

# Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and The Netherlands : a comparative study

Citation for published version (APA):

Prins, R. (1990). *Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and The Netherlands : a comparative study*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19900308rp>

## Document status and date:

Published: 01/01/1990

## DOI:

[10.26481/dis.19900308rp](https://doi.org/10.26481/dis.19900308rp)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# SUMMARY

The magnitude and trends of sickness absence in the Netherlands and their economic and socio-medical consequences attracted serious attention from decision makers and investigators. Not surprisingly often questions have been risen on the developments in other West European industrial nations. Indeed some sources suggest Dutch sickness absence rates being one of the highest compared with other European countries. As available overviews often showed a restricted comparability this study attempts to obtain a more valid and thorough insight in the scale and nature of sickness absence in employees in the Netherlands and its neighbour countries. The central problem of our inquiry comprised two questions (Chapter 1):

1. Which *differences* may be observed between sickness absence rates of employees in Belgium, Germany and the Netherlands?
2. Which *factors* might account for these differences?

Preliminarily, sickness absence was defined as temporary health-connected absence from work, irrespective of the actual causes (illness, injury, confinement). The present investigation comprises three steps of inquiry. To get acquainted with the subject it was decided to explore firstly previous studies and available statistics on the subject as well as its institutional context in each country (PART 1 PREPARATORY STUDY). In the second part (A COMPARATIVE ANALYSIS) the magnitude and nature of cross-national differences in sickness absence rates will be analysed, whereas in the final part (INTERPRETATIONS) potential backgrounds of observed differences will be explored.

In order to obtain some insight in the specific problems of cross-national investigation into our subject in the second chapter some previous inquiries were considered. The 13 studies examined, covering a period of over 20 years, fall into two categories. Most common are macroscopic inquiries, based on aggregated data from populations of employed persons, insured, etc. Mesoscopic studies, comprising the second category, used data from a limited number of comparable firms. However, it was concluded that methodological weaknesses of data have not always been taken into account. Unequal concepts and measures, dissimilar populations, data incongruities and restricted validity of interpretations were found to be major pitfalls. Mesoscopic studies showed least methodological restrictions and the most favourable research opportunities, their external validity (e.g. representativeness) being restricted, however. Disregarding their limitations most studies were quite unanimous: Dutch sickness absence rates were mostly found in the upper region of the international sickness absence rank.

Chapter 3 explored the legal and institutional context of sickness absence in each country. Considerable differences were noted in structure, executive procedures and benefits level of temporary work incapacity regulations. In contrast to both other schemes under Dutch regulations both sickness and injury are covered by the same income maintenance programme and are paid for equally. In no country has the concept of work incapacity due to sickness been operationally defined. Consequently in Belgian and German regulations medical certification by an attendant physician is obligatory. But in the Netherlands work incapacity is not being assessed at the onset but after one or a few days, by lay inspectors and insurance doctors. Sickness absence has more direct financial consequences for Belgian and German employers than for their Dutch colleagues, since the former have to continue normal payment of full wage during the first weeks. After some weeks, Belgian, and to a less extend German employees experience financial consequences of sickness absence as well. Under the Belgian programme after 2-4 weeks work incapacity may cause a 20% net reduction of income. Consequently, a worker who falls ill or becomes victim of an injury finds himself in a social security context which is most favourable in the Dutch situation and least attractive under Belgian arrangements.

In Part 2 firstly the conclusion was drawn that conceptual, administrative and statistical sources of bias would be better accounted for by using individual data from selected firms (Chapter 4). This level of analysis could provide the opportunity to ensure a standard definition and measurement of sickness absence whereas major confounding factors (population characteristics) could also be appropriately controlled for. The research plan developed primarily focussed on a controlled comparison within a multiple case design. In each country some organizations were selected that were matched on the basis of their product and type of technology, company size and geographical location (urban or agricultural region). By matching the organizations this way, resemblances were considered to be "ruled out" as explanatory factors.

Four international clusters of similar firms could be formed which produced paints/coatings, margarine, frozen foods, tins/cans, respectively. As one German factory withdrew, finally a total of 11 organizations participated in our inquiry. Our definition and measurements of sickness absence included work incapacity due to illness, injury, confinement or maternity leave, irrespective of whether medically attested or not (with a maximum spell duration of one calendar year). Sickness absence data and ten population characteristics were collected by hand or computer tape and covered 11.127 employees (observation period 1.1.1980-1.1.1982).

