universiteit	middelgroot	gemiddeld
8. Universiteit	groot	gemiddeld

#### *Respondenten*

In alle instellingen is gesproken met vertegenwoordigers op het centrale niveau, omdat in de telefoongesprekken vooraf bleek dat de gewenste informatie vooral daar aanwezig was. In het VO is gesproken met de directeuren en administrateurs van de betrokken scholen. In de

<sup>1</sup> We moeten daarbij wel aantekenen, dat het voor de ROC's moeilijk was een vergelijking te trekken, omdat er geen goede gegevens over het ziekteverzuim beschikbaar waren voor de gehele sector. In de BVE-sector is het ziekteverzuim de afgelopen jaren niet op éénduidige wijze voor alle instellingen gemeten.

BVE-sector met het hoofd Personeel en Organisatie, in één geval aangevuld met het hoofd financiële zaken. In het HBO is in één instelling gesproken met het hoofd Personeel en Organisatie en in het andere geval met de arbo-coördinator. In de universiteiten zijn medewerkers van de centrale personeelsdiensten geïnterviewd, aangevuld met een vertegenwoordiger van de interne arbodienst en in één geval met het hoofd personeelszaken van een faculteit.

#### *Opbouw hoofdstuk*

In paragraaf 6.2 gaan we in op de vraag waar binnen de instelling inzicht bestaat in de PEMBA- en WULBZ-prikkels. In 6.3 kijken we wie er verantwoordelijk is voor ziekteverzuim en hoe die verantwoordelijkheid inhoud heeft gekregen. De paragrafen 6.4 en 6.5 geven een beeld van de financiële gevolgen van ziekteverzuim en WAO-instroom. In paragraaf 6.6 gaan we kort in op het ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid dat de instellingen voeren. In paragraaf 6.7 komen we toe aan de centrale vraag van dit hoofdstuk: wat is in de onderwijsinstellingen de rol van PEMBA en WULBZ bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid? Paragraaf 6.8 tenslotte, geeft de conclusies die we op basis van de acht interviews in het onderwijs kunnen trekken.

## **6.2 Inzicht in PEMBA en WULBZ**

### *Inzicht in PEMBA*

Het inzicht in de PEMBA-kosten is in de bezochte instellingen beperkt. Op centraal niveau (bij de directies en bij de diensten voor personeelszaken en financiën) kan wel de hoogte van de gedifferentieerde premie worden aangegeven en bestaat in enkele gevallen wel inzicht in de WAO-instroom waarop die premie is gebaseerd. Dat inzicht is bij de afdelingsmanagers niet aanwezig. De WAO-instroom wordt op zes van de bezochte instellingen pas sinds de afgelopen één à twee jaar geregistreerd. Op één VO-school en op één universiteit was die registratie nog niet van de grond gekomen. Er was daar geen centrale registratie, maar er vond soms wel een registratie plaats op een lager niveau. De consequenties van de huidige WAO-instroom op de ontwikkeling van de gedifferentieerde premie zijn, volgens de geïnterviewden, nog voor geen van de bezochte instellingen inzichtelijk. Er zijn nog geen meetinstrumenten voor of streefcijfers vastgesteld. Slechts op één hogeschool, waar de registratie goed geregeld is, maakt men regelmatig berekeningen over de consequenties van de instroom voor de premieontwikkeling.

*Inzicht in WULBZ*

Het inzicht in de WULBZ-kosten is vanwege het feit dat men in de praktijk directer met de gevolgen van het ziekteverzuim wordt geconfronteerd groter dan het inzicht in de PEMBA. De mate van inzicht varieert echter tussen de instellingen en tussen de afdelingen binnen de instellingen. Het is mede afhankelijk van de wijze waarop het ziekteverzuim binnen de instelling wordt geregistreerd. Wanneer op centraal niveau de regie wordt gevoerd over de verzuimregistratie bestaat daar ook het beste inzicht in de WULBZ-kosten. Als die verzuimregistratie goed geschiedt, kan men de eigen situatie ook vergelijken met de gehele sector en zijn er interne vergelijkingen mogelijk tussen de afdelingen van de instelling.

Vijf instellingen hebben een goede verzuimregistratie: de beide VO-scholen en in de drie andere sectoren steeds één van de instellingen. De kwaliteit van de verzuimregistratie hangt ondermeer samen met de mate waarin het personeelsbeleid van de instelling is geprofessionaliseerd en de aandacht die er is voor ziekteverzuimbestrijding. Bij de drie overige instellingen is de verzuimregistratie van mindere kwaliteit en is ook het inzicht in de WULBZ-kosten minder. In het ROC is men bezig de registratie, die verliep via de afdelingen en niet goed functioneerde, te stroomlijnen. In de universiteit is het inzicht minder omdat de faculteiten en diensten grote mate van zelfstandigheid kennen en zelf verantwoordelijk zijn voor de verzuimregistratie. Het inzicht in het ziekteverzuim wordt vertroebeld doordat de uitvoering van de registratie sterk uiteenloopt tussen de afdelingen van de universiteit. In de HBO-instelling dringt de aanwezige informatie over ziekteverzuim niet door in de organisatie.

De mate waarin afdelingshoofden inzicht hebben in de WULBZ-kosten is sterk afhankelijk van hun verantwoordelijkheden. Als ze verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de registratie en de bestrijding van het verzuim is het inzicht in de kosten groter. Dat inzicht is nog groter wanneer ze als budgetverantwoordelijke direct worden geconfronteerd met de kosten van het ziekteverzuim. Dat laatste was vooral nog alleen op de bezochte universiteiten en hogescholen het geval<sup>2</sup>.

*Inzicht in kosten verzuim- en reïntegratiebeleid*

Het inzicht in de kosten van het door de instellingen gevoerde verzuim- en reïntegratiebeleid is niet eenduidig: een deel van de kosten is inzichtelijk en een ander deel niet of minder. Voor zover dit inzicht bestaat, is dit aanwezig op centraal niveau bij de verantwoordelijken voor personeelszaken en voor financiën.

Het meeste inzicht bestaat er in de kosten die terugkomen in de begrotingen en in de jaarrekeningen met betrekking tot ingekochte diensten of goederen. Dat kan extra externe onder-

---

<sup>2</sup> Over de verantwoordelijkheden bij het ziekteverzuim komen we in de volgende paragraaf nog terug.

steuning betreffen bij reïntegratie (van bijvoorbeeld arbodiensten of gespecialiseerde hulpverleners) of bij verzuimbesteding (bijvoorbeeld trainingen verzuimbegeleiding voor het management of scholingen voor stresspreventie of timemanagement). Het kan ook de aankoop van materiaal betreffen voor aanpassingen van de werkplek om ziekteverzuim te voorkomen of reïntegratie te bevorderen. Dit soort kosten is volgens de geïnterviewden wel in kaart te brengen, hoewel het soms ook een kwestie van goed inventariseren is. De kosten voor scholingen in dit kader kunnen namelijk ook ondergebracht worden onder de totale kosten die voor nascholing worden uitgegeven en de kosten voor werkplekaanpassingen onder de totale kosten die voor inventaris worden geboekt.

Daarnaast bestaat er over het algemeen zicht op eventuele reserveringen in het formatiebudget. Instellingen maken deze reserveringen om ruimte te creëren om vervanging op te kunnen vangen (drie instellingen), voor personeelsleden om in het kader van reïntegratie andere werkzaamheden te kunnen verrichten (één VO-school), of om een personeelsfunctionaris aan te kunnen stellen (twee VO-scholen). Het inzicht in dit soort kosten bestond op de bezochte instellingen vooral op het centrale niveau, behalve op de universiteiten waar deze informatie eerder bij de faculteiten en diensten zelf gezocht moet worden.

De overige, meer indirecte, kosten die vooral samenhangen met de tijdsbesteding (voor bijvoorbeeld overleg, begeleidingsgesprekken, beleidsvoorbereiding, voorlichting) van leidinggevenden, personeelsfunctionarissen en anderen binnen de instelling zelf die bij het verzuimbeleid en het reïntegratiebeleid zijn betrokken, zijn veel minder helder. Het kostenbewustzijn op dit vlak blijkt bij de acht bezochte onderwijsinstellingen niet groot.

#### *Gebruik REA*

We hebben de respondenten ook gevraagd of er gebruik gemaakt werd van REA-subsidies bij het aanstellen of het aan het werk houden van arbeidsgehandicapten. Uit de gesprekken bleek dat de kennis over de mogelijkheden die de Wet REA biedt zich op de meeste instellingen nog verder moet ontwikkelen. In het VO zeiden de geïnterviewden dat men onvoldoende van de regeling op de hoogte was en dacht men dat de instelling daardoor subsidiemogelijkheden liet liggen. Geen van de beide VO-instellingen had nog gebruik gemaakt van de regeling. In de andere sectoren vond men ook dat kennis over de regeling zich nog verder moest ontwikkelen, maar had men ondertussen al wel één of meer keren een subsidieaanvraag ingediend en soms ook gekregen. De ervaringen waren echter niet alleen maar positief. In drie instellingen klaagden de geïnterviewden over de “stroef lopende procedures”, over onduidelijke toekenningscriteria en over onzorgvuldige afhandeling van de aanvragen.

