

Samenvatting

Inleiding

In dit advies geeft de SER zijn zienswijze over onderdelen van het toekomstige beleid inzake de samenhang tussen sociale zekerheid en gezondheidszorg. Daarbij gaat hij ook in op het kabinetsstandpunt¹ terzake van februari 1997, waarover de SER door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bij brief van 26 augustus 1997 is verzocht te adviseren.

De raad waardeert het ten zeerste dat hij thans naar aanleiding van een adviesaanvraag in de gelegenheid wordt gesteld zijn opvattingen kenbaar te maken over onderdelen van het beleid op het terrein van de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen. Hij gaat ervan uit dat ook in de toekomst zijn advies zal worden gevraagd over beleidsvoornemens op dit gebied, met name waar het gaat om de algemene sociaal-politieke en sociaal-economische aspecten van beleidsvraagstukken op genoemd terrein.

Opbouw advies

Na een beschrijving in hoofdstuk 2 van een algemeen (advies)kader waarin de relevante ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg worden geplaatst, bevat het advies een nadere analyse van de huidige knelpunten in de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de wachttijden en -lijsten in de zorgsector. De wijze waarop arbeidsrelevante aandoeningen² in de gezondheidszorg worden aangepakt is het thema van hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de doelmatigheid in de gezondheidszorg in het bijzonder met het oog op een verbetering van haar bijdrage aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

1 Het kabinet heeft zijn standpunt bepaald naar aanleiding van het advies *Sociale zekerheid en zorg. Kansen en bedreigingen op het grensvlak van de sociale zekerheid en de zorg* dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in juni 1996 heeft uitgebracht.

2 Onder *arbeidsrelevante aandoeningen* worden begrepen: ziekten, gezondheidsklachten en aandoeningen die problemen voor het functioneren van de werknemer in het arbeidsproces veroorzaken en daardoor van invloed zijn op zijn vermogen om een arbeidsprestatie te leveren.

Hoofdstuk 6 bevat het standpunt van de raad; het betreft een globale beoordeling van het ter advisering voorgelegde kabinetsstandpunt. Deze beoordeling wordt gevolgd door verschillende voorstellen ter verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en bevordering van reïntegratie, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de basisdoelstellingen van de gezondheidszorg, te weten kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid, bereikbaarheid en kostenbeheersing.

Deze voorstellen komen verder in deze samenvatting aan de orde. Daaraan voorafgaand wordt eerst stilgestaan bij de reikwijdte van het advies.

Probleemstelling en reikwijdte advies

Waar de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uitdrukkelijk is ingegaan op de gevolgen van het beleid op het terrein van de sociale zekerheid voor de gezondheidszorg, luidt de probleemstelling voor dit advies: de oplossing van de huidige knelpunten in de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers, zonder dat daarbij de primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf in het geding komen. Deze probleemstelling bepaalt de reikwijdte van het advies. Zo wordt alleen terzijde ingegaan op het recent gevoerde socialezekerheidsbeleid als zodanig. Daarbij is van belang dat dit beleid op korte termijn zal worden geëvalueerd en dat de raad in de afgelopen periode verschillende adviezen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden heeft uitgebracht³. Tevens heeft hij in zijn recente advies over het sociaal-economisch beleid enkele onderwerpen aan de orde gesteld die van belang zijn voor de beleidsagenda op dit terrein⁴; daarbij heeft de raad zijn eerdere uitnodiging aan het kabinet herhaald om ten aanzien van bepaalde onderwerpen (zoals de verantwoordelijkheidsverdeling) nadere gerichte vragen te formuleren en aan hem voor te leggen.

Verder wordt in dit advies niet ingegaan op andere mogelijk relevante relaties tussen sociale zekerheid en gezondheidszorg (zoals de relatie tussen sociaal-economische status en medische consumptie) terwijl bepaalde onderdelen van het kabinetsstandpunt slechts terloops aan de orde komen. Daarbij gaat het onder meer om het flankerend beleid waarover de raad in 1997 twee adviezen heeft uitgebracht⁵ en om de afwijzing door het kabinet van de gedachte van *opting out* in de Ziekenfondswet (ZFW), dit wil zeggen de mogelijkheid om col-

3 SER-advies *Werken aan zekerheid*, publicatienr. 97/05, Den Haag 1997; SER-advies *Heroriëntatie arbobeleid en Arbowed*, publicatienr. 97/03, Den Haag 1997.

