

Sociale zekerheid en
gezondheidszorg

98/13

SER

Sociale zekerheid en gezondheidszorg

Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg

Uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan
de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Publicatienummer 13, 19 juni 1998

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Inleiding	17
2. Adviesaanvraag en reikwijdte advisering	21
2.1 Adviesaanvraag	21
2.1.1 Achtergrond en plaatsbepaling	21
2.1.2 Kenschets kabinetsstandpunt	27
2.2 Advieskader sociale zekerheid en zorg: convergentie en divergentie	32
2.3 Probleemstelling en reikwijdte advies	37
3. Wachttijden en wachtlijsten	45
3.1 Inleiding	45
3.2 Wachtlijsten en wachttijden: begripsbepaling	45
3.3 Achtergronden	46
3.4 Wachttijden, arbeidsverzuim en beroep op sociale zekerheid	50
3.5 Recente beleidsontwikkelingen	53
3.6 Nadere beschouwingen	60
3.6.1 Algemeen	60
3.6.2 Concrete maatregelen: naar een brede en structurele aanpak	63
4. Gezondheidszorg en behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen	71
4.1 Actoren en hun onderlinge relaties	71
4.2 Knelpunten	76
4.2.1 Inleiding	77
4.2.2 Samenwerking en communicatie	78
4.2.3 Deskundigheid en attitude	81
4.2.4 Aanverwante knelpunten	82
4.2.5 Consequenties	83
4.3 Achtergronden	85
4.4 Verbetering behandeling arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten	89
4.4.1 Kabinetsvoorstellen en -ideeën	89
4.4.2 Verbetering samenwerking en communicatie	91
4.4.3 Bevordering kennis van en aandacht voor arbeidsrelevante aandoeningen	96

5.	Mogelijke bijdrage structuur en financiering gezondheidszorg aan beperking ziekteverzuim en reïntegratie van zieke werknemers	101
5.1	De vraag naar specifieke zorg vanuit het arbeidsbestel	101
5.1.1	Algemeen	101
5.1.2	Aanverwante thematieken	103
5.2	Mogelijke knelpunten	106
5.2.1	Structuur gezondheidszorg	107
5.2.2	Financiering gezondheidszorg	112
5.3	Beleidsuggesties en -benaderingen	116
5.3.1	Algemeen	116
5.3.2	Verbetering doelmatigheid binnen huidig stelsel	117
5.3.3	Lange termijn: stelselwijziging	121
6.	Standpunt van de raad	127
6.1	Inleiding	127
6.2	Beleidsadvisering (gezondheids)zorg	128
6.3	Sociale zekerheid en (gezondheids)zorg	129
6.4	Noodzaak verbetering bijdrage gezondheidszorg aan terugdringing ziekteverzuim en reïntegratie zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers	136
6.5	Terugdringing wachttijden en -lijsten	141
6.6	Verbetering bijdrage gezondheidszorg aan behandeling arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten	148
6.7	Verbetering bijdrage gezondheidszorg door doelmatigheidsverhoging	156
Bijlagen		
1.	Adviesaanvraag van 26 augustus 1997 van de minister van VWS over sociale zekerheid en zorg	163
2.	Brief van 29 september 1997 van de voorzitter van de SER aan de minister van VWS	165
3.	Brief van 9 december 1997 van de minister van VWS aan de SER	167
4.	Samenstelling Commissie Sociale Zekerheid en Werkgroep Sociale Zekerheid en Zorg	169
5.	Adviesaanvraag van 29 april 1997 van de staatssecretaris van SZW en advies van de Stichting van de Arbeid over <i>employee benefits</i>	173

6.	Brief van 19 januari van de Stichting van de Arbeid aan de vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer over wacht- tijden in de gezondheidszorg	179
7.	Schema 'Raakvlakken en ontwikkeling sociale zekerheid en gezondheidszorg'	183
8.	Communicatie en samenwerking in het kader van de sociaal- medische begeleiding: historische plaatsbepaling	185
9.	Arbo-infrastructuur en de zorg voor arbeidsrelevante aan- doeningen	191
10.	Regelgeving en regelingen met betrekking tot de onafhanke- lijkheid van de bedrijfsarts	195

Bijlagen 1, 2, 3, 5, 6 en 7 zijn digitaal niet beschikbaar.

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 eerste 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 Arbowet*, 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 decollectivisering* 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 (zogenheten *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 gezondheidselectie, 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 (zogeneten 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.

