

Pays-Bas

Les réformes de structure insuffisantes à régler le problème de l'invalidité

Marie WIERINK

L'année 1999 commence sur le plan social avec la réapparition du problème de l'invalidité (ou régime dit de WAO). Malgré la réforme difficile de ce volet de la protection sociale intervenue en 1993 à l'initiative du dernier gouvernement Lubbers (chrétiens-démocrates et socialistes), les effectifs de salariés mis en invalidité ont repris leur croissance depuis 1997. L'accord de gouvernement qui a reconduit en juillet dernier une seconde coalition « violette » a prévu la mise au point de nouvelles mesures pour faire diminuer la charge collective de l'invalidité.

Hans Hoogervorst, libéral, secrétaire d'Etat à la protection sociale, a présenté à la mi-janvier son plan de reprise en main de la situation. L'ensemble des acteurs politiques et syndicaux s'est senti interpellé. Le débat qui s'annonce est loin d'être la redite du précédent des années 1992 et 1993. Le plan ministériel est notamment intéressant dans la mesure où il ouvre la boîte noire de la gestion du régime, en mettant l'accent sur la nécessité de réformes de nature managériale dans le domaine de la protection sociale, de la mala-

die et de l'inaptitude. La diversité des plans qui lui sont opposés par les différents partis politiques, la vigueur des critiques des organisations syndicales à l'égard des conséquences de la privatisation récente des régimes maladie et invalidité, annoncent un débat parlementaire animé au lendemain des élections provinciales de mars 1999. Selon l'expression de Flip Buurmeijer, président de l'instance de coordination de la sécurité sociale LISV et ancien président de la commission d'enquête parlementaire sur la Sécurité sociale, « le problème de la WAO, c'est le nerf à vif de notre société »¹.

De 1991 à aujourd'hui, un problème récurrent

Dans le cadre des mesures d'assainissement des finances publiques mises en œuvre par les gouvernements Lubbers à partir de 1982, en parallèle avec leur désengagement de la politique salariale entrée dans une nouvelle ère avec l'accord de Wassenaar, les dépenses de fonctionnement de la protection sociale font l'objet

1. NRC, 14.1.99

de mesures successives de restriction. Déjà en 1985, dans le cadre de la diminution générale du niveau des allocations sociales, les indemnités d'invalidité, versées au terme d'une année de congé maladie, ont été ramenées de 80 % à 70,5 % du dernier salaire jusqu'à l'âge de la retraite.

La crise des années 91/93

A partir de 1990, la réforme du régime de l'invalidité est à l'ordre du jour. Les effectifs concernés n'ont cessé de croître depuis la création du régime. Entre 1975 et 1993, le nombre des personnes en incapacité totale ou partielle est passé de 310 000 à 817 000, et les dépenses ont plus que quadruplé, atteignant 25,1 milliards de florins en 1993 (Sociale nota, 1993) ¹.

Les mesures de diminution générale du montant des allocations de protection sociale prises en 1985 apparaissent insuffisantes à juguler l'augmentation du volume des bénéficiaires et des allocations distribuées dans les branches invalidité et maladie. Le Parlement décide du lancement d'une procédure exceptionnelle d'enquête parlementaire sur le thème de la gestion de la Sécurité sociale. Cette procédure d'exception confie à une commission multipartite et à son président tous pouvoirs d'audition et d'investigation, sans limitation de délais. L'enquête incrimine une administration des caisses par les partenaires sociaux insuffisamment consciente des solidarités macro-économiques collectives, parfois clientéliste, et insuffisamment gardienne des finalités de

protection sociale du régime de l'invalidité au regard d'impératifs de facilitation de la restructuration industrielle.

Des réformes institutionnelles et une réduction des allocations

Sur le plan de l'organisation institutionnelle, en 1995, les associations professionnelles de Sécurité sociale ont été tenues de transférer l'administration des différents régimes à l'une ou l'autre de cinq institutions de gestion spécialisées. Deux organisations sont constituées : l'une assure leur contrôle sous l'autorité du ministère des Affaires sociales (CTSV ²), l'autre est chargée de la coordination des différentes institutions et de la concertation entre partenaires sociaux (LISV ³). A terme, en 2001, les cinq organismes professionnels de gestion de la Sécurité sociale supporteront la concurrence d'opérateurs privés de sécurité sociale, habilités par le LISV à proposer aux entreprises la gestion des différentes garanties, aux termes de cahiers des charges publics, mais sans qu'on sache encore aujourd'hui à qui (Etat ou partenaires sociaux), sera confié le contrôle de l'accès aux différents régimes.