Chapter 5 gives a full report of the case studies carried out in our four clusters. In the analysis three basic sickness absence rates were used, referring to the severity (sickness absence percentage), frequency and duration of absences. In all clusters the same comparative strategy has been applied. Simple comparisons indicated sickness absence to be a more severe problem in German and Dutch firms than in Belgian organizations. Direct standardization for sex, age and occupational status sharpened the differences observed before and produced findings which showed to be highly consistent over clusters and years. In

all clusters the lowest level of sickness absence was found in Belgian firms, German employees took a middle rank and Dutch personnel showed highest sickness absence rates in three out of four clusters.

In Chapter 6 it was concluded our inquiry confirmed and enriched conclusions from methodologically weaker studies. Compared with their Belgian colleagues, working in similar firms and with the same population structure (as to age, sex, occupational status) Dutch employees yearly report 70% more sick and consequently about 90% more calendar days were lost. German employees showed an intermediate position between both groups. Regarding medium (1-6 weeks) and long-term spells (7-52 weeks) Dutch employees showed an excess of 100% compared to the Belgian population. In Dutch firms absence taking behaviour is further characterized by the presence of many "repeaters", a relatively small number of "never sick", and a relatively high frequency of (very) long lasting spells. On the contrary, among Belgian employees a relatively small proportion of persons reports sick and on average only once a year. Another major difference was found in the number of spells lasting up to 52 weeks. In the Dutch group two or three times as many persons with such long term work incapacity were found (per 1000 persons) as in the German and Belgian group, respectively.

Finally, an analysis of trends, based on social security data, showed quite similar developments in German, Belgian and Dutch rates from 1980 on (declining). The comparison of adapted and standardized benefits-related data over 1980 to 1987 further demonstrated highly consistent findings. Dutch insured in 1987 still reported about 50-100% more sick than German and Belgian insured, whereas the incidence of long-term absences (lasting over six weeks) exceeded foreign rates by 80%.

For the third part of our inquiry we firstly examined major investigations from our three countries to allow an insight in general and specific aspects of sickness absence. The conclusion could be drawn, that several factors and their relationships to sickness absence are common for employees in each country. This not only applies to socio-demographic factors (age, sex, nationality), but also to work-related aspects (labour relations, job content, supervisory methods, work stress). The findings and theoretical notions from these investigations have been integrated into a theoretical model of sickness absence. It was decided to apply a decision-theoretical approach for our further interpretations as it comprises both health related factors (objective and subjective state of health), social norms and perceptions (as to reporting sick), organizational factors as well as social security elements.

In our research design, however, attention would be focussed a limited number of relationships and clusters of factors. After having assessed the relationships of variables on lower levels to absence measures (individual and firm variables), factors operating on societal level will be considered. On this level firstly the operation and utilization of income maintenance programmes will be compared (sickness, invalidity, unemployment, early retirement). Secondly, some indications of health factors (health status, illness behaviour) and socio-cultural aspects (e.g. job satisfaction) will be examined.

In Chapter 8 the first step was made to identify potential person- or job-related determinants of sickness absence differences. A multivariate analysis (canonical analysis using alternating least squares) was applied to selected population characteristics (age, sex, nationality, turnover) and work-related factors (occupational status, length of service, shift work) to find out their relationships with sickness absence indicators. In general for our national groups the analysis showed a high agreement on statistical associations and risk groups discerned. A major difference regarded "turnover" (leaving the firm). In Belgian and German employees this variable was strongly correlated to taking many absences, which suggests the use of absence related selection processes. Analysing variables affecting the differences between national groups clearly showed strong effects of the factor "country" to our absence indicators. This unspecified heterogeneous term, covering socio-cultural, social security and health care elements, was the strongest determinant of national group differences in frequency and severity rates. The conclusion of earlier standardization has been supported that our selection of person and work-related variables may be excluded as explanatory factors for cross-national differences.