1. Inleiding

Adviesaanvraag

Bij brief van 26 augustus 1997 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) de Sociaal Economische Raad (SER) gevraagd te adviseren over het kabinetsstandpunt over sociale zekerheid en zorg¹. Dit op 28 februari 1997 aan de Tweede Kamer gezonden standpunt betreft de reactie op 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 gepubliceerd². Het kabinetsstandpunt bevat een globale beoordeling van het RVZ-advies alsook een beleidsmatige reactie op uiteenlopende aanbevelingen van de RVZ.

Over het RVZ-advies en het kabinetsstandpunt daarover hebben de Vaste Commissies voor VWS en SZW van de Tweede Kamer op 11 juni 1997 een rondetafelgesprek georganiseerd waaraan ook enkele centrale organisaties van werkgevers en werknemers hebben deelgenomen. Naar aanleiding daarvan heeft de Vaste Commissie van VWS bij de minister van VWS erop aangedrongen dat zij het kabinetsstandpunt ter advisering voorlegt aan de SER. In haar brief van 26 augustus jl. aan de raad deelt de minister mee dat zij gaarne aan dit verzoek voldoet.

Het kabinetsstandpunt is integraal ter advisering voorgelegd; de minister vraagt niet de bijzondere aandacht van de raad voor specifieke onderwerpen of voornemens. De adviesaanvraag bevat geen gerichte vraagstelling noch een nadere toespitsing van een mogelijk relevante vraagstelling; evenmin wordt een adviestermin genoemd.

Reactie op adviesaanvraag en voorbereiding van het advies

Met brief van 29 september 1997 heeft de voorzitter van de raad de minister van VWS ervan op de hoogte gebracht dat het voor de uiteindelijke vormgeving van het advies van groot belang wordt geacht dat de raad nog in deze kabinets-

1 De adviesaanvraag is als bijlage 1 opgenomen. Het kabinetsstandpunt is gepubliceerd als: Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 253, nr. 1.

2 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Sociale zekerheid en zorg. Kansen en bedreigingen op het grensvlak van de sociale zekerheid en de zorg*, Zoetermeer 1996.

periode een afzonderlijke adviesaanvraag tegemoet kan zien over het stelsel van ziektekostenverzekeringen³. Uit de reactie van 9 december 1997 hierop van de minister van VWS kan worden afgeleid dat een afzonderlijke adviesaanvraag over een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen “niet meer in deze kabinetsperiode mag worden verwacht”. Volgens de minister behoeft het voorshands uitblijven van een dergelijke adviesaanvraag “geen belemmering te betekenen voor het uitbrengen van een advies over het kabinetsstandpunt inzake Sociale zekerheid en zorg”⁴.

Het dagelijks bestuur van de raad heeft de adviesaanvraag in handen gesteld van de Commissie Sociale Zekerheid. Deze heeft uit haar midden de werkgroep Sociale Zekerheid en Zorg ingesteld ter voorbereiding van de advisering door de raad⁵. De raad heeft het advies vastgesteld in zijn openbare vergadering van 19 juni 1998. Het verslag van de raadsvergadering is opvraagbaar bij het secretariaat.

Opbouw en reikwijdte advies

Het advies is als volgt opgebouwd. Na dit inleidende hoofdstuk is hoofdstuk 2 gewijd aan de adviesaanvraag (achtergrond daarvan en weergave kabinetsstandpunt) en de reikwijdte van de advisering; na de beschrijving van een algemeen (advies)kader waarin de relevante ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg worden geplaatst, eindigt het hoofdstuk met de formulering van de probleemstelling voor dit advies: de huidige knelpunten in de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers⁶. Het advies bevat voorstellen ter oplossing van deze knelpunten zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de basisdoelstellingen van de gezondheidszorg die betrekking hebben op het waarborgen van kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid, bereikbaarheid en kostenbeheersing.

3 De brief van 29 september 1997 is opgenomen als bijlage 2. De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft de raad in zijn brief van 16 september 1997 inzake de adviesprogrammering laten weten dat na het uitbrengen van het advies van de RVZ over marktwerking in de ziektekostenverzekering “zal worden bezien of nadere advisering (door de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en/of de SER) al dan niet gewenst is”. Ook de brief van 17 september 1996 van de minister van SZW aan de raad inzake de adviesprogrammering 1996-1997 bevatte een dergelijke passage. Naar aanleiding daarvan heeft de raad in zijn advies van juni 1997 over de kabinetsnota *Werken aan zekerheid* uitgesproken ervan uit te gaan in het kader van de advisering over de ziektekostenverzekeringen in de gelegenheid te worden gesteld nader in te gaan op de consequenties van de (dubbele) vergrijzing voor de gezondheidszorg (SER-advies *Werken aan zekerheid*, publicatienr. 97/05, p. 534).

4 De brief van 9 december 1997 van de minister van VWS is opgenomen in bijlage 3.

5 De samenstelling van de Commissie Sociale Zekerheid en van de Werkgroep Sociale Zekerheid en Zorg is opgenomen in bijlage 4.