Sur le plan du coût du régime WAO, une première étape avait été mise en œuvre en 1993, qui revisait à la baisse les allocations, en proportionnant la durée et le montant selon l'âge de l'intéressé lors de son acceptation dans le régime d'invalidité, et redéterminait le niveau de cette invalidité pour les bénéficiaires de moins de 50 ans ¹. Les salariés de plus de 50 ans ne

1. Ces données comprennent les invalides de naissance participant au régime dit AAW, ou régime général d'invalidité.

2. CTSV College van Toezicht Sociale Verzekeringen.

3. LISV Landelijk Instituut Sociaal Verzekeringen.

PAYS-BAS

voient pas de changement dans leur régime. Les aptitudes résiduelles au travail sont appréciées en référence non plus au travail antérieur du salarié, mais à une éventuelle fonction accessible compte tenu de ses aptitudes restantes¹. Des manifestations très vigoureuses avaient démontré le rejet des organisations syndicales FNV comme CNV de cette logique de démantèlement du niveau de protection du régime. On est au bord de la crise gouvernementale, mais *in fine* un accord est trouvé. Aux termes de discussions politiques très difficiles entre les partis chrétien-démocrate et socialiste alors au pouvoir, un volet complémentaire de réforme est mis au point, visant non plus à toucher au niveau des garanties mais à augmenter les barrières à l'entrée par un système de contrôle médical et professionnel de l'inaptitude, renforcé et périodique.

Une première privatisation de l'indemnisation de la maladie est mise en œuvre en janvier 1994. Les entreprises employant 15 salariés au maximum doivent prendre en charge les deux premières semaines de l'arrêt, et les entreprises plus grandes six semaines. Aux élections de 1994, les partis au pouvoir paient très cher ces réformes, perdant chacun une grande partie de leurs électeurs. Les chrétiens démocrates, qui subissent un plus fort revers encore que le PVDA, se trouvent exclus de la coalition gouvernementale qui met en place le premier gouvernement violet.

Privatisation de l'indemnisation de la maladie et de l'inaptitude

Le premier gouvernement violet poursuit la réforme de la protection sociale, sur cette même voie². D'une logique de solidarité et de mutualisme, on passe à une logique d'assurance et de privatisation, en cherchant à limiter le recours à la protection sociale *via* des incitations financières et une responsabilisation des employeurs. En 1996, les entreprises sont tenues d'indemniser un an de maladie à hauteur de 70 % du salaire³. En 1998, une loi est introduite, qui institue des cotisations invalidité exclusivement patronales proportionnelles au nombre de salariés mis en invalidité par secteur et par entreprise. En outre, les entreprises sont rendues redevables des indemnités inaptitude versées à leurs ex-salariés pendant cinq ans. Elles sont libres de s'assurer auprès de compagnies d'assurances contre ce risque. Les entreprises sont également tenues d'adhérer à une entreprise de conseil en conditions de travail, et à compter du 1^{er} juillet 1998, de nouvelles obligations de recherche de réintégration des travailleurs handicapés pèsent sur elles.

Amélioration, puis dégradation de la situation

Quelle évolution de la charge du régime invalidité face à de telles réformes ? La Note sociale 1999 établit un bilan nuancé de la situation. Après un ralentissement du rythme des nouvelles entrées en

1. Rappelons que dans le système de protection sociale aux Pays-Bas, toute mesure de limitation du niveau d'une allocation spécifique voit son application maximale limitée par l'existence de l'allocation d'assistance qui constitue le plancher absolu de revenu pour quiconque est dépourvu de moyens d'existence.