In dit verband merken we ten slotte nog op dat één van de universiteiten de mogelijkheden aan het onderzoeken was om PEMBA-korting (op basis van het percentage arbeidsgehandicapten in dienst) te verwerven.

### **6.3 Verantwoordelijkheden ziekteverzuim**

#### *Verantwoordelijkheden ziekteverzuim*

De verantwoordelijkheid voor verzuimbegeleiding en -bestrijding ligt meestal bij de lijnmanagers. Er was één uitzondering: een VO-school met alle onderwijsafdelingen in één gebouw, waar alle verantwoordelijkheid bij de rector lag. In het kader van een verdere professionalisering wilde men hier op termijn ook komen tot een grotere verantwoordelijkheid voor de directeuren van de onderwijsafdelingen. De andere VO-school had verschillende vestigingen, met eigen vestigingsdirecteuren die de personeelszorg en de verzuimbestrijding ter hand moesten nemen. In de overige sectoren zijn het de managers van afdelingen, van faculteiten (en eventueel subfaculteiten) en van diensten die verantwoordelijk zijn. De respondenten in de BVE-sector wezen er daarbij op dat het besef van die verantwoordelijkheid zich nog verder moest ontwikkelen en dat de organisatie als geheel verder geprofessionaliseerd moest worden. In het HBO en WO werd opgemerkt dat de praktijk van de verzuimbegeleiding en -bestrijding tussen de verschillende afdelingen en diensten sterk kon verschillen.

#### *Financiële vertaling van verantwoordelijkheden*

De lijnmanagers zijn dus verantwoordelijk voor het ziekteverzuim van hun afdeling. Op de bezochte instellingen had dat echter alleen op de universiteiten budgettaire consequenties. In het VO en op één van de BVE-instellingen hadden de afdelingsdirecteuren of vestigingsdirecteuren (nog) geen budgettaire verantwoordelijkheid. In de andere BVE-instelling en de HBO-instellingen beschikten zij wel over een eigen budget, maar werden de kosten van het ziekteverzuim niet doorberekend per afdeling. Het principe dat “de vervuiler betaalt”, zoals één van de respondenten het uitdrukte, was hier nog niet van toepassing. De lijnmanagers droegen in deze sectoren vooralsnog alleen de organisatorische last van het ziekteverzuim. Alleen op de universiteiten drukten de financiële gevolgen van het ziekteverzuim ook daadwerkelijk op het budget van de faculteiten en diensten: “zij bloeden zelf”.

### **6.4 De financiële consequenties van ziekteverzuim**

In deze paragraaf bespreken we de financiële consequenties van ziekteverzuim. Hierbij maken we onderscheid tussen een aantal kostencomponenten: loondoorbetaling, de kosten voor vervanging, de invloed op de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening en de kosten van



de arbodienst. Tot slot staan we stil bij de invloed van het ziekteverzuim op het instellingsbudget.

#### *Loondoorbetaling*

In alle onderwijssectoren vindt loondoorbetaling bij ziekte plaats (100% tot 18 maanden, daarna 80%). Het kostenbewustzijn lijkt hierbij toe te nemen. Behalve in het VO definieerden de geïnterviewden loondoorbetaling als kosten waar geen arbeidsprestatie tegenover staat. Op de twee HBO-instellingen en op één van de universiteiten werden ook de bedragen die met de loondoorbetaling gemoeid waren berekend.

#### *Vervanging*

Voor wat betreft vervanging is de situatie in het VO anders dan in de andere onderzochte onderwijssectoren. In het VO kunnen vervangingskosten gedeclareerd worden bij het Vervangingsfonds. De scholen betalen een premie aan het Vervangingsfonds, waarbij een malusregeling van kracht is: de hoogte van de premie is afhankelijk van het beroep dat er op het fonds gedaan wordt. Van de twee bezochte VO-scholen betaalde er één een lage en één een hoge premie. De school met het hoge verzuim nam een deel van de noodzakelijke vervanging voor eigen rekening om te voorkomen dat er nog een hogere premie betaald zou moeten worden. Ook de andere VO-school nam overigens af en toe vervanging voor eigen rekening om de lage premie te behouden.

De instellingen in de andere sectoren moeten vervanging regelen binnen het eigen budget. In de bezochte BVE- en HBO-instellingen reserveerde men 2 à 3 procent van het personeelsbudget voor vervangingen. Op de universiteiten was de vraag of en hoeveel er voor vervanging gereserveerd werd afhankelijk van het beleid van de faculteiten en diensten. Wel werd op één universiteit opgemerkt dat bepaalde diensten de vervangingskosten doorberekenden in hun tarieven.

Voor alle sectoren geldt dat vervanging afhankelijk is van de duur van het ziekteverzuim en van de aard van de functie. Kortdurend ziekteverzuim wordt in de regel niet vervangen, langdurig verzuim wel, waarbij er altijd eerst naar interne oplossingen wordt gezocht. Pas als de interne oplossingen organisatorisch niet mogelijk zijn, wordt er extern vervanging gezocht. Er zijn bij de vervanging ook verschillen naar functie. In het VO werd opgemerkt dat het Vervangingsfonds bij vervanging voor directie en onderwijsondersteunend personeel andere termijnen hanteert, waardoor die veel later vervangen worden dan leraren. In het HBO en het WO werd opgemerkt dat vervanging van ondersteunend en beheerspersoneel vaak urgenter, maar ook iets eenvoudiger was dan vervanging van docenten en wetenschappelijk personeel. Vervanging van die laatste groep is mede afhankelijk van de vraag hoe gespecialiseerd dege-

ne is die vervangen moet worden. Hoe groter de specialisatie, hoe groter de kans dat de werkzaamheden later door de betrokkene zelf ingehaald worden.

Een belangrijke kostenpost, die moeilijk in geld is uit te drukken, zijn de organisatorische problemen als gevolg van ziekteverzuim. Het zoeken van vervanging kost veel tijd en energie van de betrokken leidinggevenden en diensten.

*Invloed op de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening*

Ziekteverzuim gaat, aldus de respondenten, ten koste van de dienstverlening. Bij kortdurend verzuim vallen de consequenties voor het primaire proces nog wel mee, maar vooral langdurige uitval gaat ten koste van het onderwijs en in het WO ook ten koste van het onderzoek. Het is daarbij vooral een probleem dat er niet altijd vervanging geregeld kan worden die voldoet aan de eisen van de functie. Volgens alle geïnterviewden betekent dit voor het onderwijs lesuitval en minder ondersteuning van leerlingen of studenten.

*Kosten arbodienst*

De kosten voor de arbodiensten variëren naar schatting van fl.130,00 per werknemer voor minimale contracten en fl. 250,- à fl. 300,- per werknemer voor uitgebreidere contracten. Daarvoor ontvangen de instellingen een standaardpakket. Eventuele extra diensten, zoals werkplekonderzoeken, verzuimbegeleidingstrainingen en hulp bij reïntegratietrajecten, leveren extra kosten op. De twee universiteiten hadden eigen arbodiensten, waarbij op centraal niveau een standaardpakket was afgesproken dat werd aangevuld met maatwerk voor de faculteiten en diensten. De kosten van het maatwerk werden op één universiteit gemiddeld over de faculteiten en diensten en op de andere betaald door die faculteiten en diensten zelf. Op vier van de bezochte instellingen werd opgemerkt dat een hoger ziekteverzuim ook tot hogere kosten voor de arbodienst leidde.

*Consequenties voor het instellingsbudget*

Het ziekteverzuim kan uiteindelijk consequenties hebben voor de omvang van het toegekende instellingsbudget. In het VO en de BVE-sector vindt bekostiging plaats via het leerlingenaantal. Indien lesuitval en een daardoor teruglopende kwaliteit gevolgen zou hebben voor de leerlingaantallen, zou ook het budget kunnen afnemen. Hetzelfde geldt voor het HBO en WO, indien daar door ziekteverzuim de studieduur zou toenemen of het aantal afgestudeerden zou afnemen. Maar dit verband tussen ziekteverzuim en negatieve gevolgen voor het instellingsbudget werd door géén van de respondenten gelegd.

## **6.5 De financiële consequenties van WAO-instroom**

De WAO-instroom brengt de diverse kosten met zich mee, waarvan een hogere WAO-premie (als gevolg van de PEMBA) de belangrijkste is. We hebben de respondenten gevraagd met welke kosten hun instelling te maken heeft en welke invloed de WAO-instroom heeft op het instellingsbudget.

