

# Controleregimes in de uitvoering van de Ziektewet

R.J. van der Veen

Bespreking van: E.C. Mudde, *Ziek in de zin der wet. De interpretatie van ziekteverzuim door verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs*. Proefschrift UvA, Sdu 1995 (Sinzheimer Sociale Monografieën) X + 230 pp. + literatuur, ISBN 90 54 09 1037

De uitvoering van regelgeving is nooit een mechanisch proces van regeltoepassing op individuele gevallen. Er moet altijd een stap genomen worden van de regel naar haar toepassing. Deze discretionaire ruimte van de uitvoerder varieert sterk van regeling tot regeling, maar is een onvermijdelijk gegeven in de dagelijkse praktijk van regeltoepassing. Ook bij een tamelijk eenduidige en nauwkeurige regeling als bijvoorbeeld de Algemene Kinderbijslagwet is er sprake van discretionaire ruimte en variatie in de gevalshandeling (zie: Minderhoud 1993). Het spreekt voor zich dat in regelingen waarin het oordeel van een professional vereist is voor de toepassing, bij voorbeeld artsen in de uitvoering van de Ziektewet en de Arbeidsongeschiktheidswetten, de discretionaire ruimte groot is en de variatie in de gevalshandeling groot kan zijn.

Sinds het verschijnen van de inmiddels klassieke studie *Street-level Bureaucracy* van Lipsky (1980) heeft het onderzoek naar regeltoepassing en het gebruik van discretionaire ruimte een hoge vlucht genomen. Zo ook in Nederland. Onder andere deze studies hebben de wetgever de ogen geopend voor het feit dat een doeltreffende en doelmatige uitvoering van regelgeving in hoge mate afhankelijk is van het functioneren van uitvoeringsorganisaties en van de werkwijze van uitvoerders. Vanaf het eind van de jaren tachtig heeft dit tot soms ingrijpende veranderingen in de regelgeving geleid. Het streven naar beheersing van het beroep op overheidsvoorzieningen is de belangrijkste motor achter dit proces van geleidelijke herziening. Door het aanscherpen van regelgeving, de herziening van de bestuurlijke structuur van bepaalde sectoren en de introductie van een zekere marktwerking binnen of in plaats van overheidsvoorzieningen tracht de wetgever de beheersbaarheid van het beroep op overheidsvoorzieningen te vergroten en de discretionaire ruimte in de uitvoering te verkleinen (zie: Aarts e.a. 1995).

Deze geleidelijk herziening van de juridische en institutionele structuur van de moderne Nederlandse verzorgingsstaat heeft onder andere geleid tot de (vrijwel volledige) afschaffing van de Ziektewet. Aan de vooravond van de afschaffing van de Ziektewet (m.i.v. 1 januari 1996) promoveerde in december 1995 Mudde op een proefschrift naar de uitvoering van de Ziektewet door verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs. Dit is het lot van steeds meer onderzoekers op het terrein van het sociale beleid. Vaak nog tijdens hun onderzoek vinden soms ingrijpende wijzigingen plaats in de regelgeving. Met betrekking tot het onderzoek van Mudde roept dit de boeiende vraag op of de door hem waargenomen uitvoeringspraktijk de afschaffing van de Ziektewet zal overleven en ook onder het nieuwe regime (het ziekteverzuimrisico is voor de verantwoordelijkheid van de werkgever gekomen die een doorbetalingsverplichting heeft van minimaal 70% van het loon en de Arbodiensten hebben de verzuimbegeleiding overgenomen) zal voortbestaan. Alvorens deze vraag aan de orde te stellen zal ik eerst een korte schets geven van de door Mudde beschreven uitvoeringspraktijk.

De Ziektewet laat de uitvoerders onvermijdelijk een omvangrijke beslissingsruimte omdat de medische beoordeling van het verzuim niet door de wetgever gereguleerd kan worden. De vraag is dan hoe uitvoerders in de praktijk deze beslissingsruimte inrichten. Omdat de medische diagnostiek een zekere mate van onzekerheid laat en ziektebeleving tot op zekere hoogte individueel bepaald is, kan het niet alleen professionele kennis zijn die wordt gebruikt om richting te geven aan de besluitvorming. Ook morele oordelen over cliënten blijken in vele verschillende uitvoeringspraktijken een rol te spelen in de besluitvorming over individuele gevallen. De vraag ten aanzien van de uitvoering van de Ziektewet wordt dan wat de verhouding is tussen medische en morele overwegingen, wat deze verhouding bepaalt en welke gevolgen deze vermenging van medische en morele oordelen voor cliënten hebben.