2. Cf Jelle Visser et Anton Hemerijck, chapitre 6.

3. Cf. M Wierink, « Une période charnière pour la protection sociale : l'exemple de la réforme des allocations de maladie », *IRES Chronique internationale*, 39, mars 1996.

inaptitude de 1994 à 1995, on constate depuis 1996 une réaccélération du nombre des nouveaux cas. Entre 1992 et 1996, le nombre de personnes en invalidité était tombé de 920 000 à 850 000, en juin 1998, cet effectif est remonté jusqu'à 893 000. Il faut cependant relativiser ce constat sur longue période. En termes d'années-allocation, l'augmentation est moins inquiétante, parce qu'une proportion plus forte d'admissions au régime sous la forme d'invalidité partielle est constatée. En 1980, 85 % des allocataires étaient totalement inaptes au travail. En 1996, ils n'étaient plus que 72 %. En outre, rapporté à la croissance de l'emploi, le pourcentage d'invalidité a tendance à baisser.

Plus que d'une brutale aggravation de la situation, il faudrait donc parler d'une amélioration insuffisante, au regard des mesures mises en œuvre. On va voir que le réexamen du problème conduit les différents intervenants à déplacer le niveau de questionnement ; ce n'est plus seulement le nombre des inaptes et la faiblesse des réinsertions qui posent problème, mais plutôt l'absence de mesure efficace conduisant à la réinsertion des personnes en arrêt de maladie pendant la première année.

**Etat des lieux et plan d'attaque
du ministère des Affaires sociales**

Les priorités du secrétaire d'Etat vont à la réduction des flux d'entrée en inaptitude, à l'augmentation des sorties par la réinsertion professionnelle, et à la prévention de l'invalidité. Les objectifs affichés par Hoogervorst sont à première vue modestes. Plus qu'une diminution en chiffres absolus, son objectif est celui du ralentissement de l'entrée en régime. Il veut parvenir à diminuer de 16 000 le nombre des nouvelles entrées en WAO attendues d'ici

2001 et économiser ainsi 300 millions de florins de dépenses supplémentaires.

Il n'entre pas dans ses intentions de revenir sur la durée et sur le montant des allocations, ni de durcir les conditions d'accès au régime, conformément à l'accord de gouvernement de l'été dernier. Après les importantes réformes de structures mises en place, le problème apparaît à H. Hoogervorst comme un problème de qualité tout au long de la chaîne, auquel il faut apporter une réponse surtout managériale. Cette chaîne va du suivi des conditions de travail dans les entreprises, au suivi des personnes en maladie, à la procédure et au degré d'exigences de contenu s'appliquant aux opérations de contrôle médical et professionnel entourant l'entrée en invalidité, et enfin aux efforts faits pour aboutir à la réinsertion professionnelle des invalides.

***Une gestion incertaine qui affaiblit
la portée des réformes***

A partir des travaux menés par les instances de contrôle et de coordination CTSV et LISV, certains constats sont en effet inquiétants. Il apparaissait au cours de l'été 98 que la cause des entrées en WAO était inconnue dans 56 % des dossiers. En procédant à un nouvel examen des cas, le pourcentage des situations indéfinies est descendu à 19 %. Le manque de qualité des procédures de contrôle de l'accès au régime constitue un autre motif d'insatisfaction. Le délai légal d'examen des demandes d'invalidité est dépassé dans un quart des cas. La procédure d'admission au régime de l'invalidité comporte un examen médical pratiqué par un médecin spécialiste de l'assurance, et un examen professionnel pratiqué par un spécialiste de l'orientation professionnelle et de l'évaluation des compétences. Les ana-

PAYS-BAS

lyses de décisions ont montré une absence d'homogénéisation des pratiques professionnelles.

En remontant sur la période préalable à la sollicitation du régime, il apparaît que les mesures prévues pour favoriser la reprise du travail, et la réinsertion des salariés malades sont restées trop souvent lettre morte. Une particularité hollandaise tient au fait que le salarié ne se met pas en maladie sur arrêt médical, mais se signale absent pour maladie à son employeur. A partir de 15 jours de maladie, l'entreprise doit faire intervenir son service des conditions de travail pour établir un contact avec le salarié et procéder à un contrôle. La procédure de contrôle de la validité de son arrêt est souvent longue, six semaines pouvant s'écouler avant que le salarié ne soit convoqué. A partir de trois mois de maladie, l'entreprise est tenue de faire procéder à un bilan de réinsertion effectué par le service des conditions de travail auquel elle est affiliée. Ce document actant les possibilités de reprise du travail est destiné ... à l'organisme de sécurité sociale. Celui-ci est censé discuter du contenu de ce plan pour l'améliorer, mais en pratique il n'y réagit pas. Dans bien des cas, le plan n'est établi que quand le salarié n'est plus réinsérable.