### *De WAO-premie*

Geen van de bezochte instellingen is eigen risicodragers voor de WAO. Slechts één universiteit onderzoekt momenteel de mogelijkheden om eigen risicodragers te worden. Met een lage WAO-instroom is het voor deze instelling waarschijnlijk gunstiger om dat te doen.

De consequenties van de huidige WAO-instroom op de ontwikkeling van de gedifferentieerde premie is voor geen van de bezochte instellingen inzichtelijk. Omdat de WAO-instroom voor vijf jaar meetelt in de premie is het voor de instellingen moeilijk om de premieontwikkeling te voorspellen. Twee instellingen (VO en BVE) hebben helemaal geen beeld over die ontwikkeling. Vier instellingen (VO, HBO en twee WO), verwachten gezien de volgens hen lage instroom, geen “dramatische” stijging van de huidige premiekosten. De overige twee instellingen (BVE en HBO) verwachten wél een stijging van de premie.

De desbetreffende HBO-instelling had 16 personen in dienst die al langer dan 24 maanden ziek waren, maar waarvoor door problemen met de (inmiddels voormalige) arbodienst een jaar lang geen reïntegratietrajecten waren ingezet. Het risico dat deze personen straks zouden instromen in de WAO en welke consequenties dat zou hebben voor de gedifferentieerde premie had men zich onvoldoende gerealiseerd. Pas onlangs was er een doorberekening gemaakt en ontdekt dat de toekomstige WAO-kosten fors zouden kunnen stijgen. Inmiddels was men dan ook wél begonnen met de reïntegratietrajecten. Dit is overigens een duidelijk direct effect van de financiële prikkels van de PEMBA.

Afsluitend merken we nog op dat geen van de bezochte instellingen een verzekering heeft afgesloten voor het PEMBA-risico.

## **6.6 Ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid**

In de onderwijsinstellingen die we hebben bezocht, is het ziekteverzuimbeleid en het preventiebeleid nog volop in ontwikkeling. Een deel van de geïnterviewden onderkende dat het beleid op dat terrein verbeterd, meer geprofessionaliseerd en intensiever moest worden. We noemen hieronder de belangrijkste aspecten die in de gesprekken naar voren zijn gebracht.

Een deel van de instellingen is bezig met het structureren van de verzuimregistratie als basis van het preventiebeleid. In vrijwel alle instellingen richtte men zich nadrukkelijk op de rol van de direct leidinggevende in de verzuimbegeleiding en in de terugkeertrajecten. In een deel van de instellingen werden er ook trainingen gevolgd op dat vlak. Bij de VO-scholen wilde men een personeelsfunctionaris introduceren die de leidinggevendenden kon ondersteunen bij ondermeer ziekteverzuimbegeleiding. In de andere sectoren waren deze functionarissen al aanwezig. Ook frequenter overleg in sociaal medische teams is een belangrijk aspect van het verzuim- en reïntegratiebeleid van de bezochte onderwijsinstellingen.

Voor het reïntegratiebeleid geldt eveneens dat het nog niet of pas onlangs ontwikkeld is en nog vorm moet krijgen binnen de instellingen. Zeker op de kleinere instellingen betrof het nog vaak specifieke individuele gevallen die ad hoc werden behandeld. Uitgesproken aandachtspunten voor de bezochte instellingen waren in ieder geval een vroegtijdig en frequent contact met de langdurig zieke werknemer, het inzetten van de benodigde externe ondersteuning en het onderzoeken van de mogelijkheden om hen zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. Reïntegratie is in eerste instantie intern gericht: terugkeer naar de eigen functie. Vooral bij de grotere instellingen wordt in tweede instantie ook gekeken naar functies in andere afdelingen of buiten de instelling. Het reïntegratiebeleid moet echter in de praktijk nog vorm gegeven worden. In één van de VO-scholen was men bijvoorbeeld nog niet zover en op één van de HBO-instellingen had men het afgelopen jaar door problemen met de arbo-dienst zelfs niets aan reïntegratie gedaan.

## **6.7 Oorzaken intensivering ziekteverzuimbeleid**

Uit de gesprekken komt naar voren dat er drie belangrijke argumenten zijn voor de intensivering van het ziekteverzuimbeleid. In de eerste plaats is dat het sociale aspect: de zorg voor het personeel wordt als belangrijk ervaren en het verbeteren van de arbeidsomstandigheden om uitval te voorkomen hoort bij die zorg. Dit argument werd voornamelijk naar voren gebracht in het VO en in de BVE-sector, maar ook op één van de universiteiten. Overigens waren er bij twee instellingen die een aantal reorganisaties achter de rug hadden duidelijke aanwijzingen geweest dat het personeel vond dat die zorg tekortschoot.

Op de tweede plaats komt het argument van de hinder die de organisatie ondervindt van het ziekteverzuim. Uitval van personeelsleden maakt dat er werkzaamheden blijven liggen of door anderen moeten worden overgenomen. Er moeten oplossingen gezocht worden die soms veel tijd en energie kosten. De werkdruk neemt toe en de kwaliteit van de werkzaamheden af. Deze hinder werd met name naar voren gebracht door de HBO-instellingen en de universiteiten.

Ten derde is er het kostenaspect: de overweging dat de kosten voor het ziekteverzuim beheerst moeten worden en teruggebracht moeten worden. Dit werd door twee instellingen als belangrijk argument genoemd en door vier andere als weliswaar niet het belangrijkste, maar wel als argument wat vanuit uit de bedrijfsvoering natuurlijk ook een rol speelde. In één VO-school werd dit kostenaspect niet belangrijk genoemd, omdat men de kosten daar in de hand had. In één van de HBO-instellingen was het geen argument, volgens de geïnterviewde, omdat de betrokken managers zich niet voldoende bewust waren van de kosten. In de rest van de instellingen is het kostenbewustzijn met betrekking tot het ziekteverzuim echter wel gestegen.

Het toegenomen kostenbewustzijn betreft het totaal van alle financiële consequenties van het ziekteverzuim en niet alleen die van de PEMBA en WULBZ. De invloed van deze specifieke prikkels werd door de meeste respondenten dan ook beperkt genoemd. De PEMBA en WULBZ spelen voor de onderwijsinstellingen slechts op de achtergrond mee bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid.

Daarbij moeten we wel aantekenen dat de consequenties op termijn van de PEMBA nog niet voor iedereen inzichtelijk waren. Slechts de respondenten van de HBO-instellingen maakten nadrukkelijk melding van de PEMBA-premie als toekomstige kostenpost die gecontroleerd moest worden. In één van de twee gevallen was dit besef echter nog niet tot het management van de organisatie doorgedrongen.

Enkele respondenten wezen verder op de invloed van de aangescherpte regels en de te volgen procedures bij ziekteverzuim en reïntegratie. Daardoor zijn er in ieder geval een aantal terugkerende contactmomenten en zijn de stappen in het proces van reïntegratie bepaald. Dat heeft er, volgens de betreffende respondenten, toe geleid dat er meer overleg is tussen werkgever, werknemer, bedrijfsarts en uitkeringsinstantie. De situatie wordt nu regelmatig bekeken en besproken. Hoewel het “een rigide systeem” genoemd wordt met formele procedures en tussentijdse boetes, weet iedereen echter wél wanneer er bepaalde stappen in de procedure moeten worden gezet. Daardoor beginnen verzuim en reïntegratie meer te leven binnen de organisatie.

## **6.8 Conclusies**

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is of de financiële prikkels uit de WULBZ en de PEMBA werken in de collectieve sector. Om deze vraag te beantwoorden voor de onderwijssector, hebben we acht onderwijsinstellingen bevraagd over de wijze waarop deze regelgeving in de organisatie doorwerkt.

We hebben allereerst gekeken in hoeverre binnen de instellingen kennis bestaat van de werking van de WULBZ en de PEMBA en wat de gevolgen hiervan zijn voor de instelling. Het inzicht in de PEMBA-kosten en de consequenties van de huidige WAO-instroom op de premieontwikkeling is beperkt. Voor zover de PEMBA bekend is, ligt dit op het centrale niveau. Dit inzicht is bij de afdelingsmanagers niet aanwezig.

Het inzicht in de WULBZ-kosten is afhankelijk van de kwaliteit van de verzuimregistratie en die moet in een deel van de instellingen nog verbeterd worden (aldus de respondenten). De kosten van het ziekteverzuim worden ook weer vooral op centraal niveau gevoeld. Alleen bij de universiteiten zijn de kosten van de WULBZ ook op het decentrale niveau van de faculteiten bekend. Dit komt doordat de faculteiten budgetverantwoordelijk zijn en dat loon-doorbetaling en vervanging voor rekening zijn van de faculteiten. Bij één van de ROC's en de twee HBO-instellingen zijn de budgetten wel gedecentraliseerd, maar drukken de kosten van ziekteverzuim en WAO-instroom niet op de afdelingsbudgetten, waardoor de kennis van de WULBZ beperkt is. Bij de overige drie onderwijsinstellingen is er nog geen sprake van decentralisatie van budgetten, waardoor ook de kennis van de WULBZ op afdelingsniveau minder is.

