

Rapport “Sociale zekerheid en zorg”

Voorwoord

In de sociale zekerheid en in de zorg zijn grote veranderingen gaande. Meer eigen verantwoordelijkheden, invoering van marktwerking en ruimte voor partijen zijn thema's die in beide sectoren centraal staan. Wat is de interactie tussen de ontwikkelingen in de sociale zekerheid en in de zorg, in het bijzonder wanneer het gaat om zorgverlening en ziekteverzuim-preventie? Welke partijen spelen daarbij een rol en hoe slagen zij in hun rol? Wat is er nodig om de interactie te verbeteren en welke rol speelt de overheid daarin? Dit zijn de onderwerpen die in deze publicatie aan de orde komen. De bevindingen die wij in het project sociale zekerheid en zorg hebben opgedaan zijn ontleend aan vele gesprekken met deskundigen en aan de discussie die plaatsvond tijdens de afsluitende conferentie over dit onderwerp. Eén conclusie kunnen wij wel trekken. Het belang van een integrale keten van sociale zekerheid en zorg wordt breed onderschreven. De publicatie bevat dan ook een aantal aanbevelingen die juist die integratie van de beide beleidsterreinen kan versterken.

Aan het project hebben meegewerkt: A. van Galen-Metz (SZW), V. Kooij (SZW), J.G. Breit (VWS) en H. Meerpoel (SZW).

Prof. Dr. P.A.H. van Lieshout
Project Directeur-Generaal Sociale Zekerheid en Zorg
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Inhoudsopgave

Deel 1 Algemene beschrijving

1. Inleiding

1.1. De spelers op beide velden

2. Ontwikkelingen in de zorgsector

2.1. Van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing

2.2. Wijziging van het verzekeringsstelsel

2.3. De rol van zorgverzekeraars

2.3.1 De zorgverzekeraars

- de markt voor zorgverzekeringen
- rechtsvormen/ winst en 'not-for-profit'
- schaalvergroting en diversificatie
- de branche organisaties van de zorgverzekeraars
- zorgcontractering
- collectieve contracten
- het bestaan van collectieve contracten

3. Ontwikkelingen in de sociale zekerheid

3.1. Een grotere rol en verantwoordelijkheid voor de werkgever

3.2. De markt voor arbo-dienstverlening

- de markt van arbo-diensten
- de taken van de arbo-dienst
- de brancheorganisatie van de arbodiensten
- de taken van de bedrijfsarts
- een verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts
- de brancheorganisatie van de bedrijfsartsen

3.3. De markt voor (arbo-)curatieve zorg en (medische) reïntegratie

- arbo-curatieve zorg en reguliere zorg
- reguliere zorg
- private zorg
- medische reïntegratiebedrijven
- de brancheorganisaties

4. Mogelijkheden voor integratie van arbo-curatieve zorg

- de opzet en ontwikkeling van kenniscentra
- vergoeding van arbeidsgerelateerde zorg via de ziektekostenverzekering
- verruiming van het zorgaanbod
- diagnose behandelcombinaties

5. De rol van de inkomensverzekeraars

- de markt voor inkomensverzekeringen
- de brancheorganisatie van de inkomensverzekeraars
- de verzekeraar als casemanager

Deel 2 Probleemverkenning; aanbevelingen voor een beleidsagenda

6. Inleiding

- duidelijk toekomstperspectief
- wisselende trends

7. Sociale zekerheid en zorg: een plan van aanpak

- het probleem ontleed

7.1. Het perspectief van de honderd-min bedrijven

- 7.2. Het perspectief van bedrijven met 100 tot 1.000 werknemers
- 7.3. Het perspectief van bedrijven met meer dan 1.000 werknemers
- 7.4. Verzekeraarsproblematiek
- 7.5. Het perspectief van mensen in de WAO
- 7.6. Ministeriële verantwoordelijkheid

8. Voorstellen voor een beleidsagenda Sociale Zekerheid en Zorg

- 8.1. Betrokkenheid van werkgevers en werknemers
- 8.2. De professionals in de zorg en arbo-dienstverlening
- 8.3. De instituties
- 8.4. De verzekeraars

9. Aanbevelingen en slotconclusie; verslag van een conferentie.

Onderwerp 1. Betrokkenheid van werkgevers en werknemers

Onderwerp 2. Professionals

Onderwerp 3. Instituties

Onderwerp 4. De verzekeraars

Afsluiting door de voorzitter, Anton Westerlaken

Slotwoord van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Aart Jan de Geus.

Deel 1 Algemene beschrijving

1 Inleiding

De Sociale Economische Raad (SER) onderschrijft al in 1998 in zijn advies over *Sociale zekerheid en zorg* de noodzaak om in beleidsmatige zin aandacht te besteden aan de gevolgen van de groeiende onderlinge verweydenheid tussen de grotendeels gescheiden stelsels van sociale zekerheid en de gezondheidszorg¹. De Raad is van oordeel dat sociale zekerheid en gezondheidszorg dienen bij te dragen aan het wederzijds realiseren van doelstellingen. Werkgevers en werknemers hebben een direct belang bij een effectief en adequaat ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid. Het beleid op het terrein van de gezondheidszorg kan in positieve zin bijdragen aan preventie en reïntegratie bij verzuim. De belangrijkste knelpunten die naar de mening van de Raad de integratie van beide beleidsterreinen in de weg staan zijn:

a. Wachtlijsten en wachttijden in de zorgverlening.

Uitstel van diagnosestelling en behandeling in de medisch-curatieve sector vanwege wachttijd kan een onnodige verlenging van verzuimduur met zich brengen en daardoor de kans op terugkeer in het arbeidsproces verkleinen. De Raad beveelt aan:

- 1) *Toegankelijke en inzichtelijke informatie voor publiek, verzekeraars en verwijzers over wachtlijsten in de (curatieve) zorg.*
- 2) *Actieve zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.*
- 3) *Het treffen van voorzieningen die gespecialiseerd zijn op bepaalde aandoeningen en klachten die frequent voorkomen en arbeidsrelevant kunnen zijn.*
- 4) *Normering van wachttijden door vaststelling van maximale levertijden.*
- 5) *Verruiming budgettair kader zorg.*

b. De gebrekkige bijdrage van de gezondheidszorg aan behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten.

De tekortschietende kennis en attitude in de zorgsector van de sociaal-medische en arbeidsrelevante aspecten van ziekten en aandoeningen en de gebrekkige samenwerking in informatie-uitwisseling tussen huisartsen en bedrijfs- en verzekeringsartsen staan een optimaal behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen in de weg. De Raad beveelt daarom aan:

- 1) *Vergroting van aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot arbeidsrelevante aandoeningen.*
- 2) *Samenwerking tussen bedrijfs- en huisartsen².*
- 3) *Aanpassing van de tweedelijns(kennis)infrastructuur arbeidsomstandigheden.*
- 4) *Het binnen de reguliere zorg ontwikkelen van gespecialiseerde aandoeningsgerichte (arbo-curatieve) zorg.*
- 5) *De ontwikkeling van de zorgketenbenadering gericht op afgestemde en integrale benadering van het preventie-, interventie- en reïntegratieproces voor kort en langdurig ziekteverzuim.*

c. Te geringe doelmatigheid van de gezondheidszorg.

De recente ontwikkelingen op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid geven een extra aanleiding om het beleid gericht op verbetering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg verder te intensiveren en binnen zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden nader af te stemmen op de ontwikkelingen in de sociale zekerheid. De Raad beveelt daarvoor aan:

- 1) *Kanteling van het zorgproces teneinde de doorlooptijd te verkorten. Dat vergt een meer op de klant ingestelde inrichting van het organisatieproces in de curatieve sector, in het bijzonder in de ziekenhuizen.*
- 2) *Het wegnemen van averse prikkels voor doelmatig gedrag in met name de functiegerichte budgettering van ziekenhuizen.*
- 3) *Integratie van het medisch-specialistisch bedrijf in het ziekenhuisbedrijf.*
- 4) *Aanpassing van de verzekeraarsbudgettering en revitalisering van het overeenkomstenstelsel (meer contractvrijheid, vrije prijzen).*

Opvallend is dat elk van de bovenstaande punten betrekking heeft op noodzakelijk geachte veranderingen in alleen de zorgsector. Dat impliceert een onvoorwaardelijke instemming met de beleidsontwikkeling in de sector van de sociale zekerheid. Een ontwikkeling die uitgaat van wettelijke verplichtingen voor werkgever en werknemer op het gebied van ziekteverzuimpreventie,

verzuimbegeleiding en reïntegratie, met prikkels voor beide partijen tot een doelmatige inzet van daarvoor beschikbare instrumenten en financiële middelen en de eigen verantwoordelijkheid daarvoor.

De meeste van de bovengenoemde aanbevelingen zijn overgenomen. Al geruime tijd vindt een ingrijpende wijziging plaats in de wijze van de sturing van de zorg, die meer ruimte biedt voor partijen om tot doelmatige afwegingen te komen voor het gebruik van de zorg en de inzet van de daarvoor beschikbare middelen.

Om een versnelling aan te brengen in de ontschotting van de sectoren sociale zekerheid en zorg is eind 2002 het project Sociale zekerheid en zorg van start gegaan. De resultaten van dat project staan centraal in deze publicatie.

Het eerste deel van deze publicatie beschrijft de bestaande situatie met aandacht voor de actoren, hun rollen en verantwoordelijkheden. Het eerste, inleidende hoofdstuk bepaalt de posities van de spelers en schetst de samenhang in de processen in beide sectoren. In hoofdstuk 2 komen de ontwikkelingen in de zorgsector aan de orde. Hoofdstuk 3 beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen als gevolg van recente wetgeving op het terrein van de sociale zekerheid en gaat onder meer in op de markt voor arbo-dienstverlening met bijzondere aandacht voor de functie van de bedrijfsarts. In dit hoofdstuk komt de relatie tussen zorg en sociale zekerheid ook in praktische zin aan de orde, wanneer de markten voor arbo-curatieve zorg en reïntegratie de revue passeren. De mogelijkheden voor integratie van arbo-curatieve zorg en reguliere zorg, zoals die nu bestaan, zijn onderwerp van bespreking in hoofdstuk 4. De rol van de inkomens-verzekeraar staat in hoofdstuk 5 centraal. Het tweede deel bevat drie meer inhoudelijke hoofdstukken. Na een kort inleidend hoofdstuk 6 beschrijft hoofdstuk 7 een plan van aanpak voor het realiseren van de integratie tussen zorg en sociale zekerheid. De daaruit voortkomende voorstellen voor een beleidsagenda voor de komende jaren staan in hoofdstuk 8. De aanbevelingen en slotconclusie komen in hoofdstuk 9. Dat hoofdstuk bevat ook het verslag van de invitationale conference over dit onderwerp, die plaatsvond op 16 juni 2003 en waarmee het DG-project is afgesloten.

De nu volgende paragraaf geeft zicht op de spelers op beide velden.

1.1 De spelers op de beide velden

Grote systeemwijzigingen; introductie van marktwerking

Het zorgstelsel en het stelsel van sociale zekerheid met betrekking tot arbeid en arbeidsongeschiktheid zijn beide sterk in ontwikkeling. Met als gemeenschappelijk thema het vergroten van de toegankelijkheid en doelmatigheid door een andere wijze van (overheids)sturing en nieuwe verantwoordelijkheden voor partijen vinden grote systeemveranderingen plaats. In de zorg is het leidende principe 'vraagsturing', de klant centraal. Het gaat daarbij vooral om het vervangen van het bestaande systeem van centrale aanbodsturing door een systeem van decentrale vraagsturing. Daarin is een belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraar die zijn verzekerde de noodzakelijke zorg moet bieden. Hij koopt daarvoor de zorg in bij zorgaanbieders en zorginstellingen tegen scherpe tarieven en met waarborgen voor een goede kwaliteit. Uitgangspunten daarbij zijn marktprikkels en eigen verantwoordelijkheid van partijen voor hun handelen als zorggebruiker, zorgverlener en zorgverzekeraar. De overheid borgt de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid door een wettelijke verzekering voor iedereen met een acceptatieplicht voor verzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie. Werkgevers betalen via een loongerelateerde bijdrage mee aan de financiering van die verzekering die overigens geheel door premies van verzekerden wordt gefinancierd.

In de sociale zekerheid is op het terrein van de arbo-dienstverlening en de arbeidsongeschiktheidsverzekering een vergelijkbare ontwikkeling gaande. Hier is vooral een belangrijke rol weggelegd voor de werkgever in zijn zorg voor een goed Human Resource Management en arbeidsomstandighedenbeleid, goed verzuimbeleid en reïntegratie. De arbo-dienst staat de werkgever hierin bij en voor professionele hulp kan hij zich wenden tot reïntegratie- en (medische) interventiebedrijven. Ook hier is marktwerking een belangrijk leidend principe voor het realiseren van de belangen van werkgevers en werknemers. Op de markt van de arbo-dienstverlening zijn vele bedrijven actief, waaronder 92 arbo-diensten. De markt van reïntegratiebedrijven kent al meer dan 650 aanbieders, waaronder enkele hele grote. Belangrijk verschil in de ontwikkeling tussen de zorg en sociale zekerheid is dat in de zorg bestaande marktpartijen andere verantwoordelijkheden krijgen; het gaat hier vooral om een veranderingsproces. In de sociale zekerheid zijn markten ontstaan en zijn

oude instituties opgehouden te bestaan. Dat verschil komt onder meer tot uitdrukking in het feit dat in de zorgsector meer dan in de sector sociale zekerheid aandacht wordt besteedt aan het 'maken van de markt': het creëren van voorwaarden waaronder, met handhaving van bestaande aanbieders, de marktwerking geleidelijk kan worden ingevoerd. Het meest pregnant komt dit tot uitdrukking in het voornemen tot oprichting van een Zorgautoriteit, die met ondermeer prijs- en concentratieregulering moet bijdragen aan de ontwikkeling van deelmarkten in de zorg. De belangrijkste marktpartijen in de onderscheiden sectoren zijn:

In de sociale zekerheid

- werkgevers en werknemers
- arbo-dienstverlening, arbo-diensten, reïntegratiebedrijven en (medische) interventiebedrijven.
- verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars.

In de zorg

- zorgaanbieders zoals ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, eerstelijnszorg, paramedici e.d.
- zorgvragers
- zorgverzekeraars.

De rol van de overheid beperkt zich tot het bouwen en in stand houden van een systeem dat zorg draagt voor het borgen van de publieke belangen en dat de verantwoordelijke uitvoerende partijen de juiste instrumenten en prikkels biedt voor doelmatig (markt-)handelen.

Sterke samenhang in de praktijk

Het proces van ziek zijn en beter worden van werknemers kent een opeenvolging van stappen en verantwoordelijkheden, waarin zowel de sociale zekerheid als de zorg elk hun eigen rol vervullen. Het reïntegratieproces van een zieke werknemer, gezien vanuit de werkgever, is in een viertal fasen te verdelen:

- 1) Preventie: de fase die aan de ziekmelding voorafgaat. Het gaat hierbij om investeren in arbeidsomstandigheden, een veilige werkplek, goede arbeidsverhoudingen e.d. binnen de arbeidsorganisaties. In goed Human Resource Management is een integraal verzuim- en arbo-beleid opgenomen. Met taken voor werkgever, werknemer en arbodienst.
- 2) Verzuim: de fase die intreedt na de ziekmelding. Er is nog geen sprake van diagnose of indicatiestelling. Snel handelen is gewenst. Ligt aan het verzuim een medische of andere oorzaak ten grondslag? Taken voor de werkgever (direct leidinggevende), werknemer, bedrijfsarts, huisarts en verzuimverzekeraar.
- 3) Curatie of conflictoplossing: de fase die gaat lopen nadat er een diagnose/indiciestelling heeft plaatsgevonden en is vastgesteld wat de oorzaak van het verzuim is. Bij een andere dan medische oorzaak (arbeidsconflict, persoonlijke (thuis)-omstandigheden) begint vaak een traject van conflictoplossing door mediation, werkplekbegeleiding, afspraken over aangepaste werktijden voor zorg thuis etcetera. Taken voor werkgever, werknemer, bedrijfsarts, mediator, huisarts. In geval van een medische oorzaak begint het traject waarin de cliënt door een medisch-curatieve behandeling van de gediagnosticeerde klachten wordt behandeld of begeleid. Taken voor huisarts, bedrijfsarts, curatieve zorg, interventiebedrijf, werkgever, zorgverzekeraar.
- 4) Reïntegratie: de fase waarin een reïntegratiebedrijf wordt ingeschakeld met als inzet hervatting van werk op eigen werk(plek) of plaatsing bij een andere werkgever. Taken voor werkgever, werknemer, reïntegratiebedrijf of arbodienst.

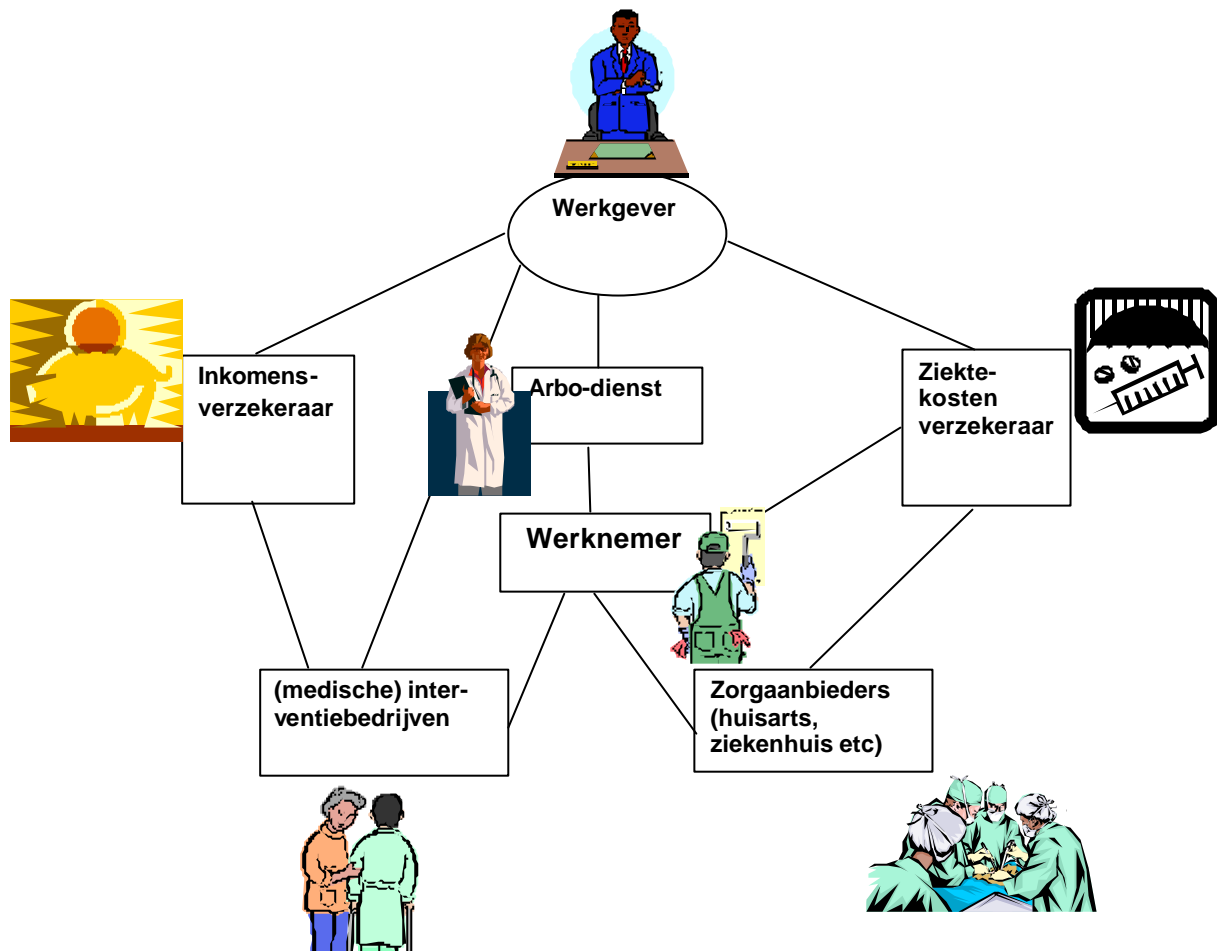
Slaagt dit traject niet dan komt de private arbeidsongeschiktheidsverzekering in beeld en uiteindelijk ook de WAO.

De cyclus maakt duidelijk hoe sterk de samenhang tussen zorg en sociale zekerheid in de praktijk is. Met name in de curatie- en reïntegratiefase is er in toenemende mate sprake van samenloop van zorgverlening en arbo-dienstverlening. In de reïntegratiefase vinden in de tweedelijns arbo-zorg curatieve handelingen plaats die zowel uit middelen van de sociale zekerheid (REA-middelen), als uit het zorgstelsel (particuliere ziektekostenverzekeraars/ziekenfondsen) dan wel uit eigen middelen (werkgever/werknemer) worden betaald.

Het realiseren van een snelle en effectieve reïntegratie ondervindt grote hinder van medicalisering van verzuimoorzaken; daardoor treedt bovendien een groter beroep op de (reguliere) gezondheidszorg op dan voor een goede behandeling noodzakelijk is. Aan meer dan eenderde van het langdurig verzuim

ligt een psychische oorzaak ten grondslag. Achter dat label gaat in een groot aantal gevallen een arbeidsconflict schuil of een persoonlijke thuissituatie die niet gebaat is bij een medische benadering. Demedicalisering van het verzuim doet recht aan de verzuimoorzaak en het inzetten van daarop toegesneden niet-medische trajecten en vermindert in belangrijke mate de druk op de zorgsector.

In het onderstaande schema zijn de belangrijkste spelers op de velden van zorg en sociale zekerheid in beeld gebracht. Centraal staat de werknemer.



De werkgever, geprikkeld door verplichte inschakeling van de arbo-dienst en loondoorbetaling bij ziekte, heeft belang bij een actief preventie- en verzuimbeleid. Zo waarborgt hij niet alleen de continuïteit van de productie, maar bespaart hij ook op kosten van de verzuim- en arbeidsongeschiktheid. Tegen de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid kan de werkgever een verzekering afsluiten bij de verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraar, ook wel inkomensverzekeraar genoemd. De inkomensverzekeraar dekt het risico van de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid voor werkgevers en werknemers. Inkomensverzekeraars doen dus vooral zaken met werkgevers en zelfstandige ondernemers.

De Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) verplicht werkgevers om een arbeidsomstandighedenbeleid te voeren dat aan een aantal wettelijke minimumvereisten voldoet. Werkgevers zijn verplicht zich hierin te laten bijstaan door een arbo-dienst. Voor de medisch begeleiding van de (zieke) werknemer is bij de arbo-dienst een bedrijfsarts werkzaam. De bedrijfsarts adviseert de werkgever en de werknemer op het gebied van arbeidsomstandigheden en gezondheid en leidt in geval van ziekte de werknemer door naar de reguliere of arbo-curatieve zorg. De kosten van de reguliere zorg zijn verzekerd bij een ziekenfonds (voor werknemers met een inkomen onder de loongrens) of een particuliere ziektekostenverzekeraar (voor werknemers met een inkomen boven de loongrens), de publieksrechtelijke ziektekostenregelingen (voor ambtenaren in dienst van lagere overheden). In de particuliere verzekering is daarbij in ongeveer de helft van de gevallen sprake van een collectief contract dat de werkgever ten behoeve van zijn verzekerden met een particuliere ziektekosten-

verzekeraar heeft gesloten. De ziektekostenverzekering dekt de kosten van diagnose en behandeling in de reguliere zorg. Het gaat daarbij om de kosten van huisarts, medicijnen, ziekenhuis en specialist, fysiotherapie en andere paramedische beroepen. Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars doen vooral zaken met individuele verzekerden en, voor collectieve verzekeringen, met werkgevers.

In gevallen waarin vaststaat dat -ter voorkoming van langdurig verzuim- ingrijpen nodig is, zal de werkgever, in overleg met de werknemer, een reïntegratiebedrijf inschakelen. Een reïntegratiebedrijf regisseert het reïntegratieproces van de zieke werknemer en biedt daarbij arbeidsbemiddeling, begeleiding en activering en vaak ook medische begeleiding en hulpverlening. De specifieke medische interventies richten zich vooral op werknemers met een complexe problematiek waarvoor een multidisciplinaire aanpak nodig is. De kosten van de interventiebedrijven komen voor rekening van de werkgever en vaak ook de kosten van medische interventies voor zover die worden aangeboden door medische interventiebedrijven. Ook de inkomensverzekeraar vergoedt soms de kosten van medische interventies, wanneer daarmee uitgaven voor arbeidsongeschiktheid, die anders ten laste van de verzekering zouden komen, kunnen worden voorkomen. Integratiebedrijven, (medische) interventiebedrijven en inkomensverzekeraars claimen elk voor zich de rol van casemanager voor de begeleiding en reïntegratie van de zieke werknemer. De rol van de ziektekostenverzekeraar is meer een bemiddelende.