6 In het RVZ-advies *Sociale zekerheid en zorg* lag de nadruk op de gevolgen van het gevoerde beleid op het terrein van de sociale zekerheid voor de gezondheidszorg en de volksgezondheid.

In de hoofdstukken 3 tot en met 5 wordt nader ingegaan op enkele aan de te behandelen problematiek verbonden thema's, waarbij analyse en mogelijke oplossingsrichtingen aan de orde zijn. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de wachttijden en -lijsten in de zorgsector. De wijze waarop arbeidsrelevante aandoeningen⁷ in de gezondheidszorg worden aangepakt is het thema van hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de doelmatigheid in de gezondheidszorg, specifiek met het oog op een verbetering van haar bijdrage aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

Hoofdstuk 6 bevat tot slot het standpunt van de raad; het betreft een globale beoordeling van het ter advisering voorgelegde kabinetsstandpunt, gevolgd door voorstellen en aanbevelingen ter verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

⁷ 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.

2. Adviesaanvraag en reikwijdte advisering

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 2.1 eerst ingegaan op de adviesaanvraag (achtergrond en plaatsbepaling; weergave kabinetsstandpunt). Vervolgens bevat paragraaf 2.2 een kader waarbinnen dit advies wordt geplaatst. Ten slotte worden in paragraaf 2.3 de probleemstelling en reikwijdte van het advies afgebakend.

2.1 Adviesaanvraag

2.1.1 Achtergrond en plaatsbepaling

Deze paragraaf bevat enkele elementen ter positionering van de adviesaanvraag. Aan de orde komen daarbij achtereenvolgens de adviesaanvraag aan de RVZ, het RVZ-advies, het kabinetsstandpunt daarover en enkele reacties daarop, en tot slot enkele relevante ontwikkelingen na het verschijnen van het kabinetsstandpunt.

RVZ-adviesaanvraag

Het RVZ-advies vormt het antwoord op een adviesaanvraag van 19 februari 1996 van de minister van VWS aan de Voorlopige Raad voor de Zorgverlening en de Zorggerelateerde Dienstverlening (de voorganger van de RVZ) over “dilemma’s op het grensvlak van de sociale zekerheid en de volksgezondheid”. Deze aanvraag moet worden gezien in het licht van de grondige bezinning van het kabinet op de vereisten waaraan het stelsel van sociale zekerheid op langere termijn zal moeten voldoen, zoals afgesproken in het regeerakkoord uit 1994. Het RVZ-advies zal worden gebruikt “ter ondersteuning van het volksgezondheidsperspectief in de discussie over de herijking van de verzorgingsstaat”, aldus de adviesaanvraag aan de RVZ.

Wat de achtergrond van de RVZ-adviesaanvraag betreft, is niet alleen het regeerakkoord van belang maar ook de in het najaar 1995 gevoerde discussie in de Tweede Kamer over en naar aanleiding van het voorstel van Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz). Aan de orde daarbij was de betrokkenheid van het Ministerie van VWS bij de voorbereiding van dit wetsontwerp, in het bijzonder naar aanleiding van de vraag of en in welke mate de

volksgezondheidsaspecten meegewogen zijn in de besluitvorming over het wetsvoorstel¹.

Centraal in de RVZ-adviesaanvraag staan de gewijzigde verhoudingen tussen twee min of meer gescheiden pijlers van de verzorgingsstaat (de gezondheidszorg en de sociale zekerheid) en de daarmee verbonden dilemma's en knelpunten. In het bijzonder wordt gewezen op de (mogelijke) consequenties van recente wetswijzigingen op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (de zogeheten ziektegerelateerde sociale zekerheid) voor zowel de individuele gezondheidstoestand als de inrichting van de gezondheidszorg. Ter illustratie noemt de adviesaanvrager enkele positief dan wel negatief te waarderen processen. Zo wordt gesteld dat een doelmatige inrichting van de gezondheidszorg kan bijdragen tot het terugdringen van ziekteverzuim. Daarnaast wordt in de adviesaanvraag aan de RVZ gesteld dat informatieverschaffing over de oorzaken van ziekteverzuim op gespannen voet kan komen te staan met de privacybescherming van de verzuimende werknemer. Voorts wordt erop gewezen dat risicoselectie op de arbeidsmarkt de werkgelegenheid voor mensen met een verhoogde kans op ongezondheid onder druk kan zetten en dat de verdergaande samensmelting tussen arbodiensten, ziektekostenverzekeraars en verzekeraars van het loondoorbetalingsrisico kan leiden tot koppelverkoop met financieringsverschuivingen tussen de diverse typen van verzekeringen. De adviesaanvraag besluit dat deze en andere processen tevens een risico kunnen opleveren voor de professionele onafhankelijkheid van medici.