Uit de interviews blijkt dat de PEMBA- en WULBZ-prikkels slechts een kleine rol hebben gespeeld bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid. Het is vooral de combinatie van andere met het ziekteverzuim samenhangende kosten (zoals de kosten van vervanging), de overlast van het verzuim voor de organisatie en de professionalisering van de personeelszorg, die de belangrijkste drijfveer vormt om het ziekteverzuim tegen te gaan. Wel is er één HBO-instelling die vanwege een op komst zijnde stijging van de WAO-premie, heel actief aan de slag is gegaan met de reïntegratie van een groep langdurig zieken die dreigen in de WAO terecht te komen.

Opvallend is dat de kosten van ziekteverzuim wel als belangrijke reden wordt genoemd om het ziekteverzuimbeleid te intensiveren, maar de rol van de PEMBA- en WULBZ-prikkels klein wordt genoemd. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat de kennis over de financiële consequenties van PEMBA en WULBZ veelal blijft hangen op het centrale niveau.



## **7 PEMBA EN WULBZ IN DE SECTOR POLITIE**

### **7.1 Inleiding**

De gegevens over de sector politie hebben we verkregen door middel van twee interviews met vertegenwoordigers van personeelsafdelingen van politiekorpsen. Het ene korps heeft zijn werkgebied in een grote stad en heeft een lager dan gemiddeld ziekteverzuim, de andere in een meer landelijke regio met een hoger ziekteverzuimpercentage.

De opbouw van dit hoofdstuk volgt de structuur van de drie voorgaande hoofdstukken. In de laatste paragraaf (7.8) komen we tot een conclusie over de sector politie: werken de PEMBA- en WULBZ-prikkels in deze sector?

### **7.2 Inzicht in PEMBA en WULBZ**

De precieze financiële consequenties van ziekteverzuim en WAO-instroom als gevolg van PEMBA en WULBZ zijn alleen bekend bij de afdeling financiën en in mindere mate bij de centrale korpsleiding. De districtleiding en de teamchefs hebben dit inzicht nauwelijks. In één van de korpsen zijn er plannen om de districten budgetverantwoordelijk te maken. Daardoor begint er daar bij de districtleiding enige bekendheid te ontstaan over de WULBZ.

### **7.3 Verantwoordelijkheden ziekteverzuim**

In het ene korps zijn de teamchefs direct verantwoordelijk voor het ziekteverzuim. In het andere korps ligt de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim meer bij de districtleiding. Daar is ziekteverzuim sinds kort een onderwerp dat wordt besproken in de halfjaarlijkse resultaatgesprekken met de districtleiding.

In één van de korpsen zijn de centrale diensten, zoals de dienst Personeel en de dienst Financiën, verantwoordelijk voor hun eigen budget: vervanging van zieke werknemers moet binnen het eigen budget worden bekostigd. De districten hebben in dat korps nog geen eigen budget. In het andere korps hebben zowel de diensten als de districten geen eigen budgetverantwoordelijkheid. In de beide korpsen wordt de WAO-premie niet gedifferentieerd doorberekend aan de diensten en districten.



#### **7.4 De financiële consequenties van ziekteverzuim**

##### *Salarisdoorbetaling*

De financiële gevolgen van ziekteverzuim komen nu nog hoofdzakelijk op het centrale niveau terecht.

##### *Vervanging*

De formatie is opgehoogd om ziekteverzuim in eerste instantie met het eigen personeel te kunnen opvangen. In het ene korps echter zit de daadwerkelijke bezetting een flink stuk onder de formatie, zodat er geen buffer is om het verzuim op te kunnen vangen. De vervangingsmogelijkheden zijn bij de politie beperkt omdat politie-agenten over het algemeen niet vervangen kunnen worden. Wel kunnen administratieve taken van agenten worden uitbesteed. Vanwege de beperkte vervangingsmogelijkheden gaat ziekteverzuim bij de politie snel ten koste van de omvang en de kwaliteit van de dienstverlening.

##### *Gevolgen voor het budget van het korps*

Een hoog ziekteverzuim of een hoge instroom in de WAO heeft bij politiekorpsen geen invloed op het korpsbudget.

#### **7.5 De financiële consequenties van WAO-instroom**

De korpsen zijn geen eigen risicodragers met betrekking tot de PEMBA. De belangrijkste kosten van WAO-instroom zijn de hogere WAO-premie en loondoorbetaling. Er zijn geen gevolgen voor het korpsbudget.

#### **7.6 Ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid**

In beide korpsen is sinds kort het ziekteverzuimbeleid intensiever geworden.

In het ene korps is een ziekteverzuimcoördinator aangenomen met als taak om ziekteverzuim op de agenda van de leidinggevenden te krijgen en een bewustwordingsproces op gang te brengen. Verder gaat er een pilot starten waarbij 150 medewerkers voor wie langdurig verzuim dreigt, intensief worden geholpen: verwijzing naar psycholoog, conflictbemiddelaar et cetera. In dit korps is reïntegratie de laatste tijd meer onder de aandacht. In het Sociaal Medisch Team worden alle werknemers die langer dan zes weken ziek zijn besproken en worden de mogelijkheden voor reïntegratie bekeken. De mate waarin reïntegratie plaatsvindt is sterk afhankelijk van de teamchefs: dat varieert enorm.

In het andere korps is de verzuimbegeleiding verbeterd en is het verzuimprotocol vernieuwd. De bedrijfsartsen van de arbodienst krijgen meer een rol als sparringpartner voor de leidinggevenden. Verder komen er weer cursussen verzuimbegeleiding voor leidinggevenden. Sinds kort is de verantwoordelijkheid voor reïntegratie bij de districtleiding gelegd. Het is de bedoeling dat de begeleiding van werknemers in reïntegratietrajecten in één hand komt te liggen. Tot nu toe wordt reïntegratie pas na zes maanden opgepakt.

### **7.7 Oorzaken intensivering ziekteverzuimbeleid**

In de beide korpsen hebben de PEMBA en de WULBZ geen rol gespeeld bij de intensivering van het ziekteverzuim. In het ene korps was de belangrijkste reden voor het intensievere ziekteverzuimbeleid het hoge ziekteverzuim. Wel is er in dat korps na de intensivering meer aandacht gekomen voor de kostenkant; men begint zich steeds bewuster te worden van de kosten die voortkomen uit ziekteverzuim en WAO-instroom. In het andere korps past de grotere aandacht voor ziekteverzuimbestrijding in een trend van meer aandacht en zorg voor het personeel. Daarnaast werden leidinggevenden in toenemende mate geconfronteerd met te lage bezetting als gevolg van het stijgende verzuim.

### **7.8 Conclusie**

We kunnen concluderen dat in de beide korpsen de rol van de PEMBA en WULBZ vooralsnog beperkt is. De bekendheid is klein en de wetten hebben geen rol gespeeld bij de recente beleidswijzigingen. In één van de twee korpsen duiden de huidige ontwikkelingen er echter op dat de rol van PEMBA en WULBZ zou kunnen groeien. Er is een trend naar meer kostenbewustzijn en er zijn plannen om de districten budgetverantwoordelijk te maken. Deze combinatie zorgt ervoor dat de financiële prikkels van in ieder geval de WULBZ worden gevoeld dichterbij het niveau waar ziekteverzuimbestrijding moet plaatsvinden. Dit geldt echter niet voor de PEMBA omdat de WAO-premie niet wordt doorberekend naar de districten. In het andere korps zien we die ontwikkeling niet.



## **8 PEMBA EN WULBZ IN DE SECTOR RIJK**

### **8.1 Inleiding**

De gegevens over de sector Rijk hebben we verkregen door middel van een groepsgesprek met vertegenwoordigers van personeelsafdelingen van drie departementen. Eén van de departementen had een heel laag ziekteverzuim, één had een hoog ziekteverzuim en de derde zat daar tussenin. Alle drie de departementen hebben te maken gehad met een stijging van het ziekteverzuim tussen 1996 en 2000. We hebben in het groepsgesprek drie onderwerpen besproken, die in dit hoofdstuk aan bod komen. In paragraaf 8.2 gaan we in op de vraag of er binnen de departementen inzicht bestaat in de financiële gevolgen van de PEMBA en WULBZ. In paragraaf 8.3 kijken we wie verantwoordelijk is voor het ziekteverzuim en in de laatste paragraaf (8.4) beantwoorden we de vraag wat het effect is van de PEMBA en WULBZ binnen de departementen.