Niet alleen de positie van de spelers, maar juist de interactie tussen de spelers is van groot belang voor het tot stand kunnen brengen van een ketenbenadering in de zorg en sociale zekerheid. Daarbij maken deze spelers wel de dienst uit op het publiek/private veld. Sommigen opereren daarbij in een volledige private markt; anderen leveren publieke diensten in een marktomgeving. Ook een betere gegevensuitwisseling kan meer samenhang tussen zorg- en sociale zekerheid realiseren. Niet zelden staan privacyregels een efficiënte gegevensuitwisseling tussen professionals in de arbo-dienstverlening en de zorgverlening in de weg.

2. Ontwikkelingen in de zorgsector

De ontwikkelingen in de zorgsector hebben de laatste jaren niet stilgestaan. In de beide Paarse kabinetten zijn belangrijke stappen gezet op weg naar een verdergaande liberalisering van de zorgmarkt. Met de in 2001 gepubliceerde nota 'Vraag aan bod'³ schetst het kabinet niet alleen het traject van deregulering van de aanbodgestuurde zorgmarkt, maar ook een toekomstige basisverzekering voor alle Nederlanders. In het strategisch akkoord Balkenende I⁴ de ingezette lijn voort. Onder de kop 'Een ander zorgstelsel' schrijft het kabinet: *'Er is een ingrijpende wijziging nodig in de organisatie en de financiering van de zorg. Uitgangspunt daarbij moet concurrentie tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars zijn, in combinatie met een sterkere positie van cliënten en patiënten. De overheid dient de kaders te bieden waarbinnen patiënten en instellingen hun eigen keuzen kunnen maken en verantwoordelijkheid kunnen nemen. Niet de regelgeving, maar de vraag van patiënten moet het volume en de variëteit van het zorgaanbod sturen. Daardoor wordt op den duur een normale prijsvorming mogelijk. De overheid blijft vooral aanspreekbaar op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg, de handhaving van eerlijke verhoudingen en het verzekeren van objectieve informatie over de kwaliteit van het aanbod van zorgaanbieders en –verzekeraars. Het huidige zorgverzekeringsstelsel is niet geschikt om een dergelijk stelsel adequaat te doen functioneren. Daarom moet als sluitstuk van de verandering van sturing en financiering van de zorg een nieuw verzekeringsstelsel worden ingevoerd.'*

Het Hoofdlijnenakkoord⁵ van het tweede Kabinet Balkenende continueert de ingezette ontwikkeling: invoering van gereguleerde marktwerking om de vastgelopen aanbodsturing te vervangen en invoering per 1 januari 2006 van een verplichte standaardverzekering voor iedereen. In de nadere uitwerking van die verzekering krijgen, ten opzichte van voorgaande voorstellen, vooral de kostenbeheersende maatregelen ruime aandacht. In de zorgsector spelen dus twee belangrijke ontwikkelingen die nauw met elkaar samenhangen. De ene is de omslag van een hoofdzakelijk aanbodgestuurd stelsel naar een vraaggestuurd stelsel, de andere is de wijziging van het verzekerings- en financieringsstelsel. Beide zijn van belang om de integratie van zorg en sociale zekerheid in de keten van zorg, arbo-dienstverlening en reïntegratie te optimaliseren.

2.1. Van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing

De markt voor gezondheidszorg is een bijzondere markt en heeft een aantal onvolkomenheden die direct overheidsingrijpen rechtvaardigen. De overheid heeft immers een grondwettelijke verantwoordelijkheid voor een goede gezondheidszorg. Het gaat daarbij onder meer om kwalitatief

goede en financieel en geografisch goed bereikbare zorg voor iedereen. Daarenboven spelen kosten- en schaarsteoverwegingen een rol bij de sturing van de zorg door de overheid. Ook de structuur van de gezondheidsmarkt is een bijzondere vanwege de scheiding tussen consumeren, beslissen en betalen (verzekeren) van de zorg. Bovendien is niet sprake van één markt, maar van een drietal markten, namelijk:

- De *zorgverleningsmarkt* waar vragers naar en aanbieders van zorg elkaar ontmoeten en waar overeenstemming moet worden bereikt over de behandeling van gezondheidsklachten;
- De *zorgverzekeringsmarkt* waar vragers naar en aanbieders van zorgverzekeringen bij elkaar komen en waar overeenstemming over de premie en het te verzekeren pakket moet worden bereikt;
- De *zorginkoopmarkt* waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen over het volume, de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg. De zorginkoopmarkt kan worden onderscheiden naar een aantal deelmarkten.

Elk van deze markten heeft zo zijn eigen kenmerken en spelers. Op de zorgverleningsmarkt staat de vrije artskeuze centraal en voor de zorgverzekeringsmarkt is van belang of sprake is van verplichte (wettelijke) dan wel vrijwillige (particuliere) verzekering. Op de zorginkoopmarkt is voldoende zorgaanbod een belangrijke voorwaarde om kritisch inkopen van voldoende zorg door ziekenfondsen mogelijk te maken. Al geruime tijd is in het Nederlandse zorgstelsel een verandering gaande van een centraal aanbodgestuurd stelsel naar een decentraal vraaggestuurd stelsel. Kern van die verandering is dat de directe (prijs-, plannings-, capaciteits-)regulering door de overheid plaats maakt voor de werking van de markt, waarin elk van de onderscheiden partijen zijn verantwoordelijkheid neemt.

Hoofdpijnen van beleid daarbij zijn:

- Verruimen en flexibiliseren van het zorgaanbod.
- Vergroten van de risicodragende uitvoering van de verzekering door verzekeraars-budgettering.
- Invoeren van elementen van marktwerking in de zorg.
- Vergroten van de transparantie, en het mede daarvoor wegnemen van belemmeringen in de bestaande (aanbod)regulering, zoals:
 - Aanpassen van het overeenkomstenstelsel.
 - Afschaffen van de contracteerplicht.
 - Invoeren van vrije prijsvorming, waaronder een nieuw bekostigingssysteem voor ziekenhuizen gebaseerd op diagnose behandelcombinaties onder gelijktijdige afschaffing van de ziekenhuisbudgettering.
- Vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden door het invoeren van eigen betalingen.

2.2 Wijziging van het verzekeringsstelsel

Voor een goed functionerende vraaggestuurde zorgmarkt is een verzekeringsstelsel nodig dat voor iedereen de gelijke toegang tot kwalitatief goede zorg voor een aanvaardbare prijs mogelijk maakt. De oplossing daarvoor ligt in het tot stand brengen van een verplichte algemene verzekering voor iedereen die de kosten dekt van de noodzakelijke zorg. Deze verzekering kent een acceptatieplicht voor de verzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie. Wel kunnen de premies tussen verzekeraars verschillen als gevolg van het gevoerde zorginkoopbeleid, de dienstverlening en het doelmatig functioneren. De wettelijke vormgeving van die verzekering, de omvang van de te verzekeren aanspraken, de hoogte van een verplicht eigen risico, de premiefinanciering, waaronder de bijdrage van de werkgevers, en de mogelijkheden voor vrijwillige eigen risico's en daarmee samenhangende premiekortingen krijgen nog een definitieve invulling.

Met de invoering van een algemene ziektekostenverzekering komt een einde aan het naast elkaar bestaan van een particuliere en een ziekenfondsverzekering. Wel kunnen in aanvulling op de algemene verzekering particuliere verzekeringen worden afgesloten. De invoering van een dergelijke algemene verzekering is voorzien per 1 januari 2006.

2.3 De rol van zorgverzekeraars

Ruim 2/3 van de bevolking is momenteel ziekenfondsverzekerd. De rest is particulier verzekerd of neemt verplicht deel in een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren. Alle ingezetenen zijn verplicht verzekerd voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De uitvoering van de AWBZ is opgedragen aan 32 regionale zorgkantoren. Als zorgkantoren zijn aangewezen de

ziekenfondsen. Sommige ziekenfondsen hebben meer dan één concessie voor de uitvoering van de AWBZ en hebben dan ook meer dan één zorgkantoor. De zorgkantoren (en de uitvoering van de AWBZ) blijven in het vervolg van deze notitie buiten beschouwing.

Tabel 1 Aantallen verzekerden naar verzekering (medio 2002)

Hoe verzekerd	Aantal
Ziekenfonds	10.198.335
Particulier	4.854.076
Publiekrechtelijk	780.348
Totaal	15.832.759

Bron: College voor zorgverzekeringen

2.3.1 De zorgverzekeraars

De verzekeraars die de burgers tegen ziektekosten verzekeren zijn de ziekenfondsen, de uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren en de particuliere ziektekostenverzekeraars. Alle noemen zich over het algemeen zorgverzekeraars. Ziekenfondsen concurreren met elkaar om de gunst van de verzekerden en ook particuliere ziektekostenverzekeraars opereren op een concurrerende markt. Beide markten zijn deelmarkten; zij concurreren niet met elkaar. Door de fusies van de ziekenfondsen zijn enkele zeer grote ziekenfondsen ontstaan met een sterke regionale oriëntatie. Daarenboven zijn veel ziekenfondsen met particuliere ziektekostenverzekeraars gaan samenwerken in grote concerns. Op de particuliere markt treffen we verzekeraars aan die hun producten verkopen via assurantietussenpersonen en verzekeraars die hun verzekeringen rechtstreeks aan de man brengen, de zogenoemde direct-writers. Ruim de helft van alle particuliere ziektekostenverzekeringen zijn collectieve contracten met werkgevers. De ziekenfondsverzekering is nog veel meer een individuele markt; voor zover hier collectieve contracten voorkomen lopen deze via de aanvullende -dus particuliere- verzekering. Ziekenfondsen zijn wettelijk verplicht om voldoende zorg te leveren aan hun verzekerden (naturastelsel); zij sluiten daarvoor overeenkomsten met de instellingen en aanbieders van zorg. Ziekenfondsen zijn dus zowel actief op de zorgverzekeringmarkt als op de zorginkoopmarkt. Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben niet een dergelijke zorgplicht voor hun verzekerden. Zij vergoeden de kosten die de verzekerden hebben gemaakt (restitutiestelsel), eventueel na aftrek van een eigen risico. Niettemin bewegen ook particuliere ziektekostenverzekeraars zich geleidelijk meer als contractpartner op de zorginkoopmarkt.

De markt voor zorgverzekeringen

De markt voor ziektekostenverzekeringen kenmerkt zich door:

- Een vijftal grote concerns, hoofdzakelijk regionale zorgverzekeraars met een aanzienlijke particuliere portefeuille, goed voor 66,8% van alle verzekerden.
- Een drietal concerns, hoofdzakelijk particuliere ziektekostenverzekeraars met een eigen ziekenfondsportefeuille, goed voor 10,6% van alle verzekerden.
- Vijf middelgrote verzekeraars met zowel ziekenfonds- als particulier verzekerden goed voor 16,1% van de markt.
- Twee kleine ziekenfondsen en 6 kleine particuliere ziektekostenverzekeraars, goed voor 6,5% van alle verzekerden.

Overzicht 1. Zorgverzekeraars naar grootte (medio 2002)

Verzekeraar	Ziekenfonds (x 1.000)	Particulier (x 1.000)	Marktaandeel in %
Achmea	1.683	1.011	17,0
VGZ	1.288	646	15,7 ^b
CZ-Groep	1.302	688	12,6 ^c
AGIS Groep	1.534	141	10,6
Menzis	1.346	385	10,9
Delta Lloyd/Nuts/Ohra	321	646	6,1
Fortis/ASR	287	191	3,0
DKV Nederland	20	219	1,5
Middelgroot	2.178	515	16,1

ziekenfonds en particulier			
Overige particulier		642	4,0
Overig ziekenfonds	239		2,5
Totaal	10.198	5.634	100

Bron: Ministerie VWS/College voor zorgverzekeringen

Rechtsvormen: 'winst' of 'not for profit'

Tweederde (23 van de in totaal 32) van de particuliere ziektekostenverzekeraars voert het particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf uit in de rechtsvorm van NV of BV en maakt daarmee al dan niet winst (in de zin van aan externe financiers uit te keren dividend)⁸. Deze verzekeraars vertegenwoordigen 63 % van alle particulier verzekerden. De overige particuliere ziektekostenverzekeraars en natuurlijk alle ziekenfondsen en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren werken "not for profit".

Schaalvergroting en diversificatie

De grote concerns zijn behalve ziektekostenverzekeraar vaak ook ziekteverzuimverzekeraar, hebben eigen arbo-diensten en soms ook eigen (niet-)medische reïntegratiebedrijven en nemen deel in privé klinieken. Ook voeren deze concerns andere vormen van schade-, levens- en pensioenverzekeringen en financiële dienstverlening waaronder banken. De omvang van deze concerns en hun financiële en economische betekenis in de samenleving hebben deze ondernemingen tot belangrijke spelers in het veld gemaakt maar ook tot belangrijke gesprekspartners voor de politiek en de beleidsmakers.

Tabel 2 geeft een overzicht van de bestaande conglomeraten en strategische allianties.

Tabel 2 Conglomeraten en strategische allianties

Concern	Inkomens-verzekeraar	Zorg-Verzekeraar	Arbo-dienst	Reintegra-tiebedrijf	Privé-kliniek	Bank	Pensioen
ING	Nationale Nederlanden, Movir	AGIS	ArboNed ArboDuo	Keerpunt		ING-bank Postbank	ING Pensioen-services, Nationale Nederlanden
Achmea	Centraal Beheer, Avéro, FBTO, GAK-verzekeringen	Groene Land Zilveren Kruis, PWZ, FBTO, Euro Cross, DVZ Achmea Health	Achmea Arbo 1)	Argonaut, Verzuim-Alert, Winnock, Pim Mulier, Leefstijl trainings Centrum	Medi-Nova,	Staal Bankiers, Banque Colbert Luxembourg Europabank, Eduard de Graaff & Co, Woonfonds Hypotheken Achmea Hypotheken Achmea Vastgoed Bank	Achmea Pensioen, Centraal Beheer, Avero, PVF
ASR	Amersfoortse, Stad R'dam, AMEV, AMEV Ardanta, Europeesche, Woudsend, Falcon Leven	Stad R'dam, Amersfoortse, Woudsend DSW, OZ (samen-werking)	ArboNed, ArboDuo	Keerpunt, Effort Care	Medi-Nova	Fortis Bank, SNS Bank	Fortis IM, AMEV, Amersfoortse
Delta Lloyd	Delta Lloyd, Ohra Ennia Caribe (Curaçao)	Delta Lloyd Zorgverz. OHRA Zorgverzekering	Arbo-Ned	Verzuim-management Centrale, Verzuim-effect		Delta Lloyd Bank, OHRA Bank, OHRA Hypotheken fonds	Delta Lloyd, Ohra
Rabo	Interpolis IP inkomens en Arbeidsongeschied-verzekeringen, Relan Zekerheid	VGZ /IZZ	Meatis, Commit en Rélan Arbo Beon Advies, Meditel Compaan	Compaan, Rélan Werk, Tredin, DGZ, Rantrea		Rabo-bank, Robeco Ribbon	Interpolis, Rélan, Beon Interpolis & van Spaendonck
Menzis	Amicon Assurantie-bemiddeling, Oost-Nederland Verzekeringen	Geové-RZG, Amicon	Ardyn	Prové			
SFB-groep	SFB-verzekeringen				Keerpunt		SFB-Pensioenen
PGGM	PGGM-Verzekeringen		Meatis	Rantrea			PGGM
ABP	Loyalis			Mens en Werk			ABP
AGIS	Cardian	Agis		VerzuimInterventie Plan	DCA		

1) Samengaan van voorheen Arbo Management Groep en Arbogroep GAK.

De brancheorganisatie van de zorgverzekeraars

De brancheorganisatie van de zorgverzekeraars is Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Alle zorgverzekeraars zijn lid van ZN. De meeste particuliere verzekeraars, en ook een groot concern als Achmea zijn daarnaast lid van het Verbond van Verzekeraars. De uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren zijn verenigd in de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ). Een vijftal regionaal werkende ziekenfondsen heeft zich verenigd in de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars (VRZ) en de

personeelsfondsen en collectiviteiten van enkele grote bedrijven laten zich vertegenwoordigen door de Vereniging van Collectiviteiten en Personeelsfondsen Ziektekosten (CPZ).

Zorgcontractering

Door middel van zorgcontractering voorzien de ziekenfondsen in de zorgplicht jegens hun verzekerden. Zij sluiten daarvoor overeenkomsten met aanbieders en instellingen van zorg. Om zorg aan wettelijk verzekerden te kunnen leveren, moeten de aanbieders van zorg een overeenkomst met een ziekenfonds hebben. Andersom moeten om de zorg ten laste van de wettelijke verzekering te brengen, ziekenfondsen overeenkomsten sluiten met de betreffende zorgaanbieders. Voor ziekenhuizen hebben zorgverzekeraars nog een contracteerplicht. Voor de individuele zorgaanbieders bestaat die contracteerplicht niet meer. Een ziekenfonds kan dus weigeren een overeenkomst te sluiten met bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wanneer het ziekenfonds meent dat de kwaliteit van de zorgverlening te wensen overlaat. Voor alle gecontracteerde ambulante zorg gelden maximumtarieven. Het ziekenfonds mag overigens ook lagere tarieven afspreken. Zeker in sectoren waar de vraag naar zorg aanzienlijk groter is dan het aanbod is dat voor het ziekenfonds een bijna onmogelijke opgave. Ook particuliere ziektekostenverzekeraars sluiten overeenkomsten met zorgaanbieders. Zij zijn daar, anders dan de ziekenfondsen, niet toe verplicht. Zorgbemiddeling is een activiteit waar zowel ziekenfondsen als particuliere ziektekostenverzekeraars zich voor inspannen. Bij de particuliere ziektekostenverzekeraar ligt er dikwijls ook een belang voor de aan die verzekeraar gelieerde verzuimverzekeraar voor wie een snelle behandeling van de verzekerde uit een oogpunt van beperking van de schadelast van groot belang kan zijn.

Collectieve contracten

In de Nederlandse verzekeringsbranche maakt men een onderscheid tussen 'echte' collectieve contracten en 'begunstigingscontracten'. Beide komen thans in ruime mate voor in de particuliere ziektekostenverzekering. Een *collectief contract* is een overeenkomst tussen een verzekeraar en bijvoorbeeld een werkgever, waarbij iemand door het enkele feit dat hij deel uitmaakt van een bepaalde groep (werknemers van een bedrijf, leden van een vereniging) is aangesloten. Grote werkgevers met eigen ziektekostenregelingen hebben veelal eigen regelingen of collectieve contracten die aan de definitie van een collectiviteit voldoen.⁹

Een *begunstigingscontract* is een overeenkomst tussen een verzekeraar en een bepaalde groep (werknemers van een bedrijf, leden van een vereniging¹⁰), waarbij de verzekeraar zich verbindt verzekeringen voor leden van de groep te accepteren tegen een lagere premie en/of op gunstiger voorwaarden dan hij aan individuele verzekerden aanbiedt, doch waarbij de leden van de groep vrij zijn al dan niet daarvan gebruik te maken.

Collectieve contracten onderscheiden zich dus van begunstigingscontracten door de verplichte deelname; dat sluit de mogelijkheid van selectie uit, omdat alle in aanmerking komende personen moeten toetreden. Een goed voorbeeld van een 'echte' collectiviteit is de publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren. Zowel bij collectiviteiten als bij begunstigingscontracten zijn ook de gezinsleden van de deelnemer verzekerd (tenzij zij verplicht verzekerd zijn ingevolge de Ziekenfondswet).

Zowel collectieve contracten als begunstigingscontracten kennen een werkgeversbijdrage in de premie. Voor deelnemers in begunstigingscontracten is de werkgeversbijdrage altijd gekoppeld aan deelname aan het begunstigingscontract. Veel collectieve contracten en begunstigingscontracten kennen de voorwaarde van non-selectie (het ontbreken van medische selectie) bij de acceptatie van verzekerden. Voor werknemers met een hoog gezondheidsrisico (in het gezin) is dat gunstig. Een andere veel voorkomende bepaling is dat het collectief contract voor de individuele deelnemer eindigt op het moment van bereiken van de 65-jarige leeftijd. De verzekerde kan dan aanspraak maken op de standaardverzekering van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz 1998). De verzekeraar kan dan voor die verzekerde de kosten, voor zover die boven de premie uitkomen ten laste brengen van de Wtz-omslagregeling, zodat de kosten niet langer drukken op de collectiviteit. De werkgever betaalt vaak nog wel de werkgeversbijdrage in de premie, maar van deelname van deze verzekerden in de collectiviteit is dan geen sprake meer.

Het bestaan van collectieve contracten¹¹

De collectieve ziektekostenverzekering kent een lange traditie. Was het belang vroeger vooral gelegen in het voorkomen van het onverzekerd zijn van de werknemers, tegenwoordig is de collectieve

ziektelkostenverzekering een integraal onderdeel van de arbeidsvoorwaarden. Collectieve contracten komen voor in de particuliere ziektekostenverzekering. Eind 2002 valt ruim 55% van alle particulier verzekerden onder een collectief contract.

Met name toen een deel van de ziekenfondswetaanspraken (tandheelkunde en fysiotherapie) overging naar de aanvullende verzekering bestond de verwachting dat werkgevers ook voor hun ziekenfondsverzekerden collectieve contracten zouden gaan aanbieden. Deze staan bekend als gemengde collectiviteiten. Belangrijke voorwaarde is het inschrijven bij één ziekenfonds met wie de werkgever een contract sluit. Het is gebleken dat ziekenfondsverzekerden niet zo gemakkelijk van ziekenfonds veranderen.¹² Het aantal ziekenfondsverzekerden dat deelneemt in zo'n gemengde collectiviteit is gering (2002 = 5%). *Voordelen voor de werknemer* zijn:

- 1) Lagere premies en/of ruimere dekking.
- 2) Een werkgeversbijdrage in de premie.
- 3) Het ontbreken van medische selectie bij de acceptatie.

Voordelen voor de werkgever zijn:

- 1) De werkgever kan werknemers (langer) aan zich binden door aantrekkelijke employee-benefits, waarvan de collectieve ziektekostenregeling, inclusief de werkgeversbijdrage, deel uitmaken.
- 2) De collectieve ziektekostenverzekering als middel voor verzuimbeheersing.

Mogelijke *nadelen verbonden aan collectieve ziektekostenregelingen* zijn

- 1) De beperking van de keuzevrijheid van verzekerden.
- 2) De werknemer zal bij verandering van werkgever een nieuwe ziektekostenverzekering moeten sluiten.

De stelling dat collectieve contracten afbreuk doen aan de toegankelijkheid en de solidariteit is slechts ten dele juist. Collectieve contracten dragen bij aan toegankelijkheid en solidariteit door de onvoorwaardelijke acceptatie en de solidaire premiestelling. Daar staat tegenover dat de premiekortingen en andere voordelen die collectieve contractanten weten te bedingen door de verzekeraars worden afgewenteld op de premies die individuele verzekerden betalen. Wanneer we ons realiseren dat de mogelijkheid om collectieve contracten af te sluiten niet voorbehouden is aan alleen werkgevers dan vallen deze bezwaren overigens weg. Er zijn thans 95 gemeenten die een overeenkomst van collectieve ziektekostenverzekering hebben gesloten ten behoeve van meer dan 150.000 ziekenfondsverzekerde huishoudens met een bijstandsuitkering of een andere bron van inkomsten in de sociale zekerheid. Dat heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het verbeteren van de verzekeringspositie van de bijstandsgerechtigden, de premie-incasso ten behoeve van de verzekeraar en de uitvoering van de medische verstrekkingen uit de bijzondere bijstand (is vaak uitbesteed aan de verzekeraar).¹³

3 Ontwikkelingen in de sociale zekerheid

Op 1 juli 1967 trad de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in werking. Hiermee werd het tot dan toe geldende onderscheid tussen arbeidsongeschiktheid als gevolg van bedrijfs-ongeval of beroepsziekte (risque professionnel) en als gevolg van ziekte en/of gebrek (risque social), dat al eerder met de wijziging van de Ziektewet was losgelaten, ook in de ongevallen- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen opgeheven. Uitgangspunt van de wet is een uitkering in verband met langdurige volledige (tenminste 70%) arbeidsongeschiktheid. In de afgelopen decennia is de WAO een aantal keren ingrijpend gewijzigd met steeds hetzelfde doel: het terugbrengen van het aantal WAO-gerechtigden -en daarmee de kosten- omdat de werkelijke aantallen WAO-gerechtigden vrijwel steeds de verwachtingen verre overtroffen. Waren de maatregelen in de jaren '70 en '80 vooral gericht op een beperking van de hoogte van de aanspraken door het elimineren van de werkloosheidscomponent en het verlagen van de uitkeringen, pas in de negentiger jaren werden meer op de verantwoordelijkheid van werkgevers gerichte instrumenten ingezet als de Wet terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume. Het feit dat zowel werkgevers als werknemer mede verantwoordelijk zijn voor het voorkómen van arbeidsongeschiktheid, en als die zich dan voordoet het naar rato meebetalen aan de kosten daarvan, heeft geleid tot een reeks van onderlinge met elkaar samenhangende nieuwe wetten.