Our case studies in four clusters have been continued extensively in Chapter 9, where attention has been focussed on organizational aspects of sickness absence. Three main issues were selected to be compared across firms, namely their personnel policy (employment, working hours, attendance rules, etc.), working conditions and occupational health care, and sickness absence strategies (including the operation of benefit programmes). As research conditions were not similar in all firms that earlier had provided sickness absence data, only information from interviews with personnel managers and occupational physicians has been used. Taking account of their limited validity (social desirability risk) several similarities and some disparities could be demonstrated. Dutch personnel departments seem to show a less economic and more social orientated approach towards sickness absence compared with their Belgian and, especially, German colleagues. Furthermore, the Dutch occupational physician on average spends less time per 100 employees than both foreign colleagues. Dutch plant physicians spent considerable time on the supervision of sickness benefits claims and counselling of sick employees. The former task is not allowed and the latter seems less widely practised in firms from other countries. The relatively non-disciplinary orientated approach in Dutch firms may strongly be related to the 3-4 times higher incidence of persons terminating work due to disablement (after one year work incapacity). In Belgian and German firms "dismissal" may be used more often than by Dutch employers. In general the range of disciplinary measures to be applied (legally) seems to be widest in Belgian firms and most restricted in Dutch companies.

Chapter 10 focussed on some macro-level issues and their alleged role vis-à-vis cross-national sickness absence differences. Sickness benefit arrangements, work incapacity criteria and medical supervision procedures seem to affect the incidence and duration of sickness absence in our countries. High numbers of short term absences in the Dutch group will largely be due to the uncomplicated way of notifying work incapacity in this system. Long term sickness absence in this country is further conditioned by higher job security, full income re-

placement during sickness and by comparatively relaxed conditions to qualify for invalidity pension receipt. Social security data indicate in the Netherlands yearly about 100% more invalidity pensions are being awarded than under Belgian and German regulations (age and sex-standardized). Considerably higher rates were noted in the Netherlands for young and middle aged insured and extremely higher influx was found for "mental disorders" and "musculoskeletal diseases". Mortality rates were shown to be considerably lower than Belgian and German disablement benefits recipients. This finding globally suggests a somewhat healthier status for Dutch recipients, or a different pattern of (non-lethal) health complaints and disorders.

For entire populations the lowest age-standardized mortality rates were found in the Netherlands, whereas on life expectancies also more favourable prospects can be noticed for the Dutch. Some characteristics of health and illness behaviour also suggest a somewhat healthier life style in the Netherlands (e.g. regarding risky habits) and considerably lower rates for physician consultations and consumption of pharmaceuticals. Finally vis-à-vis socio-cultural aspects only a few conclusions could be drawn. Dutch employees seem to be less critical on pay and benefits and more attached to non-material aspects of work (e.g. working relations). Regarding satisfaction with jobs and firms German and Belgian employees generally showed lower ratings than their Dutch colleagues.

In Chapter 11 the results of various inquiries carried out in our project have been taken together and discussed. Three major steps in the micro-model of sickness absence behavior were further discussed. It is concluded that sickness absence rates are poor morbidity indicators, and highest sickness absence levels in Dutch personnel cannot primarily be attributed to a comparatively worse health status. The threshold to report sick is considered to be higher in Belgium and Germany. As major frequency reducing factors operating in these countries the application of disciplinary measures (employer) and administrative and financial barriers have been identified (waiting day, certification). Differences in income loss, job protection, eligibility criteria for invalidity pension payment and administrative procedures may account for the large variations in duration of absences. Both for the employer and employee, the Dutch invalidity pension scheme seems to be comparatively attractive vis-à-vis other contingencies (unemployment, early retirement). Consequently an effect on increasing sickness absence is being noted.

After discussing some (alleged) effects of high sickness absence levels in the Netherlands (e.g. reduced health care expenditures, lower job stress, higher job satisfaction, higher density of insurance doctors) our findings have been put into a wider cross-cultural perspective. It is shown that striking differences between our countries may be related to variations in some dominant cultural dimensions in society. The weight attributed to regulations (to avoid uncertainty) or preferences to "feminine" norms (quality of life, sympathy for the weak) is being reflected in employers strategies, the tasks of insurance physicians, administrative procedures and work-related values and attitudes. It is concluded the cultural roots of our observed differences may preclude a simple transplantation of "foreign" elements or procedures. Notwithstanding, some aspects of the Dutch situation are considered that need further attention (i.e.

moments and methods of evaluation in disablement benefit programme, health surveillance, rehabilitation, facilities).

# SAMENVATTING

Bij de discussies over de hoogte en ontwikkeling van het ziekteverzuim in Nederland komen onvermijdelijk vragen aan de orde over de situatie in het buitenland. Nu gaven in het begin van de jaren tachtig bepaalde overzichten en studies aan, dat het ziekteverzuim in Nederland tot de hoogste in Europa moest worden gerekend. Aangezien aan de gebruikte cijfers echter diverse beperkingen kleefden werd door het bestuur van de voormalige Stichting CCOZ (thans NIA) besloten een verkennende studie te laten verrichten. De probleemstelling van het onderzoek bestond uit twee vragen:

1. Wat zijn de verschillen in het ziekteverzuim van werknemers in België, West-Duitsland en Nederland?
2. Wat zijn hiervan de mogelijke achtergronden?