L'efficacité de l'action des services de conditions de travail discutée

Les services des conditions de travail sont des organismes commerciaux proposant des prestations de conseil en ergonomie, amélioration des conditions de travail, organisation du travail, suivi des salariés malades, et offrant également des prestations relevant de la médecine profes-

sionnelle. La frontière entre conseil, suivi, aide à la réinsertion et contrôle est parfois ténue. Purement commerciaux, ou organisés sous forme de fondations quand ils ont été mis en place par les partenaires sociaux de certaines branches, ils passent des contrats de prestation de service avec les entreprises obligées de s'y affilier aux termes des lois sur l'indemnisation de la maladie et de l'inaptitude. Il semble ressortir d'une pratique courante que les documents de réinsertion suscités sont établis de manière trop administrative et qu'aucune mobilisation concrète ni de l'entreprise, ni du service des conditions de travail, ni de l'organisme de sécurité sociale n'est effective. En outre, il y a peu de collaboration entre les médecins généralistes suivant les personnes malades et les médecins de médecine professionnelle rattachés aux services des conditions de travail, ou aux caisses de sécurité sociale. Enfin, le lien commercial entre les entreprises et ces services fait l'objet de critiques puisqu'il conduit plutôt à éviter l'affrontement avec l'employeur.

Selon des statistiques d'absentéisme maladie, établies avec difficulté depuis la privatisation de l'indemnisation de la maladie, il apparaît ainsi qu'après trois mois de maladie, seulement 5 % de salariés reprennent le travail. Le reste demeure indemnisé en maladie jusqu'au moment de solliciter l'allocation d'invalidité¹.

Un plan axé sur le management

Ces constats conduisent le secrétaire d'Etat à proposer un plan en trois directions :

– améliorer l'action des services des conditions de travail lors de leurs inter-

1. NRC, 14.1.99

ventions pendant la première période de maladie du salarié, en les mettant sous contrôle direct du CTSV auquel ils auront à rendre des comptes quantitatifs et qualitatifs de leur activité ;

– stimuler les entreprises à la réinsertion des inaptes partiels ou rétablis, en poussant à la mobilisation des partenaires sociaux pour mettre au point des protocoles engageant les branches professionnelles à se préoccuper davantage de ce problème ; les services des conditions de travail devront être encouragés à innover dans leurs méthodes d'intervention dans les entreprises ;

– reprendre en main les pratiques de contrôle médical et professionnel, les normaliser par des consignes plus précises et plus strictes, renforcer le contrôle sur ces procédures par la mise en place de pratiques de comptes rendus ou de double décision, et augmenter le nombre des visites périodiques de contrôle de l'état de santé des personnes en invalidité, et augmenter la compétence professionnelle des médecins et experts participant aux procédures de contrôle de l'accès au régime.

Ce troisième volet de mesures ne vise pas à réformer un cadre réglementaire déjà très remodelé ces dernières années, mais à proposer des mesures à caractère plutôt managérial, qui affectent les manières de fonctionner des différents acteurs et professionnels de la protection sociale. Le LISV, chargé de coordonner les activités des différents organismes de gestion de la Sécurité sociale, se voit attribuer un rôle pilote dans cette politique d'amélioration et d'homogénéisation des procédures d'entrée dans le régime.

Les visions alternatives aux mesures proposées par H. Hoogervorst

Dans une période très courte autour de la publication de la note ministérielle, les principaux partis politiques ont pris position sur la nouvelle crise du régime de l'invalidité.

Les libéraux du VVD sont dans une position inconfortable, partagés entre le soutien à leur condisciple investi des responsabilités ministérielles et la tentation d'appeler à des mesures plus fortes, dans le même sens que les plaidoyers du président de la plus grande organisation patronale VNO NCW, H. Blankert, pour une révision à la baisse du montant et de la durée des allocations d'invalidité. C'est pourtant une position plutôt modérée qui l'a d'abord emporté. W. Zalm, ancien ministre des Finances a su rappeler aux employeurs qu'ils avaient été les signataires de bon nombre d'accords conventionnels, compensant par des régimes de branche la baisse des allocations d'inaptitude dans les années quatre-vingt-dix.