Aan de RVZ wordt onder meer gevraagd een aanzet te geven voor een referentiekader ter toetsing van mogelijke ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid vanuit het perspectief van de volksgezondheid; tevens worden mogelijke oplossingsrichtingen gevraagd.

Ten slotte bevat de adviesaanvraag ook – zij het in heel globale termen verwoord – een formulering van het door het kabinet beoogde doel, te weten het streven tot behoud van “een goede (doelmatige en toegankelijke) gezondheidszorg binnen de context van een veranderend sociaal bestel”.

RVZ-advies

In zijn advies *Sociale zekerheid en zorg* van juni 1996 formuleert de RVZ als hét op te lossen probleem “de wijze waarop de overheid kan bevorderen dat de privatisering van de sociale zekerheid ook een positieve uitwerking heeft op de volksgezondheid en de gezondheidszorg, zonder dat ongewenste effecten met

1 Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 35, pp. 2765 en 2766 en pp. 2778 en 2779.

betrekking tot de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt en van de gezondheidszorg optreden”.

In algemene zin stelt de RVZ vast dat bij belangrijke sociaal-economische beleidsbeslissingen onvoldoende rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Meer concreet geldt dit ook voor het beleid waarbij de financiële risico's voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid meer bij het bedrijfsleven zijn gelegd. Aangezien dit beleid leidt tot toenemende aandacht voor de preventie van vermijdbaar ziekteverzuim ziet de RVZ thans onvoldoende gronden om daarvan af te wijken. Niettemin wijst hij ook op de negatieve effecten daarvan; deze treden op in het personeelsbeleid van ondernemingen (strenger selectie- en uitstootbeleid op basis van een inschatting van de ziekerisico's) en in de prioriteitsstelling binnen de zorgsector (voorkeursbehandeling voor werkenden gericht op het verminderen van arbeidsuitval).

De RVZ komt tot de conclusie dat de effecten van de volksgezondheid en de gezondheidszorg meer dan in het verleden een rol moeten spelen bij de (voorbereiding van) veranderingen in de sociale zekerheid. Een ex-ante analyse van in het bijzonder de onbedoelde, nadelige effecten moet ertoe (kunnen) leiden dat het voorgenomen beleid wordt bijgesteld of dat door het nemen van flankerende maatregelen de ongewenste effecten worden voorkomen of verminderd, aldus de RVZ.

Voorts schenkt de RVZ in het bijzonder aandacht aan het thema van de zorgverzekeringen en *employee benefits* aangezien dit een terrein is waar de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg elkaar in de uitvoering raken. De verschuiving van verantwoordelijkheden op het terrein van de sociale zekerheid leidt ertoe dat op bedrijfs(tak)niveau mogelijkheden worden gezocht voor het voeren van een samenhangend beleid; in *employee benefits*-regelingen worden zorgverzekeringen en aanvullende inkomensdervingsverzekeringen, eventueel aangevuld met arbozorg, samengebracht.

Tot slot bevat het RVZ-advies uiteenlopende, concrete beleidsaanbevelingen gericht op enerzijds de overheid en anderzijds de zogeheten veldpartijen (onder meer sociale partners), waarbij de overheid faciliterend moet optreden. Deze aanbevelingen zijn verwerkt in paragraaf 2.1.2.

Kabinetstandpunt, reacties en ontwikkelingen daarna

Zoals vermeld hebben de minister van VWS en de staatssecretaris van SZW op 28 februari 1997 het standpunt van het kabinet over het RVZ-advies naar de Tweede Kamer gestuurd. Dit standpunt – waarover het advies van de SER wordt gevraagd – wordt beknopt weergegeven in paragraaf 2.1.2.

Daaraan voorafgaand worden hier enkele relevante elementen in verband met dat standpunt genoemd.

Een specifiek onderdeel betreft de afstemming in de uitvoering van zorgverzekeringen en *employee benefits*. Aangekondigd wordt dat de Stichting van de Arbeid (verder ook: de Stichting) zal worden verzocht een visie te geven op de vraag hoe de potentiële nadelen daarvan kunnen worden ondervangen. Op 1 oktober 1997 heeft de Stichting de desbetreffende adviesaanvraag van 29 april 1997 beantwoord²; daarin onderschrijft de Stichting de vaststelling van het kabinet dat *employee benefits* te beschouwen zijn als een uitwerking van secundaire arbeidsvoorwaarden en daarmee behoren tot het domein van werkgevers en werknemers. Voorts gaat de Stichting in haar advies kort in op een tweetal aspecten van *employee benefits*: in de eerste plaats de consequenties van de uitwisseling van vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde/werknemer; in de tweede plaats het risico dat een opname van de ziekenfondsverzekering in een geïntegreerd verzekeringspakket leidt tot de vervaging van de grenzen tussen het publieke en het private domein.