Het onderzoek is uit drie delen opgebouwd. Teneinde vertrouwd te raken met het thema werden eerst bestaande studies, wettelijke kaders en bestaande statistieken bestudeerd. In het tweede deel zijn de aard en omvang van de internationale verschillen onderzocht, terwijl in het derde deel wordt getracht om inzicht te krijgen in de achtergronden van onze bevindingen.

Hoofdstuk 2 doet verslag van het literatuuronderzoek naar de bronnen, opzet en conclusies van dertien publikaties die tussen 1964 en 1986 over ons thema verschenen. Behalve veel "macroscopische" studies (met geaggregeerde gegevens over werknemers- en verzekerdenpopulaties) werden ook enkele "mesoscopische" onderzoeken aangetroffen (die gebruik hadden gemaakt van cijfers van vergelijkbare bedrijven uit verscheidene landen). Van diverse studies bleek de methodische basis erg beperkt te zijn, zonder dat hiervan voldoende rekenschap werd gegeven (beperkte vergelijkbaarheid van begrippen, grootheden en populaties). De gepresenteerde cijfers gaven echter meestal wel aan, dat Nederland hoog in de internationale ziekteverzuim-rangorde stond.

In Hoofdstuk 3 wordt de sociale verzekeringscontext van het ziekteverzuim vergeleken. Er blijken tussen de drie landen aanzienlijke verschillen te bestaan in structuur, uitvoering en uitkeringsniveau van de nationale ziekwetten. Opvallend is dat elders een aparte ongevalverzekering voorkomt, terwijl de loondervingsregeling in geval van ziekte een aanzienlijk eigen risico voor werkgevers kent. Verder doen zich verschillen voor ten aanzien van wachtdagen, niveau en duur van de uitkeringen, en de legitimatie en controle van de arbeidsongeschiktheid. Op deze aspecten blijken de verschillen het grootst te zijn tussen Nederland en België, met respectievelijk de minste en de meeste restrictieve condities.

Ten behoeve van een valide meting en vergelijking van het ziekteverzuim



wordt in Hoofdstuk 4 gekozen voor een vergelijking op bedrijfsniveau met gebruikmaking van individuele verzuimgegevens. Verzekeringstechnische, conceptuele en data-technische oorzaken van verschillen kunnen aldus zo veel mogelijk worden uitgeschakeld, terwijl doorkruisende populatiekenmerken eveneens onder controle kunnen worden gehouden. Het onderzoeksontwerp is gericht op het uitvoeren van case studies in enkele internationale clusters. Elk cluster bestaat uit drie bedrijven die qua produkt en produktieproces, grootte en ligging (industriegebied - platteland) sterk overeenkomen. Door de "matching" op deze criteria kan hun invloed op internationale verschillen worden uitgeschakeld. Voor het onderzoek konden vier clusters worden samengesteld met in totaal elf bedrijven (daar één Westduitse deelnemer zich terugtrok). De clusters zijn afkomstig uit de chemie (verfindustrie), levensmiddelenindustrie (margarine, diepvries) en metaalproduktenindustrie (blikverpakkingen), en omvatten tijdens onze waarnemingsperiode (1-1-1980 tot 1-1-1982) 11.127 werknemers.

Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de case studies die volgens een identieke opzet in de clusters werden uitgevoerd. In de vergelijking van verzuimpercentages, meldingsfrequenties en gemiddelde duur of duurklassen, blijken de Belgische bedrijven steeds het laagste ziekteverzuim te hebben. Teneinde de invloed van verschillen in leeftijdsopbouw, percentage mannen-vrouwen en soort werk (handarbeiders - beampten) uit te schakelen werden voor beide jaren gestandaardiseerde verzuimcijfers berekend. Hierdoor zijn de verschillen groter en duidelijker geworden. Onder Belgische werknemers is het verzuimniveau het laagst en in drie van de vier clusters komen bij de Nederlandse bedrijven de hoogste percentages en frequenties voor. Twee Westduitse bedrijven bevinden zich tussen beide niveaus en in één bedrijf ligt het verzuim iets boven het Nederlandse peil.