In de voorstellen van het tweede Kabinet Balkenende is de nieuwe WAO voorbehouden aan duurzaam volledig arbeidsongeschikten. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten kunnen hun inkomen aanvullen door middel van privaatrechtelijke verzekeringen. Preventie en interventie moeten de instroom in de WAO voorkomen. Werkgever en werknemer zijn verplicht te zorgen voor respectievelijk deel te nemen aan een reïntegratietraject. De werkgever en de werknemer zijn beide verantwoordelijk voor een succesvolle reïntegratie en worden daartoe financieel geprikkeld. Zo kan de werknemer het

recht op een uitkering verliezen als hij niet voldoende meewerkt aan de reïntegratie. De werkgever kan worden gehouden aan een langere loondoorbetalingsverplichting. De nieuwe WAO kent een mix van publieke en private uitvoering. Kenmerk van het nieuwe beleid is een grote eigen verantwoordelijkheid van de werkgever en werknemer.

3.1 Een grotere rol en verantwoordelijkheid voor de werkgever

Sinds 1994 is een aantal wettelijke regelingen van kracht waarmee de verantwoordelijkheid van de werkgever voor goede arbeidsomstandigheden en een actieve betrokkenheid bij (het voorkomen van) arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid aanzienlijk is vergroot. Financiële prikkels als de verplichting tot loondoorbetalingen en gedifferentieerde premies voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen - gerelateerd aan de aantallen arbeidsongeschikten in een sector of branche- stimuleren werkgevers bij het voeren van een actief preventie- en reïntegratiebeleid. In overzicht 2 is de belangrijkste wetgeving kort aangeduid.

Overzicht 2 Belangrijkste wettelijke maatregelen

1994	<i>Wet terugdringing ziekteverzuim:</i> Introductie van een financieel belang voor de werkgever vanwege gedeeltelijke loondoorbetaling bij ziekte.
1994	<i>Arbidsomstandighedenwet (Arbowet):</i> Verplichte inschakeling van een arbo-dienst door de werkgever.
1995	<i>Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte:</i> Verruiming van de loondoorbetalingsverplichting bij ziekte naar een jaar.
1998	<i>Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen:</i> Werkgevers betalen een premie die afhangt van het aantal arbeidsongeschikte (ex-)werknemers en kunnen ervoor kiezen eigen risicodragers te worden.
1998	<i>Wet reïntegratie arbeidsgehandicapten:</i> Subsidie voor de werkgever die arbeidsgehandicapten in dienst neemt of houdt.
2002	<i>Wet verbetering poortwachter:</i> Verplicht werkgevers tot reïntegratie van zieke werknemers in het eerste jaar van hun ziekte.
2002	<i>Wet Structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen:</i> Uitbreiding van de reïntegratieverplichting voor werkgevers met plaatsing buiten eigen bedrijf.

Als gevolg van deze wetgeving ontstaat een actieve markt voor preventie en verzuimbegeleiding (arbo-diensten), arbo-curatieve zorg en reïntegratie (zorgverleners en reïntegratiebedrijven) en verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (inkomensverzekeraars). Elk van deze drie markten onderhoudt op enigerlei wijze een relatie met zorgverleners en/of zorgverzekeraars. Zie ook het schema op bladzijde 14.

3.2. De markt voor arbo-dienstverlening

De Arbidsomstandighedenwet 1998 (Arbowet 1998) heeft tot doel te zorgen voor een acceptabel niveau van arbeidsomstandigheden in bedrijven. De wet verplicht werkgevers om een arbeidsomstandighedenbeleid te voeren dat aan een aantal wettelijke minimumvereisten voldoet. Werkgevers zijn verplicht zich hierin te laten bijstaan door een arbo-dienst.¹⁴ De verplichting voor werkgevers om zich aan te sluiten bij een arbo-dienst is gefaseerd ingevoerd en was in 1998 voor bijna alle werknemers van toepassing. Bedrijven mogen ook een eigen (interne) arbo-dienst oprichten, die dezelfde taken heeft als de zelfstandige arbo-diensten.¹⁵ Door de verplichte aansluiting hebben ruim 7 miljoen werknemers toegang tot een bedrijfsarts van een arbo-dienst. De Arbeidsinspectie oefent op grond van de Arbowet toezicht uit bij bedrijven en ondernemingen.

De markt van arbodiensten

Zelfstandige arbodiensten zijn private ondernemingen, veelal voortgekomen uit bedrijfsverenigingen en bedrijfsgezondheidsdiensten met een (deels) publieke taak. De arbo-dienst begeleidt de werkgever op basis van zijn deskundigheid op het gebied van preventie van ziekte en het voeren van verzuimbeleid. De arbodiensten bewegen zich op een private markt en concurreren dus met elkaar om de contracten van de werkgevers. De markt voor arbo-dienstverlening is een groeiende markt. Tegelijkertijd is als gevolg van fusies en overnames het aantal arbodiensten de laatste jaren geslonken. In 2000 telde Nederland 93 gecertificeerde arbo-diensten. De vijf grootste arbodiensten

(waarvan er vier onderdeel uitmaken van een verzekeringsconcern) hebben in 2000 een marktaandeel van ruim 76%.

Tabel 3 brengt de markt van arbodiensten in beeld.

Tabel 3 Arbo-diensten naar omzet

Arbodienst	Omzet 2001	
	In miljoen €	Marktaandeel in %
Arbo Unie	218,5	28,1
ArboNed	125,4	16,1
Achmea Arbo *)	102,3	13,1
Commit/Relan Arbo	86,5	11,1
Meatis	86,5	11,1
KLM-Arbo-services	24,1	3,1
Arboduo	13,9	1,8
Ardyn	13,8	1,8
Overige zelfstandige arbodiensten (34)	31,7	4,0
Overige interne arbodiensten (48)	76,1	9,8
Totaal	778,8	100,0

*) voorheen ArboGroep GAK en ArboManagementGroep

Bron: ING

De taken van de arbodienst

Arbo-diensten zijn in de eerste plaats ondernemingen die werkgevers (en het medezeggenschaps-orgaan) *adviseren* op het gebied van arbeidsomstandigheden en het voorkómen van verzuim. Waar mogelijk (en relevant) vindt deze advisering *integraal* plaats vanuit de verschillende disciplines die bij de arbodienst werkzaam zijn. Tot de taken van de arbodienst behoren dan ook:

1. De risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) en een bijbehorend plan van aanpak.
2. De begeleiding van zieke werknemers.
3. Het vrijwillig periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO).
4. Het arbeidsomstandighedensprekuur.
5. Een aanstellingskeuring (als dat noodzakelijk is voor de functie).

Sinds het bestaan van de Wet verbetering poortwachter is daar een nieuwe taak bij gekomen:

6. Het opstellen van een probleemanalyse en advies met betrekking tot werknemers die langdurig dreigen te verzuimen.

Arbodiensten begeleiden -zelf of met behulp van een traject dat is ingekocht bij een reïntegratiebedrijf- werknemers die om wat voor reden dan ook zijn uitgevallen weer terug naar het werk. Om die taken naar behoren te kunnen uitvoeren is wettelijk geregeld dat arbodiensten in ieder geval moeten beschikken over een bedrijfsarts én over drie andere kerndeskundigen: de veiligheidskundige, de arbeidshygiënist en arbeids- en organisatiekundige¹⁶. De regeling beoogt een multidisciplinaire inzet. Naast bedrijfsartsen kennen arbodiensten ook personeel met een bedrijfsgeneeskundige en/of bedrijfsmaatschappelijke functie, zoals bedrijfsartsen in opleiding, andere artsen, (arbo-)verpleegkundigen, verzuimrapporteurs en -adviseurs, psychologen en bedrijfsmaatschappelijk werkers.

De preventieve werkzaamheden van de arbodienst, gericht op het voorkomen van verzuim, behelzen verschillende soorten activiteiten. Een arbodienst kan voor een werkgever een risico inventarisatie en -evaluatie (RI&E) opstellen. De wettelijke verplichting houdt alleen in dat de arbodienst het (door de werkgever zelf opgestelde) document toetst op juistheid, volledigheid en actualiteit, en een advies geeft over het (door de werkgever zelf opgestelde) plan van aanpak met maatregelen om risico's te beheersen of reduceren. Daarnaast kan een arbodienst andere werkzaamheden verrichten die zijn gericht op preventie en het voorkómen van ziekte en uitval van werknemers. De invulling van de

werkzaamheden van de arbodienst wordt bepaald door de behoeften en wensen van de werkgever, de omvang en inhoud van het contract dat de werkgever heeft afgesloten met de arbo-dienst en de wettelijke bepalingen in de Arbowet die als minimumeisen fungeren.

Brancheorganisatie van de arbodiensten

De meeste zelfstandige gecertificeerde arbodiensten zijn lid van de Brancheorganisatie Arbo-diensten (BOA). De organisatie richt zich op verbetering van de kwaliteit van de arbodienst-verlening onder meer door certificering en kennisontwikkeling. Bij de BOA zijn zowel interne als externe arbodiensten aangesloten; gezamenlijk dekken zij 90% van de totale markt voor arbo-dienstverlening.

De taken van de bedrijfsarts

Binnen de arbodienst heeft de bedrijfsarts tot taak de werkgever te adviseren over een schriftelijk vast te leggen ziekteverzuimbeleid voor zover het gaat om werkzaamheden met een *medische invalshoek*. De bedrijfsarts is een arts die, met een aantekening "arts voor arbeid en gezondheid, bedrijfsarts" is ingeschreven in het register van erkende Sociaal Geneeskundigen.. De Registratie wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundigen Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De bedrijfsarts is gericht op de (zieke) werknemer en op de preventie van ziekte en ziekteverzuim door het inzicht dat hij heeft in de arbeidsomstandigheden en de beoordeling van gezondheidsrisico's.

De kerntaak van de bedrijfsarts is het adviseren over belasting en belastbaarheid van werknemers in het werk. Het gaat om de volgende groepen werknemers:

1. Individuele ziek gemelde werknemers in het kader van ziekteverzuimbegeleiding.
2. Individuele en/of groepen werknemers in het kader van het PAGO.
3. Individuele potentiële werknemers in het kader van een aanstellingskeuring.
4. Individuele werknemers wanneer die op een arbeidsomstandighedensprekkuur de bedrijfsarts aanspreken.

Ziekteverzuimbegeleiding impliceert overigens géén 'claimbeoordeling'. In het Nederlandse stelsel beslist de werkgever over loondoorbetaling. Zowel de werkgever als werknemer kunnen afwijken van een (gevraagd) advies over werkhervatting afgegeven door de bedrijfsarts.

In wetgeving als de Arbowet 1998, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), het Burgerlijk Wetboek en de recente Wet verbetering poortwachter (WVP) zijn procedurele vereisten opgenomen voor de dienstverlening door de bedrijfsarts. Daarnaast is specifieke wetgeving van toepassing op het (medisch) handelen van bedrijfsartsen. Wetgeving die relevant is voor het medisch handelen door de bedrijfsarts omvat de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

De ministeries van VWS en SZW streven ernaar de onafhankelijke positie en de professionaliteit van de bedrijfsarts binnen de arbo-curatieve samenwerking met onder andere huisartsen, medisch specialisten en ggz-hulpverleners uit de eerste en tweede lijn te versterken. Ook de brancheorganisatie maakt zich sterk voor de positionering en professionalisering van zijn leden.¹⁷

Een verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts

Per 1 januari 2004 krijgt de bedrijfsarts de mogelijkheid om werknemers direct te verwijzen naar behandelaars in de curatieve zorg. Het gaat hier om verwijzing voor diagnostiek en/of behandeling binnen de reguliere curatieve en geestelijke gezondheidszorg. Een gevolg daarvan is dat behandelingen op basis van de verwijzing door de bedrijfsarts voor vergoeding ten laste van de Ziekenfondswet, de AWBZ en de particuliere verzekeringspolis komen. Het streven is erop gericht om in 2003 de regelgeving zodanig te hebben aangepast dat de formele mogelijkheid voor verwijzing door bedrijfsartsen per 1 januari 2004 mogelijk is. Behalve aan aanpassing van de wettelijke regels zal in de voorbereidingstijd veel aandacht geschonken worden aan de communicatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts. Overigens verwijzen bedrijfsartsen hun cliënten ook nu al naar de reguliere zorg. Zij zijn immers geen behandelend arts en zullen voor de werknemers met gezondheidsklachten die behandeld moeten worden veelal doorverwijzen naar behandelend artsen. Ook sturen bedrijfsartsen nu al werknemers naar de tweedelijns arbozorg, waar vaak op zeer efficiënte wijze behandelingstrajecten voor werknemers met gezondheids-klachten worden ingezet, betaald door de inkomensverzekeraar of de werkgever.

Brancheorganisatie van de bedrijfsartsen

De meeste bedrijfsartsen zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de brancheorganisatie van de bedrijfsartsen. Het aantal bij de NVAB geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen bedroeg 1.646 per 1 januari 2001.

3.3 De markt voor (arbo-)curatieve zorg en (medische) reïntegratie

Werkgevers hebben niet alleen een financieel belang bij het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar dragen bovendien directe verantwoordelijkheid voor een snelle werkhervatting van de zieke werknemer. Concrete acties daarvoor moet de werkgever met zijn werknemer bespreken. Aan het eind van zo'n traject moeten werkgever en werknemer zich jegens het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) verantwoorden over de geleverde reïntegratie-inspanningen. Werkgevers vormen dan ook een belangrijke vragende partij op de markt voor arbo-curatieve zorg en (medische) reïntegratie. Zij zijn bereid daarvoor te betalen hoewel die bereidheid afneemt naar de mate waarin de reguliere gezondheidszorg vergelijkbare zorg biedt.

Arbo-curatieve zorg en reguliere zorg

Er is nauwelijks een duidelijke scheidslijn te trekken tussen reguliere zorg en arbo-curatieve zorg. Zo er al een scheidslijn te trekken is, wordt die louter bepaald door de verschillen in financiering en in de organisatie van de zorg. De reguliere zorg kent financiering vanuit de ziektekostenverzekeringen; de arbo-curatieve zorg wordt grotendeels gefinancierd door werkgevers of verzuimverzekeraars. De organisatie van de reguliere zorg is vooral geconcentreerd rond het ziekenhuis dat zijn aanbod, namelijk de medisch specialisten, organiseert in de vorm van interne doorverwijsrelaties.¹⁸ De veelal kleinschaliger medische (reïntegratie-)bedrijven die arbo-curatieve zorg leveren, organiseren hun zorg vanuit het cliëntperspectief in de vorm van een samenhangend pakket door de behandelend artsen naast elkaar en niet na elkaar te plaatsen. Zij sluiten daarmee direct aan op het complexe ziektepatroon dat kenmerkend is voor veel ziekteverzuim. De efficiëntie en tijdwinst die hiervan het gevolg is spreekt de werkgever, die zijn werknemer het liefst zo snel mogelijk weer aan het werk heeft, bijzonder aan en verklaart in belangrijke mate de bereidheid van werkgevers om hiervoor afzonderlijk te betalen. De druk op ziekenhuizen om hun zorgproces meer cliëntgericht in te richten is door de komst van de medische reïntegratiebedrijven wel toegenomen, maar heeft tot nu toe nog niet tot overtuigende resultaten geleid. Wel zien we dat steeds meer specialisten zich vestigen in zelfstandige behandelcentra, bedrijvenpoli's en medische reïntegratiebedrijven.

Reguliere zorg

In het zorgaanbod zijn derhalve twee min of meer gescheiden markten te onderscheiden, waarbij overigens sommige aanbieders op beide markten actief zijn. De eerste markt is die van de *reguliere gezondheidszorg*¹⁹. Als aanbieders treffen we hier aan de huisartsen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen, medisch specialisten in het tweede compartiment en de GGZ-zorg, thuiszorg en verpleging en verzorging in het eerste compartiment. De financiering geschiedt door de Ziekenfondswet en particuliere ziektekostenverzekering (tweede compartiment) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (eerste compartiment). Deze zorgverlening is aan regels ten aanzien van de prijsstelling (maximumtarieven of instellingsbudgetten) gebonden krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg. Om deze zorg ten laste van de wettelijke verzekering te kunnen brengen moeten overeenkomsten met ziekenfondsen (en voor de AWBZ met zorgkantoren) zijn gesloten. In de overgang tussen de reguliere zorg en de commerciële of private zorg nemen de zelfstandige behandelcentra een bijzondere plaats in. Zij zijn eigenlijk opgericht als privéklinieken, meestal vanuit een specifiek specialisme, maar zijn door de wetgever min of meer gesanctioneerd. De zelfstandige behandelcentra leveren poliklinische specialistische zorg en zorg in dagbehandeling in kleinschalige organisaties. Op dit moment zijn er 42 toegelaten zelfstandige behandelcentra.²⁰ Zij leveren medisch noodzakelijke zorg waarvoor zij ten hoogste de door het CTG goedgekeurde maximumtarieven in rekening mogen brengen. Indien voor de levering van zorg overeenkomsten met ziekenfondsen zijn gesloten, komen de kosten voor behandeling ten laste van de Ziekenfondswet. Ook particuliere verzekeraars betalen de kosten van zelfstandige behandelcentra. De mogelijkheden voor (nieuwe) zelfstandige behandelcentra en voor een andere wijze van prijsvorming zijn onlangs verruimd.²¹ De ZBC's leveren een belangrijke bijdrage aan het wegwerken van de wachtlijsten voor een aantal vormen van electieve, geprotocolleerde diagnostiek en behandeling.

Private zorg

Naast de reguliere zorg bestaan in Nederland vormen van *commerciële of private zorg* in de vorm van privéklinieken en medische reïntegratie- of interventiebedrijven. Privéklinieken leveren uitsluitend medisch niet-noodzakelijke zorg, zoals cosmetische chirurgie. Omdat het hier gaat om niet-noodzakelijke zorg worden de kosten van behandeling niet gedekt door de ziekenfonds-verzekering of

de AWBZ. Sommige (aanvullende) particuliere verzekeringen bieden onder voorwaarden gedeeltelijke vergoeding van de kosten.

(Medische) reïntegratiebedrijven

Van veel recentere datum zijn de (medische) reïntegratie- en interventiebedrijven. Deze leveren veelal multidisciplinaire arbo-curatieve zorg in een commerciële setting op een markt die sterk in ontwikkeling is. De financiering van deze zorg vindt hoofdzakelijk plaats door werkgevers, werknemers en inkomensverzekeraars en wordt wel de derde geldstroom genoemd. Deze actoren bepalen veelal zelf de prijs van de te verlenen zorg. De markt van reïntegratiebedrijven is zeer heterogeen samengesteld, zowel qua grootte als voor wat betreft de producten die zij aanbieden.

Uit gegevens van de Reïntegratiemonitor²² blijkt dat er begin 2003 ruim 650 reïntegratiebedrijven op de Nederlandse markt actief zijn. Hieronder is een aantal grote bedrijven met meer dan 1.000 werknemers (6% van de markt), een aantal bedrijven met meer dan 100 werknemers (15% van de markt), ruim 20% van de bedrijven is middelgroot (11- 100 werknemers) en de overige 59 % bestaat uit kleine veelal regionaal werkende bedrijven met 10 of minder werknemers.

Aanvankelijk waren de reïntegratiebedrijven vooral actief in het *organiseren* van het reïntegratietraject; zij vervulden vooral een bemiddelende rol. Voor de concrete interventies schakelden zij interventiebedrijven in. Inmiddels bieden steeds meer reïntegratiebedrijven ook zelf interventies aan, al dan niet als onderdeel van een groter financieel conglomeraat (zie ook tabel 2 op pagina 14). Het onderscheid tussen reïntegratie- en interventiebedrijven is daarmee aan het vervagen. De reïntegratiebedrijven verrichten hun werkzaamheden voor werkgevers, maar ook voor de UWV. Ruim eenderde van de bedrijven richt zich op bijstandsgerechtigden en een kwart van de markt richt zich op WW-ers en andere uitkeringsgerechtigden. Onderstaande tabel geeft inzicht in de activiteiten die reïntegratiebedrijven aanbieden

Tabel 3 Activiteiten reïntegratiebedrijven

Activiteit	Aandeel in %
Medische begeleiding en hulpverlening	30
Sociale activering, motivering en oriëntatie	23
Arbeidsbemiddeling en (her-)plaatsing	15
Her- om- en bijscholing	11
Regie en bemiddeling	21

Bron: Raad voor Werk en Inkomen (RWI)

Grote reïntegratiebedrijven zijn Agens, Argonaut, Alexander Kalder Groep en Relan Work. Enkele reïntegratiebedrijven die zelf zorg leveren zijn Winnock, De Gezonde Zaak, Medi-Nova, Keerpunt, de Hoogduin Schaap Kladler Groep, Fysarbo en Corefit.

Brancheorganisaties

Als belangenbehartiger van de reïntegratiebedrijven treedt de Brancheorganisatie Reïntegratiebedrijven (BOREA) op. De ziekenhuizen zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ). De in de ziekenhuizen werkzame specialisten zijn verenigd in de Orde van Medisch Specialisten die deel uitmaakt van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Beide organisaties behartigen ook de belangen van de zelfstandige behandelcentra. Privéklinieken hebben zich verenigd in de Nationale Raad van Privéklinieken (NRPK), een organisatie waarbij zich ook enkele ZBC's hebben aangesloten.

4 Mogelijkheden voor integratie van arbo-curatieve zorg

De (interne) organisatie (met name bij ziekenhuizen), het proces van verwijzing en doorverwijzing en de sterk gereguleerde financiering van de reguliere gezondheidszorg, belemmeren de integratie van arbeidsgerelateerde zorg. Het gemis aan voldoende oriëntatie op het aspect arbeid of werkhervatting bij diagnose, behandeling en begeleiding van patiënten speelt daarbij een belangrijke rol. De commerciële reïntegratiebedrijven, in de hoedanigheid van zowel regisseur als integrale dienstverlener, spelen hier op in en bieden een breed dienstenpakket gericht op de groeiende behoefte aan arbeidsgerelateerde zorg. Deze ontwikkeling draagt bij aan een steeds scherper gevoelde scheiding tussen de reguliere zorg en de arbeidsgerelateerde zorg- en dienstverlening.

Allerwegen wordt onderkend dat bestrijding van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vraagt om een integrale benadering. Om dat mogelijk te maken is een aantal trajecten in gang gezet. Voor de integratie van arbo-curatieve zorg in de reguliere zorg is de overdracht van specifieke kennis over arbeidsgerelateerde aandoeningen van groot belang. De opzet en verdere ontwikkeling van de kenniscentra speelt daarin een belangrijke stimulerende rol. Een tweede belangrijke aspect is de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om arbeidsgerelateerde zorg te kunnen declareren ten laste van de ziekenfonds- of particuliere ziektekostenverzekering. Een derde aspect is het beschikbaar hebben van voldoende zorgaanbod; verruiming van zorg door toelating van nieuwe aanbieders is hiervoor de aangewezen weg, evenals het via de verzekering waarborgen van de toegang tot deze nieuwe zorgaanbieders.

De opzet en ontwikkeling van kenniscentra

Ten algemene bestaat de indruk dat de reguliere zorg in kennis over arbeidsgerelateerde aandoeningen tekortschiet. Hierdoor kan de reguliere zorg onvoldoende inspelen, zowel kwalitatief als in termen van snelheid op de specifieke zorgvraag van werkgevers en werknemers. De gevolgen hiervan zijn lange wachttijden, uitwijken naar private zorg en een dreigende tweedeling in de zorg. In de Beleidsvisie kenniscentra²³ stelt de Minister van VWS dat het ontwikkelen van kennis met betrekking tot de relatie tussen aandoening en werk, gericht op herstel en reïntegratie van werknemers en gericht op het voorkómen van ziekte daarom dringend gewenst is. Het is voorts van belang dat deze kennis wordt toegepast in de gehele reguliere gezondheidszorg. De verspreiding van de kennis en het bevorderen van de kennisimplementatie door zorgverleners, inclusief de bedrijfsartsen, is een belangrijk aandachtspunt. Daarvoor is onder de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) een viertal specifieke kenniscentra aangewezen. De vier VWS-kenniscentra zijn:

- 1) *Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (NKAB)* te Rotterdam. Dit is een samenwerkingsverband tussen het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 2) *Nederlands Kenniscentrum ArbeidsDermatosen (NECOD)*. Dit is een samenwerkingsverband tussen het Academisch Ziekenhuis Groningen en het Vrije Universiteit medisch centrum van Amsterdam.
- 3) *Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL)*, 'Opgelucht Werken' te Groesbeek. Dit is een samenwerkingsverband tussen het Universitair Longcentrum Dekkerswald, de Afdeling Sociale Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen en de Afdeling Allergologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 4) *Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Psyche (NKAP)* te Utrecht. Dit is een samenwerkingsverband tussen GGZ Groningen, GGZ-Oost-Brabant, Altrecht, Jellinek, Parnassia en GGZ-Nederland.