Ten slotte zal de stichting in overleg treden met de koepelorganisaties van verzekeraars om mobiliteitsbeperkende effecten die verbonden zijn aan collectieve bedrijfsverzekeringen te doen afnemen³.

Van belang voor een meer precieze bepaling van de plaats van de adviesaanvraag zijn voorts enkele ontwikkelingen na februari 1997 welke rechtstreeks dan wel onrechtstreeks een relatie hebben met de problematiek van sociale zekerheid en zorg.

Zo zijn per 1 januari 1998 de Wet medische keuringen en de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (Pemba) in werking getreden⁴ en zal per 1 juli 1998 ook de Wet op de (re)integratie van

2 De adviesaanvraag aan de Stichting van de Arbeid en het advies van 1 oktober 1997 van de Stichting van de Arbeid zijn opgenomen als bijlage 5.

3 Een en ander refereert aan de aanbeveling van de RVZ om te komen tot afspraken tussen kabinet en (zorg)verzekeraars die betrekking dienen te hebben op onder meer de wijze waarop werknemers bij beëindiging van hun dienstverband kunnen wisselen van zorgverzekeraar, dan wel een passende individuele zorgverzekering aangeboden krijgen. Daarmee moet zoveel mogelijk worden voorkomen dat mensen met een hoog (verwacht) ziekterisico niet meer van werkkring kunnen veranderen, omdat ze elders geen aanvaardbare zorgverzekering kunnen afsluiten.

4 In 1995 heeft de raad advies uitgebracht over de kabinetsvoornemens die hebben geleid tot de Pemba-wet (SER-Advies *Kabinetsvoornemens ZW, AAW en WAO*, publicatienr. 95/05, Den Haag 1995).

arbeidsgehandicapten in werking treden⁵. Ook heeft de staatssecretaris van SZW op 7 februari 1998 bij de Tweede Kamer het voorstel van Arbeidsomstandighedenwet 1998 ingediend⁶ en heeft de staatssecretaris van VWS op 31 maart 1998 de Proeve van wet gelijke behandeling mensen met een handicap of chronische ziekte aangeboden aan de Tweede Kamer⁷.

Vermelding verdient voorts dat de staatssecretaris van SZW met brief van 27 april 1998 het advies van de raad heeft gevraagd over de kabinetsnota inzake de organisatie van de uitvoering van sociale verzekeringen, welke een denkrichting bevat voor een anders ingerichte uitvoeringsorganisatie. Hierover heeft de raad op 19 juni 1998 een advies op hoofdlijnen uitgebracht.⁸

Ook op het terrein van de gezondheidszorg hebben zich na februari 1997 nog enkele (beleids)ontwikkelingen voorgedaan die relevant zijn voor de plaatsbepaling van de adviesaanvraag.

Zo heeft de minister van VWS in haar brief van 23 december 1997 aan de Tweede Kamer kenbaar gemaakt dat het huidige kabinet geen standpunt zal voorleggen over de zogeheten resterende knelpunten in de ziekenfondsverzekering⁹ of over de toekomst van de ziekenfondsverzekering als zodanig¹⁰. Voor de gedachtewisseling over de gewenste verdere vormgeving van het stelsel van ziektekostenverzekeringen verwijst de minister onder meer naar het rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) *Het ziekenfonds, waar*

5 Voorafgaand aan de aanbieding van het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer heeft de raad – naar aanleiding van een adviesaanvraag van 10 maart 1997 van de staatssecretaris van SZW – op 20 juni 1997 een advies uitgebracht over de zogeheten *Hoofdlijnennota (re)integratiebeleid arbeidsgehandicapten* waarin de kabinetsvoorstellen ter invulling van genoemde wet zijn opgenomen (SER-advies *(Re)integratiebeleid arbeidsgehandicapten*, publicatienr. 97/07, Den Haag 1997).

6 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 879, nrs. 1-3.
Voorafgaand aan de aanbieding van het wetsvoorstel heeft de raad – naar aanleiding van een adviesaanvraag van 15 april 1996 van de staatssecretaris van SZW – op 21 februari 1997 advies uitgebracht over de kabinetsnota *Heroriëntatie arbobeleid en Arbowed* (SER-advies *Heroriëntatie arbobeleid en Arbowed*, publicatienr. 97/03, Den Haag 1997).