Een uitgebreide analyse van de structuur en duurzaamheid van de verzuimverschillen is in Hoofdstuk 6 opgenomen. Uit de gestandaardiseerde cijfers blijkt, dat de Nederlandse werknemers zich 70% meer ziek melden en een 90% hoger verzuimpercentage hebben dan hun Belgische collega's. De verschillen zijn het grootst voor middellange (1-6 weken) en langdurige (7-52 weken) verzuimgevallen: zowel de meldingen als het volume is twee keer zo hoog als bij het personeel in de Belgische bedrijven. Het Nederlandse ziekteverzuim wordt verder gekenmerkt door relatief veel frequent-verzuimers, weinig "nulverzuimers", een lage werkherlevingsnelheid en twee à drie keer zoveel personen met 1 jaar verzuim ("max.-gevallen") als in de Westduitse, respectievelijk de Belgische populatie.

Uit een trend-analyse van "ziektewetgegevens" wordt duidelijk dat in alle drie de landen sinds 1980 een soortgelijke ontwikkeling waarneembaar is (daling en wellicht stabilisatie). Een vergelijking over de jaren 1983-1987 van gewogen en gestandaardiseerde verzuimcijfers (gebaseerd op uitkeringsgegevens) ondersteunt grotendeels de conclusies uit de case studies. Volgens deze schattingen meldden de Nederlandse verzekerden zich in 1987 nog 50 respectievelijk 100% vaker ziek dan hun Westduitse en Belgische collega's. De incidentie van gevallen die langer dan zes weken duren ligt nog 80% boven het gemiddelde buitenlandse niveau.

Het derde deel van het onderzoek is gericht op het vinden van verklaringen voor de gevonden verschillen. Allereerst worden in Hoofdstuk 7 de conclusies uit ziekteverzuimonderzoekingen in de drie landen vergeleken. Hieruit blijkt onder andere, dat verscheidene factoren en samenhangen een ruime externe geldigheid hebben en in elk land worden aangetroffen (bijvoorbeeld socio-demografische variabelen, werk- en bedrijfsgebonden kenmerken). Aansluitend op de beslissingstheoretische benadering werd een theoretisch referentiekader opgesteld. Hierin zijn gezondheids-, sociale, bedrijfsgebonden en institutionele factoren opgenomen en hun relaties met de ziektedrempel, verzuimdrempel en werkhervattingsdrempel in het individuele verzuimgedrag. Van het geheel van factoren en samenhangen kan slechts een beperkt deel geëxploreerd worden.

In de gekozen onderzoeksstrategie wordt eerst de samenhang van populatie- en werkkkenmerken met de ziekteverzuimverschillen statistisch verder onderzocht (Hoofdstuk 8). Multivariabele analyse (CANALS) bevestigt grotendeels de overeenkomstige samenhangen en risicogroepen die op basis van de literatuur werden verwacht. Een belangrijk internationaal verschil betreft het verloop. Belgische en Westduitse uitdienststreders vallen op door hun hoge verzuim*fre-quentie*, Nederlandse uitdienststreders hebben met name een hoog verzuim*percentage*. Een analyse van verzuimverschillen toont aan, dat deze het sterkst samenhangen met de variabele "land". De onderzochte persoons- en werkkkenmerken geven met andere woorden geen verklaring voor de internationale verschillen.

In Hoofdstuk 9 vindt een vervolg op de eerdere case studies plaats, zij het op kwalitatieve wijze. De bedrijven in elk cluster zouden op drie terreinen vergeleken worden: personeelsbeleid, werkomstandigheden en bedrijfsgezondheidszorg, en ziekteverzuimbeleid. Aangezien de bereidwilligheid en medewerking internationaal zeer uiteenliepen, moest worden besloten alleen de informatie uit interviews met de betrokken personeelsfunctionaris en bedrijfsarts te vergelijken. Rekening houdend met de beperkte validiteit (sociale wenselijkheid) konden veel overeenkomsten en enkele verschillen worden geconstateerd. In Nederlandse bedrijven lijkt sprake te zijn van een uitvoering van een (breed) sociaal beleid, terwijl de Westduitse en Belgische personeelsafdelingen zich - meer economisch georiënteerd - tot personeelsbeheer lijken te beperken. De Nederlandse bedrijfsarts besteedt (per 100 werknemers) minder tijd aan het bedrijf. Een aanzienlijk deel van de beschikbare tijd wordt aan ziektewetcontrole en verzuimbegeleiding besteed. Het eerste is de bedrijfsarts elders verboden, het tweede lijkt weinig te worden toegepast. De ten opzichte van buitenlandse bedrijven minder op discipline gerichte benadering van de personeelsfunctionaris weerspiegelt zich in de ruimere aandacht voor "begeleiding" en "overleg" en in minder nadruk op de toepassing van ontslag (wegens frequent verzuim). Het disciplinaire repertoire lijkt in de Belgische bedrijven het meest uitgebreid te zijn.