Andere kennisinstituten zijn:

Medwerk is een landelijk dekkend netwerk van vijftien regionale centra, opgericht door en verbonden aan algemene ziekenhuizen dat de professionals (in de ziekenhuizen) ondersteunt bij de zorg voor mensen met een arbeidsrelevante aandoening door het bevorderen van de onderlinge samenwerking en het toegankelijk maken en delen van kennis.

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) is een landelijk kennisinstituut voor arbo-diensten, medici, werkgevers en werknemers en de overheid. Missie is het bevorderen van de signalering en zorg voor beroepsziekten. Het NCvB voert de registratie en verzorgt de publicatie van de door arbodiensten gemelde beroepsziekten.

Tezamen vormen deze kennisinstituten het landelijk *Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid*.

De Stichting Expertise Centrum Reïntegratie (STECR) is een nationaal kenniscentrum op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie, opgericht door de brancheorganisatie van de arbo-diensten (BOA). De door het centrum ingestelde kenniskringen zijn netwerken van professionals die kennis en ervaring uitwisselen op het gebied van reïntegratie.

*De Commissie Werkend Perspectief*²⁴ is door de ministeries van VWS en SZW ingestelde commissie die zich richt op het volwaardig participeren van mensen met een functiebeperking (integratie), het terugdringen van verzuim en het verminderen van de instroom respectievelijk het vergroten van de uitstroom uit de WAO (reïntegratie). De commissie wil dit bereiken door het bevorderen van een

positieve en realistische beeldvorming van mensen met een functiebeperking bij werkgevers, werkenden, cliënten en professionals, het vergroten van kennis en expertise op het terrein van preventie, behandeling en (re)integratie van deze doelgroep en het stimuleren van gedragsveranderingen bij werkgevers, werknemers en hun adviseurs.

Het Arbo Platform Nederland dat als belangrijkste taak heeft het versterken en bevorderen van de afstemming tussen vraag naar en aanbod van arbokennis en de doorstroming en ontsluiting daarvan. Het platform bestaat uit vertegenwoordigers van werkgevers-/ werknemersorganisaties, arbodiensten en kennisinstellingen op het terrein van arbeidsomstandigheden. Het platform voert de functie van het Nederlands Focal Point voor Veiligheid en Gezondheid op het Werk uit.

Het Nederlands Focal Point Arbeidsomstandigheden (NFPA) dat deel uitmaakt van het netwerk van internationale Focal Points van het Europees Agentschap voor Veiligheid en Gezondheid op het Werk van de Europese Unie. Een belangrijk doel van het NFPA is het toegankelijk maken en houden van informatie en kennis die actoren in bedrijven en bedrijfstakken nodig hebben om een goed arbo-, verzuim- en (re-)integratiebeleid te kunnen voeren. Het NFPA streeft ernaar dit te realiseren door zijn internetsite dé arbsite van Nederland²⁵ te laten worden.

Ook het *Kennis- en Documentatiecentrum (KDC)*, ondergebracht bij TNO-Arbeid, is een onderdeel van het Arbo Platform Nederland. Het KDC vervult de bibliotheek- en documentatiefunctie op het terrein van arbeidsomstandigheden door het selecteren, bewaren en toegankelijk maken van vastgelegde kennis en documentaire informatie op het terrein van arbeidsomstandigheden.

Het Bureau Richtlijnontwikkeling Bedrijfsartsen (BRN), opgericht door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, heeft tot doel de deskundigheid van bedrijfsartsen te bevorderen. Het bureau werkt nauw samen met de Nederlandse Kenniscentra voor Arbeidsrelevante Aandoeningen, het NCVB en STECR. De NVAB heeft concrete plannen voor de oprichting van een Kwaliteitsbureau.

De kenniscentra en -commissies hebben tot taak het leveren van een bijdrage aan de kennisontwikkeling, -verzameling, -verspreiding en -implementatie op de terreinen van preventie, diagnostiek, behandeling en reïntegratie van arbeidsgerelateerde aandoeningen in de reguliere gezondheidszorg en in de arbo-curatieve zorg en arbo-dienstverlening. Voor een goede kennisoverdracht is een betere samenwerking tussen reguliere zorg en arbo-curatieve zorg een belangrijke voorwaarde.

De samenhang tussen de onderscheiden kennisinfrastructuren voor gezondheidszorg en arbo-dienstverlening lijkt in het licht van de beoogde arbocuratieve samenwerking evident. Niettemin komt zij maar moeilijk op gang. De bestaande kennisinfrastructuur mist een duidelijke bestuurlijke inbedding waarin overheid, kennisinstututen en kennisgebruikers met elkaar afspraken maken over behoeften, afstemming en financiering van wat nodig is. In een kennisinfrastructuur draait het om de beschikbaarheid van praktisch toepasbare kennis die partijen nodig hebben om hun verantwoordelijkheid te kunnen nemen bij preventie, sociaal-medische begeleiding en reïntegratie in geval van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Een meer vraaggerichte benadering, die uitgaat van synergie tussen en binnen de onderscheiden kolommen, is daarbij van groot belang. Resultaatgericht en afgestemd werken voorkomt een onnodige belasting van de kennisgebruikers. Daarvoor is het essentieel dat de kennisleveranciers weten welke behoeften er leven onder werkgevers en werknemers, bedrijfsartsen en andere professionals in de zorg- en arbodienstverlening.

Duidelijkheid over het functioneren van de kenniscentra, de bestuurlijke inbedding en de positie, waaronder de toekomstige financiering, is essentieel voor de realisatie en de kwaliteit van de arbocuratieve samenwerking.

Vergoeding van arbeidsgerelateerde zorg via de ziektekostenverzekering

Een veel gehoorde klacht van werkgevers over het huidige gezondheidszorgsysteem is dat zij veel betalen voor de zorg, maar daar weinig of niets over te zeggen hebben. Werkgevers betalen niet alleen een deel van de huidige ziekenfondspremie (longerelateerd), maar ook vaak een vrijwillige tegemoetkoming in de premies voor de particuliere (collectieve) ziektekostenverzekering van hun werknemers (en de gezinsleden). Daarenboven betalen werkgevers bij reactivering van zieke werknemers de kosten van medische interventies voor zover deze kosten niet ten laste door de

wettelijke of particuliere ziektekostenverzekering of door de inkomensverzekeraar worden betaald. Het gaat daarbij vaak om de kosten van medische interventiebedrijven, die door hun specifieke wijze van werken vaak meer bieden dan alleen reguliere zorg en vaak ook tegen tarieven die hoger liggen dan de wettelijk toegestane tarieven voor vergelijkbare medische verrichtingen in het reguliere circuit. Wanneer de zorgverzekeraar in het kader van een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering, ten behoeve van de zieke werknemers een overeenkomst sluit met een medisch interventiebedrijf, kan de verzekeraar vaak tijdig de zorg leveren die nodig is om de werknemer weer snel aan de slag te krijgen. De kosten van deze interventies kunnen vaak niet of niet geheel ten laste van de ziektekosten-verzekering worden gebracht. Zij worden dan door de toezichthouder als niet rechtmatige uitgaven aangemerkt. Op 1 januari 2003 is de mogelijkheid voor verzekeraars om kosten voor medische interventies ten laste van de Ziekenfondsverzekering te brengen, verruimd. Vanaf die datum geldt de Regeling initiatiefruimte ziekenfondsverzekering. Deze regeling opent voor de zorgverzekeraars de mogelijkheid voor het financieren van initiatieven gericht op een doelmatiger uitvoering van de verzekering. Hoewel de regeling zelf niet spreekt van initiatieven op het terrein van arbeidsgerelateerde zorg, maar zich vooral richt op zorgvernieuwing en bevordering van de doelmatige zorgverlening, liggen in beide begrippen voldoende aanknopingspunten om via deze regeling de kosten van medische interventies ten laste van de Ziekenfondswet te brengen. Het ziekenfonds zal daarvoor overeenkomsten met de medische interventiebedrijven moeten sluiten en afspraken moeten maken over de wijze van zorgverlening, de in rekening te brengen tarieven, de kwaliteit van de zorgverlening en de verantwoording. De financiële ruimte voor dergelijke overeenkomsten is beperkt tot 5% van het variabele verstrekkingenbudget van het betreffende ziekenfonds. Bij de grotere verzekeraars gaat het dan al vaak om miljoenen euro's. Het College toezicht zorgverzekeringen beoordeelt achteraf of de gedeclareerde kosten terecht ten laste van de Regeling zijn gebracht. De kosten worden dan ten laste van de subsidieregeling initiatiefruimte ziekenfondsverzekering verrekend met het budget dat de zorgverzekeraar over dat jaar ontvangen heeft. Inzicht in de mate waarin zorgverzekeraars in 2003 van deze mogelijkheid gebruik maken is er in 2004.

Verruiming van het zorgaanbod

Een andere mogelijkheid om sneller zorg te kunnen verlenen ligt in de verruiming van het zorgaanbod. Een deel van de wachtlijsten in de reguliere zorg is onder meer een gevolg van onvoldoende aanbod. Langs twee wegen vindt verruiming van het aanbod van zorg plaats. De eerste is die van het toelaten tot de reguliere zorg van de zelfstandige behandelcentra. Zij leveren vooral zorg in het tweede compartiment. De andere weg is die van de invoering van functionele aanspraken en de daaraan gekoppelde toelating van aanbieders van zorg die sinds 1 april 2003 in de AWBZ zijn beslag kreeg. In feite betekent dit dat alle nu toegelaten zorginstellingen die AWBZ zorg leveren alle vormen van zorg mogen leveren, dus ook vormen van zorg die tot dan toe niet door die zorgaanbieders werden geleverd. Ook mogen nieuwe zorgaanbieders toetreden op deze markt. Voorwaarde voor financiering uit de AWBZ is het hebben van een overeenkomst met het zorgkantoor in de regio waar de zorg wordt aangeboden. Met name voor de kortdurende GGZ-zorg en de thuiszorg kan dit een nieuwe impuls betekenen. Voor de curatieve zorg is de invoering van functionele aanspraken voorzien in de nieuwe algemene verzekering die per 1 januari 2006 zal worden ingevoerd.

Diagnose behandelcombinaties

Een ontwikkeling die kan bijdragen aan het toetreden van nieuwe zorgaanbieders en de intergratie van arbo-curatieve zorgverlening in de reguliere zorg is de ontwikkeling van de diagnose behandelcombinaties (DBC's). Deze vorm van producttypering moet leiden tot een andere manier van bekostiging van ziekenhuis- en medisch specialistische zorg, waarbij een meer directe relatie tussen de geleverde prestaties en de prijs tot stand komt. Kenmerk van een DBC is dat alle voor een adequate behandeling uit te voeren (medische) activiteiten in één zorgproduct verenigd zijn. Dat maakt het mogelijk om multidisciplinair en transmuraal te werken met producttyperingen en daaraan verbonden kostprijzen. Een volgende stap in de invoering van DBC's in de ziekenhuiszorg is voorzien per 1 januari 2004. Nu al lopen experimenten waarbij zorgverzekeraars afspraken maken met zorginstellingen voor een aantal DBC's. Voor de integratie van de tweedelijns arbo-zorg, de medische interventiebedrijven is het in DBC's kunnen omschrijven van de zorgproducten een voorwaarde. De ontwikkeling van DBC's voor arbo-curatieve zorg maakt deze zorg transparant in zowel de zorgverlening, als in de tarieven, en draagt daarmee bij aan een gemakkelijker integratie in de reguliere zorgverlening alsook in het aantrekken van nieuwe zorgaanbieders. Voor een groot deel van de arbo-curatieve zorg zijn inmiddels diagnose behandelcombinaties gemaakt die de gebruikers van

die zorg inzicht bieden in de geleverde zorg en de prijs. Onderlinge vergelijking van aanbieders behoort daarmee tot de mogelijkheden.

5 De rol van de inkomensverzekeraars

Verzekeraars die hun cliënten, veelal werkgevers, verzekeringen aanbieden op het gebied van ziekteverzuim, WAO-gat, WAO-excedent en arbeidsongeschiktheid presenteren zich vaak als 'inkomensverzekeraars'.

De *ziekteverzuimverzekeringen* richten zich op het dekken van het risico van de kosten van ziekteverzuim voor de werkgever. Op grond van de Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wulbz) rust op de werkgever de verplichting het loon door te betalen gedurende het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid van een werknemer. De omvang van de loondoorbetalingsverplichting is beperkt tot 70% van het dagloon. De werkgever kan het risico van de loondoorbetalingsverplichting verzekeren:

- a) in de vorm van een verzekering waarbij de verzekeraar de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever overneemt of
- b) in de vorm van een "stop loss" verzekering, waarbij de werkgever het risico draagt en de verzekeraar alleen loondoorbetalingen boven een bepaalde grens uitkeert.

Werkgevers in het midden- en kleinbedrijf verzekeren ziekteverzuimrisico vaak; grotere ondernemingen zijn vaker eigen risicodragers.

Het inkomensverschil dat ontstaat bij de overgang van de WAO-loondervingsuitkering (70% van het laatstverdiende loon) naar de WAO-vervolguitkering is het zogenoemde WAO-gat. Veel werkgevers hebben voor het WAO-gat een collectieve verzekering gesloten ten behoeve van hun werknemers. Zelfs al is het WAO-gat door deze aanvullende verzekering gedekt, dan nog kan sprake zijn van een forse inkomensdaling voor werknemers met een inkomen dat hoger is dan het maximum loon waarover de WAO-uitkering wordt berekend. Deze inkomenssterugval kan worden verzekerd in de WAO-excedentverzekering die voorziet in een aanvullende uitkering tot 80% van het oorspronkelijke inkomen. De WAO-excedentverzekering wordt zowel collectief door de werkgever, als door individuele werknemers gesloten.

Met de invoering in 1998 van de Wet premiedifferentiatie en marktwerking arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is de premie voor de WAO geheel ten laste van de werkgever gekomen. Hij betaalt een landelijk uniforme premie en een per bedrijf verschillende premie die afhankelijk is van de WAO-instroom in het betreffende bedrijf (of bedrijfstak). Een werkgever kan voor de eerste vijf jaar van de WAO eigen risicodragers worden. Dat houdt in dat de werkgever gedurende in totaal zes jaar loon - tot het wettelijke maximum - verschuldigd is in geval van arbeidsongeschiktheid van zijn werknemer. In dat geval vervalt voor hem de gedifferentieerde premie.

De markt voor inkomensverzekeringen

De markt van inkomensverzekeringen kent, net als de markt voor ziektekostenverzekeringen, een beperkt aantal grote spelers, die met elkaar ruim 80% van de markt dekken en een groot aantal kleinere spelers. De grote spelers zijn Achmea, Interpolis, Nationale Nederlanden en ASR. Daarnaast nemen verzekeraars als de Goudse, AXA, Delta Lloyd, Movir, Aegon en DKV Nederland een deel van de markt voor hun rekening. Deze verzekeraars zijn ook genoemd in tabel 2 op pagina 14, waarin de conglomeraten en strategische allianties staan vermeld. Bij de overige algemene schadeverzekeraars maken de verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen deel uit van het totaal aanbod van verzekeringen. Nieuwkomers op deze markt zijn de pensioen-fondsen.

De brancheorganisatie van de inkomensverzekeraars

De brancheorganisatie van de inkomensverzekeraars is het Verbond van Verzekeraars. Alle inkomensverzekeraars zijn lid van het Verbond. Het Verbond is een grote voorstander van meer samenhang tussen gezondheidszorg en sociale zekerheid. Het Verbond noemt dit een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle aanpak van het ziekteverzuim en de WAO-problematiek. In het sectorbestuur zorgverzekeringen, waar de ziektekostenverzekeraars en de inkomensverzekeraars gezamenlijk het Verbondsbeleid voorbereiden, komt dit al tot uitdrukking.

De verzekeraar als casemanager

Steeds meer verzekeraars ondersteunen de werkgever bij de reïntegratie-inspanningen en zijn ook bereid om een deel van de reïntegratiekosten mee te financieren. Zij hebben daar vanuit de verplichting tot uitbetaling ingevolge de verzuim- om arbeidsongeschiktheidsverzekering immers een eigen belang bij. De inkomensverzekeraars bieden de werkgever ondersteuning om grip te krijgen op de schadelast voor verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekering, maar ook om in de preventieve sfeer werkgevers aan te zetten tot een goed arbeidsbeleid, goede arbeidsomstandigheden en een actief reïntegratiebeleid. De reïntegratieactiviteiten van de inkomensverzekeraars spelen bij de besparing voor de werkgever een grote rol en uiten zich in onder meer wachtlijstbemiddeling, reïntegratiebegeleiding, financiering van trajecten, de inzet van psychologische zorg, conflictbemiddeling en (om-)scholing. Verzekeraars zoeken hierin ook steeds meer de samenwerking met arbo-diensten en uitzendbureaus om de deskundigheden te bundelen.

De inkomensverzekeraar heeft als zodanig een behoorlijke invloed en beschikt ook over instrumenten om de werkgever aan te zetten tot een actief reïntegratiebeleid. De eerste prikkel voor de werkgever ligt bij de premie voor de verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekering. Veel verzuim en arbeidsongeschiktheid zullen immers de premie doen stijgen. De tweede prikkel die tot het arsenaal van de inkomensverzekeraar behoort is de mogelijkheid van uitsluiting bij situationele arbeidsongeschiktheid. Een verzekeraar zal dit instrument kunnen inzetten wanneer de werkgever weigerachtig blijft situaties die aanleiding geven tot arbeidsconflicten structureel aan te pakken. Omdat situationele arbeidsongeschiktheid vaak samengaat met psychische problematiek bij de werknemer is meestal wel sprake van ziekmelding en vindt wel een ziekgelduitkering plaats. Het is nog geen gebruik dat verzekeraars ziekgelduitkeringen weigeren op grond van situationele arbeidsongeschiktheid, maar hierin kan verandering komen nu de bedrijfsarts dit expliciet moet benoemen. De derde prikkel ligt later in het traject en komt erop neer dat de verzekeraar de uitbetaling van het eerstejaars ziekgeld kan staken ingeval de werkgever een sanctie opgelegd heeft gekregen door het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering (UWV). Een sanctie wordt alleen opgelegd als de werkgever zich onvoldoende heeft ingespannen om reïntegratie mogelijk te maken. Over het algemeen bevatten de ziekgeldpolissen een voorwaarde die inhoudt dat de werkgever er alles aan moet doen om reïntegratie tot stand te brengen. In geval van een sanctie van de UWV kan de verzekeraar zich beroepen op deze polisvoorwaarde en de ziekgelduitkering staken. De geloofwaardigheid van de verzekeraar bij de toepassing van deze instrumenten valt en staat met zijn rol bij de reïntegratieondersteuning.

De verzekeraar neemt veelal niet de rol van casemanager op zich, maar fungeert meer als coördinator tussen de verschillende partijen. De dienstverleningsfunctie is daarbij het belangrijkste. Het gaat daarbij om zorgbemiddeling (vanuit de zorgverzekeraar), arbo-dienstverlening, medische en niet medische reïntegratiebedrijven en soms daadwerkelijke (arbo-curatieve) zorgverlening. De grootste vijf verzekeraars gaan daarin het verst en bieden eigen arbo- en (medische) reïntegratiediensten. Zij nemen veelal ook deel in of zijn eigenaar van medische reïntegratiebedrijven en zelfstandige behandelcentra of privéklinieken. Overigens vindt lang niet altijd gedwongen winkelnering plaats. Verzekeraars bieden bijvoorbeeld hun reïntegratiediensten ook aan naast de arbo-dienst die de werkgever heeft en verplichten hem niet ook over te stappen naar de aan de verzekeraar gelieerde Arbo-dienst. Evenmin is het hebben of afsluiten van een collectieve ziektekostenverzekering een voorwaarde voor het kunnen inhuren van de interventiediensten van de -in een concern opererende- inkomensverzekeraar.

Ook *de zorgverzekeraars* bieden werkgevers (al dan niet met collectieve contracten voor ziektekostenverzekering) reïntegratieondersteuning. Zij treden daarin veelal op als bemiddelaar bij verzuimpreventie en -interventie. Met name de zorgverzekeraars die niet deel uitmaken van een concern waarin ook inkomensverzekeringen worden aangeboden proberen op deze wijze hun dienstverlening aan werkgevers te verruimen.

Deel 2 **Probleemverkenning: aanbevelingen voor een beleidsagenda**

6 **Inleiding**

Duidelijk toekomstperspectief

Het tweede Kabinet Balkenende maakt in zijn Hoofdlijnenakkoord 'Meedoen, meer werk, minder regels' duidelijke keuzen voor de verdere ontwikkelingen in de stelsels van de zorg en van de sociale zekerheid nog onvoldoende in samenhang, maar wel voor elk van de sectoren met een duidelijk perspectief. Voor de sociale zekerheid betekent dit het doorzetten van het beleid gericht op beperking van de WAO-instroom en versterking van de WAO-uitstroom door reïntegratie. Alleen mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn komen nog voor de WAO in aanmerking. Van de huidige WAO-ers onder de 45 jaar zal door herkeuring een deel in de bijstand terecht komen om van daaruit, onder de verantwoordelijkheid van de Gemeenten en de Centra voor Werk en Inkomen (CWI's) voor reïntegratie in aanmerking te komen. In de zorgsector zal de stelselherziening die door de beide vorige kabinetten is voorbereid worden doorgezet. Per 1 januari 2006 vindt de invoering van een algemene zorgverzekering plaats, uit te voeren door private zorgverzekeraars en zorgaanbieders in een gereguleerde markt. Ook de curatieve AWBZ-zorg zal deel uitmaken van deze algemene verzekering. Beperkingen in de wettelijke aanspraken zullen het belang van de aanvullende verzekeringen doen toenemen. De huidige aanbodregulering zal waar mogelijk snel, maar op verantwoorde wijze worden vervangen door een systeem van gereguleerde marktwerking.

Wisselende trends

Als gevolg van maatschappelijke, sociale en economische omstandigheden treden in de afgelopen jaren verschillende maatschappelijke trends op de voorgrond en verdwijnen ook weer bijna geruisloos.

Met de opkomst van reïntegratie- en interventiebedrijven laait medio jaren negentig de discussie over tweedeling in de zorg -voorrangszorg- in alle hevigheid op. Waarom werknemers wel een snelle behandeling en niet-werknemers niet? Door een zorgvuldige politieke aanpak en een minstens zo zorgvuldige praktijk van zorgaanbieders, verzekeraars en reïntegratiebedrijven vindt een geleidelijke acceptatie van dit fenomeen plaats. Het is weggedefiniëerd door er geen kwantitatief probleem van te maken (tekort aan capaciteit), maar door over zorg te gaan spreken in kwalitatieve termen (behoefte aan speciale poli's voor bijvoorbeeld kapperseczeem).

Het onderwerp tweedeling verdwijnt van de politieke en maatschappelijke agenda om plaats te maken voor het probleem van de wachtlijsten in de zorg. Veel van wat er in het politieke discours het afgelopen decennium naar voren is gebracht over de (gebrekkige) relatie tussen zorg en sociale zekerheid, is gegoten in termen van wachtlijstproblemen. De Nederlandse economie draait op volle toeren, de bestedingen van de burger stijgen tot ongekennde hoogte, maar voor zijn verzekerde gezondheid is geen budgettaire ruimte. Rechterlijke uitspraken over het recht op zorg versterken het maatschappelijke gevoel dat de overheid tot dan toe, tegen de economische ontwikkeling in, de zorgsector in de ontwikkeling laat achterlopen, met als gevolg wachtlijsten. Er vindt verruiming van de middelen plaats; het 'boter bij de vis principe' doet zijn intrede. Dit principe houdt in dat voor aantoonbare extra productie, waarover zorgaanbieder en zorgverzekeraar het eens zijn, middelen beschikbaar zijn. Tegenover daadwerkelijke meerproductie staat ook meer geld voor ziekenhuizen en specialisten. Gevolg is zowel een inkomensstijging voor de zorgverleners als een toename van de productie. De wachtlijsten nemen af en daarmee ook de politieke en maatschappelijke belangstelling voor dit onderwerp.

De economische terugval en de forse kostenstijging in de zorg, afgedwongen in economische betere tijden, nopen het nieuwe kabinet tot ingrijpende maatregelen gericht op kostenbeheersing. Beperking van de aanspraken en invoering van een eigen risico in de Ziekenfondsverzekering richten zich op de burger. Generieke tariefskortingen treffen de aanbieders en instellingen van zorg. Nu de broekriem moet worden aangehaald, vormen kostenbeheersing door eigen risico, pakketbeperking en ingrepen in de honorering van zorgverleners en instellingen het onderwerp van maatschappelijk debat. Tegelijk is een ontwikkeling gaande waarin de overheid in zijn streven naar een meer marktconforme uitvoering van het beleid op zowel het terrein van de sociale zekerheid als de gezondheidszorg individuele partijen aanspreekt op hun (uitvoerings)-verantwoordelijkheid. De juiste prikkels, de juiste instrumenten en voldoende ruimte voor eigen initiatief zijn de belangrijkste voorwaarden voor succes

op dat terrein. Onder dit politieke en maatschappelijke gesternte is het van nog meer belang dat op een zorgvuldige wijze uitvoering wordt gegeven aan de integratie van sociale zekerheid en zorg.