Het onderzoek van Mudde is gebaseerd op observaties van huisbezoeken door rapporteurs en op spreekuurgesprekken en bedrijfsbezoeken door verzekeringsartsen. Bij het GAK en het Sociaal Fonds Bouwnijverheid (SFB) zijn een 160-tal huisbezoeken, een kleine 600 (!) spreekuurgesprekken en 120 bedrijfsbezoeken geobserveerd. Daarnaast heeft de onderzoeker het overleg tussen verzekeringsartsen en rapporteurs over ongeveer 250 verzekerden geobserveerd. In vier hoofdstukken doet hij gedetailleerd verslag over zijn observaties van respectievelijk de huisbezoeken, het overleg tussen rapporteur en verzekeringsarts, de spreekuurgesprekken en de bedrijfsbezoeken.

Er bestaan belangrijke verschillen in de wijze waarop de uitvoering bij het GAK en het SFB is georganiseerd. Bij het GAK is sprake van samenwerking tussen artsen en werken rapporteurs, terwijl bij het SFB deze twee uitvoerders hun werkzaamheden in hoge mate geschieden uitvoeren. Het SFB kent evenmin de bedrijfsgebonden werkwijze die (een deel van) de uitvoering van het GAK kenmerkt (dat wil zeggen dat de verzekeringsarts niet een willekeurige selectie cliënten ziet, maar de ziektewetcontrole verricht voor een beperkt aantal bedrijven). Een opvallend verschil in de resultaten van beide uitvoeringsstijlen is dat bij het GAK vaker tot gedeeltelijke werkhervatting wordt besloten dan bij het SFB, vooral wanneer er sprake is van een bedrijfsgebonden werkwijze. Mudde onderscheidt twee vormen van sociale controle die door de uitvoerders van de Ziektewet worden gehanteerd. Een medisch controleregime en een sociaal-normatief controleregime. In het eerste regime staan (uiteraard) medische overwegingen centraal terwijl in het sociaal-normatieve controleregime niet-medische beoordelingen van cliënten de belangrijkste rol spelen. Dit betreft beoordelingen van de cliënt in zijn of haar patiëntenrol (een adequate presentatie en verantwoord gedrag) en werknemersrol (motivatie, verzuimverleden). Deze beoordelingen blijken vervolgens in niet onbelangrijke mate gestuurd te worden door het sociaal krediet dat de uitvoerder toekent aan de cliënt. Zoals ook uit ander onderzoek naar voren is gekomen is het krediet dat cliënten krijgen in hoge mate sociaal bepaald: jonge werknemers met een lage opleiding, die eenvoudig en belastend werk in een vaak niet vaste arbeidsrelatie verrichten krijgen weinig krediet (p. 229). De uitvoerders zijn van mening dat juist dergelijke cliënten vaak onterecht een beroep doen op de Ziektewet.

Hoewel Mudde lijkt te suggereren dat er sprake is van twee verschillende controle-regiems (bijv. p. 222), concludeer ik uit zijn onderzoek dat er in de praktijk geen sprake is van twee gescheiden regiems. Medische en sociaal-normatieve overwegingen spelen altijd beide een rol en krijgen afhankelijk van de cliënt, de omstandigheden en de uitvoerder een ander gewicht en een andere betekenis. Ook bij zeer duidelijke en alledaagse medische klachten spelen sociaal-normatieve overwegingen een rol, bijvoorbeeld in de mate waarin cliënten eigen verantwoordelijkheid krijgen toegekend in beslissingen over werkhervatting. Sociaal-normatieve overwegingen spelen bij alle betrokkenen een rol, bij artsen, rapporteurs en bedrijfsvertegenwoordigers, maar bij de laatste twee sterker dan bij de eerste.

Afhankelijk van het sociaal krediet en de beoordeling van de cliënt in zijn rol als patiënt en werknemer wordt een ander controleregiem gehanteerd. Naast de mate waarin een dergelijk regiem medisch of sociaal-normatief is, onderscheidt Mudde 4 verschillende vormen die het sociaal-normatieve controle regiem kan aannemen: *belonend* (de cliënt krijgt een grote eigen verantwoordelijkheid toegekend), *bestraffend* (geringe eigen verantwoordelijkheid), *beschermend* (de belangen van de verzekerden staan voorop; dat zijn soms ook belangen in het kader van het recht op sociale zekerheid, recht op WW, WAO of VUT) en *activerend* (in mijn woorden: de belangen van de werkgever staan voorop).