### **8.2 Inzicht in PEMBA en WULBZ**

Binnen de departementen is de PEMBA vaak nog wel bekend, maar de WULBZ helemaal niet. Alleen insiders kennen de ins en outs van de PEMBA. Er bestaat weinig kennis over de relatie tussen personeelsbeleid en financiën. ‘Bij de overheid merk je niet zo veel van de kosten’, aldus één van de respondenten. Tekenend is dat het in geen van de drie departementen mogelijk bleek om op de korte termijn van een week het aantal werknemers dat jaarlijks de WAO instroomt te achterhalen.

De directe leidinggevenden weten alleen hoeveel fte's hun afdeling heeft, hoe hoog het ziekteverzuim is en hoe groot het personeelsbudget is. Zij hebben geen zicht op de financiële consequenties van ziekteverzuim en WAO-instroom. Ziekteverzuim leeft bij de leidinggevenden alleen in de zin van het wegvallen van personeel.

De REA is binnen de departementen iets bekender dan de PEMBA en de WULBZ. Er wordt echter nog heel weinig gebruik van gemaakt. In één van de drie departementen neemt het gebruik van de REA de laatste tijd toe, voornamelijk vanwege de vereenvoudiging van de regels.

### **8.3 Verantwoordelijkheden ziekteverzuim**

Formeel zijn de lijnmanagers primair verantwoordelijk voor het ziekteverzuim. In de praktijk bestaat nogal eens de neiging om die verantwoordelijkheid af te schuiven op de personeelsafdeling of de bedrijfsarts. Beiden, de personeelsafdeling en de bedrijfsarts, hebben formeel de taak te adviseren, niet om de verantwoordelijkheid voor het ziekteverzuim over te nemen.

De verantwoordelijkheid voor het ziekteverzuim is niet vertaald in financiële consequenties. In de drie departementen worden de kosten van loondoorbetaling van zieke werknemers en de gedifferentieerde WAO-premie niet doorberekend naar de directies of afdelingen. Dat betekent dat ziekteverzuim en WAO-instroom geen effect heeft op de afdelingsbudgetten. De managers krijgen ook geen bonussen als ze een laag ziekteverzuim realiseren in hun afdeling. Al met al worden leidinggevend en hun afdeling dus niet financieel geprikkeld om iets aan ziekteverzuimbesteding te doen.

In de departementen wordt de planning- en controlcyclus gebruikt om de directies te stimuleren meer aan ziekteverzuimbesteding te doen. In één van de departementen maken alle directies jaarlijks plannen van aanpak voor het arbeidsomstandighedenbeleid en voor het ziekteverzuimbeleid. Daarin staat beschreven wat de directie gaat doen op deze terreinen. Na afloop van het jaar moeten de directies zich verantwoorden.

In een ander departement hoeven alleen directies met een ziekteverzuim van meer dan 7 procent een plan van aanpak ziekteverzuim maken, waarin verwoord staat wat de directie gaat doen om het ziekteverzuim naar beneden te krijgen. Hierdoor lijkt het op papier of er heel veel wordt gedaan aan ziekteverzuimbesteding, terwijl het in de praktijk erg afhankelijk is van de leidinggevend. Sommige managers zijn heel actief, anderen doen vrij weinig. In hetzelfde ministerie is momenteel een speerpunt arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim afgekondigd; dit betekent dat elke directie in het jaarplan aandacht moet besteden aan dit onderwerp.

In het derde departement is in het verleden gewerkt met plannen van aanpak voor ziekteverzuim. Dit functioneerde echter niet: er kwamen prachtige verhalen op papier, maar in de praktijk gebeurde er weinig.

#### **8.4 De invloed van PEMBA en WULBZ**

De invoering van de WULBZ heeft geen verandering teweeggebracht in de sector Rijk. Er bestond namelijk al een verplichting voor loondoorbetaling bij ziekte. De invloed van de loondoorbetalingsplicht en de PEMBA hebben binnen de departementen volgens de drie respondenten een minimale invloed gehad. Dit komt overeen met de constatering dat de bekendheid van beide regelingen bij de direct leidinggevenden klein is en dat de PEMBA- en WULBZ-kosten niet doorberekend worden naar de afdelingen.

Een intensiever ziekteverzuimbeleid wordt ingezet vanwege een hoog verzuim, de in de laatste CAO vastgelegde afspraken daarover, de maatschappelijke aandacht voor ziekteverzuimbestrijding en uit vrees aan de publieke schandpaal genageld te worden. PEMBA en WULBZ spelen daarbij geen rol.

In één van de ministeries krijgen decentrale uitvoeringsorganisaties met een hoog langdurig ziekteverzuim extra middelen. Hoog ziekteverzuim leidt in die gevallen tot meer geld in plaats van minder.



## 9 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit hoofdstuk presenteren we de samenvatting van het rapport en de conclusies van het onderzoek. De paragrafen 9.1 tot en met 9.8 corresponderen met de hoofdstukken 1 tot en met 8. De eerste vier paragrafen 9.1 tot en met 9.4 behandelen achtereenvolgens de opzet van het onderzoek, de ziekteverzuim- en WAO-cijfers, de financieringssystematiek van de collectieve sector en een globale vergelijking van de collectieve sector met de marktsector. In paragraaf 9.5 tot en met 9.8 beschrijven we de belangrijkste resultaten van de deelonderzoeken in de sectoren zorg, onderwijs, politie en Rijk. In paragraaf 9.9 maken we een vergelijking van de vier sectoren. In de laatste paragraaf 9.10 ten slotte komen we toe aan de conclusies van het onderzoek.

### 9.1 Het onderzoek

#### *Probleemstelling en onderzoeksvragen*

De interdepartementale werkgroep *Financiële prikkels ziekte/WAO* heeft Regioplan Onderzoek Advies en Informatie b.v. gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de vraag of de bekostigingssystematiek in de collectieve sector ertoe bijdraagt dat financiële prikkels van de PEMBA en WULBZ in de collectieve sector anders uitwerken dan in de private sector.

Een stijging van de kosten met betrekking tot WULBZ en PEMBA kan op de eerste plaats leiden tot de door de wetgever beoogde reactie, namelijk intensivering van het preventie- en reïntegratiebeleid. Er zijn echter ook twee afwentelingsmechanismen mogelijk. De instelling kan als reactie op de extra kosten de productie/dienstverlening beperken of doorberekenen in de tarieven of prijzen.

De hypothese die in het onderhavige onderzoek is getoetst, is of de bekostigingssystematiek voor de collectieve sector ertoe leidt dat financiële prikkels uit de WULBZ en PEMBA een intensivering van het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid van instellingen in de collectieve sector tot gevolg hebben of dat de kosten die uit deze prikkels voortvloeien worden afgewenteld op andere partijen of zich vertalen in een verlaagde dienstverlening aan de doelgroepen (of uiteraard een combinatie van beide).

De probleemstelling is vertaald in de volgende vier onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de financiële consequenties op instellingsniveau van een vermindering en van een vermeerdering in het ziekteverzuim?
2. Wat zijn (op langere termijn) de financiële consequenties op instellingsniveau van een vermindering en van een vermeerdering in de instroom in de WAO?



3. Worden de lijnmanagers binnen instellingen ‘afgerekend’ op verzuimtargets? Hoe gaat de interne bekostigingssystematiek binnen instellingen om met de gevolgen van ziekteverzuim in de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening?
4. Bestaan er verschillen in ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid tussen instellingen in de collectieve sector en bedrijven in de marktsector, en zo ja, waaruit bestaan die verschillen?

#### *Het verloop van het onderzoek*

In de voorbereidende fase van het onderzoek hebben we secundaire bronnen geanalyseerd om een beeld te krijgen van de ziekteverzuim- en WAO-cijfers in de collectieve sector en in de marktsector en hebben we drie gesprekken gevoerd met arbodiensten om te achterhalen welke verschillen er bestaan in ziekteverzuimbeleid tussen instellingen in de collectieve sector en bedrijven in de marktsector.

De kern van het onderzoek bestond uit acht interviews in de zorgsector en acht interviews in de marktsector met P&O-functionarissen en/of financiële managers. We hebben hen ondermeer gevraagd waar binnen de instelling inzicht bestaat in de PEMBA- en WULBZ-prikkel, wie er verantwoordelijk is voor het ziekteverzuim, en welke rol PEMBA en WULBZ hebben gespeeld bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid.

Tot slot hebben we twee vertegenwoordigers van politiekorpsen geïnterviewd en een groeps-gesprek georganiseerd met drie P&O-functionarissen van departementen. Hierbij zijn dezelfde onderwerpen aan bod gekomen als bij de interviews in de zorg en het onderwijs. Het doel van de gesprekken in de sectoren politie en Rijk was om na te gaan of er aanwijzingen bestaan voor verschillen of juist overeenkomsten met de sectoren onderwijs en zorg. Hiermee worden de bevindingen uit het onderwijs en de zorg in een context geplaatst en wordt de rol van de financieringssystematiek in de collectieve sector duidelijker.