7 Sociale Zekerheid en Zorg; een plan van aanpak

Het thema Sociale zekerheid en Zorg heeft in de periode september 2002 - juni 2003 gerichte aandacht gekregen in het project sociale zekerheid en zorg. Het thema zelf kent al een langere historie. De term roept associaties op met begrippen als grote convergentie en het herstellen van de weeffout uit 1971 toen sociale zaken en gezondheidszorg niet langer onder hetzelfde departement gingen ressorteren. Het plan van aanpak van het project sociale zekerheid en zorg poogt na te gaan hoe sociale zekerheid en zorg beter op elkaar betrokken kunnen worden, niet door systeemveranderingen, maar door een probleemgerichte aanpak. Op basis van een analyse waar welke winst te halen valt, benoemt dit plan een aantal punten die verdere aanpak behoeven. De inzichten en voorstellen voor dit plan van aanpak zijn onder meer verkregen uit schriftelijk materiaal en vele gesprekken met betrokkenen: Arbo-diensten, reïntegratiebedrijven, zorginstellingen, inkomens- en ziektekostenverzekeraars, grote en kleine ondernemingen, wetenschappers en de landelijke representanten en belangenbehartigers.

Het thema sociale zekerheid en zorg is lastig af te bakenen. Dat heeft alles te maken met het feit dat de vraag of sociale zekerheid en zorg elkaar op een goede wijze aanvullen, onlosmakelijk verbonden is met de wijze waarop de sociale zekerheid en de zorg in hun algemeenheid functioneren en elk ingebed zijn in eigen wet- en regelgeving. Om niet in een onbeheersbare alomvattendheid terecht te komen, maar om evenmin zaken zodanig te reduceren dat de samenhang uit zicht verdwijnt, kiest het plan van aanpak een brede invalshoek. De individuele activiteiten die in het kader van dit project worden ondernomen, beperken zich daarentegen tot die zaken die direct het raakvlak tussen sociale zekerheid en zorg raken. De verwachting is dat veel van de bredere opmerkingen hun weg vinden in de verdere meningsvorming in het veld en op de departementen van SZW en VWS.

Waar deze tekst het thema in een bredere context van het debat over ziekteverzuim en WAO-reductie plaatst, zij opgemerkt dat ook dat debat in de loop van de tijd grenzen gekregen heeft die niet helemaal voor zich spreken. De geschiedenis van het debat over de WAO is al twintig jaar sterk gekleurd door de vraag aan welke knoppen gedraaid moet worden om de WAO-instroom te beperken. In cycli van vijf jaar is sinds het begin van jaren tachtig eerst vastgesteld hoe de aanspraken verder konden worden ingeperkt (minder hoge uitkering, beperking kring der verzekerden), vervolgens is flankerend beleid ontworpen om de ernstigste effecten te mitigeren (Wet arbeidgehandicapte werknemers WAGW, Wet afschaffing malus en bevordering reïntegratie AMBER, Wet Reïntegratie arbeidsgehandicapten, REA), waarna de uitvoering nauwelijks tijd kreeg om zich in te regelen op de nieuwe gedachten. Na twee jaar wordt geconstateerd dat de instrumenten niet werken en de aanloop tot een nieuwe blauwdruk is genomen. Een dergelijke benadering kent veel problemen: behalve een gebrek aan geloofwaardigheid van overheidsbeleid, ontstaat ook een verandermoetheid in de uitvoering die niet met simpele managementinstrumenten is om te zetten in een actieve en effectieve uitvoeringspraktijk. Bovendien is het een te weinig gestelde vraag of het ziekteverzuim zich hoofdzakelijk laat aanpakken via een mechanisch model van incentives. Er spelen ook andere zaken een rol. Daarbij gaat het niet alleen om de conjuncturele omstandigheden, maar speelt bijvoorbeeld ook de structuur van de arbeidsmarkt een rol: wanneer duidelijk is dat stratenmakers of leraren in het basisonderwijs op hun zestigste massaal gebruik maken van de WAO, is het zaak ook te investeren in sectoraal loopbaanbeleid en flexibilisering van functie- en loongebouwen.

Het probleem ontleed

Het probleem van de aansluiting tussen de sociale zekerheid en de zorg is zeker geen abstract probleem. Het is vooral een probleem, omdat de gebrekkige aansluiting een voorspoedige (re-)integratie van mensen met gezondheidsklachten in het arbeidsbestel in de weg staat. Deze constatering vormt de leidraad voor de zoektocht naar achterliggende oorzaken. Daarbij staat vast dat verschillende partijen dat probleem op een verschillende manier percipiëren, en van daaruit ook verschillende ideeën hebben over wat er goed en fout gaat in de verhouding tussen sociale zekerheid en zorg. Deze verschillende percepties hangen samen met de vraag welke categorie personen men bedient.

Een eerste indeling is die tussen mensen die nog een relatie hebben met de werkgever (simpel gezegd: de eerste twee ziektejaren), mensen die dat niet meer hebben, maar waar het UWV zich verantwoordelijk voor acht, en mensen voor wie geen arbeidsverleden geldt en die daarom

aangewezen zijn op de gemeentelijke sociale dienst. Deze laatste groep blijft in het verdere betoog buiten beschouwing.

Voor de groep (ex-)werknemers is een tweede indeling, die meer aansluit bij hoe 'de markt' zich ontwikkelt, evenzeer op zijn plaats. Met name bij de categorie mensen die in de eerste twee ziektejaren zitten (uitgaande van een snelle invoering van de tweedejaars-loondoorbetalingsverplichting), tekent zich een onderscheid af tussen drie typen werkgevers: bedrijven tot 100 mensen, bedrijven met 100 tot 1000 mensen en grotere bedrijven. Vanzelfsprekend is deze indeling vooral analytisch van betekenis: in de praktijk zijn de grenzen tussen de verschillende markten veel vager.

7.1 Het perspectief van de honderd-min-bedrijven

Wanneer honderd-min bedrijven spreken over bestrijding van ziekteverzuim, valt nooit spontaan als eerste het woord arbo-dienst. De arbo-dienst is voor deze ondernemers een grote, wat anonieme organisatie, waartegen men in contractonderhandelingen niet is opgewassen. Niet voor niets geeft 60% van deze kleine bedrijven aan dat ze bij het schrappen van de verplichte aansluiting bij een arbo-dienst, onmiddellijk het contract zouden beëindigen. Dat is ook het formele standpunt van MKB-Nederland: snel opheffen van de verplichte aansluiting. De werkelijkheid ligt op twee manieren complexer.

Allereerst blijken veel vertegenwoordigers uit het midden- en kleinbedrijf achter de schermen huiverig te staan tegenover een dergelijke afschaffing: het brengt kleine middenstanders -zeker in een economische periode waarin er vooral op kostenreductie wordt gestuurd- in een gevaarlijke positie. Enige bescherming is zo gek nog niet, zo redeneert menig een. Een tweede mechanisme dat het debat over de verplichte aansluiting relativeert, is van nog groter belang. De primaire invalshoek van veel kleine bedrijven is, zoals gezegd, niet de arbo-dienst, maar de inkomensverzekeraar. Veel kleine bedrijven hebben een Ziektewet- en Pemba-verzekering en de verzekeraars die deze verzekeringen aanbieden, stellen in toenemende mate het gebruik van arbo-dienstverlening verplicht (is het geen formele verplichting meer, dan wordt het dus een contractuele). Onder verzekeraars zijn ook de grootste pleitbezorgers van de Wet verbetering poortwachter te vinden: in het algemeen zijn verzekeraars erg tegen regelgeving, maar deze wet zorgt er wel voor dat ze hun verzekerden kunnen aanspreken op het zetten van de juiste stappen bij (dreigend) ziekteverzuim. Natuurlijk is dit een gestileerd beeld: het MKB bestaat uit veel heel verschillende sectoren, die traditioneel of erg goed of nauwelijks georganiseerd zijn.

In de dynamiek die hier plaatsvindt is een belangrijke ontwikkeling waar te nemen, namelijk die waarbij brancheorganisaties zelf het ziekteverzuimbegeleidingswerk voor hun leden gaan regelen. In de kern komt dit er op neer dat de brancheorganisatie een centraal bureau opzet waar HBO-opgeleide casemanagers werken die er vooral op gericht zijn om het ziekteverzuim-interventieproces te bespoedigen. Ziektemeldingen vinden dan ook plaats bij dit bureau, dat de arbo-dienst inschakelt met wie een mantelovereenkomst bestaat, die vervolgens de werkgever wekelijks informeert over de voortgang en die – gemandateerd door de verzekeraar – ook kan besluiten om reïntegratiediensten in te schakelen of om de wachtlijstbemiddelaar van de achterliggende zorgverzekeraar in te zetten. In dit back office worden ook de aanvragen van REA-subsidies (voor zover nog van toepassing) en andere communicatie met het UWV geregeld. Dit is beslist een sterk concept.

De inhoudelijke les die hieruit getrokken kan worden, is dat in deze sector het arbo-concept gaandeweg zijn centrale positie aan het verliezen is. De individuele werkgever zit niet te wachten op een arbo-dienst: hij is vooral geïnteresseerd in ondersteuning bij hervatting van werkzaamheden, en wie dat het beste kan, is de partij met wie hij zaken wil doen. Dat wil zeggen dat hij liever een reïntegratie instantie voorop wil hebben staan, met een arbo-dienst in de rol van onderaannemer, die alleen ingeschakeld wordt bij evident medische problematiek, iets wat, zo wordt geschat, in 30% van de gevallen aan de orde zal zijn. Op dat basale gevoel zijn brancheorganisaties en de betere inkomensverzekeraars in Nederland ingesprongen. Deze subtiele onderschikking van het arbo-concept aan het reïntegratieconcept lijkt zich in dit marktsegment onafwendbaar door te zetten.

Het is in dat opzicht opvallend hoe Arbo-diensten zich opstellen. Ze voelen dat ze moeten, maar ze zijn lang niet altijd een echte partij voor de verzekeraars. De inkomensverzekeraars stellen zo hun eisen (ze selecteren vaak ook zelf welke arbo-artsen voor hun verzekerden werken). In de gevallen waarin de Arbo-diensten onderdeel zijn van een groter conglomeraat, stelt de dienst wel eigen eisen. Het is de vraag hoe lang arbo-diensten zich die positie nog kunnen veroorloven. De concurrentie

vanuit de reïntegratiewereld groeit: er bestaan inmiddels ook reïntegratiebedrijven die een licentie als arbo-dienst 'kopen' om formeel aan de eisen te voldoen om een 'full service-pakket' aan te kunnen bieden, maar die werkgevers vooral lokken met hun reïntegratieaanbod dat 'arboproof' is.

Welke beleidsmatige perspectieven zijn hieraan te ontleen? Het eerste betreft het verder stimuleren van het brancheniveau als niveau waarop een ziekteverzuimbeleid vorm krijgt, want op dit vlak valt veel dynamiek te realiseren. Dat zou kunnen door (nog) sterker in te zetten op ziekteverzuimbeleid als onderwerp voor sociale partners op CAO-niveau. Een manier om dat te faciliteren is het lopende traject van arbo-convenanten verder in deze richting te ontwikkelen. Was de eerste tranche arbo-convenanten nog sterk ingekleurd door de klassieke arbo-thema's (veiligheid, preventie), de tweede tranche heeft al meer inhoud in de richting van ziekteverzuimbeleid, en zo zouden de arbo-convenanten uitgebouwd kunnen worden tot arbo-, verzuim- en reïntegratieconvenanten. Het zou de moeite waard zijn om te kijken of de vele sectorfondsen die er zijn - en die vaak gericht zijn op zaken als bijscholing en werving - een hier van afgeleide ondersteunende taak kunnen krijgen bij dit verzuimbeleid, bijvoorbeeld voor de financiering van bijzondere zorgverlening (zeker nu de bijbehorende REA-subsidies wegvallen). Nog wervender voor branches wordt het, als besloten zou worden om van de poortwachter drie-kwart-dwingend-recht te maken: geef CAO-partners de mogelijkheid om zelf invulling te geven aan het protocol, waardoor ze het protocol op maat van hun sector kunnen snijden. In dat kader zouden ze dan ook specifieke mantelcontracten voor Arbo-diensten kunnen ontwikkelen, die op maat gesneden zijn en bovendien aan minimum-kwaliteitsnormen voldoen. Vanzelfsprekend zou ook de basis-pemba-premie nader gedifferentieerd moeten worden tot dit niveau. Dat alles bevordert in ieder geval dat het branche- en CAO-niveau meer inhoud krijgt als het gaat om ziekteverzuimbeleid.

7.2 Het perspectief van bedrijven met 100 tot 1.000 werknemers

Bedrijven met deze omvang zitten in de lastigste positie als het gaat om ziekteverzuimbeleid. Ze hebben, net als de nog grotere bedrijven, geen verzuimverzekering meer. Hun eerste associatie bij het woord ziekteverzuim gaat uit naar de arbo-dienst. Daar hebben ze immers een contract mee, iets waar de ondernemingsraad mee heeft moeten instemmen en iets waar hun hoofd P&O, als het goed is, met enige regelmaat aan herinnerd wordt. Tegelijkertijd zijn ze vaak ontevreden. De arbo-dienst werkt vaak nog volgens een klassiek concept. Er is een systeem met spreekuren: werknemers worden pas in de zesde week voor het eerst gezien en daarna voor een vervolgesprek opgeroepen op een datum die zeker weer een maand verder ligt. Dat schiet niet op, en de communicatie is beperkt. Graag zouden deze ondernemingen iets meer dynamiek zien bij de Arbo-diensten, maar ze weten niet hoe ze dat kunnen realiseren.

Een belangrijk sleutelwoord in dit opzicht is transparantie. Een enkeling spreekt zelfs al van een prestatiecontract. Toch zijn prestatiecontracten nagenoeg non-existent, en waar ze bestaan, zijn het eerder weer traditionele "fee-for-service" contracten. Echte outcome-contracten (premie voor de arbo-dienst afhankelijk van de hoogte van het ziekteverzuim) komen, voorzover bekend, alleen voor als er een stevige verzekeraar achter zit. Uit zichzelf sluiten arbo-diensten dergelijke contracten nog maar nauwelijks. Dat is niet alleen een kwestie van onwil, maar vooral van onvermogen. Arbo-diensten bestaan nu goed acht jaar, en in die tijd hebben ze een aantal zaken wel kunnen realiseren en andere niet. Hun grootste hinderpaal is ongetwijfeld het feit dat veel bedrijfsartsen opgegroeid zijn in een cultuur waarin arbo-beleid vooral staat voor preventieve maatregelen. Bedrijfsartsen weten alles van toxicologie maar activiteiten op het gebied van ziekteverzuim zien ze toch als minder hard en interessant, terwijl wel tachtig procent van hun werk hieruit bestaat. Voor bedrijfsartsen blijft het ook lastig zich te ontwikkelen tot de adviseur van het management op het terrein van ziekteverzuimbeleid. Daarvoor blijven ze te veel op afstand en redeneren ze te veel in termen van individuele gevallen. Arbo-diensten hebben echter meer hinderpalen. Velen zijn een resultante van een fusie die soms moeizaam, maar redelijk verloopt, soms ook mislukt. Ze hebben nog maar weinig geïnvesteerd in interne research en development, en bieden daarom ook weinig concurrerende producten. Hun informatievoorziening, zowel intern als ten behoeve van hun klanten, is beperkt, al worden er wel slagen gemaakt (zoals Arboned). Tegelijkertijd zijn ze het afgelopen jaar aan niet veel meer toegekomen dan het 'poortwachterproof' maken van hun werkwijze, omdat hun klanten dat eisen. Voeg daarbij het beeld van de befaamde 'tientjes-contracten' (die in de praktijk inmiddels gemiddeld 100 euro beslaan) en het beeld ontstaat van een zich maar voorzichtig ontwikkelende wereld. De blijvende grotere tevredenheid over interne arbo-diensten is in dit opzicht een teken aan de wand. De beleidsopgave bestaat hier dus vooral uit het dynamiseren van het arbo-beleid en het prikkelen van de werkgever om zich actiever op te stellen in zijn ziekteverzuimbeleid.

Daarvoor kan een aantal wegen bewandeld worden. Een krachtige ontwikkeling van de markt voor arbo-dienstverlening is een eerste sleutelwoord. Daarbij hoort een verdergaande professionalisering, vergroten van de transparantie en verantwoording en invoering van een systeem van benchmarking. Zeker waar de RWI zich actief profileert met het transparant maken van de reïntegratiemarkt (eenduidige meetmethoden, openbare publicatie van succespercentages) ligt het voor de hand om dat proces gelijk op te laten lopen met een vergelijkbaar proces voor Arbo-diensten.

Een tweede weg bestaat in een verdere versterking van de kennisinfrastructuur. Er is de afgelopen jaren een veelheid van initiatieven genomen om te zorgen dat de kennis op het gebied van arbo- (curatieve) aangelegenheden, breder beschikbaar komt. Tegelijkertijd gebeurt dat vaak op projectbasis en lang niet altijd is duidelijk hoe de medewerking van alle betrokkenen gegarandeerd kan worden. Nu Arbo-diensten op het punt staan hun eigen R&D-functie vorm te geven, lijkt het zaak om tot een meer gedegen kennisinfrastructuur te komen, waarin ook vast ligt wie welke kennis verzamelt en aan wie die kennis wordt doorgegeven. Dat moet leiden tot niet-vrijblijvende constructies, die ook op 'hoog' niveau commitment hebben. Tenslotte zou ook meer aandacht besteed kunnen worden aan de beleidsinformatie met betrekking tot de instroom in de WAO. De oude kennisbronnen van CTSV, LISV, de verschillende UVI's en SZW zijn nog niet zo geïntegreerd dat er een breed gedragen beleidsmonitoring ontstaat die voldoende diepgang heeft.

7.3 Het perspectief van bedrijven met meer dan 1000 werknemers

Bedrijven met meer dan 1000 mensen voelen nadrukkelijk de druk om actief ziekteverzuimbeleid te voeren, zij het met mate en met vertraging. Ze hebben een P&O-afdeling die ze wel onder druk willen zetten, maar die ook zo zijn eigen (gebrek aan) dynamiek kent, en dat maakt het niet altijd gemakkelijk. Verhoudingsgewijs hebben deze bedrijven een hoog WAO-instroomcijfer. Gaandeweg komt hier een beweging op gang die kan worden getypeerd als een correctie op de outsourcingbeweging van begin jaren negentig. Met de beveiliging, de catering en het wagenpark werd toen ook de bedrijfsgezondheidsdienst geprivatiseerd. Nu lijkt men daar van terug te komen: de opvatting dat goed personeelsbeleid dichter bij de kern van hun onderneming staat dan de andere zaken, lijkt terrein te winnen: ze hebben de controllers ten slotte ook niet geprivatiseerd. TPG bijvoorbeeld heeft zijn outsourcingplannen bij nader inzien in de koelkast gezet, Philips en de NS zijn bezig met insourcing. Tegelijkertijd wil deze categorie organisaties niet meer terug naar een volledig opgetuigde eigen arbo-dienst. Wat ze willen, is vooral die functies terughalen die met regie te maken hebben en alle andere functies inkopen. Daartoe stellen ze meestal enkele ervaren bedrijfsartsen aan die voor hen specifieke taken bij Arbo-diensten en reïntegratiebedrijven inkopen (wat daarbij opvalt is dat de grens van 1000 werknemers gaandeweg naar beneden lijkt te gaan, zeker nu er een tweede jaar loondoorbetaling aankomt).

Het beleidsmatige antwoord in deze situatie lijkt uit een paar onderdelen te (moeten) bestaan. Allereerst zijn er argumenten om de pamba-boete te laten bestaan. Grote werkgevers waren – binnenskamers- eensgezind als het er om ging duidelijke financiële prikkels te creëren voor werkgevers. Binnenskamers was men evenmin negatief over het idee om de WAO-instroomcijfers verplicht te publiceren. Grote bedrijven willen immers graag wervend zijn voor mensen op de arbeidsmarkt en een hoog WAO-cijfer staat weinig fraai, zo was de inschatting. In dat kader valt te overwegen om het gegeven dat met name de grote bedrijven verantwoordelijk zijn voor de WAO-instroom, nog serieuzer te nemen en bijvoorbeeld verder te differentiëren in de loondoorbetalingsverplichting. Grote bedrijven zijn bovendien niet alleen meer verantwoordelijk voor de WAO-instroom, ze hebben ook veel meer mogelijkheden tot interne herplaatsing.

Specifieker kan het beleid er in bestaan om niet langer te spreken over de verplichting om een arbo-dienst te contracteren, maar om te spreken over een aantal functies die vervuld moeten worden, maar die niet noodzakelijkerwijs bij een instantie afgenomen moeten worden. De in de op 4 april 2003 aan de SER gezonden adviesaanvraag genoemde mogelijkheid van de splitsing van de functies van de arbo-dienst kan hieraan zeker bijdragen. Een dergelijke maatregel heeft overigens niet alleen voordelen voor met name de grote werkgevers, die hun ondersteuning meer op maat kunnen snijden. Het leidt ook tot dynamiek in de arbo-dienstverlening, toetreding van nieuwe aanbieders en specialisatie.

7.4 Verzekeraarsproblematiek

Juist omdat de verzekeraars zo'n centrale rol spelen in de aansluiting tussen sociale zekerheid en zorg is het van belang aan te sluiten bij hun probleembeleving. Zij hebben twee problemen. Het eerste

urgente korte termijnprobleem is de financiering van wat in de wandelgangen vaak werd aangeduid als tweedelijns arbo-dienstverlening, maar wat tegenwoordig vaak door het leven gaat als interventiebedrijven. Een deel daarvan richt zich op de markt van het bewegingsapparaat (Winnock, de gezonde zaak, allerlei ketens van fysiotherapiepraktijken), een deel op de markt van de psyche (HSK, Cenzo, GIMD). Het gaat daarbij steeds om snelle hulpverlening, met duidelijke algemene leveringsvoorwaarden (eerste contact binnen week, totale behandeling in drie maanden afgerond), meestal gecontracteerd door Arbo-diensten, maar in toenemende mate ook rechtstreeks door werkgevers. De financiering hiervan verliep deels via REA-subsidies, maar nu deze langzamerhand wegvallen, neemt de druk om deze voorzieningen uit de reguliere zorg te betalen toe. Tot op heden is dat maar beperkt mogelijk (zie ook deel 1, hoofdstuk 4). Duidelijk is in ieder geval dat veel van deze bedrijven aantoonbare kwaliteit leveren en een aantoonbaar effect op de snelheid van herstel hebben. Ze leveren daarom altijd meer op dan ze kosten, maar zeker kleine werkgevers zijn (nog) huiverig om ze in te schakelen. Verzekeraars zien graag dat de vrijblijvendheid verdwijnt. Ze worden daarin bijgevallen door grote werkgevers, die het merkwaardig vinden dat ze dubbel moeten betalen: enerzijds via hun werkgeversbijdrage voor de ziektekostenverzekering van hun werknemers, anderzijds via rechtstreekse betalingen aan deze zorginstellingen.

Grosso modo tekenen zich een aantal lijnen af waarlangs dit probleem aanpakt zou kunnen worden. Allereerst was het wellicht beter geweest om de REA-subsidie niet tegelijk af te schaffen, maar geleidelijk (en in ieder geval niet voor het tweede jaar loondoorbetaling is geregeld). Iets verdergaand is de suggestie om verzekeraars aan te sporen om de recent bijgestelde flexizorgregeling te benutten voor de financiering van dergelijke initiatieven. Ook de mate waarin nu vrije onderhandelingen over DBC's mogelijk worden, zou in dit perspectief nader verkend moeten worden; arbeidsrelevante DBC's zouden als eerste vrijgegeven moeten worden. Tenslotte is het mogelijk om de bekostiging in de gezondheidszorg structureel aan te passen. De koninklijke weg om dat te doen, is de introductie van een functionele omschrijving van verstrekkingen in de curatieve zorg, analoog aan het traject dat inmiddels bijna is afgerond in de caresectoren. Een functionele omschrijving van curatieve zorg biedt immers de mogelijkheid aan verzekeraars om die zorg te contracteren die ze het beste vinden en dwingt hen niet, zoals nu, alleen de zorg van reguliere ziekenhuizen af te nemen.