4 SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1998-2002*, publicatienr. 98/08, Den Haag 1998, paragraaf 1.3.

5 SER-advies *(Re)integratiebeleid arbeidsgehandicapten*, publicatienr. 97/07, Den Haag 1997; SER-advies *Gelijke behandeling gehandicapten*, publicatienr. 97/14, Den Haag 1997.

lectiviteiten van ziekenfondsverzekerde werknemers uit de ZFW te laten treden opdat zij zich particulier tegen ziektekosten kunnen verzekeren. Een beleidsmatige beoordeling van dit kabinetsstandpunt vraagt volgens de raad een bredere afweging met betrekking tot de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen die het bereik van dit advies te buiten gaat. Dit neemt niet weg dat ook wijzigingen in en van het stelsel van ziektekostenverzekeringen een rol (kunnen) spelen bij de gewijzigde verhoudingen op decentraal niveau, met name waar het gaat om de positie van de werkgever en diens belangen bij adequate preventie, reïntegratie en zorgverlening. Naar aanleiding hiervan is in hoofdstuk 5 van dit advies ook een aantal afzonderlijke analytische beschouwingen gewijd aan het stelsel van ziektekostenverzekeringen, zonder tot een nadere afweging te komen; het betreft een inventarisatie van mogelijke knelpunten in het stelsel vanuit de optiek van de verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie en reïntegratie. In louter beschrijvende zin komen daarbij ook enkele mogelijke op zichzelf staande beleidsbenaderingen aan de orde; deze worden getypeerd met de trefwoorden *Doorzetten decentralisering en decollectivering* en *Acceptatie collectieve verantwoordelijkheid*. Genoemde beschouwingen kunnen worden gezien als een uitnodiging aan het (komende) kabinet om terzake tot een gerichte adviesaanvraag te komen.

Sociale zekerheid en (gezondheids)zorg

De raad is – met het kabinet – in algemene zin van oordeel dat sociale zekerheid en gezondheidszorg dienen bij te dragen aan het wederzijds realiseren van elkaars doelstellingen. Het beleid op het terrein van de gezondheidszorg kan in positieve zin bijdragen tot preventie en reïntegratie (zie verder). Dit is des te meer van belang gezien de vele ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden; deze hebben geleid tot zowel een fors toegenomen, direct belang van werkgevers en werknemers bij een effectief en adequaat ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid, als tot wettelijke verplichtingen op het gebied van ziekteverzuimpreventie, verzuimbegeleiding en reïntegratie. Voorts kan het (socialezekerheids)beleid gericht op beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, dat tot op heden in de eerste plaats op het terrein van sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden gestalte heeft gekregen, bijdragen tot een beperking van het beroep op (curatieve) gezondheidszorgvoorzieningen.

Vervolgens acht de raad het met het kabinet van belang in beleidsmatige zin aandacht te besteden aan de gevolgen van de groeiende onderlinge verwevenheid (in de uitvoering) tussen de thans grotendeels gescheiden stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg. Deze verwevenheid komt tot uiting in een aantal ontwikkelingen op de verzekeringsmarkt, in het bijzonder in het aan-

bod van geïntegreerde dienstverlening ten behoeve van werkgevers, werknemers en overige burgers (zogenoemde *employee benefits*). De raad onderschrijft de zienswijze van het kabinet dat deze *benefits* moeten worden beschouwd als de uitwerking van secundaire arbeidsvoorwaarden en daarmee tot de primaire verantwoordelijkheid van sociale partners behoren. In dit verband behoeven in het bijzonder de effecten op de arbeidsmarktmobiliteit en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde/werknemer de aandacht.

Verder acht de raad het met het kabinet zinvol dat bij het sociaal-economische beleid en bij het socialezekerheidsbeleid rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Ook is hij het ermee eens dat de mogelijke risico's en negatieve effecten van het recent gevoerde socialezekerheidsbeleid mede moeten worden afgewogen ten opzichte van de positieve gevolgen. Enerzijds gaat het daarbij om effecten in de sfeer van risico- of gezondheidsselectie, prioriteitsstelling van de zorgsector en de bescherming van het medisch beroepsgeheim en van de privacy van zieke werknemers; anderzijds betreft het de toenemende aandacht voor preventie van vermijdbaar ziekteverzuim en voor verbetering van arbeidsomstandigheden en de maatregelen ter bevordering van reïntegratie.