7 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 24 170, nr. 36.
Voorafgaand aan de aanbieding van genoemde Proeve heeft de raad – naar aanleiding van een adviesaanvraag van 4 juni 1997 van de staatssecretaris van VWS – op 19 december 1997 een advies uitgebracht over de reactie van het kabinet op het rapport *Gehandicaptenrecht* en overwegingen inzake het beleid gelijke behandeling van mensen met een handicap en/of chronische ziekte (SER-advies *Gelijke behandeling gehandicapten*, publicatienr. 97/14, Den Haag 1997).

8 SER-advies *Organisatie uitvoering sociale verzekeringen (OSV 2001)*, publicatienr. 98/12, Den Haag 1998.

9 Daarbij gaat het om de volgende knelpunten: zelfstandigen met een laag inkomen; personen die na een echtscheiding leven van een (lage) alimentatie; scholieren met een bijbaantje; partners van veelverdieners die door een kleine baan tegen een lage premie ziekenfondsverzekerd zijn; medeverzekerde kinderen van 18 tot 27 jaar.

10 In september 1997 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer een discussienota in het vooruitzicht gesteld waarin de mogelijkheden worden aangegeven voor een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen met behoud van het systeem van de drie verzekeringscomponenten (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998. Rijksbegroting 1998 Hoofdstuk XVI (begroting Ministerie van VWS)).

*ligt de grens*¹¹, waarin de resultaten zijn opgenomen van een onderzoek naar de effecten van verschillende varianten met betrekking tot de ziekenfondsverzekering.

Ten slotte verdient vermelding het zogeheten *plan tot Structurele Aanpak van Wachttijden in de Zorgsector* dat ‘partijen in het veld’ (te weten: de Stichting van de Arbeid, alsmede organisaties van patiënten, van zorgaanbieders, van zorgverzekeraars en van arbodiensten) op 12 maart 1998 hebben aangeboden aan de Tweede Kamer en aan de minister van VWS en de staatssecretaris van SZW¹². Het kabinet en de Tweede Kamer hebben het plan van aanpak op hoofdlijnen onderschreven¹³. In de volgende hoofdstukken komen de recente ontwikkelingen (onder meer het plan van aanpak) daar waar nodig meer uitgebreid aan de orde. Hier zij vermeld dat het plan mede tot stand is gekomen naar aanleiding van het rondetafelgesprek over voorrangszorg en wachttijden dat op 28 januari 1998 op initiatief van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer plaatsvond. Ook ligt het plan van aanpak in het verlengde van de brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid aan de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, waarin de stichting haar zienswijze op de hoofdlijnen inzake het beleid met betrekking tot *Wachttijden in de gezondheidszorg* kenbaar heeft gemaakt¹⁴. Voorts sluit het plan op een aantal onderdelen aan bij de notitie *Wachttijden en tweedeling* van 16 februari 1998 van de minister van VWS¹⁵. Deze notitie – die kan worden beschouwd als het voorlopige sluitstuk van de kabinetsinitiatieven gericht op beperking van de wachttijden¹⁶ – is gewijd aan de aanpak van de wachttijden in de ziekenhuiszorg en aan de spanningsvelden rondom voorrangszorg voor werknemers in relatie

11 SCP, *Het ziekenfonds, waar ligt de grens?*, Rijswijk 1997.

12 *Structurele Aanpak van Wachttijden in de Zorgsector; een bijdrage tot tijdigheid van adequate zorg in het bijzonder in relatie tot patiënt en werk*, Den Haag 1998.

13 Handelingen Tweede Kamer, 39, 25 maart 1998, pp. 4858-4892.

Op 31 maart 1998 heeft de Tweede Kamer via motie het kabinet verzocht ten spoedigste met de opstellers van het Plan van Aanpak een meer definitieve begroting op te stellen die gericht is op het effectueren van de diverse beleidsvoorstellen en de inzet van het kabinet hierbij, en hierover de Tweede Kamer zo spoedig mogelijk te informeren (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 9). Naar aanleiding hiervan heeft de minister van VWS in haar brief van 5 mei 1998 aan de Tweede Kamer medegedeeld dat is besloten tot de instelling van een Platform aanpak wachttijden door de ondertekenaars van het reeds genoemde Plan van aanpak en door de Ministeries van SZW en VWS (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 12).

14 De brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid is opgenomen als bijlage 6.

15 Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 170, nr. 6.