## **9.2 Ziekteverzuim en WAO in de collectieve sector**

### *Cijfers ziekteverzuim*

Na de invoering van de WULBZ in 1996 is het ziekteverzuim in de particuliere sector en in de overheidssector eerst gedaald en daarna weer gestegen. De daling is in de overheidssector echter kleiner en duurt minder lang, zodat het ziekteverzuim veel eerder het niveau van begin jaren '90 heeft bereikt.

In de gezondheidszorg vindt na de invoering van de WULBZ helemaal geen daling van het ziekteverzuim plaats. Na 1996 stijgt het ziekteverzuim voortdurend; in die hele periode ligt het ziekteverzuim ruim twee procentpunten boven het verzuim in de particuliere sector.

In het onderwijs is het ziekteverzuim in 1993 slechts iets hoger dan in de particuliere sector. Echter, terwijl het ziekteverzuim in de particuliere sector daalt, stijgt het in het onderwijs met een procentpunt en blijft vervolgens constant. Daardoor ligt het verzuim in het onderwijs vanaf 1994 voortdurend twee en een half procentpunt boven het niveau van de particuliere sector.

#### *Cijfers WAO*

In de overheidssectoren Rijk en politie is de instroomkans WAO flink lager dan in de marktsector (inclusief zorg en onderwijs). Ook het percentage WAO'ers in de verschillende overheidssectoren dat hersteld is veel groter dan in de marktsector.

De zorg wordt gekenmerkt door een combinatie van een hoge instroomkans in de WAO met een hoge herstelkans. In het onderwijs ligt de instroomkans op het gemiddelde niveau van de marktsector, terwijl de herstelkans een stuk hoger ligt.

#### *Cijfers inzet REA*

Van de overheidssectoren worden er in de zorg de meeste REA-trajecten en -instrumenten per 100 WAO'ers ingezet. De onderwijssector blijft achter bij de zorg, maar doet meer aan reïntegratie dan de andere overheidssectoren.

### **9.3 Wisselwerking tussen PEMBA/WULBZ en financieringsystematiek**

#### *Invloed financieringsystematiek*

Met behulp van de concept-interimrapportage van de werkgroep financiële prikkels ziekte/WAO hebben we de vraag beantwoord in hoeverre de financieringsystematiek van de collectieve sector de PEMBA- en WULBZ-prikkels afzwakt.

Uit de rapportage blijkt dat in de collectieve sector de financieringsystematiek geen belemmering vormt voor de werking van de financiële prikkels van de WULBZ en de PEMBA. Ziekteverzuim en WAO-instroom leiden ook in de collectieve sector op instellingsniveau tot beperking van de financiële ruimte, net als in de marktsector.

Het primair onderwijs is hierop een uitzondering: de werking van de PEMBA- en WULBZ-prikkels worden teniet gedaan door het declaratiesysteem<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Het Ministerie van OC&W is van plan om in de loop van 2002 de financieringsystematiek van het PO te wijzigen, waardoor het vergelijkbaar wordt met de financiering van het VO. De verwachting is dat de PEMBA- en WULBZ-prikkels dan in het PO beter zullen werken.

In het voortgezet onderwijs werkt de WULBZ-prikkel minder doordat de gedifferentieerde premie voor het Vervangingsfonds niet kostendekkend wordt vergoed door de vervangingsopslag.

De werking van de PEMBA is in de collectieve sector echter niet identiek aan de marktsector. Namelijk omdat de budgetten van instellingen in de collectieve sector worden aangepast aan de gemiddelde premie in de marktsector, betekent dit dat bepaalde verschillen in de ontwikkelingen in collectieve sector en marktsector net iets andere resultaten opleveren. De prikkel werkt dus wel, maar anders.

#### *Andere ontsnappingsroutes*

Het feit dat de prikkels werken wil nog niet zeggen dat ze ook het gewenste effect hebben. Dat is afhankelijk van de mogelijkheden van andere afwentelingsmechanismen, die wellicht in de collectieve sector anders zijn dan in de marktsector. Een voorbeeld hiervan is dat productieverlies als gevolg van ziekteverzuim in de collectieve sector niet altijd tot een lager budget leidt, terwijl productieverlies in de marktsector altijd leidt tot minder inkomsten. Dit betekent dat de ontsnappingsroute ‘minder dienstverlening’ in de collectieve sector in een aantal situaties *in theorie* minder ernstige consequenties heeft dan in de marktsector.

#### *Ingreep minister*

Een ander mogelijke ontsnappingsroute die is voorbehouden aan de collectieve sector is een ingreep van de betrokken minister. Zo kan de minister extra budgetten toekennen om politiek ongewenste situaties te voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn de additionele middelen om wachtlijsten weg te werken en de additionele middelen die de huisartsen en tandartsen hebben gekregen in verband met de hogere verzekeringspremies voor arbeidsongeschiktheid.

De mogelijkheden van de minister om invloed uit te oefenen op de arbeidsvoorwaarden en het personeelsbeleid vertoont grote verschillen tussen de onderdelen van de collectieve sector. Hierbij is het van belang of de minister als werkgever deelneemt aan het CAO-overleg of dat het CAO-overleg gedecentraliseerd plaatsvindt. Deze invloed is het grootst bij de sectoren Rijk en politie. Daarna volgen in afnemende invloed het PO, het VO, de BVE/HO en de zorgsector. De zorgsector lijkt wat dit betreft het meeste op de marktsector.

Door de nabijheid van de minister heeft de collectieve sector dus nog een andere ontsnappingsroute: lobbyen bij de minister om meer geld.

## **9.4 Verschillen tussen collectieve sector en marktsector**

Uit de gesprekken met de arbodiensten blijkt dat voor de hoogte van het ziekteverzuim en WAO-instroom en voor de mate waarin het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid is ontwik-

keld, het onderscheid tussen de collectieve sector en de marktsector niet relevant is. Factoren die wel van belang zijn, zijn ondermeer de aard van het werk, de kwaliteit van het management en de grootte van het bedrijf.

Verder kunnen we concluderen dat de bekendheid van de PEMBA en de WULBZ in de collectieve sector in ieder geval niet kleiner is dan in de marktsector. Voor beide sectoren geldt dat de bekendheid in de laatste jaren gegroeid is.

## 9.5 PEMBA en WULBZ in de zorgsector

In de zorg hebben we interviews afgenomen met twee ziekenhuizen, twee instellingen voor psychiatrische hulpverlening, één instelling voor gehandicaptenzorg, één thuiszorgorganisatie, één algemene zorggroep en één verpleeghuis.

### *De bekendheid van PEMBA en WULBZ in de zorg*

Het blijkt dat de directies en de afdelingen Financiën het meeste inzicht hebben in deze regeling en de financiële gevolgen ervan voor de instelling. Bij de (decentrale) afdelingen bestaat minder inzicht in WULBZ en PEMBA en de daaruit voortvloeiende kosten voor de afdeling.

In een aantal gevallen zijn de decentrale afdelingen verantwoordelijk voor hun eigen afdelingsbudget. Als dat zo is, is het inzicht in de werking van de WULBZ en de PEMBA groter. Het inzicht in de WULBZ is nog groter als de kosten van loondoorbetaling worden doorberekend aan de afdelingen. De gedifferentieerde WAO-premie wordt nooit doorberekend naar de afdelingen.

### *De invloed van PEMBA en WULBZ op het ziekteverzuimbeleid in zorginstellingen*

In alle acht bezochte zorginstellingen is het ziekteverzuimbeleid in de laatste jaren geïntensiveerd. Geen van de respondenten echter meent dat de kosten voortvloeiende uit de WULBZ en de PEMBA van directe invloed zijn geweest op het verzuimbeleid. Als belangrijkste redenen voor het intensiveren van het ziekteverzuimbeleid noemen zij het verhoogde ziekteverzuim en een toenemend bewustzijn dat het goed werkgeverschap is om een adequaat ziektebeleid te voeren.

Toch kunnen de PEMBA en WULBZ nuttig zijn voor instellingen die hun verzuimbeleid willen intensiveren. Een aantal respondenten geeft namelijk aan dat de invoering van de WULBZ heeft geholpen om het ziekteverzuimbeleid onder de aandacht van de directie te krijgen en op de beleidsagenda te plaatsen van de instelling. Voor de PEMBA wordt een vergelijkbaar effect eenmaal genoemd. Verder is er een instelling die met de inkomsten uit de

PEMBA-korting en de REA-subsidies heeft geïnvesteerd in de uitbreiding van het ziekteverzuimbeleid, zoals het aanstellen van een reïntegratiefunctionaris.

## **9.6 PEMBA en WULBZ in de onderwijssector**

In het onderwijs hebben we interviews afgenomen met twee universiteiten, twee HBO-instellingen, twee ROC's en twee instellingen voor voortgezet onderwijs.