Gezondheidszorg en ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid

De toegenomen aandacht voor en het belang van de rol van de gezondheidszorg bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid maken dat enkele knelpunten in de zorgsector zich meer dan voorheen manifesteren. Het gaat hier om knelpunten als: de gebrekkige specifieke kennis in de zorgsector van de sociaal-medische en arbeidsrelevante aspecten van ziektes, aandoeningen en gezondheidsklachten; de tekortschietende samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de behandelend artsen en de bedrijfs- en verzekeringsartsen; het gebrek aan doelmatigheid in de gezondheidszorg en, tot slot, de te lange wachttijden voor diagnose en behandeling.

Een en ander noopt tot nieuwe accenten in het volksgezondheidsbeleid, in die zin dat de gezondheidszorg preventief, diagnostisch en curatief dient bij te dragen tot een alerte en adequate behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten. Daarmee kan de gezondheidszorg een effectieve en essentiële functie vervullen bij het beleid gericht op het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsuitval en het beperken van de duur van ziekteverzuim en het bevorderen van reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers in het arbeidsproces. Wel geldt als voorwaarde dat dit beleid geen afbreuk doet aan de intrinsieke primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf. De raad wijst erop dat het volksgezondheidsbeleid dient te zijn gericht op het waarborgen van meerdere doelstel-

lingen, zoals de kwaliteit, de functionele beschikbaarheid en bereikbaarheid in geografische zin, de toegankelijkheid in financiële zin en een verantwoorde kostenontwikkeling in het licht van de overige sociaal-economische beleidsdoelstellingen. Deze randvoorwaarden hebben ook betrekking op de transparantie van de zorg, de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, de integrale benadering van de patiënt, het toestemmingsvereiste van de (potentiële) patiënt en de onafhankelijke positie van de behandelend arts; tevens impliceren zij dat doelgroepgebonden voorrangszorg niet aanvaardbaar is gelet op het gevaar van tweedeling.

Onder strikte handhaving van deze zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden dient te worden gezocht naar mogelijkheden tot verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In dit verband heeft de raad met instemming kennis genomen van de kabinetsinitiatieven sinds februari 1997 (gericht op de noodzakelijke verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg) en verheugt het hem dat een groot aantal 'partijen in het veld' (waaronder de Stichting van de Arbeid) zich heeft kunnen vinden in een brede gezamenlijke aanpak van een groot aantal knelpunten in dit verband. De op 12 maart 1998 uitgebrachte nota *Structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector; een bijdrage tot tijdigheid van adequate zorg in relatie tot patiënt en werk* bevat tal van concrete aanbevelingen en maatregelen die kunnen bijdragen tot het oplossen van de geanalyseerde knelpunten. De raad gaat ervan uit dat het actieplan voortvarend ter hand wordt genomen. In het vervolg van deze samenvatting wordt ingegaan op enkele actiepunten en aanbevelingen, welke in hun onderlinge samenhang moeten worden beschouwd.

Terugdringing wachttijden en -lijsten

De raad stelt met instemming vast dat thans een brede consensus aanwezig lijkt te zijn over de wenselijkheid en noodzaak om binnen een algemeen beleid gericht op reductie van problematische wachttijden ook bijzondere aandacht te schenken aan de gevolgen van niet-tijdige en inadequate zorgverlening voor de mogelijkheid van de patiënt om weer volwaardig deel te nemen aan het arbeidsproces. Ook acht hij het van belang dat overeenstemming bestaat over het uitgangspunt dat specifieke maatregelen geen inbreuk mogen maken op fundamentele basisnormen in de gezondheidszorg. Dit betekent onder meer dat beleidsinitiatieven gericht op voorrangsbepaling voor bepaalde sociaal-economische categorieën niet aan de orde zijn gelet op het daaraan inherente risico van tweedeling in de gezondheidszorg. De raad is het overigens met de minister van VWS eens dat dit niet uitsluit dat in individuele gevallen sociaal-medische criteria een rol kunnen spelen bij de bepaling van de zorgbehoefte

en het plan van behandeling. Dit maakt het in beginsel mogelijk dat ook de werksituatie van de patiënt mede wordt betrokken in de bepaling van de zorgbehoefte.