En fait, le VVD a attendu le début de la discussion parlementaire, le 4 mars dernier, pour afficher une position dure, proposant de réserver les allocations d'invalidité pour raison psychique aux cas les plus lourds (malades dont la totalité des aptitudes relationnelles est perturbée). Selon le VVD, une telle proposition serait susceptible de diminuer de 80 % le nombre des invalides concernés (actuellement 300 000 personnes). Les commentaires de NRC¹ s'interrogent sur le caractère tactique de cette position. Le VVD ne préparerait-il pas des propositions ultérieures s'attaquant cette fois-ci au niveau et à la durée des allocations pour tout le monde dès lors

1. Robert Giebels, NRC 5.3.99

PAYS-BAS

que les effectifs n'auront pas diminué suffisamment en 2002, lors des prochaines discussions de formation gouvernementale ?

Du côté du PVDA, Ad Melkert, ancien ministre des Affaires sociales du précédent gouvernement, veut s'attaquer à la difficulté de réinsérer les personnes malades ou invalides, du fait de la faible propension des employeurs à les maintenir en poste. Il propose d'introduire dans le dispositif réglementaire une interdiction de licencier les salariés en invalidité, de sorte que leur réinsertion soit de droit lors de leur rétablissement total ou partiel. Après que les salariés aient supporté l'essentiel des réformes précédentes, il apparaît juste à A. Melkert de mettre davantage à contribution les entreprises. De son côté, le Premier ministre Wim Kok, intervenant dans le débat, a fermement écarté l'idée de toucher au niveau ou à la durée des allocations, et a mis en cause le comportement des entreprises dans l'augmentation actuelle des entrées en invalidité¹. Le parti réformateur D 66 a pris position également pour une mesure d'ordre réglementaire en faveur d'un droit légal à la réintégration et au suivi individualisé des salariés malades ou invalides.

Les organisations syndicales soutiennent fermement la proposition d'Ad Melkert, mais des voix s'élèvent pour en contester l'efficacité. En l'état actuel des choses, les liens contractuels du salarié malade et de son employeur sont déjà maintenus pendant deux ans : le licenciement d'un salarié malade est impossible pendant la première année de maladie, et les bureaux du travail n'accordent une au-

torisation de licenciement qu'après un an d'inaptitude.

Face aux critiques du peu d'efficacité du suivi des salariés malades, le CDA propose une mesure de simplification administrative supprimant l'obligation de présenter à l'organisme de Sécurité sociale un « plan de réintégration » des salariés malades au bout de trois mois de maladie. Il propose d'y substituer une obligation conjointe pour le salarié et l'entreprise de mettre au point un « plan de réintégration », qui comprendrait les mesures de suivi et d'accompagnement du salarié vers la reprise du travail. A l'automne 98, le CDA avait plaidé pour un retour à une gestion paritaire de la Sécurité sociale, assorti d'objectifs quantitatifs de réduction du nombre des invalides, et pour un rétablissement global d'un taux d'allocation de 70 % du dernier salaire pendant toute la durée de l'inaptitude.

L'organisation patronale des petites et moyennes entreprises MKB s'est attiré les foudres de l'ensemble des autres partis politiques et organisations syndicales en proposant tout simplement de supprimer la possibilité d'être admis en invalidité pour raisons psychiques. D'une manière moins provocatrice, elle a pris position pour un renforcement des exigences du contrôle médical, mais pas pour sa plus grande fréquence et souhaiterait une meilleure harmonisation des manières de gérer les situations de maladie et d'inaptitude.

Pour la FNV et la CNV, les mesures proposées par H. Hoogervorst sont insuffisantes et ont un caractère factice devant l'importance du problème de la réintégration. Lodewijk de Waal (président de la FNV) réclame l'intensification de la coo-

1. NRC, 9.1.99

pération entre services des conditions de travail et organismes de gestion de la sécurité sociale autour des cas d'arrêts de maladie de plus de trois mois. Pour Døekle Terpstra (CNV) les difficultés de maintien au travail ou de réinsertion viennent renforcer l'intérêt de développer le droit au travail à temps partiel.

La FNV tire le signal d'alarme depuis longtemps déjà en ce qui concerne l'augmentation de l'intensité du travail, la montée du stress professionnel et les dépressions qui l'accompagnent. Elle a fait de ce thème de l'intensité du travail un axe important des négociations collectives de 1999.