Zoals Mudde in mijn ogen de onderlinge verhouding tussen het medische en het sociaal-normatieve controleregiem in zijn conclusies niet goed uitwerkt - terwijl het door hem verzamelde materiaal daar wel aanleiding toe biedt - blijven ook de onderlinge verhoudingen tussen de vier door hem onderscheiden 'subtypen' van het sociaal-normatieve regiem onduidelijk. Er lijken twee dimensies achter deze vierdeling schuil te gaan: de inschatting van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en de belangen van de werknemer/werkgever. Deze dimensies hebben zowel een medisch als een sociaal-normatief karakter. Hoe deze dimensies op elkaar inwerken en zich verhouden tot de medische en sociaal-normatieve beoordeling blijft jammer genoeg onderbelicht. Mudde beschouwt ten slotte de normatieve praktijken van de uitvoerders niet zozeer als intentionele en bewuste beslissingsregels maar meer als routinematige en reflexieve legitimeringsregels ten aanzien van het resultaat van de besluitvorming (p. 228). Hij wekt hiermee de suggestie dat besluiten niet door de normatieve praktijken gestuurd worden maar slechts gelegitimeerd. Dit lijkt mij een onjuiste conclusie. In zijn rijke en gedetailleerde weergave van de besluitvorming door verzekeringsartsen en rapporteurs heeft hij juist laten zien dat normatieve overwegingen, weliswaar op een diffuse wijze, de besluitvorming wel degelijk sturen.

Tot zover een korte schets van het onderzoek van Mudde. Een rijk en gedetailleerd onderzoek in de traditie van het uitvoeringsonderzoek. Het onderzoek legt op verantwoorde wijze wederom een uitvoeringspraktijk bloot die ons jammer genoeg niet voor grote verrassingen stelt. De logica van de uitvoeringspraktijk die uit veel ander onderzoek reeds bekend was, wordt in dit onderzoek in grote lijnen bevestigd. Vernieuwender is Mudde's notie van controleregiems, die ook op andere uitvoeringspraktijken dan die van Ziektewet toepasbaar lijkt. Zoals ik hiervoor al heb aangegeven heeft hij dit idee van verschillende controleregiems in mijn ogen onvoldoende uitgewerkt en biedt het door hem verzamelde materiaal voldoende mogelijkheden om tot een preciezere en consistentere uitwerking van de notie van controleregiems te komen. Nu wordt de lezer enigszins in verwarring achtergelaten door de veelheid aan typen controleregiems die Mudde ten tonele voert zonder dat hij de onderlinge verhoudingen tussen de diverse regiems goed uit werkt.

Wat leert dit onderzoek ons nu over de toekomst van een geprivatiseerde Ziektewet? Mudde gaat op deze vraag in aan de hand van de praktijken die hij heeft waargenomen bij verzekeringsartsen die 'bedrijfsgebonden' werken. Deze werkwijze vertoont grote overeenkomsten met de werkwijze onder de geprivatiseerde Ziektewet. In de eerste plaats stelt Mudde dat de verzekeringsartsen in hun spreekkamer in toenemende mate met legitiem ziekteverzuim geconfronteerd worden ten gevolge van een toename van externe controle en een grotere terughoudendheid bij verzekerden (p. 221). De uitvoeringspraktijken die zijn beschreven blijven echter ook in deze situatie bestaan, maar, zo stelt Mudde, de verzekeringsartsen die bedrijfsgebonden werken nemen in toenemende mate afstand van het perspectief van de verzekerden. Anders geformuleerd: de waargenomen controleregiems blijven bestaan, maar de nadruk zal verschuiven in de richting van een meer bestraffend en activerend regiem. Mudde verwacht dat deze verschuiving zich vooral voor zal doen ten aanzien van cliënten met

een gering sociaal krediet (p. 229). Omdat deze werknemers vaak in bedrijven werken waar de ontwikkeling van een sociaal-preventief verzuimbeleid<sup>1</sup> moeilijk van de grond komt (p. 230), voltrekken de beoogde verbeteringen in werksituatie en arbeidsomstandigheden zich voor hen niet of nauwelijks. Mudde concludeert dan ook: "... de ontwikkelingen op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (zullen) leiden tot een bevestiging en versterking van de sociale ongelijkheid in het domein van de arbeid en de sociale zekerheid." (p. 230)

---

1 Ook dat is een doel van de privatisering van de Ziektewet en de verplichte begeleiding door Arbodiensten.