De raad is van oordeel dat het door de minister van VWS ingezette beleid en het door partijen in het veld opgestelde plan van aanpak belangrijke aanzetten bevatten voor een brede en structurele aanpak van de wachttijden en -lijsten in de zorgsector. Zo is het van belang dat informatie over toegangs- en wachttijden goed toegankelijk wordt gemaakt voor verwijzers, zorgverleners, bedrijfsartsen, zorgverzekeraars en patiënten/cliëntenorganisaties. Daarnaast zou de ontwikkeling van zorgbemiddeling (waarbij een zorgvrager door bemiddeling van met name de zorgverzekeraar in contact wordt gebracht met een zorgverlener om adequate zorg tijdig te realiseren) kunnen worden gestimuleerd. Ook moet worden onderzocht in hoeverre normering van wachttijden (met maximale levertijden voor zorgproducten) ertoe kan bijdragen dat zorgvragers in ieder geval binnen de gestelde termijn aan de beurt komen. Verder acht de raad een zekere budgettaire verruiming voor zorgverlening onvermijdelijk, zulks als onderdeel van een algemene verruiming van het budgettaire kader voor de volumegroei in de gezondheidszorg. Wat dit laatste betreft is het op basis van de huidige inzichten plausibel te stellen dat bij ongewijzigd beleid een volumegroei van om en nabij 2 procent het uitgangspunt zou moeten zijn voor een reële uitgavennorm. Ten slotte dienen tijdelijke maatregelen te worden getroffen om de problematische wachttijden en -lijsten versneld tot aanvaardbare omvang terug te brengen, zoals aanbevolen in het reeds genoemde plan van aanpak.

Verbetering bijdrage gezondheidszorg aan behandeling arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten

Volgens de raad moet langs meerdere sporen worden gewerkt aan een verbetering van de kwaliteit en de effectiviteit van de (gezondheids)zorg voor (potentiële) werknemers. Zo is een reële vergroting nodig van de aandacht, kennis en vaardigheden met betrekking tot de relatie patiënt-arbeid in de gezondheidszorg. Het gaat hierbij om maatregelen ter bevordering van de deskundigheid van artsen en hulpverleners zowel in de curatieve sector als in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) en het algemeen en het bedrijfsmaatschappelijk werk bij de diagnose en behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen welke leiden tot een betere zorg en een meer efficiënte behandeling van zieke werknemers. Ook acht de raad een effectief beleid nodig dat zich richt op een functionele verbetering van de samenwerking, communicatie en afstemming tussen de medici en beroepsbeoefenaren onderling. Dit betreft in het bijzonder de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. In dit verband acht de raad het

belangrijk dat de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) in april 1997 een overeenkomst hebben gesloten om de wederzijdse samenwerking tussen de onderscheiden beroepsgroepen te verbeteren; op basis daarvan hebben zij in april 1998 een gezamenlijke visie ontwikkeld op de plaats en taak van beide disciplines en op de samenwerking van bedrijfsartsen en huisartsen⁶. Daarin wordt het van groot belang geacht dat huisartsen en bedrijfsartsen samenwerken op basis van gelijkwaardigheid, met respect voor elkaars deskundigheid en onafhankelijke positie. De LHV/NVAB-visie kan volgens de raad worden gehanteerd als leidraad voor de positie van de bedrijfsarts.

Mede met het oog op de vergroting van de deskundigheid en de verbetering van de samenwerking stelt de raad voorts een drietal maatregelen voor. Ten eerste zou de kennisinfrastructuur in de sfeer van de arbeidsomstandigheden moeten worden uitgebouwd; dit is gericht op kennisverwerving en -bundeling en op een betere toegankelijkheid van de beschikbare kennis voor arbodiensten, gezondheidszorg en bedrijfsleven. Ten tweede zou de mogelijkheid moeten worden geopend om binnen de reguliere zorg onder bepaalde voorwaarden gespecialiseerde voorzieningen op het gebied van aandoeningsgerichte zorg op te zetten; dit is gericht op het duurzaam gezond houden van mensen die lijden aan specifieke aandoeningen, en daarmee ook op het voorkomen van ziekteverzuim dan wel op de terugkeer in het arbeidsproces. Ten slotte beveelt de raad de betrokken partijen aan programma's te ontwikkelen gericht op een integrale benadering van de verschillende onderdelen van het preventie-, interventie- en reïntegratieproces voor kort en langdurig ziekteverzuim (preventie, ziekteverzuimanalyse, diagnose van ziekte, therapie/remedie, reïntegratie en arbeidstoeleiding).