Questions sur la privatisation de la protection sociale et la médecine du travail

Du débat actuel se dégage une réflexion contestant plus fondamentalement les évolutions récentes. A partir du constat des dysfonctionnements affectant la première année de maladie, c'est la logique de privatisation de l'assurance maladie, et l'insuffisance de la réglementation de l'intervention des services des conditions de travail, qui apparaissent à certains comme génératrices des dérives du régime de l'inaptitude.

Du côté de la gauche radicale, Groen Links, l'accent est mis sur les conséquences néfastes de la privatisation de l'indemnisation de la maladie. Cette privatisation tend à mettre en concurrence les services des conditions de travail afin de réintégrer les salariés malades à un coût et pour des efforts réduits. Ce parti fait la proposition de revenir sur la loi de privatisation, d'en limiter l'application aux trois premiers

mois de maladie, et de recréer un dispositif public d'indemnisation des arrêts de maladie de plus de trois mois. Groen Links propose également d'utiliser les moyens financiers des cotisations inaptitude pour financer le développement de mesures de réintégration, sous contrôle légal. Enfin, en cas d'échec de telles mesures, ce parti propose alors d'instaurer un pourcentage obligatoire d'emploi de travailleurs handicapés, à hauteur de 5 % de l'effectif employé.

Flip Buurmeijer (PVDA) ¹ a une analyse qui rencontre celle de Groen Links sur les conséquences néfastes de la privatisation, mais fait des propositions différentes visant à améliorer l'efficacité de l'action des services des conditions de travail. Ainsi, il a estimé que le problème de la WAO résidait plutôt dans l'absence de contrôle légal sur la première année de maladie et sur les services des conditions de travail, qui ressort de la loi sur la privatisation de l'indemnisation de la maladie de 1996 : « Le rôle réduit des services des conditions de travail et des organismes de gestion du régime de l'inaptitude est la plus grosse faute de conception des mesures de réduction du nombre des inaptes » déclare-t-il dans un article de NRC du 28.1.99. « La première année de maladie a été privatisée de manière si poussée que c'en est devenu mal géré, et cela n'apparaît qu'au bout d'un an. Nous devrions obliger les services des conditions de travail à fournir des données sur l'absentéisme et sur les moyens qu'ils ont mis en œuvre pour le réduire ». Il estime toutefois que l'avenir pourrait conduire les compagnies d'assurances à jouer un rôle actif

1. Président de l'organisme LISV, ancien président de la commission d'enquête parlementaire sur la Sécurité sociale de 1992/1993.

PAYS-BAS

dans la réorientation des comportements des entreprises. Déjà, elles ont subi des pertes dans l'assurance des risques maladies et inaptitude, et ont été conduites à revaloriser les cotisations. Elles pourraient bien être à l'origine de pressions en faveur de politiques de réinsertion plus efficaces.

La question de l'encadrement de l'activité des services des conditions de travail fait écho à un débat récent qui met en cause leurs prestations de contrôle médical à l'embauche. Ces dernières aboutiraient à une sélection des embauches sur l'état de santé, conséquence indirecte aussi de la privatisation de l'indemnisation de la maladie et de l'inaptitude. Malgré l'interdiction générale de ces contrôles avant embauche, la question est délicate dans un pays qui ne connaît pas de réglementation spécifique de la médecine du travail telle qu'on la connaît en France.

En conclusion, la résurgence du débat sur l'invalidité aux Pays-Bas ouvre la voie à des réflexions en plusieurs dimensions. Souvent décrit en France comme l'archétype du régime de protection sociale dépendant, conduisant les citoyens à l'oisiveté, déguisant les chiffres du chômage, le régime d'invalidité est demeuré, dans les discussions hollandaises depuis les années quatre-vingt-dix, un choix de société en faveur d'une mesure de solidarité que personne ne remet fondamentalement en cause mais dont il faut assurer la bonne gestion. Assumer un tel choix d'une manière politiquement et administrativement responsable a conduit les acteurs politiques et sociaux sur la voie de changements drastiques qui concernent tant le niveau des garanties que les modes de gestion. C'est à la nécessité d'améliorer le fonctionnement concret des institutions qu'ils sont aujourd'hui confrontés.

Sources :

Sociale Nota 1993, 1999

NRC *Handelsblad*

Jelle Visser, Anton Hemerijck « *A dutch miracle* », *Amsterdam University Press*, 1997

Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid www.minszw.nl