In Hoofdstuk 10 worden drie groepen maatschappelijke factoren nader onderzocht, namelijk loondervingsregelingen, mortaliteit en sociaal-culturele aspecten.

ten. De hogere frequentie van kortdurende gevallen in Nederland wordt, behalve met bedrijfsbeleidverschillen, in verband gebracht met de ongecompliceerde ziekmeldings- en legitimatieprocedures. Het hogere langdurige verzuim in Nederland kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan een grotere ontslagbescherming, een hoog uitkeringsniveau en de relatief soepele toetredingscriteria voor de invaliditeitsverzekering (WAO).

Ten aanzien van het laatste blijken in Nederland jaarlijks gemiddeld twee keer zoveel toekenningen plaats te vinden dan in de ons omringende landen. Aanzienlijk hogere incidenties vallen op bij de jongere en middelbare leeftijdsgroepen en voor twee diagnose-hoofdgroepen: "psyche" (V) en "bewegingsstelsel" (XIII). Verder indiceren de gestandariseerde sterftecijfers, dat Nederlandse intreders in de WAO een relatief gunstige gezondheidstoestand, dan wel een ander mortaliteitspatroon hebben (non-letale klachten en aandoeningen) dan Belgische en Westduitse intreders. Het beeld van de invaliditeit is echter onvolledig: in de omringende landen kunnen ziekte en arbeidsongeschiktheid ook in andere regelingen verborgen zijn (werkloosheids-, gehandicaptenregelingen).

Voor de totale populaties geldt, dat de sterftecijfers en levensverwachting van Nederlanders gunstiger zijn dan die in West-Duitsland en België. Enkele andere indicatoren geven eveneens aan dat het Nederlandse ziektegedrag in bepaalde aspecten iets gunstiger afsteekt ten opzichte van het buitenland (bijvoorbeeld minder artsbezoek, lager medicijngebruik). Wat betreft sociaal-culturele verschillen blijkt in grote lijnen, dat Nederlandse werknemers relatief meer tevreden zijn met hun beloningsniveau en meer gewicht hechten aan niet-materiële werkaspecten (relaties, sfeer, arbeidsomstandigheden). Door de jaren heen blijken Nederlandse werknemers een ondermeer hogere arbeidssatisfactie te hebben dan hun Belgische en Westduitse collega's.

In het elfde hoofdstuk worden de conclusies uit de diverse deelprojecten geïntegreerd en besproken in het licht van het theoretische referentiekader. Vastgesteld wordt, dat verzuimcijfers een slechte ziekte-indicator zijn en dat het relatief hoge Nederlandse ziekteverzuimniveau in eerste instantie niet aan een gemiddeld slechtere gezondheidstoestand kan worden toegeschreven. De ziekmeldingsdrempel is voor Belgische en Westduitse werknemers hoger dan voor Nederlandse personeelsleden (vanwege werkgeversbeleid, administratieve en financiële belemmeringen). Door factoren als inkomensachteruitgang, ontslagrisico, controle-methodiek en hoge invaliditeits-toetredingscriteria ligt elders de werkhervattingsdrempel lager. Uit enkele cross-culturele studies ontstaat het beeld dat de variaties in ziektegedrag, bedrijfsbeleid, loondervingsregelingen, en dergelijke, met culturele verschillen in verband kunnen worden gebracht (bijvoorbeeld normen en waarden met betrekking tot regulering, het vermijden van onzekerheid of zorg voor de zwakkeren en dergelijke). Deze verschillen weerspiegelen zich in bijvoorbeeld vanzelfsprekendheden ten aanzien van medische attestering, disciplinerende of begeleidende benaderingen, de scheiding van behandeling en controle of het nastrevenswaardige niveau van sociale voorzieningen, etcetera. Na een bespreking van de (mogelijke) effecten van een hoog verzuimniveau (bijvoorbeeld ten aanzien van individuele kosten, arbeidssatisfactie, stakingsdagen), worden kort enkele aandachtspunten voor het beleid besproken (ZW/WAO-uitvoering, bedrijfsgezondheidszorg, revalidatie).