### *De bekendheid van PEMBA en WULBZ in het onderwijs*

Het inzicht in de financiële gevolgen van de PEMBA blijkt bij de bezochte onderwijsinstellingen beperkt. Voor zover de PEMBA bekend is, ligt dit op het centrale niveau. Bij de afdelingsmanagers is dit inzicht niet aanwezig.

Het inzicht in de WULBZ-kosten is iets groter en ook vooral aanwezig op het centrale niveau. Daarnaast speelt de kwaliteit van de verzuimregistratie een rol. Alleen bij de universiteiten zijn de kosten van de WULBZ ook op het decentrale niveau van de faculteiten bekend. Dit hangt samen met het feit dat de faculteiten budgetverantwoordelijk zijn en dat loondoorbetaling en vervanging voor rekening zijn van de faculteiten. Bij één van de ROC's en de twee HBO-instellingen zijn de budgetten wel gedecentraliseerd, maar drukken de kosten van ziekteverzuim en WAO-instroom niet op de afdelingsbudgetten.

### *De invloed van PEMBA en WULBZ op het ziekteverzuimbeleid in onderwijsinstellingen*

In de onderwijsinstellingen die we hebben bezocht, is het ziekteverzuimbeleid nog volop in ontwikkeling. De respondenten geven aan dat de PEMBA- en WULBZ-prikkels slechts een kleine rol hebben gespeeld bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid. Het is vooral de combinatie van andere met het ziekteverzuim samenhangende kosten (zoals de kosten van vervanging), de overlast van het verzuim voor de organisatie en de professionalisering van de personeelszorg, die de belangrijkste drijfveer vormt om het ziekteverzuim tegen te gaan. Wel is er één HBO-instelling die vanwege een op komst zijnde stijging van de WAO-premie, heel actief aan de slag is gegaan met de reïntegratie van een groep langdurig zieken die dreigen in de WAO terecht te komen.

Opvallend is dat de kosten van ziekteverzuim wel als belangrijke reden wordt genoemd om het ziekteverzuimbeleid te intensiveren, maar de rol van de PEMBA- en WULBZ-prikkels klein wordt genoemd. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat de kennis over de financiële consequenties van PEMBA en WULBZ in de onderwijsinstellingen beperkt is.

## 9.7 PEMBA en WULBZ in de sector politie

In de sector politie hebben we interviews afgenomen bij twee politiekorpsen.

### *De bekendheid van PEMBA en WULBZ bij de politie*

De PEMBA en de WULBZ zijn alleen bekend bij de afdeling financiën en de korpsleiding. De districtleiding en de teamchefs kennen de PEMBA en de WULBZ niet. Omdat er plannen zijn om de districten budgetverantwoordelijk te maken, begint bij de districtleiding enige bekendheid te ontstaan over de WULBZ. Er zijn geen plannen om de gedifferentieerde WAO door te berekenen aan de diensten en districten.

### *De invloed van PEMBA en WULBZ op het ziekteverzuimbeleid van politiekorpsen*

De PEMBA en de WULBZ hebben geen rol gespeeld bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid in de beide korpsen. In één van de korpsen lijkt er na de intensivering meer aandacht te komen voor de kostenkant. Men begint zich steeds bewuster te worden van de kosten die voortkomen uit ziekteverzuim en WAO-instroom. Ook wordt er het laatste half jaar gebruik gemaakt van REA-subsidies. Dat gebeurde daarvoor nauwelijks.

## 9.8 PEMBA en WULBZ in de sector Rijk

### *De bekendheid van PEMBA en WULBZ binnen de sector Rijk*

In de drie departementen die mee hebben gedaan aan het onderzoek is de bekendheid van de beide regelingen bij direct leidinggevenden klein. De PEMBA- en WULBZ-kosten worden in die ministeries niet doorberekend naar de afdelingen.

### *De invloed van PEMBA en WULBZ op het ziekteverzuimbeleid van de departementen*

In de drie departementen is ziekteverzuimbeleid geïntensiveerd vanwege een hoog verzuim, de in de laatste CAO vastgelegde afspraken daarover, de maatschappelijke aandacht voor ziekteverzuimbesteding en uit vrees voor negatieve publiciteit. PEMBA en WULBZ spelen daarbij geen rol.

In één van de drie ministeries krijgen decentrale uitvoeringsorganisaties met een hoog langdurig ziekteverzuim extra middelen.

## 9.9 Vergelijking van de vier collectieve sectoren

In deze paragraaf vergelijken we de resultaten van de deelonderzoeken in sectoren zorg, onderwijs, politie en Rijk. We kijken daarbij achtereenvolgens naar de bekendheid van de

PEMBA en de WULBZ, de doorberekening van de kosten van ziekteverzuim en WAO-in-stroom naar de decentrale afdelingen, de invloed van de PEMBA en de WULBZ op het ziekteverzuimbeleid en naar de rol van de minister in de vier sectoren.

*De bekendheid van PEMBA en WULBZ in de collectieve sector*

De bekendheid van PEMBA en WULBZ is het grootste bij de onderzochte instellingen in de sector zorg. Bij zeven van de acht zorginstellingen heeft de centrale directie inzicht in de WULBZ en de PEMBA. Bij de decentrale afdelingen is het inzicht minder: in zes instellingen hebben de afdelingshoofden enig inzicht, waarvan vier een goed inzicht. De bekendheid van PEMBA en WULBZ is bij deze zorginstellingen even groot.

Bij de onderzochte instellingen in het onderwijs is het inzicht in de beide regelingen een stuk kleiner dan in de zorg. In slechts drie onderwijsinstellingen heeft de centrale directie inzicht in de consequenties van de PEMBA en voor de WULBZ zijn dat vijf instellingen. De kennis over PEMBA en WULBZ is redelijk verspreid over de vier typen onderwijsinstellingen. Op het afdelingsniveau is in het onderwijs helemaal geen inzicht in de gevolgen van de PEMBA en weinig tot geen inzicht in de gevolgen van de WULBZ. De universiteiten vormen hierop een uitzondering: in de twee universiteiten kent de leiding van de faculteiten de werking van de WULBZ en één van hen ook de werking van de PEMBA.

Bij de drie ministeries die bij het onderzoek betrokken zijn, is het inzicht in PEMBA en WULBZ in vergelijking met de onderzochte zorg- en onderwijsinstellingen het kleinst. Bij die drie departementen was nauwelijks kennis van de regelingen aanwezig bij de direct leidinggevenden.

Bij de twee politiekorpsen is het inzicht in de PEMBA en de WULBZ aanwezig, maar alleen bij de afdeling financiën en de centrale korpsleiding. De twee korpsen positioneren zich hiermee, voor wat betreft de kennis over PEMBA en WULBZ, tussen de onderwijsinstellingen en de zorginstellingen.

*Financiële consequenties op afdelingsniveau*

Uit de interviews in de zorgsector blijkt dat de bekendheid van de PEMBA- en WULBZ-prikkels bij de leiding van decentrale afdelingen samenhangt met de mate waarin die afdelingen financiële verantwoordelijkheden hebben. De factoren die daarbij een rol spelen, zijn op de eerste plaats de budgetverantwoordelijkheid van de afdelingen en op de tweede plaats de doorberekening aan de afdelingen van de kosten van loondoorbetaling, vervanging en de WAO-premie.

In de zorgsector voelden vier van de acht onderzochte instellingen de financiële gevolgen van de WULBZ. Bij slechts één instelling werd ook de gedifferentieerde WAO-premie doorberekend naar de afdelingen. In deze vier gevallen waren de afdelingshoofden bekend met zowel de werking van de WULBZ en als van de PEMBA.

In het onderwijs zijn alleen in de twee universiteiten de afdelingen (faculteiten) budgetverantwoordelijk en dragen zij tevens de kosten van loondoorbetaling en vervanging. Zoals eerder gezegd kent de leiding van die faculteiten ook de werking van de WULBZ. Verder geldt ook voor de twee HBO-instellingen en één van de ROC's dat de afdelingen budgetverantwoordelijk zijn. De kosten van ziekteverzuim drukken in deze instellingen echter niet op die afdelingsbudgetten. Opvallend is dat daar de kennis van WULBZ en PEMBA bij de leiding van de afdelingen niet aanwezig is.

Bij de drie departementen worden de PEMBA- en WULBZ-kosten niet doorberekend naar de directies en afdelingen. In het bezochte politiekorpsen zijn de districten niet budgetverantwoordelijk, maar bij één van de korpsen wel de centrale diensten. Bij dit korps zijn er momenteel plannen om ook de districten budgetverantwoordelijk te maken.