Voor een goed begrip: het belang om dergelijke voorzieningen overeind te houden gaat verder dan het belang om aantoonbare reductie van ziekteverzuimtermijn te realiseren. Het belang ligt ook in de druk die op de reguliere zorg ondervindt door deze voorzieningen om hun organisatieproces aan te passen. Waar een ziekenhuis traditioneel georganiseerd is in termen van zijn aanbod, namelijk de medisch specialisten, en dus zijn bedrijfsprocessen organiseert in de vorm van interne doorverwijsrelaties, organiseren de interventiebedrijven de zorg vanuit een klantenperspectief: ze zetten orthopeed, fysiotherapeut en psycholoog niet na, maar naast elkaar en realiseren zo een samenhangend pakket dat beter aansluit om het (complexe) ziektepatroon dat zo kenmerkend is voor veel ziekteverzuim. Het stimulerende effect hiervan op de reguliere zorg kan moeilijk overschat worden: nu al beginnen de betere ziekenhuisdirecteuren zich druk te maken over de potentiële bedreiging die er van deze interventiebedrijven uitgaat en beraden ze zich voorzichtig op de vraag wat ze zelf kunnen. Dat mechanisme verdient het gecultiveerd te worden.

Een ander aspect dat aandacht verdient, is het verder bevorderen van de mogelijkheid om zorgverzekeringen onderdeel te laten uitmaken van totale verzekeringspakketten die aan werkgevers worden geboden. Bij verzekeraars bestaat de vrees dat door het niet langer kunnen bieden van forse premiekortingen op de collectieve ziektekostenverzekeringen, de belangstelling daarvoor van de werkgevers zal verdwijnen. Een aspect dat daarbij een rol speelt is de loongerelateerde bijdrage van de werkgevers aan de zorgverzekering. Dat betekent dat werkgevers dit bedrag niet als 'hun' geld zien waarmee ze kunnen onderhandelen, maar als de verplichte afdracht aan een algemene kas. De werkgever houdt niettemin een groot belang bij een relatie met de zorgverzekeraar vanwege diens mogelijkheden om voor zijn werknemers de zorg -inclusief de arbo-curatieve interventies- te organiseren op een wijze die past bij het arbo- en verzuimbeleid van de onderneming.

7.5 Het perspectief van mensen in de WAO

Na een periode van (straks) twee jaar ziektewet breekt het moment van keuring aan, gevolgd door reïntegratieinspanningen van de UWV. Ook in dat kader valt de relatie tussen sociale zekerheid en de zorg te verbeteren.

Allereerst de aard van de keuring zelf. Als alle plannen voor beperking van de toegang tot de WAO tot alleen volledig arbeidsongeschikten door zouden gaan, dan verandert de aard van de keuring

wezenlijk. Van een beoordeling van een persoon wordt het de beoordeling van een proces. Die beoordeling is deels een beoordeling van de logistieke kant (poortwachter), deels ook een inhoudelijke beoordeling (is bij een gegeven aandoening precies dat gedaan wat gegeven de stand van wetenschap ook gedaan had kunnen en moeten worden). Dat impliceert dat keuringsartsen inhoudelijke protocollen moeten hebben, die ze als referentiekader kunnen hanteren. Voor een deel zijn die overigens beschikbaar, voor een deel moeten ze toepasbaar gemaakt worden op de keuringspraktijk, maar de ervaringen in de VS met met name disease- en disabilitymanagement kunnen daarbij behulpzaam zijn. Het is duidelijk dat deze protocollen moeten sporen met de protocollen die bedrijfsartsen hanteren (ook die zijn in beperkte mate aanwezig) en dat die weer moeten sporen met de protocollen van de klinisch werkende artsen.

Niet alleen de herziening van de keuring impliceert een betere afstemming van keuringscriteria op klinische criteria. Dat geldt ook voor de artsen zelf. Wie nog wil geloven in een keuringspraktijk waarin artsen een serieuze rol spelen, moet maatregelen nemen om de professionaliteit en attitude van de artsen te verbeteren. Die zouden uit minstens twee sporen moeten bestaan.

Het eerste spoor behelst de introductie van meer discretionaire ruimte voor de betrokken artsen. Als exponent van een cultuur in de sociale zekerheid die altijd meer geënt is op rechtmatigheid dan op doelmatigheid, zijn verzekeringsartsen altijd beschouwd als uitvoerders van regels die naar hartelust door de politiek konden worden bijgesteld. Hun eigen beslissingsruimte was formeel beperkt. Waar ze die hadden -namelijk in de spreekkamer bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid- gebruikten ze die, met als effect dat ze de schuld kregen van het oplopen van WAO-instroom. Volgens een klassiek Tayloriaans managementconcept wordt nu geprobeerd deze discretionaire ruimte aan banden te leggen door middel van benchmarking en protocolisering. Wie dat wil, zal andere uitlaatkleppen voor deze artsen moeten bedenken, willen ze echt loyaal meewerken aan een bijstelling van de doelstellingen in de sociale zekerheid. Een mogelijke variant is bijvoorbeeld om de herkeuring niet meer volgens een vast stramien te doen (zelfs de belastingdienst heeft het rigide rechtmatigheidsstandpunt inmiddels verlaten voor een doelmatigheidsperspectief en werkt met allerlei risicoprofielen als het gaat om de mate van aandacht die aan een bepaalde aangifte besteed wordt), maar om een arts (of beter: een team) de opdracht te geven van een bepaald bestand in een bepaalde periode zeker 20% weer aan het werk te helpen: wie ze daartoe hoe vaak oproepen, moeten ze dan zelf weten, alsmede de vraag welk specifiek reïntegratie instrument ze inzetten.

Het tweede spoor om de apathie die rond het vak heerst te doorbreken, zou het sterk relativeren van het onderscheid tussen de verschillende typen artsen kunnen zijn. Het zou de arbeidssatisfactie van verzekeringsartsen -maar ook bedrijfsartsen- ten goede komen als ze ook een keer ander medisch werk konden doen, terwijl de huisarts die nu 55 is en zijn praktijk neer wil leggen, best enkele dagen rustiger werk wil doen. Ook de uitwisseling met revalidatieartsen zou heilzaam kunnen werken. Het spookbeeld van twee decennia geleden (bedrijfs- en verzekeringsartsen als uitgebluste huisartsen) doemt snel op, maar er zijn manieren om dat te voorkomen. Bovendien is het maatschappelijk tij anders: een tekort aan huisartsen. De binnenkort te introduceren mogelijkheid voor bedrijfsartsen om door te mogen verwijzen, is in dat opzicht een belangrijke stap: er zal niet eens zo veel verwezen worden, maar het symbolische karakter moet niet onderschat worden. (Overigens valt er in dit opzicht nog wel wat te doen. Als de bedrijfsarts een vergelijkbare positie moet krijgen als de huisarts, ligt het voor de hand dat de medewerkers van een onderneming hem ook kennen, kunnen bereiken en vertrouwen. Dat is nu niet zo. Bijna niemand kent de naam van 'zijn' bedrijfsarts, ze zijn zelden bereikbaar -arbozorg on site blijkt voor de meeste arbo-diensten een te lastig concept - en de meeste werknemers blijven de bedrijfsarts toch zien als een veredelde controleur van de Ziektewet. Vergelijk ook de mate van professionalisering: de LHV met 7000 leden heeft 250 mensen in dienst, de NVAB, met 2000 leden, 1.

Dit vergt een lange termijn investering die niet op korte termijn grote politieke successen oplevert, maar die wel overwogen moet worden. In essentie is het een breuk met het in Nederland lang gekoesterde idee van een apart systeem van bedrijfsgezondheidszorg. Nederland neemt in dat opzicht een unieke plaats in de wereld in: niet alleen vanwege het grote aantal mensen in de WAO, maar ook vanwege de sterke bedrijfsgezondheidszorg: ruim 2000 bedrijfsartsen, een vierjarige opleiding, een systeem van certificering, verplichte contractering door bedrijven van Arbo-diensten, een landelijke dekking, een R&D-structuur; nergens in de wereld kunnen ze hier aan tippen. Nergens is de bedrijfsgezondheidszorg echter ook zo los komen te staan en zijn de standsverschillen met de reguliere zorg zo groot. Waar de deskundigheid van artsen vooral lag op het gebied van specifieke

'preventieve' vakken (toxicologie, ergonomie) viel dat te verdedigen, maar waar hun activiteiten in toenemende mate bestaan uit ziekteverzuimbegeleiding, wordt de splitsing problematischer.

Op korte termijn zouden in stappen gezet kunnen worden door naar de structuur en de inhoud van de opleiding te kijken. Bedrijfs- en verzekeringsartsen zijn de enige artsen die geen systeem van co-assistentenschappen kennen en waar de opleiding niet onder overheidsverantwoordelijk plaatsvindt: basisartsen gaan eerst werken, en daarna mogen ze op enig moment, als hun werkgever het toestaat, een opleiding volgen. De structuur zou die van de opleiding tot andere artsen moeten volgen onder gelijktijdige herijking van de inhoud.

7.6 Ministeriële verantwoordelijkheid

Een betere aansluiting van zorg en sociale zekerheid is in het bovenstaande vooral als een inhoudelijk probleem benaderd. Vanzelfsprekend heeft het onderwerp ook veel te maken met een (gebrek aan) aansluiting van de bestuursculturen die beide sectoren kenmerken. Voor een deel zijn die maar lastig te beïnvloeden. De sociale zekerheid wordt gekenmerkt door een zekere overpolitisering (de laatste twintig jaar te kort-cyclisch nieuwe voorstellen, zonder goede aandacht voor het procesmanagement dat nodig is om de uitvoering te veranderen). De zorg wordt eerder gekenmerkt door onderpolitisering (zonder duidelijke politieke uitspraken wordt al twintig jaar geïnvesteerd in veranderingen in de uitvoeringspraktijk). De sociale zekerheid is een wereld waarin de angst voor het teveel regeert, terwijl in de zorg de angst voor het tekort de maat is: een onterecht verstrekte uitkering is de maatstaf in de ene sector, een niet gerealiseerde verstrekking de maatstaf in de andere. Dergelijke culturen zijn lastig te keren. Toch lijkt het interessant om in ieder geval op departementaal niveau te investeren in een verdergaande toenadering.

8 Voorstellen voor een beleidsagenda sociale zekerheid en zorg.

Vermindering van ziekteverzuim en WAO-instroom is een nagenoeg onomstreden streven. Om dat streven inhoud te geven, bewandelden opeenvolgende kabinetten de afgelopen decennia grofweg twee wegen.

De eerste weg richt zich op de aanspraken op de WAO zelf. Het idee is dan dat met een adequatere vaststelling van die aanspraken, slechts die mensen gebruik van de WAO zullen maken, voor wie er ook geen andere mogelijkheden dan de WAO zijn. Het gaat dan onder meer om de vraag bij welk percentage van arbeidsongeschiktheid een uitkering in de rede ligt, hoe lang iemand al gewerkt moet hebben alvorens er recht bestaat op een uitkering, hoe om te gaan met deeltijdaanstellingen, aan welke medische (keuring-)eisen iemand moet voldoen en hoe hoog de uitkering is.

De tweede weg richt zich op het proces waarin met adequate vroegtijdige onderkenning en interventie, het aantal uitkeringen aanzienlijk wordt beperkt. Over dit uitgangspunt als zodanig bestaat weinig of geen debat, maar des te meer over de vraag hoe dat te organiseren. In tegenstelling tot de eerste weg gaat het hier immers om zaken die de overheid en sociale partners niet of nauwelijks direct bepalen. Het gaat om het gedrag van werknemers en werkgevers, van arbo-diensten en medisch specialisten, van verzekeraars en branche-organisaties. Hun gedrag laat zich met wet- en regelgeving en landelijke afspraken wel enigszins sturen, maar het vergt veel stuurmanskunst om met een minimum aan bepalingen een maximum aan resultaat te krijgen.

De eerste weg - de bepaling van de polisvoorwaarden - laten we in deze tekst verder rusten. Het bepalen daarvan heeft een hoog politiek gehalte. De tweede weg ligt minder vast. Het zoekproces naar de beste manier om vroegtijdige onderkenning en interventie te (laten) realiseren, is nog volop gaande. De afgelopen jaren zijn in dat opzicht belangrijke stappen gezet. De verplichting van werkgevers om het eerste jaar loon door te betalen, was zo'n stap, net als de introductie van Pemba. Van meer recente datum is de Wet verbetering poortwachter die op een heel directe manier het gedrag van partijen bij ziekteverzuim te regelt. Tegelijkertijd zijn het zaken die om nadere beschouwing vragen. In welke mate gedragen partijen (werkgevers, werknemers, arbo-diensten, zorginstellingen, verzekeraars) zich ook volgens de aannames die de grondslag vormen voor deze wettelijke regelingen? En hoe kan de inkadering van dat gedrag verder vorm krijgen? Dat vergt een wat specifiekere discussie over de wijze waarop verzuimonderkenning en interventie vorm krijgt en de verschillende mechanismen die daarbij een rol spelen. Op basis van een taxatie van de stand van zaken en de te voorspellen ontwikkelingen is een beperkt aantal beleidsuitgangspunten voorgesteld.

Die uitgangspunten functioneren als stellingen voor de discussie. Op basis daarvan kunnen de contouren voor een beleidsagenda ontstaan.

Om het enigszins overzichtelijk te houden, onderscheiden we vier onderwerpen die -hoewel alles altijd met alles samenhangt - relatief los van elkaar staan. Het bindende element daarbij is de vraag hoe zorgverlening en verzuimpreventie -beide begrippen in de meest brede betekenis van het woord- met elkaar te verbinden zijn.

1. De eerste vraag is hoe werknemers en werkgevers hun rol (nog beter) kunnen spelen.
 - Voor een deel is dat de vraag welke *structurele prikkels* aanwezig zijn. Werkgevers kennen prikkels in de vorm van loondoorbetalingsverplichtingen en de premiedifferentiatie op basis van de Wet Pemba. Voor werknemers zijn financiële incentives tijdens het eerste ziektejaar in sommige ondernemingen aanwezig en bij andere niet.
 - Voor een deel is het ook de vraag naar (*bedrijfs*)cultuur. In dat kader is de Commissie Werkend Perspectief vooralsnog de voornaamste troef.
2. De tweede vraag is hoe professionals zich tot elkaar verhouden: zijn de bedrijfsartsen, de curatief werkende artsen en de reïntegratiefunctionarissen voldoende op elkaar aangesloten?
 - Voor een deel is dat een vraag naar de *kennis* van de betrokkenen. De afgelopen jaren zijn in dit kader de nodige stimuleringsmaatregelen genomen door de verschillende landelijke organisaties.
 - Voor een deel gaat het ook om de *attitude*: bestaat er voldoende bereidheid om naar elkaar te luisteren. Met name de bereidheid van de zorgsector om de arbeidsperspectieven mee te wegen (zowel in de inhoud van de behandeling als in de snelheid van behandelen) ontmoet veel kritiek.
3. De derde vraag volgt min of meer uit de voorgaande: hoe ontwikkelen de institutionele arrangementen zich die verantwoordelijk zijn voor onderkenning en interventie
 - In welke mate is de arbo-dienstverlening in staat zich systematisch verder te ontwikkelen en hoe kan het proces van afstemming van het arbo-aanbod op de vraag van werkgevers en werknemers verder vorm krijgen?
 - In welke mate is de reïntegratiemarkt een markt die aansluit op verzuimprocessen, en is deze markt kwalitatief voldoende op orde?
4. De vierde vraag is: hoe werkt het streven van verzekeraars uit om verzuimverzekeringen, arbo-dienstverlening, reïntegratieinspanningen en ziektekostenverzekeringen steeds meer in elkaars verlengde te plaatsen? In theorie – en her en der in de praktijk – gaat een krachtige prikkel uit van deze arrangementen. Waar echter werkt het ontstaan van deze brede verzekeringspakketten wel, en waar niet? In het verlengde daarvan ligt de vraag: waar de bottlenecks liggen als het gaat om de ontwikkeling van deze arrangementen?
 - Voor een deel gaat het om regeltechnische belemmeringen, waarbij in het bijzonder de vraag naar de markt voor collectieve contracten onder de nieuwe basisverzekering een punt van zorg is, alsmede de financiering van arbo-curatieve interventies.
 - Voor een deel gaat het ook om markttechnische belemmeringen: niet alle delen van de markt lenen zich even goed voor dergelijke brede arrangementen.

In de paragrafen 8.1 tot en met 8.4 presenteren we per onderwerp aan de hand van een taxatie van mogelijkheden en wenselijkheden een of enkele beleidssuggesties. Die vormen het startpunt van de discussie zoals die is gevoerd op de invitationale conference van 16 juni 2003, waarmee het project is afgesloten. In hoofdstuk 9 is het verslag van die bijeenkomst opgenomen. Dat hoofdstuk bevat ook enkele aanbevelingen voor de voortgang van het dossier sociale zekerheid en zorg.

8.1. Betrokkenheid van werkgevers en werknemers.

Voorgesteld beleidsuitgangspunt: afspraken over ziekteverzuim krijgen nadrukkelijker een rol in de CAO-onderhandelingen.

Toelichting

Ziekteverzuimbeleid binnen ondernemingen is de laatste jaren sterk ingekaderd door wettelijke regelingen. De Wet verbetering poortwachter en -binnenkort- de verplichting om bij ziekte het tweede jaar loon door te betalen zijn daar de recentste vormen van. Een dergelijke benadering heeft twee inherente zwakten:

- Het beleid is niet sector-specifiek; de overheid scheert alle sectoren over één kam.
- Het blijft afwachten of partijen zich ook gedragen conform de uitgangspunten van de regelingen.

Dat de wetgever alle sectoren over één kam scheert, sluit slecht aan bij het gegeven dat in verschillende bedrijfstakken heel verschillende mechanismen waar te nemen zijn als het gaat om de vraag wie de actieverantwoordelijkheid heeft bij het vormgeven van ziekteverzuim. Zo valt er grofweg een driedeling naar de grootte van de ondernemingen te maken. Bij kleine ondernemingen bepaalt de verzuimverzekeraar in toenemende mate het ziekteverzuimbeleid. De verzuimverzekeraar is het primaire aanspreekpunt voor de werkgever, soms in combinatie met een brancheorganisatie, en de verzekeraar zorgt ook voor de inschakeling van arbo-diensten en reïntegratiebedrijven. Iets grotere ondernemingen, met enkele honderden werknemers, richten zich primair op arbo-diensten. De arbo-diensten bieden deze ondernemingen vaak een totaalpakket aan dat ook de interventie- en reïntegratie-activiteiten omvat. Bij de nog grotere ondernemingen is de laatste jaren juist een tendens waarneembaar om een aantal regiefuncties weer in huis te halen: zij managen nadrukkelijk zelf het verzuimproces van hun medewerkers, maar huren specifieke functies in bij andere organisaties, waaronder arbo-diensten, (arbo-curatieve) zorginstellingen en reïntegratiebedrijven.

Een heel andere, maar evenzeer belangrijke grove driedeling is die tussen verschillende typen bedrijfstakken. De bedrijfstakken die voortkomen uit de '*traditionele*' *industriële productie* vertonen over de hele linie een ver ontwikkeld ziekteverzuimbeleid – iets wat ze vaak konden enten op een veel langer bestaand veiligheidsbeleid en de aanwezigheid van goed ontwikkelde (internationale) normen op het gebied van veiligheid. De *postindustriële dienstensectoren* waarin vooral administratieve processen een sterke rol spelen, zoals het bank- en verzekeringswezen, vertonen dikwijls een hoger ziekteverzuim. Hier heerst vaak geen bedrijfscultuur die gericht is op fysiek welbevinden – het grootste probleem is juist te weinig beweging, en niet te veel. Ook *de collectieve sector* neemt op het gebied van ziekteverzuim een aparte plaats in: in deze sector zijn de belangrijkste grootleveranciers van de WAO te vinden. Financiële prikkels als Pemba werken hier maar zeer beperkt. Het gaat bovendien vaak om professionals (zorg, onderwijs, politie, overheid) die gevoelig zijn voor de waardering die de bedrijfscultuur hen brengt.

Het feit dat deze indeling gemaakt kan worden -en er zijn nog andere mogelijk - laat zien dat het verstandig is om te zoeken naar manieren om het ziekteverzuimbeleid verder te verfijnen naar verschillende sectoren. Het ligt voor de hand om daarbij allereerst te denken aan het CAO-niveau. Op dat gebied zijn er overigens al de nodige voorbeelden. De vraag is of dat model niet verder uitgebreid kan worden. Zonder volledig te zijn, zouden de volgende onderwerpen onderdeel van deze afspraken kunnen zijn:

- a. Service-niveau-overeenkomsten met betrekking tot arbo-dienstverlening, eventueel inclusief het op sectorniveau monitoren van de kwaliteit van arbo-dienstverlening.
- b. Specifieke afspraken over arbeidsomstandigheden, zoals nu in de arbo-convenanten, zodat deze een (nog) stevigere inbedding krijgen.
- c. De organisatie en financiering van specifieke landelijke functies rond preventie, voorlichting en reïntegratie (denk aan activiteiten als gespecialiseerde periodieke keuringen en polikliniekfuncties, zoals die bijvoorbeeld bestaan binnen het wegvervoer en de bouw).
- d. Het niveau en de financiering van reïntegratieactiviteiten, mede in het licht van het wegvallen van (een deel van) de REA-subsidies.
- e. Specifieke werknemersprikkels (denk bijvoorbeeld aan de afspraak binnen de CAO-Verpleging en Verzorging die een 0,5% eindejaarsuitkering in het vooruitzicht stelt van alle medewerkers van een afdeling bij het halen van een specifieke verzuimdoelstelling op hun afdeling).

Een dergelijke verzameling van samenhangende afspraken moet op maat van de sector worden gesneden. Een belangrijke vraag daarbij is, in welke mate de wet- en regelgeving dit proces kan ondersteunen. Een stap die in dit kader past, is de adviesaanvraag die de staatssecretaris van SZW op 4 april 2003 aan de SER en de RWI heeft gestuurd over de wenselijkheid om het arbo-certificaat te

splitsen in twee deelcertificaten: één voor preventie en één voor ziekteverzuimbegeleiding. De mogelijkheid om deze diensten straks apart in te kopen, biedt grote ondernemingen de mogelijkheid om hun arbo-arrangement nog meer op eigen maat te snijden. De splitsing past ook bij de ontwikkelingen in het MKB waarbij verzuimverzekeraars en brancheorganisaties steeds meer besluiten specifieke arrangementen rond de functies preventie en verzuimbegeleiding te ontwikkelen.

Zijn dan nog vervolgstappen wenselijk? Er is wel eens geopperd om van de wet poortwachter driekwart-dwingend recht te maken, dus om CAO-partners toe te staan in overleg een eigen invulling te geven aan de voorschriften. Vanzelfsprekend zal een dergelijk idee aan kracht winnen als blijkt dat er op CAO-niveau ook daadwerkelijk betekenisvolle afspraken (kunnen) worden gemaakt.

8.2. Professionals in de zorg en de arbodienstverlening

Voorgesteld beleidsuitgangspunt: De werelden van de verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en curatief werkende artsen inhoudelijk (weer) op één lijn brengen.

Toelichting

De ontwikkelingen in het WAO-beleid nopen tot een heroriëntatie op de positie en het functioneren van de artsen die betrokken zijn bij arbeidsgerelateerd ziekteverzuim. Die ontwikkeling is niet in alle gevallen even sterk, maar de optelsom maakt wel dat er sprake zou moeten zijn van een herbezinning op de onderlinge relatie.

De wijzigingen in de WAO veranderen het werk van de *verzekeringsartsen* op ingrijpende wijze. Er vindt meer dan een accentverschuiving plaats van de ondersteunde taak bij reïntegratie naar de WAO-keuring. De loondoorbetalingsverplichting voor de werkgever maakt hem meer dan ooit verantwoordelijk voor het verzuimbeleid. Een gevolg daarvan is dat het onderdeel van het werk van verzekeringsartsen waar ze zelf meestal het meeste aan hechten, de ondersteuning bij reïntegratie, sterk aan betekenis inboet. De bescheiden taak die verzekeringsartsen in dit kader nog wel hadden, het beoordelen van REA-subsidies, is door het afschaffen van een belangrijk deel van de REA-subsidies in betekenis afgenomen. De reïntegratieinspanning voor de mensen die al in de WAO zitten, heeft vorm gekregen via aanbestedingen, dus ook op dit vlak is betekenis van verzekeringsartsen gering.

Dat betekent dat het accent van hun werk veel meer op de WAO-keuring komt te liggen. Die keuring gaat echter ingrijpend van aard veranderen. De introductie van het tweede jaar loondoorbetaling, in combinatie met de eisen die de Wet poortwachter stelt, maakt dat de keuring (na 2 jaar) zich op een kleinere populatie richt, waarbij de vraag minder zal zijn: wat is de fysieke toestand van de werknemer, als wel: is in de afgelopen twee jaar in redelijkheid alles gedaan wat mogelijk was om te reïntegreren. Zoals uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt heeft tweederde van de mensen die met een psychisch probleem in de WAO kwam, in hun eerste jaar geen professional gezien die dat probleem kon behandelen. Dat zal straks niet meer mogelijk zijn. Keuringsartsen zullen, anders gezegd, minder de persoon en meer het proces gaan beoordelen. Die beoordeling heeft zowel een logistieke kant (is op het juiste moment de juiste stap gezet) als een inhoudelijke kant (is bij een gegeven klachtenpatroon de juiste behandeling ingezet). Het niet volgen van het juiste behandelprotocol betekent dat de WAO geen vanzelfsprekendheid meer is.