16 Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 170, nr. 1 (*Wachttijden in de curatieve zorg*). Behalve het eind 1996 aan de Tweede Kamer kenbaar gemaakte tweesporenbeleid (incidentele aanpak van knelpunten, met name in de somatische sector, waarvoor 50 miljoen gulden beschikbaar is gesteld; afzonderlijke maatregelen gericht op het blijvend tegengaan van onaanvaardbare wachttijden in de curatieve sector en de ambulante geestelijke gezondheidszorg) heeft het kabinet voor 1998 opnieuw een eenmalig bedrag van 75 miljoen gulden gereserveerd om reeds op korte termijn de wachttijden zoveel mogelijk terug te dringen.

met de privatisering van de sociale zekerheid. In paragraaf 3.5 wordt verder ingegaan op de notitie van de minister van VWS.

2.1.2 Kenschets kabinetsstandpunt

Het kabinetsstandpunt bevat enkele algemene opmerkingen over de verhouding tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg. Ook reageert het kabinet op de RVZ-aanbevelingen die betrekking hebben op achtereenvolgens de afstemming tussen de beleidsontwikkelingen op de beide genoemde beleids terreinen, het flankerend beleid tot handhaving van de toegankelijkheid van arbeidsmarkt en verzekeringen voor mensen met verhoogde gezondheidsrisico's of handicaps en de toerusting van het zorgstelsel om beter te kunnen inspelen op veranderende behoeften. Onderstaand komen deze onderdelen achtereenvolgens aan de orde.

Algemeen

Het kabinet is met de RVZ van oordeel dat de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg moeten bijdragen tot het bereiken van elkaars doelstellingen. Dit kan onder meer door de effecten van (voorgenomen) socialezekerheidsbeleid tevoren te toetsen op consequenties voor de volksgezondheid. Daarnaast kan de gezondheidszorg meer bijdragen aan het realiseren van doelstellingen op het terrein van de sociale zekerheid, in het bijzonder het bekorten van ziekteverzuim.

Volgens het kabinet moet niet worden gestreefd naar integratie van beide stelsels in één verzekeringssysteem. Wel is het kabinet van oordeel dat het streven tot gezamenlijke oplossing van vraagstukken op het grensvlak van sociale zekerheid en zorg inhoudt dat financiële verschuivingen tussen beide stelsels “naar bevind van zaken kunnen worden overwogen”¹⁷.

Voorts deelt het kabinet het oordeel van de RVZ dat het ingezette beleid met betrekking tot de ziektegerelateerde sociale zekerheid moet worden voortgezet. Wel erkent het dat aan de verschuiving van de financiële risico's voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar het bedrijfsleven bepaalde risico's zijn verbonden in de sfeer van het personeelsbeleid van ondernemingen en in de sfeer van de prioriteitsstelling binnen de zorgsector.

Tegen deze achtergrond bevat het kabinetsstandpunt in hoofdzaak een overzicht van het ingezette en voorgenomen beleid om binnen het streven naar

17 Daarmee reageert het kabinet op een aanbeveling van de RVZ dat ex-ante afstemming van beleid op het grensvlak van sociale zekerheid en zorg kan leiden tot het overeenkomen van financiële verschuivingen tussen deze beleidsterreinen, bijvoorbeeld als mocht blijken dat door extra zorguitgaven het beroep op de sociale zekerheid kan worden teruggedrongen.

terugdringing van het beroep op de ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen zorg te dragen voor een adequate toegang tot de arbeidsmarkt, het verzekeringsstelsel en de zorgvoorzieningen, alsmede voor de bescherming van het medisch beroepsgeheim en de privacy van zieke werknemers.

Afstemming sociale zekerheid en gezondheidszorg

Het kabinet stelt een drietal onderwerpen aan de orde in het kader van de afstemming tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg.

In *de eerste plaats* gaat het om de pro-actieve afstemming van beleid op beide terreinen. Het kabinet is – met de RVZ – van oordeel dat reeds in de beginfase van beleidsvoornemens beleidsinitiatieven moeten worden getoetst op mogelijke effecten voor de volksgezondheid; daartoe zal een intensivering van de zogeheten ex ante gezondheidseffectscreening plaatsvinden en zullen ook andere instrumenten worden ontwikkeld.

In *de tweede plaats* spreekt het kabinet met het oog op de aanpak van de averechtse effecten van beleid het voornemen uit dat “wanneer dat mogelijk en noodzakelijk is” bestaande regelingen worden aangepast dan wel dat voorzieningen voor financiële compensatie worden getroffen. Daarmee antwoordt het op de aanbeveling van de RVZ tot nader onderzoek van “tegendraadse financiële prikkels in wet- en regelgeving” onder meer op het terrein van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Tevens bevestigt het kabinet zich te beraden over de wijze waarop de maatschappelijke positie van chronisch zieken kan worden versterkt¹⁸.