*De invloed van PEMBA en WULBZ op het ziekteverzuimbeleid in de collectieve sector*

Bij het besluit om meer te gaan doen aan preventie en bestrijding van ziekteverzuim en aan reïntegratie spelen de financiële prikkels van de WULBZ en PEMBA een kleine rol, dit zeggen alle respondenten. Hierbij is er geen verschil tussen de sectoren: in de acht zorginstellingen, de acht onderwijsinstellingen, de twee politiekorpsen en drie departementen is de invloed van WULBZ en PEMBA op de recente beleidsintensivering klein geweest.

De aanleiding om een intensiever ziekteverzuimbeleid te voeren is meestal vooral een hoog ziekteverzuim. In het onderwijs en de zorg spelen ook de overlast die verzuim voor de organisatie veroorzaakt en de tijd en energie die het regelen van vervanging met zich meebrengt een belangrijke rol. Bij de sectoren Rijk en zorg werd ook de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een goed personeelsbeleid genoemd als reden om meer aan ziekteverzuimbestrijding te gaan doen. Opmerkelijk is dat in het onderwijs kosten (van vervanging) wel een belangrijke rol spelen bij de intensivering van het ziekteverzuimbeleid, maar de financiële consequenties van de PEMBA en WULBZ niet van belang zijn. Dit kan verklaard worden door de onbekendheid met de werking van de beide regelingen.

Toch kunnen we niet concluderen dat de financiële prikkels van de PEMBA en WULBZ geen effect hebben in de door ons bezochte instellingen. In een aantal instellingen in de zorg zijn de regelingen behulpzaam geweest om ziekteverzuim op de agenda van de directie te krijgen. Het feit dat de WAO-instroom en het ziekteverzuim een grote kostenpost is (of dreigt te worden) hebben sommige hoofden P&O aangewend (met succes) om de directie te



overtuigen meer te gaan doen aan ziekteverzuimbestrijding. In één geval werden de inkomsten van REA-subsidies en de PEMBA-korting gebruikt om de aanstelling van een reïntegratie-functionaris te financieren. Verder gaven verschillende respondenten (uit zowel de zorg als het onderwijs) aan dat de vergroting van de aandacht voor ziekteverzuimbeleid, het kostenbewustzijn heeft doen toenemen. Dat kan ertoe leiden dat de effecten van de WULBZ en PEMBA in de toekomst gaan toenemen.

## **9.10 Conclusies**

Deze paragraaf bevat de conclusies van het onderhavige onderzoek. We hebben de conclusies onderverdeeld in vier groepen. Ten eerste conclusies over de invloed van de financiële systematiek op de werking van de PEMBA en de WULBZ (9.10.1). Ten tweede conclusies over de invloed van de PEMBA- en WULBZ-prikkels op het beleid van de instellingen in de collectieve sector (9.10.2). Ten derde conclusies over de mogelijke ontsnappingsroutes die instellingen in de collectieve sector kunnen gebruiken om de financiële gevolgen van de PEMBA en de WULBZ te kunnen afwentelen (9.10.3). Ten vierde conclusies over de praktijk van interne doorberekening van de kosten van ziekteverzuim en WAO-instroom (9.10.4).

### **9.10.1 De invloed van de financiële systematiek op de werking PEMBA en WULBZ**

#### *1. Financieringssystematiek geen belemmering voor PEMBA en WULBZ*

De financiële systematiek in de collectieve sector (met uitzondering van het primaire onderwijs) vormt geen belemmering voor de werking van de financiële prikkels van de PEMBA en WULBZ. De extra kosten van ziekteverzuim en WAO-instroom leiden namelijk wel tot een beperking van de financiële ruimte voor instellingen in de sectoren zorg, onderwijs, politie en Rijk.

#### *2. Instellingen in de collectieve sector doen niet minder aan ziekteverzuimbestrijding dan marktbedrijven*

Het onderscheid tussen de collectieve sector en de marktsector is niet relevant bij het vergelijken van het ziekteverzuimbeleid, zo geven respondenten van drie arbodiensten aan. Instellingen in de collectieve sector doen dus niet minder aan ziekteverzuimbestrijding dan vergelijkbare marktbedrijven. Dit is een extra aanwijzing dat de financieringssystematiek van de collectieve sector geen ontmoediging betekent voor ziekteverzuimbestrijding.

### 9.10.2 De invloed van de PEMBA- en WULBZ-prikkels

#### 3. *De invloed van PEMBA en WULBZ op het ziekteverzuimbeleid is klein*

In bijna alle bezochte instellingen is men in de afgelopen jaren meer gaan doen aan preventie en bestrijding van ziekteverzuim en aan reïntegratie. De invloed van de PEMBA en WULBZ op het besluit om het ziekteverzuimbeleid te gaan intensiveren, is in alle gevallen klein geweest, zo geven alle respondenten, ongeacht de sector, aan. Met name het hoge ziekteverzuim op zichzelf en de vervangingsproblematiek zijn belangrijker geweest.

#### 4. *PEMBA en WULBZ nuttig voor het agenderen van ziekteverzuimbeleid*

De financiële consequenties van de PEMBA en WULBZ zijn in een aantal instellingen wel belangrijk geweest om ziekteverzuim op de agenda van het management te krijgen.

### 9.10.3 De ontsnappingsroutes voor de PEMBA- en WULBZ-prikkels

#### 5. *Minder kwaliteit dienstverlening is een ontsnappingsroute voor de financiële consequenties van PEMBA en WULBZ*

Over het algemeen gaat een hoog ziekteverzuim in de collectieve sector ten koste van de kwaliteit van de dienstverlening. Als vervanging niet plaatsvindt of niet lukt, is dit de meest voorkomende consequentie van ziekteverzuim in de collectieve sector. Minder aandacht voor patiënten, een lagere bezetting van afdelingen, lesuitval of minder agenten op straat. Deze afwenteling op de klant is een mogelijkheid die de collectieve sector heeft in tegenstelling tot de marktsector, waar minder service leidt tot het verlies van klanten.

In de zorgsector kan minder dienstverlening leiden tot een kleiner budget als de productieafspraken waarop het budget is gebaseerd niet worden gehaald. De instellingen die wij hebben bezocht weten dit bijna altijd te voorkomen, door de formatie op te hogen om het ziekteverzuim tot op zekere hoogte te kunnen opvangen, door flexibele inzet van eigen personeel en soms door externe vervanging. Een lager budget als gevolg van ziekteverzuim komt daarom in de zorg slechts in sporadische gevallen voor. Dit is overigens ook geen oplossing voor de financiële consequenties van ziekteverzuim omdat het de budgettaire problemen alleen maar groter maakt.

#### 6. *Een ingreep van de betrokken minister kan een ontsnappingsroute zijn voor de financiële consequenties van PEMBA en WULBZ*

In uitzonderingsgevallen kan de minister extra gelden toekennen om knelpunten die politiek niet gewenst zijn, op te lossen. De vraag hierbij is echter of deze ingrepen de PEMBA- en WULBZ-prikkels tegenwerken. De extra gelden voor het wegwerken van

wachtlijsten in de zorg bijvoorbeeld, worden alleen toegekend als de instelling op 100 procent van de productiecapaciteit zit. Als een instelling door ziekteverzuim de afgesproken productie niet haalt, komt ze niet in aanmerking voor deze additionele middelen.

Deze ontsnappingsroute heeft echter wel gewerkt voor de vrijgevestigde huisartsen en tandartsen. Zij hebben recentelijk extra middelen gekregen vanwege de hoge verzekeringspremies voor arbeidsongeschiktheid. Zelfstandigen in de marktsector die met een vergelijkbaar probleem geconfronteerd worden, hebben deze ontsnappingsmogelijkheid niet.

#### **9.10.4 Interne doorberekening van de PEMBA- en WULBZ-prikkels**

##### *7. Decentrale afdelingen worden meestal niet geconfronteerd met de financiële consequenties van PEMBA en WULBZ*

Uit de interviews blijkt dat de specifieke financiële consequenties van de PEMBA en WULBZ voor de instelling vaak alleen bekend zijn bij de centrale directie van een instelling. Het management van een instelling heeft het zelf in de hand of de financiële prikkels ook gevoeld worden op het niveau waar de directe verantwoordelijkheid ligt voor het ziekteverzuim, namelijk bij de afdelingshoofden. Dit kan bereikt worden door afdelingen verantwoordelijk te maken voor hun eigen budget en de kosten van salarisdoorbetaling, vervanging en de WAO-premie door te berekenen aan de afdelingen. Voor de gevolgen van de WULBZ gebeurt dit in minder dan een derde van de bezochte instellingen, voor de PEMBA-kosten slechts éénmaal bij de in totaal twintig instellingen.

##### *8. Geen financiële incentives voor managers en werknemers*

Bij de bezochte instellingen komen bonussen voor managers die een laag verzuim op hun afdeling weten te realiseren niet voor. Eén van de politiekorpsen heeft wel plannen in die richting. In twee gevallen worden werknemers beloond met extra vakantiedagen voor een laag verzuim.