Een dergelijke verschuiving in de rol van de verzekeringsarts (van beoordelaar van een persoon naar beoordelaar van het werk van arbo-diensten -en in het bijzonder van bedrijfsartsen- en in het verlengde daarvan van het werk van curatief werkende artsen) betekent een wezenlijke verschuiving in de beroepsoriëntatie van verzekeringsartsen, die vaak vooral op reïntegratie georiënteerd zijn. Bovendien moeten ze nu vooral boze werknemers vrezan, en straks ook boze arbo-diensten, werkgevers, verzekeraars en curatief werkende artsen.

Ook in het werk van *bedrijfsartsen* treden wijzigingen op. Allereerst verandert hun plaats in het verzuimproces. Bijna alle arbo-diensten zijn bezig hun werkprocessen te veranderen: in plaats van de bedrijfsarts aan de voordeur wordt het steeds meer een aparte -vaak HBO-opgeleide- casemanager die het verzuimproces bewaakt. Pas als het echt om medische zaken gaat, schakelt de casemanager de bedrijfsarts in. Reïntegratiebedrijven, verzuimverzekeraars en brancheorganisaties spelen overigens in toenemend mate op deze tendens in door vergelijkbare producten op de markt te brengen, waarbij een arbo-dienst de rol van onderaannemer krijgt.

Het werk van bedrijfsartsen zal ook veranderen op basis van de voorgestelde splitsing in deelcertificaten van arbo-diensten: specialisatie in preventie en ziekteverzuim ligt voor de hand, waarbij het een open vraag is hoe dat proces precies gaat verlopen, want de meeste bedrijfsartsen hebben een professionele oriëntatie die sterk het accent legt op preventie, terwijl hun opdrachtgevers vaak in eerste instantie aandacht hebben voor ziekteverzuim.

Met ingang van 1 januari 2004 krijgt de bedrijfsarts de mogelijkheid om werknemers rechtstreeks te verwijzen naar de reguliere zorg. Dit is vooral een formele bevoegdheid die overigens wel kan bijdragen aan een versterking van de positie van de bedrijfsarts. Bedrijfsartsen verwijzen hun cliënten

nu ook al; de formele bevoegdheid leidt ertoe dat daadwerkelijk wordt geïnvesteerd in kennisverbreding, communicatie en kennisuitwisseling met vooral de huisarts.

Ook het werk van *curatief werkende artsen* verandert, zij het schoorvoetend. De klacht van veel werkgevers (en werknemers) is dat curatief werkende artsen niet of te weinig oog hebben voor de arbeidsrelevante aspecten bij ziekten. Dat speelt in de manier waarop ze de behandeling inzetten (arbeidsintegratie is zelden het eerste doel). En het speelt nog meer in op het gebrek aan aandacht dat de zorgsector etaleert voor een efficiënte organisatie van het zorgproces door het in stand houden van wachtlijsten; 1,3 miljard euro kosten per jaar, zo becijferde SEO. Dat proces lijkt nu op twee manieren gekeerd te worden. Door additionele financiering lopen de wachtlijsten snel terug. Bovendien tekent zich voorzichtig een omslag af in de mate waarin de zorgsector zijn aanbod afstemt op specifieke klantencategorieën. De traditionele ziekenhuisorganisatie, die mensen met complexe problemen vaak eindeloos doorverwijst, maakt plaats voor meer multidisciplinaire behandelprogramma's. Het feit dat een aantal commerciële (arbo-curatieve) interventiebedrijven de ziekenhuizen hierin voorgaan zijn, plus het feit dat verzekeraars in toenemende mate hun relatie met het ziekenhuis beginnen te beschouwen als een contractuele (inkoop-)relatie waarin ze eisen kunnen stellen, bevorderen deze ontwikkeling.

De slotsom van deze ontwikkelingen is dat het werk van verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en curatief werkende artsen, steeds meer in elkaars verlengde komt te liggen. Dat proces gaat echter niet van zelf en zal actief moeten worden gestuurd. Eén stap dient zich in ieder geval aan. Er zal sprake moeten zijn van een duidelijke kennisinfrastructuur die deze ontwikkeling ondersteunt. Op dat gebied zijn al de nodige stappen gezet. De beide ministeries subsidiëren bijvoorbeeld organisaties als Medwerk en vier specifieke kenniscentra. Bovendien ondersteunen de ministeries de ontwikkeling van kwaliteitsprogramma's en richtlijnen en protocollen van de verschillende organisaties. De opdracht de komende tijd lijkt vooral om al deze ontwikkelingen samen te brengen en minder vrijblijvend te maken. Waar het nu nog gaat om een waaier van uiteenlopende activiteiten die het moeten hebben van hun eigen uitstraling, moet het straks gaan om een bundeling waarvoor serieus commitment bestaat bij alle betrokkenen – dat betekent dus dat partijen die betrokken zijn bij kennisontwikkeling op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde (UWV), de arbo-diensten (hun R&D-functie) en de kennisinfrastructuur in de zorgsector tot bindende afspraken moeten komen over protocolontwikkeling en kennisoverdracht.

8.3 Instituties

Voorgesteld beleidsuitgangspunt: Een systematische verdere ontwikkeling van de arbo- en reïntegratiemarkt in termen van transparantie, prestatie meting, toezicht, marktordening, R&D en concurrentieverhoudingen; benchmarking en het ontwikkelen van prestatie-indicatoren dragen bij aan het verbeteren van de keuzemogelijkheden van de werkgevers. Daarbij past een adequate bestuurlijke (overleg)structuur waarin ook de overheid deelneemt.

Toelichting

De markt voor arbo-dienstverlening is, net als de reïntegratiemarkt, een zich ontwikkelende markt, met alle kenmerken van dien. De vraag is in welke mate die ontwikkelings-specifieke stappen of maatregelen vergt en welke rol de overheid daarin kan vervullen. Het feit dat de overheid werkgevers verplicht zich bij hun arbo-beleid te laten bijstaan door een arbodienst brengt een zekere verantwoordelijkheid voor die overheid met zich. Arbodiensten zijn (markt-)partijen die voortkomen uit SZW-wetgeving. De overheid heeft dus een belang bij en een verantwoordelijkheid voor een goed werkende arbodienstverleningsmarkt. De overheid kan daarbij terecht een beroep doen op het zelfregulerend vermogen van de markt en zich voor zaken als mededinging verlaten op de mededingingstoezichthouder, de NMa.

Wie de beide markten op een aantal essentiële kenmerken beoordeelt, kan constateren dat een aantal zaken aandacht vraagt. Allereerst is de vraagzijde nog steeds matig ontwikkeld, met enkele belangrijke uitzonderingen. Met name de middelgrote bedrijven, die rechtstreeks zaken doen met arbo-diensten of reïntegratiebedrijven, kunnen hun eisen maar beperkt formuleren. In het midden- en kleinbedrijf valt een ontwikkeling te constateren waarbij brancheorganisaties en/of verzuimverzekeraars gaandeweg weten wat ze willen, terwijl grote ondernemingen in toenemende mate -al dan niet bijgestaan door gespecialiseerde adviesbureaus- hun eigen eisen leren stellen. De reïntegratiemarkt is nog veel priller en van een uitgekristalliseerde vraagkant is nog nauwelijks sprake (We abstraheren hier even van een belangrijke uitzondering: het UWV). Het ontwikkelen van de

vraagzijde is vooral een kwestie van organisatie en professionalisering. Dat proces kan sterk bespoedigd worden wanneer de transparantie in de markt toeneemt; welke producten biedt men aan, met welk resultaat en tegen welke prijs. Dat proces is volop in ontwikkeling. Producten en prijs moet 'de markt' zelf verhelderen. Iets anders is resultaat. Voor de reïntegratiemarkt was het de bedoeling dat het RWI een dekkend systeem van resultaatbepaling tot stand zou brengen. Binnen de arbo-wereld is nooit zo'n afspraak gemaakt. Dat is des te verwonderlijker, want met het systeem van wettelijke verplichting tot aansluiting lag het binnen deze markt (nog) meer voor de hand dat de overheid een faciliterende rol zou spelen.

Een verklaring ligt in het feit dat er bij de opzet van arbo-diensten een toezichtstructuur ontworpen is, die voor de reïntegratiemarkt ontbreekt. Het toezicht op de arbo-diensten is overigens sterk procedureel van aard: de kern bestaat in een systeem van certificering dat nog hoofdzakelijk op (administratieve) procedures toetst en niet op kwaliteit en professionaliteit van de dienstverlening. In andere sectoren (onderwijs en zorg) valt een tendens waar te nemen van minder procedureel naar meer inhoudelijk toezicht. Dat komt onder meer tot uiting in de 'kwaliteitskaarten' die de Inspectie voor het onderwijs op internet heeft staan en het traject dat de Inspectie voor de gezondheidszorg volgt om (prestatie-)indicatoren voor zorginstellingen te ontwikkelen. De vraag is of een dergelijk traject niet ook voor de arbo-diensten - en wellicht ook voor de reïntegratiebedrijven - gestart zou moeten worden en als die vraag bevestigend beantwoord is - wat er met dit deel van de 'boedel' van het RWI gebeurt, gegeven het voornemen deze organisatie op te heffen en de adviestaken bij de SER onder te brengen.

Ook op andere punten behoeven zowel de arbo- als de reïntegratiemarkt aandacht. Opvallend is bijvoorbeeld dat de R&D-functie van beide sectoren nauwelijks belegd is. Gegeven het feit dat het om (grotendeels) private organisaties gaat, is dit geen onderwerp van actief beleid van de overheid. Het kunnen leveren van systematische verantwoording over het effect en het bereik van interventies komt maar traag van de grond.

Dat alles lijkt er toe te leiden om voor te stellen een systematischer ontwikkelingsperspectief voor de arbo-diensten en reïntegratiebedrijven te maken. Zo'n perspectief zou enerzijds ondersteund kunnen worden doordat op landelijk niveau vastgelegd wordt welke instantie zich richt op het bevorderen van transparantie over resultaten. Het kan anderzijds ondersteund worden door een bestuurlijke (overleg-)structuur waarin door de betrokkenen (bewindslieden, arbo-diensten en -al dan niet separaat- de reïntegratiebedrijven) ieder half jaar de stand van zaken met betrekking tot marktontwikkeling, ontwikkeling van de R&D-functie en de resultaten worden doorgenomen. Binnen een dergelijke structuur zouden de tevens de signalen uit het de Commissie Werkend Perspectief en het Arboplatform een plek kunnen krijgen.

8.4 Verzekeraars

Voorgesteld beleidsuitgangspunt: De nieuwe zorgverzekering moet voldoende vrijheidsgraden voor verzekeraars bezitten om arbo-curatieve zorg in te kopen en om collectieve contracten te kunnen sluiten. De nieuwe zorgverzekering, zoals die in het regeerakkoord is voorzien, voldoet in principe aan die eisen.

Toelichting

Op de verzekeringsmarkt vallen twee bewegingen waar te nemen. Allereerst hebben alle verzuimverzekeraars de lessen getrokken uit de eerste jaren waarin ze werkgevers verzekeringen aanboden om de kosten van ziekte te dekken. Na forse verliezen ontwikkelen ze bijna alleen nog producten waarin verzuimverzekeringen gekoppeld zijn aan instrumenten voor schadelastbeheersing. In de praktijk betekent dat in ieder geval specifieke afspraken met een werkgever over de arbo-zorg. Vaak wordt de arbo-zorg ook vanuit (een andere poot van) het verzekeringsconcern 'op maat' aangeboden. Ook functies als reïntegratie, mediation, arbo-curatieve interventies en wachtlijstbemiddeling worden steeds meer onderdeel van het standaardpakket van verzuimverzekeraars.

Er is ook een beweging gaande om zorgverzekeringen hierbij te betrekken. In theorie ontstaat zo een breed verzekeringspakket, waarin alle samenhangende functies geboden worden. In de praktijk ontwikkelt deze integratie zich maar mondjesmaat. Voor een deel komt dat door marktkenmerken: inkomensverzekeraars en zorgverzekeraars zijn, hoewel ondergebracht in een huis, eigen entiteiten met hun eigen mores. De ziektekostenverzekering is toch vooral een individuele verzekering, waarin

de werkgever alleen een rol speelt als het gaat om het sluiten van collectieve contracten waardoor zijn werknemers die dat willen (en hun gezinsleden) tegen een aantrekkelijke premie, en vaak met een financiële tegemoetkoming van de werkgever hun ziektekostenrisico kunnen dekken. De rol van de werkgever als contractpartner voor de ziektekostenverzekeraar bij het zoeken naar de beste zorg voor zijn werknemers krijgt nog maar nauwelijks concrete invulling. De inkomensverzekering daarentegen dekt vooral de financiële risico's (en dus de belangen) van de werkgever.

Collectieve zorgverzekeringen zijn vooral interessant voor grotere werkgevers, terwijl verzuimverzekeringen vooral voorkomen binnen het MKB. Ook het gegeven dat veel werkgevers niet voor alle verzekeringen afhankelijk willen zijn van één concern, speelt een rol. Verzekeraars zitten ook niet allemaal binnen dezelfde holdingstructuur waarin al deze functies aanwezig zijn. Wel is een tendens aanwezig om deze verbreding na te streven. Daarbij gelden niet alleen praktische argumenten (een sluitende combinatie van samenhangende verzekeringen kunnen leveren), maar ook strategische: binnen verzuimverzekeringen valt een redelijke marge te halen, bij zorgverzekeringen niet.

Er is echter nog een ander struikelblok: de beperkende regelgeving met betrekking tot de structuur van het zorgaanbod en van de collectieve verzekeringen. Voor zover het gaat om de structuur van het aanbod aan zorgvoorzieningen staat de huidige wet- en regelgeving financiering van arbo-curatieve interventies op basis van de ZFW of AWBZ in de weg. Daarmee kan een belangrijk onderdeel niet zijn rol als schakelfunctie tussen zorg- en verzuimverzekering vervullen. Wil er in de toekomst sprake zijn van een betere combinatie van verzuim- en zorgverzekering, dan dient deze rigiditeit dus opgeheven te worden. Op korte termijn is al voorzien in een tijdelijke oplossing: de Regeling initiatiefruimte ziekenfondsverzekering die sinds 1 januari 2003 van kracht is (zeg maar een soort regelvrije marge van 5% van het ziekenfondsbudget) maakt het in theorie mogelijk dat ook ziekenfondsen deze zorg ten laste van de ZFW kunnen leveren. Particuliere ziektekostenverzekeraars konden dat altijd al; zij bepalen immers zelf de inhoud van de polis en de daarvoor in rekening te brengen premies. In structurele zin wordt de zaak echter opgelost als in 2006 bij de nieuwe zorgverzekering een systeem van functionele aanspraken voor de curatieve zorg wordt geïntroduceerd (zoals het sinds 1 april 2003 al voor de AWBZ geldt): dan worden er niet op voorhand beperkingen opgelegd aan het soort zorg dat gecontracteerd wordt. Voor zover het gaat om het faciliteren van collectieve contracten voor zorgverzekeringen, geldt dat er een gereede angst is dat in het nieuwe stelsel onvoldoende prikkels zijn ingebouwd omdat in de nieuwe zorgverzekering gekozen is voor een model van een loonsomgerelateerde werkgeversbijdrage die in een centrale kas wordt gestort. Deze constructie betekent dat werkgever niet rechtstreeks, zoals nu bij mensen die particulier verzekerd zijn, een bijdrage kan storten bij een specifieke verzekeraar, en dat dus de band tussen verzekeraar en werkgever losser wordt. Daar staat tegenover dat de werkgever, die met zijn bijdrage aan de algemene verzekering ook de kosten voor arbeidsongevallen en beroepsziekten dekt, belang heeft bij het sluiten van een collectief contract met een of meer zorgverzekeraars. Dan immers kan hij concrete afspraken maken over de snelle levering van de juiste arbo-curatieve zorg voor zijn werknemers. Voor verzekeraars biedt de nieuwe verzekering potentiële voordelen.

- a. De markt wordt drie keer zo groot, want de traditionele ziekenfondspopulatie ,die nu praktisch gezien nog buiten het bereik van collectieve contracten blijft, is straks geen afzonderlijke categorie meer.
- b. Verzekeraars kunnen zich onderscheiden door de zorg van het basispakket op maat van een onderneming te snijden (variërend van een huisartsenspreekuur op maandagochtend vroeg, op donderdagavond en op zaterdagochtend tot fysiotherapie op de werkplek of de inzet van gespecialiseerde hulpverleners)
- c. Werkgevers kunnen hun medewerkers niet dwingen om deel te nemen aan een collectieve ziektekostenverzekering, maar wel stimuleren door prijskortingen te geven op aanvullende verzekeringen en deze verzekeringen meer naar de wens van zijn werknemers in te richten, waardoor de vraag naar deze verzekeringen zal toenemen.

Het blijft voorsnog een kwestie van inschatting in welke mate verzekeraars in staat en bereid zullen zijn om deze voordelen zo uit te buiten dat het potentiële nadeel overtroffen wordt. Voorsnog lijkt het verstandig een gezond vertrouwen in de markt en in de sector te hebben.

9. Aanbevelingen en slotconclusies; verslag van een conferentie.

De voorstellen voor een beleidsagenda sociale zekerheid en zorg, zoals die in het voorgaande hoofdstuk zijn beschreven, zijn onderwerp van discussie geweest op een invitational conference

Sociale Zekerheid en Zorg, gehouden op 16 juni 2003 in Fort Voordorp te Groenekan. Dit hoofdstuk bevat het verslag van die conferentie.

Het vorige hoofdstuk noemt vier onderwerpen met een of enkele beleidssuggesties voor het verbinden van zorgverlening en verzuimpreventie en formuleert daarvoor een taxatie van mogelijkheden en wenselijkheden. De beleidssuggesties vormen het startpunt van de discussie.

De discussie over ieder onderwerp wordt ingeleid door een reactie van twee referenten die hun visie op de beleidssuggestie(s) geven. De discussie wordt geleid door de voorzitter Anton Westerlaken, voorzitter van de Commissie Werkend Perspectief.

Onderwerp 1. Betrokkenheid van werkgevers en werknemers

Voorgesteld beleidsuitgangspunt in de discussiepaper: afspraken over ziekteverzuim krijgen nadrukkelijker een rol in de CAO-onderhandelingen.

Referent Ton Smit, directeur BGZ Wegvervoer, geeft aan dat binnen het MKB geen veiligheids- en ziekteverzuimcultuur bestaat. In zijn visie is voor het MKB een cultuuromslag binnen de bedrijven nodig naar een veiligheidscultuur. Hij onderstreept het belang van een laagdrempelige ondersteuning van de werkgevers die op het juiste moment (i.c. bij de risico-inventarisatie en op het moment dat langdurig ziekteverzuim dreigt) kan worden ingezet. Ook moeten financiële drempels weggenomen worden. Hij stelt uitdrukkelijk dat het publiceren van beoordelingscijfers geen oplossing is (integendeel) en waarschuwt voor het risico dat preventie verwaarloosd wordt. Samenwerking tussen werkgever(s) en werknemer(s) is noodzakelijk (blijkt ook uit de praktijk) om ziekteverzuim laag te houden. Hij is voorstander van marktwerking. De overheidsrol beperkt zich tot faciliteren.

Referent Kick van der Pol, lid van de hoofddirectie van Interpolis, ziet mogelijkheden om op sectorniveau sectorspecifieke afspraken te maken (bijv. over afwijking van de Wet Poortwachter en de mogelijkheden om risico's te verzekeren). Hij benadrukt dat de rekening op de CAO-tafel hoort te liggen. In zijn visie kan de WAO voor grote bedrijven geprivatiseerd worden. Voor het MKB zijn afspraken op CAO-niveau te maken.

Er ontstaat een levendige discussie. Met name de vraag waar de rekening thuishoort roept veel (verschillende) reacties op. De voorzitter verwijst de discussie hierover vooral naar het laatste onderdeel van de bijeenkomst. Vanuit deze vraag richt de discussie zich op de vragen: wie is verantwoordelijk, welke prikkels zijn het meest effectief, op welk niveau moeten deze prikkels gegeven worden en op welk niveau moeten er afspraken gemaakt worden over deze aspecten.

Het belang van prikkels voor werkgevers en werknemers is onomstreden. Breed leeft de mening dat prikkels noodzakelijk zijn om de gewenste gedragsverandering te realiseren. Gewezen wordt op de huidige praktijk waarin onder invloed van bijvoorbeeld de Pemba en Poortwachter er een gedragsverandering waar te nemen is. Voor werknemers worden als effectieve prikkels genoemd: bonus/malus, inleveren van vakantiedagen, wachtdagen. Hierop volgt een reactie dat negatieve prikkels voor werknemers geen effect hebben; wel positieve prikkels. Vanuit een andere invalshoek wordt er op gewezen dat negatieve prikkels op werknemers een positief effect kunnen hebben op de curatieve zorg. Werknemers krijgen daarmee een belang om druk op de zorgverleners uit te oefenen om aandacht te besteden aan (snelle) werkhervatting. Volgens onderzoek in onder MKB-leden worden collectieve bonus/malus-systemen als meest effectief ervaren. Ook het effect van positieve prikkels, zoals 'Kroon op het werk' voor ondernemingen moet niet worden onderschat. Een dergelijke prikkel zou nog effectiever kunnen zijn als bijvoorbeeld een verzekeraar hieraan een premiekorting zou koppelen.

Er wordt op gewezen dat het ziekteverzuim in het MKB laag is. Dit zou vooral door het informele beleid in de ondernemingen komen. Wel wordt opgemerkt dat het MKB-beleid faalt als langdurig ziekteverzuim dreigt. Met name hiervoor zouden afspraken op brancheniveau gemaakt kunnen worden. Ook afspraken over het afdekken van risico's via verzekeringen leent zich voor CAO-afspraken. Anderen zijn van mening dat prikkels het meest effectief zijn als de zo dicht mogelijk bij de individuele bedrijven en werknemers liggen: dus zo min mogelijk op CAO-niveau en zeker geen regelgeving. De verantwoordelijkheid ligt immers bij de individuele werkgever en de individuele

werknemer (op microniveau) , aldus deze discussiedeelnemers. In dit verband wordt de geschiedenis in herinnering gebracht: er is geprivatiseerd om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid uit de anonieme collectiviteit te halen.

Het belang van faciliteren van bedrijven (d.m.v. bijvoorbeeld benchmarking, transparantie, het wijzen van de weg) wordt breed onderschreven. Transparantie wordt als een belangrijke voorwaarde voor marktwerking gezien.

De discussie leidt naar de stelling dat we af moeten van het principe 'gelijke monniken gelijke kappen'. Voor bedrijven van verschillende grootte werken verschillende mechanismen, zijn verschillende prikkels nodig. De 3-deling dit in hoofdstuk 8 wordt genoemd, is daarvoor goed als handleiding te gebruiken. Eén vorm van specifiek maken van de regelgeving is de introductie van het ¾-dwingend recht voor de Wet Poortwachter

Die mogelijkheid ontlokt de reactie dat dit niet zou mogen leiden tot ontkrachting van deze wet, maar wel een optie is als hiermee maatwerk mogelijk is.

Onderwerp 2. Professionals

Voorgesteld beleidsuitgangspunt in de discussiepaper: De werelden van de verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en curatief werkende artsen inhoudelijk (weer) op één lijn brengen.

Referent Kobus Dijkhorst, directeur Winnock geeft in zijn reactie aan dat het om de kernelementen kennis en attitude draait. Naar zijn mening zijn de professionals op de goede weg, maar staan ze nog wel ver van elkaar af. De financiering van diensten/producten speelt hierbij een belangrijke rol, omdat dit de aansluiting lastig maakt. Hij vindt het jammer dat de kennis, die bij professionals aanwezig is, niet is gebruikt (en niet is gevraagd) bij de vormgeving van de nieuwe plannen rond de WAO en het afschaffen van de REA-subsidies.

Dijkhorst kan achter het voorgestelde uitgangspunt staan om professionals inhoudelijk samen aan de gang te laten gaan, maar wijst er op dat dit alleen mogelijk is als alle elementen van zorg worden meegenomen en als aandacht wordt besteed aan de financiering.

Referent Rob van der Plank, directeur Nederlandse vereniging van ziekenhuizen wijst er op dat de curatieve zorg geen aandacht heeft voor (tijdige) reïntegratie in het arbeidsproces en dat financiële prikkels hierbij een positieve invloed zouden kunnen uitoefenen.

Hij noemt een aantal belangrijke factoren:

- de overheid moet geld blijven steken in het ontwikkelen van richtlijnen, omdat deze een stimulans zijn voor samenwerking tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg
- demedicalisering is een belangrijk aandachtspunt;
- De vraagzijde moet een duidelijke rol spelen, maar hij stelt tegelijk dat de organisatie die hij vertegenwoordigt (NVZ) niet weet wie zijn klant is: werkgevers, werknemers, arbodienst, verzekeraar, CAO-partijen?