Verbetering bijdrage gezondheidszorg door doelmatigheidsverhoging

De recente ontwikkelingen op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid geven extra aanleiding om het beleid gericht op verbetering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg verder te intensiveren. Binnen de kaders van de huidige aanbodregulering moet worden gezocht naar mogelijkheden om het zorgaanbod meer te richten op de specifieke zorgbehoeften vanuit het arbeidsbestel, welke te maken hebben met het belang en de verantwoordelijkheden van werkgevers en werknemers bij preventie en reïntegratie. Bezien zou moeten worden in hoeverre dit beleid bijstelling behoeft niet alleen omdat het streven naar een doelmatiger gezondheidszorg als zodanig daarmee wordt gediend, maar ook omdat de bijdrage daarvan aan het beleid gericht op verdere

6 LHV en NVAB, *Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers*, Utrecht 1998.

terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wordt vergroot (vermaatschappelijking gezondheidszorg). Aanzetten daartoe zijn al terug te vinden in de meest recente beleidsontwikkelingen. Hieronder worden er enkele toegelicht.

Zo is de raad er voorstander van dat het zorgproces (in het algemene ziekenhuis) wordt afgestemd op en georganiseerd rondom categorieën patiënten met dezelfde aandoeningen (zogenoemde kanteling van het zorgproces) waardoor een snelle diagnostiek en, zo nodig, behandeling mogelijk wordt, evenals een efficiëntere zorgverlening. Daarnaast is belangrijk dat de bestaande negatieve incentives in het huidige budgetteringssysteem (zo nodig eerst op tijdelijke of experimentele basis) worden weggenomen; daardoor wordt extra productie mogelijk in het kader van een doelmatiger zorgorganisatie. Ook kunnen door de creatie van meer budgettaire ruimte lokale productieafspraken worden gerespecteerd. Dit impliceert dat ziekenhuizen niet langer achteraf met generieke macrokortingen worden geconfronteerd en dat de vaststelling van de lokale budgetten voor specialisten daadwerkelijk kan geschieden op basis van een reële lokale behoeftebepaling.

Vervolgens beveelt de raad aan dat onderzoek wordt verricht naar verdergaande mogelijkheden om verbetering te brengen in het systeem van verzekeraarsbudgettering en dit in relatie tot de ziekenhuisbudgettering. Deze mogelijkheden zouden betrekking kunnen hebben op een aanpassing van het normuitkeringensysteem en op een herziening van de verhouding tussen vaste en variabele ziekenhuiskosten. Ook zou moeten worden onderzocht of via verdergaande aanpassing van het overeenkomstenstelsel alsnog een evenwichtiger marktverhouding tussen partijen kan worden bereikt. Een dergelijke revitalisering van het overeenkomstenstelsel kan bijvoorbeeld inhouden dat naast de bestaande maximumtarieven ook minimum- of standaardtarieven worden ingevoerd en een systeem van periodieke openbare inschrijving en aanbesteding voor (individuele) zorgaanbieders wordt geïntroduceerd.

Ten slotte acht de raad het nodig dat ziekenhuizen meer beleidsvrijheid krijgen zodat zij beter in staat zijn in te spelen op de specifieke behoeften van verschillende groepen patiënten als gevolg van de wijzigingen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden. Naast een versoepeling van regelgeving is onder meer nodig dat wordt gekomen tot een integratie van het medisch-specialisme in het ziekenhuisbedrijf. Daarbij is het volgens de raad ook van belang dat verzekeraars in het kader van de jaarlijkse productieafspraken inspraak krijgen bij de bepaling van het aantal assistenten-in-opleiding en het aantal opleidingsplaatsen voor nieuwe specialisten (doorbreking *closed-shop* karakter); daarnaast zou eraan kunnen worden gedacht de contracteer-

verplichting voor medisch-specialistische zorg te beperken tot een aantal basisfuncties, zodat over de overige vormen van zorg vrij kan worden onderhandeld.