Als belangrijkste oplossing noemt deze referent het wegnemen van het taboe ten aanzien van het vergroten van de samenhang tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg op oneingelijke gronden als het ontstaan van een tweedeling tussen werkenden en niet-werkenden. De adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en van de SER uit 1997 en 1998 hebben hier een aanzet voor gegeven. De ontwikkeling van kenniscentra ziet van der Plank als een positief gevolg hiervan. Een noodzakelijke voorwaarde om dat taboe te doorbreken is een ontvankelijk politieke klimaat. De verantwoordelijkheid voor het samenbrengen van sociale zekerheid en zorg ligt op microniveau, niet op macroniveau (i.c. ministerieel niveau).

In de discussie wordt er op gewezen dat er veel professionals zijn, die niet allemaal arts zijn. Verder wordt van verschillende kanten benadrukt dat er sprake moet zijn van een integrale benadering waarbij het gehele traject van preventie tot en met reïntegratie vanuit een uitkeringssituatie in beeld moet zijn. Gelet op de veelheid aan professionals/actoren in deze keten wordt de vraag gesteld hoe je er voor kunt zorgen dat alle prikkels dezelfde kant op gaan. Als voorbeeld wordt genoemd een dure medische ingreep waarmee een werknemer weer snel aan de slag kan gaan, versus een goedkopere ingreep, waarmee de werknemer langer thuis zal zitten. De zorgverzekeraar zal wellicht de duurdere ingreep weigeren, terwijl je als je de kosten in de hele keten bekijkt (en vanuit de positie van de inkomensverzekeraar), de voorkeur uit zou moeten gaan naar de duurdere ingreep. Maar bij wie hoort

de rekening? Geopperd wordt dat de werkgever het verschil (tussen de kosten van deze ingrepen) zou moeten betalen.

In de praktijk blijken ook oplossingen via een by-pass mogelijk te zijn. De werkgever (een eigen risicodragers) heeft belang bij een zo laag mogelijk verzuim en arbeidsongeschiktheid. Daartoe sluit hij een collectieve verzekering met een zorgverzekeraar. De bedrijfsarts maakt gebruik van het pakket dat de werkgever met deze verzekeraar heeft afgesloten.

Een ander aspect dat in de discussie naar voren komt is de medicalisering van het verzuim. Veel verzuim is niet medisch gerelateerd, maar vloeit bijvoorbeeld voort uit problemen op het werk of thuis. Er kan dus beter gesproken worden van verzuim i.p.v. van ziekteverzuim. Deze werknemers worden wel naar dokters gestuurd, waardoor deze niet-medische problemen gemedicaliseerd worden. In dit verband wordt er ook op gewezen dat een werkgever wel moet weten wat er aan de hand is niet alleen als claimbeoordeling (voor de loondoorbetaling) maar ook om voor professionele begeleiding te kunnen zorgen. Anderen menen dat deze claimbeoordeling moet worden overgelaten aan de bedrijfsarts. Maar de gezondheidszorg werkt (teveel) vanuit klachten en diagnoses en zou veel breder moeten werken. In ieder geval is de kennis over complex en problematisch verzuim beperkt.

Verder wordt gewezen op de risico's van het uit het ziekenfondspakket halen van bepaalde voorzieningen (zoals fysiotherapie). Deze voorzieningen kunnen langdurig verzuim voorkomen. Als een werknemer deze voorziening uit eigen zak moet betalen, zal hij/zij een afweging maken tussen deze voorziening of langer thuis zitten.

Onderwerp 3. Instituties

Voorgesteld beleidsuitgangspunt: een systematische verdere ontwikkeling van de arbo- en reïntegratiemarkt in termen van transparantie, prestatiemeting, toezicht, marktordening, mogelijkheden voor beroep en second opinion, R&D en concurrentie-verhoudingen; Benchmarking en het ontwikkelen van prestatie-indicatoren dragen bij aan het verbeteren van de keuzemogelijkheden van werkgevers en werknemers. Daarbij past een adequate bestuurlijke (overleg-)structuur waarin ook de overheid deelneemt.

Referent Ton Stam, directeur Arboned onderschrijft dit voorgestelde beleidsuitgangspunt van harte en geeft aan dat arbodiensten hard werken aan het transparant maken van hun dienstverlening. Instrumenten die daarvoor kunnen worden ingezet zijn het ontwikkelen van outputcriteria, benchmarking, output-financiering, prestatiebeoordeling.

Referent Reijer Pille, directeur Falke en Verbaan, organisatieadvies en HRM, vreesde vanaf 1994 met de komst van de arbodiensten met een geduchte concurrent te maken te krijgen, maar is daarin teleurgesteld. Hij geeft aan dat het verzuimprobleem niet altijd een medisch probleem is maar veel meer een gedragsfenomeen. Er is dus vooral goed HRM beleid nodig om verzuim te voorkomen en geen medicalisering. De arbodienst is een Nederlands fenomeen. In geen enkel ander Europees land bestaat deze dienstverlening; in andere Europese landen ligt het accent veel meer op preventie. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er in Nederland zoveel huisartsen en bedrijfsartsen actief zijn. Dat duidt op een sterke medische rol bij het verzuimbeleid. Spreker is van mening dat arbodiensten moeten mee-evolueren met de ontwikkelingen in de markt, die gaan in de richting van een steeds grotere eigen betrokkenheid en initiatief van werkgevers voor het in eigen huis investeren in HRM-beleid. Tot slot merkt de referent op dat arbodiensten die in de eigen organisatie kampen met organisatie- en werknemersproblemen aan hun klanten een slechte prestatie leveren.

Vanuit de zaal rijst de vraag hoe praktisch vorm gegeven moet worden aan de prestatie-beoordeling en de benchmark van de arbodiensten? Anders dan voor de reïntegratiebedrijven is er niet een organisatie als de RWI die deze taak op zich kan nemen.

De overheid is, vanwege de verplichte aansluiting bij een arbodienst, mede verantwoordelijk voor het tot stand brengen van prestatiemeting van arbodiensten en reïntegratiebedrijven. De rol van de werkgevers bij de keuze van een arbodienst is te beperkt; deels door gebrek aan goed vergelijkend materiaal over de prestaties van arbodiensten, deels door het geringe belang dat de werkgever hecht

aan sluiten van inhoudelijk goede, bij het beleid van de onderneming aansluitende arbodienstverlening. In dat verband is een persoonsgebonden reïntegratiebudget een adequate oplossing voor de werknemer die moet reïntegreren. Zolang vergelijkende cijfers over de prestaties van arbodiensten ontbreken is het moeilijk om in de CAO afspraken te maken over de kwaliteit van arbodiensten. Tot nu toe ontbreken die kwaliteitsgegevens; gegevens die ook moeten ingaan op de klanttevredenheid (werkgever en werknemer).

Een statement dat duidelijk aangeeft dat een attitudeverandering nodig is voor een goed verzuimbeleid luidt: “ zolang we verzuim ziekte noemen, of ziekte verzuim, hebben we de dokter aan de poort”. Een deel van de aanwezigen meent dat het toch veelal de dokter, en dan in het bijzonder de bedrijfsarts zal zijn, die moet beoordelen of verzuim veroorzaakt wordt door een medisch dan wel een niet-medisch probleem. Anderen zeggen dat de arbeidsdeskundige of specifiek voor deze beoordeling opgeleide deskundigen evengoed een dergelijke beoordeling kunnen maken. Veel belangrijker is dat degene die de beoordeling maakt vervolgens ook de mogelijkheid heeft om de arbeidsomstandigheden of de interpersonele problemen aan de kaak te stellen en op verbetering/verandering aan te dringen.

Om het gehele proces van kwaliteitsmeting en -verbetering te versnellen zou het integreren van de reïntegratiemarkt met de markt voor arbodienstverlening wellicht stimulerend kunnen werken. Laat de reïntegratiebedrijven concurreren met de arbodiensten onder gelijktijdige opheffing van de verplichtstelling en er ontstaat vanzelf een markt. Deze opvatting vindt brede steun. Elke organisatie die in de keten van arbo-dienstverlening en (re-)integratie -preventie- inbegrepen, een (goede) rol vervult, zou gebenchmarkt moeten worden. Het pleidooi om de verplichte aansluiting voor grote bedrijven af te schaffen kan op steun rekenen van de vertegenwoordigers van de grote bedrijven. Zij kiezen al op de kwaliteit intern, dan wel extern.

In dat verband pleiten bedrijven die eigen risicodrager zijn ervoor om niet nog, na afloop van de zes jaar waarin de werkgever al het mogelijke heeft gedaan om de werknemer aan de slag te krijgen, een verplichte keuring door de verzekeringsarts te laten volgen.

Het onderscheid tussen arbodienstverlening en reïntegratie is vooral een Haags onderscheid; dat sluit niet aan bij de gewenste praktijk. Preventie, HRM-beleid en verzuimbeleid zijn verantwoordelijkheden van de werkgever; hij moet vrij zijn in de keuze voor arbodienstverlening of reïntegratie voor de ondersteuning van zijn beleid. Werkgevers nemen ook steeds meer zelf de regie in handen. Weliswaar is op grond van EU-regelgeving ondersteuning verplicht, maar de noodzaak van verplichte winkelnering bij de arbodienst ontbreekt ongeacht de vraag of we het nu hebben over grote bedrijven of het MKB.

Wanneer meer marktwerking, transparantie en prestatiebeoordeling bij de arbodienst-verlening en reïntegratiemarkt plaats vindt, pleit dat ook voor marktwerking en transparantie bij de UWV.

Onderwerp 4. Verzekeraars

Voorgesteld beleidsuitgangspunt: De nieuwe zorgverzekering moet voldoende vrijheidsgraden voor verzekeraars bezitten om arbo-curatieve zorg in te kopen en om collectieve contracten te kunnen sluiten. De nieuwe zorgverzekering, zoals die in het Hoofd-lijnenakkoord is voorzien, voldoet in principe aan die eisen.

Referent Pieter Polet, directeur Schadeverzekeringen bedrijven bij Aegon Nederland B.V., schets in zijn aftrap voor de discussie de positie en rol van de inkomens- en zorgverzekeraars. Inkomensverzekeraars en zorgverzekeraars zijn afzonderlijke entiteiten. De inkomensverzekeraar weegt de kosten en baten af; hoe meer baten hoe meer hij geneigd zal zijn kosten te maken. Het gaat daarbij vooral ook om preventie, een taak bij uitstek van verzekeraars. In deze filosofie past het niet om na drie jaar de reïntegratieketen te onderbreken (inschakeling UWV). Voor de ziektekostenverzekeraar geldt investeren in de zorg levert winst op in de reïntegratie.

Referent Henk Schildkamp, voorzitter Raad van bestuur Menzis, sluit aan op de laatste constatering van de heer Polet door aan te geven dat, als duidelijk is dat de investeringen van de

ziektkostenverzekeraar bijdragen aan de winst van de inkomensverzekeraar de weg om beide te integreren voor de hand ligt. Hij voegt daaraan toe dat het opnemen van de bedrijfsartsen in de ziektekostenverzekering –dus niet langer laten betalen door de arbodiensten- een belangrijke stap betekent voor de integratie van zorg en sociale zekerheid. Tenslotte is van belang dat invoering van diagnose behandel-combinaties in de reguliere zorg, de arbocuratieve zorg en de (medische) reïntegratie, voortvarend ter hand moet worden genomen. Hiermee wordt immers duidelijk wat bepaalde verrichtingen kosten en is vergelijking mogelijk tussen de prestatie, de tijd die met de behandeling is gemoeid en de winst op het terrein van verzuimbepaling/-verkortings. Het ook meer tussen de oren krijgen bij de reguliere zorgverleners van het aspect arbeid krijgt daarmee een extra stimulans.

De verwachting van de verzekeraars is dat in de nieuwe algemene verzekering de collectieve markt fors zal toenemen. Er ligt immers een direct belang bij de werkgever voor het maken van afspraken met een of enkele ziektekostenverzekeraars voor de noodzakelijke medische interventies voor zijn werknemers. Daar komt bij dat wachtlijstbemiddeling en zorgbemiddeling belangrijke diensten van de zorgverzekeraar zijn waar de werkgever belang bij heeft. Ook het feit dat aanspraken als fysiotherapie, en andere niet in de basisverzekering gedekte vormen van (arbo-)curatieve zorgverlening voor de aanvullende verzekering in aanmerking komen, biedt voor de werkgever een goede mogelijkheid tot het maken van collectieve afspraken en het interesseren van zijn werknemers voor een dergelijke collectieve verzekering door reducties op de premies voor de aanvullende verzekering.

Veel werkgevers weten de zorgverzekeraar nu al te vinden; er is echter een onvoldoende passend aanbod vanuit de reguliere zorg. Daarin zal verandering komen door de DBC-ontwikkeling en wanneer in de algemene verzekering de aanspraken van de verzekerden in functionele termen zijn omschreven. Dan kunnen afspraken worden gemaakt met die zorgverleners die wel rekening houden met het aspect arbeid in hun zorg- en dienstverlening. De invoering van de algemene verzekering is dan ook een belangrijke voorwaarde voor de integratie van sociale zekerheid en zorg.

De ziektekostenverzekeraars geven aan dat de bereidheid om te investeren in preventie, (vanwege de bewegingsvrijheid van de verzekerden die jaarlijks van ziektekostenverzekeraar kunnen veranderen), niet erg groot is. Niettemin vinden op vele terreinen activiteiten plaats, ook in het belang van de reductie van zorgkosten. Als ziektekostenverzekeraars eisen kunnen stellen aan het HRM-beleid van werkgevers zal de bereidheid om te investeren in preventie aanzienlijk toenemen. Hierin ligt nog een ander voordeel van een collectief contract tussen werkgever en zorgverzekeraar besloten. Een goed gezondheidsbeleid en preventie als onderdeel van de collectieve afspraken leidt ook tot besparing op de zorgkosten. Daaraan voegt de binding van de verzekerde aan de collectiviteit, door bijvoorbeeld een tegemoetkoming in de premies voor de aanvullende verzekering, een belangrijk element toe.

De voorzitter sluit de discussie over dit onderwerp af met de constatering dat wat hem betreft de toevoeging “vooralsnog” in de afsluitende zin in paragraaf 8.4. wel achterwege had kunnen blijven. Het lijkt verstandig een gezond vertrouwen in de markt en in de verzekeringssector te hebben.

Afsluiting door de voorzitter

De voorzitter dankt de aanwezigen voor hun bijdrage aan de discussie en de vele goede suggesties die aan de orde zijn gekomen. Hij spreekt zijn waardering uit voor het werk dat Peter van Lieshout de korte tijd tot stand heeft gebracht. De thema's waar het bij de integratie van zorg en sociale zekerheid om gaat zijn helder benoemd en van een duidelijke beleidsagenda voorzien. Het is ook goed om vast te stellen dat deze thema's niet alleen door de overheid maar ook door alle partijen in het veld als zodanig worden gekenschetst en dat er blijkbaar een grote bereidheid bestaat om hieraan te werken.

Slotwoord van de Minister van SZW

De thema's zijn adequaat geïdentificeerd en in de discussie zijn goede voorstellen voor de aanpak van de thema's aan de orde gekomen. Het gaat er nu om, zowel bij de overheid -de beide ministeries- als in het veld, door middel van open coördinatie deze “Van Lieshout-agenda” verder af te werken.

Thema's daarin zijn de demedicalisering, de arbodienstverlening als markt met zelfregulering; hetzelfde geldt voor de reïntegratiebedrijven. De markt van verzekeraars zal een transparante markt moeten zijn met oog voor de wensen van de werkgevers in zowel de verzuim- als ziektekostenverzekering. De minister roept de sociale partners op hun eigen voorstellen op tafel te leggen. De minister zegt toe over een half jaar een nieuwe invitationale conference te beleggen waarvoor alle nu aanwezigen worden uitgenodigd met als doel om de stand op te maken en in het licht van de verdere parlementaire besluitvorming te evalueren.

Voetnoten Sociale zekerheid en zorg

- ¹ Sociale Zekerheid en Zorg, Advies 98/13 van de Sociaal-Economische Raad, Den Haag, juni 1998.
- ² Op dat moment kon in de SER geen communis opinio worden bereikt over een verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts; de werkgevers waren voorstander, maar de werknemersorganisaties (nog) niet.
- ³ 'Vraag aan bod', hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Tweede Kamer, 200-2001, 27 855 nrs.1 en 2 en 'Nadere uitwerking Vraag aan bod', Tweede Kamer 2001-2002, 27 855, nr.17.
- ⁴ Kabinetsformatie 2002, 'Werken aan vertrouwen, een kwestie van aanpakken', strategisch akkoord voor kabinet CDA,LPF,VVD, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 375, nr.5.
- ⁵ Hoofdlijnenakkoord van het kabinet CDA, VVD en D66, 'Meedoen, meer werk, minder regels', 16 mei 2003.
- ⁶ Inclusief de IZA/IZR-verzekerden, waarvoor VGZ de administratie verzorgt.
- ⁷ Inclusief de RGVP-verzekerden, waarvoor CZ de administratie verzorgt.
- ⁸ De marges in de particuliere ziektekostenverzekering zijn als gevolg van scherpe concurrentie over het algemeen laag, d.w.z. = 5 % en worden bovendien sterk bepaald door de opbrengsten uit beleggingen (van reserves en solvabiliteitsmarges).
- ⁹ De werkgevers met eigen ziektekostenregelingen of met grote collectiviteiten hebben zich verenigd in de Vereniging Contactgroep Personeelsfondsen Ziektekosten (CPZ).
- ¹⁰ Tot een groep kunnen ook behoren alle werknemers vallend onder een bepaalde Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO). De IZZ-regeling is een voorbeeld van een in de CAO-ziekenhuiswezen vastgelegde collectieve ziektekostenregeling (begunstigingscontract) voor alle werknemers in de ziekenhuizen. Andere sectoren in de gezondheidszorg hebben zich inmiddels vrijwillig bij deze regeling aangesloten. De uitvoering van een dergelijk contract kan zowel aan één verzekeraar of aan een consortium van verzekeraars worden gegund.
- ¹¹ In het vervolg van deze publicatie gebruiken we de term "collectiviteiten" als verzamelnaam voor collectiviteiten, eigen ziektekostenregelingen van bedrijven en begunstigingscontracten zoals die voorkomen in de particuliere ziektekostenverzekering.
- ¹² Verandering van ziekenfonds betekent veelal ook dat de verzekerde een andere huisarts, tandarts en dergelijke moet zoeken. Het is namelijk niet altijd zeker of het nieuwe ziekenfonds wel een overeenkomst met de huisarts/tandarts van de verzekerde wil sluiten. De relatief forse verhoging van de nominale premies voor de ziekenfondsverzekering op 1 januari 2003, én actieve voorlichting van onder meer de Vakcentrale FNV over goedkope ziekenfondsen, leidde tot een aanzienlijk grotere verschuiving van verzekerden dan in voorgaande jaren het geval was. De prijsprikkel blijkt een belangrijk instrument om de keuzevrijheid van verzekerden te stimuleren.
- ¹³ Collectieve ziektekostenverzekering voor minima, E. Kraal en D. Zuidhof, Sociaal Bestek 10, 2001.
- ¹⁴ Elke in Nederland actieve onderneming met personeel voor wie bij ziekte de verplichting tot loondoorbetaling bestaat krachtens de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ) is verplicht zich voor ziekteverzuimbegeleiding te laten bijstaan door een arbo-dienst.
- ¹⁵ De Europese Commissie heeft de wijze waarop Nederland de Europese kaderrichtlijn Veiligheid en Gezondheid (EG 89/391) heeft geïmplementeerd op het punt van deskundige ondersteuning voorgelegd aan het Europese Hof van Justitie. De Commissie meent dat de wetgever de werkgever moet voorschrijven om de deskundigheid intern te organiseren. Slechts wanneer de mogelijkheden in het bedrijf daartoe onvoldoende zijn, zou het een beroep mogen doen op externe deskundigheid. De Advocaat-Generaal bij het Hof verwierp in zijn conclusies van 16 januari 2003 alle Nederlandse verweren.
- ¹⁶ Zie met name artikel 14 van de Arbeidsomstandighedenwet 1998.
- ¹⁷ Nieuwjaarsledenbrief NVAB, www.nvab.artsenet.nl.
- ¹⁸ De invoering van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf in het ziekenhuis en de daaraan gekoppelde wijze van honorering van de medisch specialisten door middel van lump-sum heeft ontwikkeling nog versterkt.

¹⁹ Het onderscheid tussen reguliere zorg en arbeidsgerelateerde zorg is fictief. Ook in de reguliere zorg wordt zorg verleend aan werknemers en andersom de arbeidsgerelateerde zorg is gezondheidszorg die bijdraagt aan het herstel en dus het vermogen tot het verrichten van arbeid van de werknemer.

²⁰ Toegelaten wil in dit verband zeggen dat zij als ziekenhuisvoorziening op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen zijn toegelaten. ZBC's zijn zorgvoorzieningen waarin vrij gevestigde medisch specialisten in een organisatorisch verband samenwerken.

²¹ Verruiming ZBC-regeling, brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, mei 2003.

²² De Raad voor Werk en Inkomen registreert de reïntegratiebedrijven en legt onder meer vast op welke wijze zij zich met reïntegratie-activiteiten bezighouden. Voor meer gegevens: www.reintegratiemonitor.nl.

²³ Brief van de Minister van VWS, CSZ/ZT/992779 en 992808, 8 maart 1999.

²⁴ Deze commissie is ontstaan uit samenvoeging van de Commissie Arbeidsgehandicapten en Werk (CAW) en de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA).

²⁵ www.arbo.nl

²⁶ Evaluatie Beleidsvisie Kenniscentra Arbeidsrelevante Aandoeningen, Rapport 132, College voor zorgverzekeringen, Amstelveen, november 2002.

²⁷ De Wulbz leidt tot private verzekering die voor werknemers in de plaats treedt van de publieke Ziektewet. De Ziektewet dekt nog wel het ziekengeldrisico van onder meer uitzendkrachten, werknemers met zwangerschaps- / bevallingsverlof, personen met een oproep- of nul-urencontract, herintredende gedeeltelijk arbeidsongeschikten of werknemers die vanuit een WAO-regeling in dienst zijn gekomen, en werknemers met een tijdelijke arbeidsovereenkomst die nog geen 52 weken ziek zijn als de arbeidsovereenkomst eindigt.

²⁸ De CAO of de individuele arbeidsovereenkomst bevat vaak een bepaling die regelt dat een werknemer gedurende de eerste 52 weken van zijn arbeidsongeschiktheid een loonsuppletie van de werkgever ontvangt tot 100% van zijn loon. Ook deze loonsuppletie kan geheel of gedeeltelijk worden meeverzekerd.

Literatuuropgave

1. *Sociale zekerheid en zorg; plan van aanpak*. Project-Directoraat Generaal Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag.
2. *De sociale zekerheid uitgedokterd; de markt voor arbeidsgerichte zorg*. Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) van de Universiteit van Amsterdam, oktober 2002.
3. *Wet verbetering Poortwachter*, PS-special nummer 3, 2002, Kluwer, Deventer
4. *Collectieve ziektekostencontracten*, brochure van het VNO/NCW, Den Haag, april 2002;
5. *Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers*, onderzoek in opdracht van het FNV, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Rotterdam, december 2000;
6. *Op weg naar werkhervatting*; Themastudie arbeidsgerelateerde zorg, ING Medinet, Utrecht februari 2003.
7. *Sturing door overeenkomsten*; Onderzoeksrapport CTU, (thans College toezicht zorgverzekeringen), Amstelveen, juli 2000.
8. *Contracteren op de markt van ziekenhuiszorg*; B.J. Haselbekke, E.N. Kertzman en R.T.J.M. Janssen in Acta Hospitalia, nummer 4, 2002.
9. *Dilemma's rond toezicht; opstellen over de werking van toezichtsarrangementen*. Centrum voor Wetgevingsvraagstukken Universiteit Tilburg, april 2003.
10. *Tussen beleid en uitvoering: lessen uit recent onderzoek van de Algemene Rekenkamer*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 28.831, nrs. 1-2.
11. *Verwijsfunctie Bedrijfsarts*, rapport van het College voor zorgverzekeringen, nr. 120, Amstelveen, september 2002.
12. *Vraag aan bod, Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, Tweede Kamer, 2000-2001, 27 855 nrs. 1-2.
13. *Nadere uitwerking Vraag aan bod*, Tweede Kamer, 2001-2002, 27 855, nr. 17.
14. *Nederland wordt beter; inhoudelijke analyse en aandachtspunten inzake ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*; positionpaper, Zorgverzekeraars Nederland, Verbond van Verzekeraars, Brancheorganisatie Arbo-diensten, Brancheorganisatie Reïntegratiebedrijven en de Algemene Bond van Uitzendondernemingen, Utrecht, december 2002.