In *de derde plaats* schenkt het kabinet aandacht aan de afstemming in de uitvoering van zorgverzekeringen en *employee benefits*, hetgeen het omschrijft als een combinatie van verschillende verzekeringen voor werknemers die via de werkgever kunnen worden afgesloten. Volgens het kabinet behoren deze regelingen tot de eigen verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers, zij het binnen de wettelijke kaders (onder meer de wettelijk geregelde ziektekostenverzekeringen)¹⁹. Bovenstaande zienswijze sluit volgens het kabinet een

18 Daarmee reageert het op de RVZ-gedachte dat het doelmatiger kan zijn tegendraadse effecten in de huidige wet- en regelgeving aan te pakken door de creatie van een nieuwe sociale voorziening voor een aanvulling op de extra kosten van levensonderhoud in verband met gezondheidsproblemen.

19 Zo geldt op basis van wetgeving onder meer dat gegevens van personen slechts mogen worden uitgewisseld binnen diverse verzekeringstypen bij een verzekeraar en tussen verzekeraar en werkgever voorzover de Wet persoonsregistratie wordt gerespecteerd en dat financiële middelen voor de ziekenfondsverzekering niet mogen worden benut voor andere verzekeringsvormen.

optreden van de overheid op dit terrein niet uit “indien het belang van de gezondheidszorg in het algemeen wordt geschaad”²⁰.

Verder staat het kabinet afwijzend tegenover de aanbeveling van de RVZ om afspraken te maken met verzekeraars over de inpassing van collectieve zorgverzekeringen in *employee benefits*, welke zijn gericht op de toegankelijkheid van verzekeringen bij verandering van dienstbetrekking en op de informatievoorziening over collectieve contracten. Wel kondigt het kabinet aan om bij wijziging van huidige wetgeving (bijvoorbeeld de Wet bescherming persoonsgegevens) aandacht te besteden aan de bescherming van de privacy van werknemers/verzekerden en administratieve onderscheiding tussen de verschillende verzekeringen in een geïntegreerd pakket.

Reagerend op de RVZ-aanbeveling tot het instellen van onderzoek naar de mogelijkheden en bezwaren verbonden aan het opnemen van de ziekenfondsverzekering in collectieve contracten en in *employee benefits*regelingen wijst het kabinet de mogelijkheid tot *opting out* af; bedoeld wordt op de beleids-suggestie om collectiviteiten van ziekenfondsverzekerde werknemers uit de Ziekenfondswet (ZFW) te laten treden opdat zij zich particulier tegen ziektekosten kunnen verzekeren. Volgens het kabinet leidt een dergelijke constructie tot een aantasting van het solidariteitsprincipe dat de basis vormt voor de toegang tot de zorg van grote groepen mensen.

Flankerend beleid sociale zekerheid en arbeidsmarkt

In de zienswijze van het kabinet noopt het socialezekerheidsbeleid ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tot een flankerend beleid waarmee de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt voor mensen met verhoogde gezondheidsrisico's of handicaps moet worden gehandhaafd. In tegenstelling tot de RVZ is het kabinet van oordeel dat dit beleid niet primair op één groep dient te zijn gericht, vanwege het stigmatiserende effect daarvan. Dit neemt niet weg dat in bepaalde gevallen wel uitzonderingsconstructies voor mensen met een ziekterisico aangewezen zijn; het kabinet kondigt aan deze constructies 'te zijner tijd' te zullen evalueren.

Voorts verwijst het kabinet naar ander ingevoerd dan wel voorgenomen beleid, zoals de (re)integratiemaatregelen op grond van de Wet afschaffing malussysteem en bevordering reïntegratie (Amber) en van de Wet op de reïntegratie; het kabinet kondigt aan dat in het kader van laatstgenoemde wet ook aan-

20 Daarbij is het kabinet zich ervan bewust dat de overheid ten aanzien van de particuliere verzekeringsmarkt in beginsel alleen regels kan stellen die zijn gericht op het waarborgen van de financiële soliditeit van verzekeraars.

dacht zal worden besteed aan de mogelijkheid van werkgevers tot inschakeling van arbodiensten voor reïntegratie bij andere werkgevers. In het verlengde hiervan gaat het kabinetsstandpunt ook in op de toerusting van arbodiensten tot het voorkomen van ziekteverzuim en het begeleiden van verzuimende werknemers. Volgens het kabinet kan dit nog “aanzienlijk verbeteren” onder meer door nauwere samenwerking tussen behandelende artsen en arboartsen.

Tot slot noemt het kabinet de interdepartementale studie met betrekking tot antidiscriminatiewetgeving, het initiatiefwetsvoorstel op de medische keuringen en de betrokkenheid van sociale partners.

Toerusting zorgstelsel

Verder reageert het kabinet ook op enkele aanbevelingen van de RVZ met betrekking tot de toerusting van het zorgstelsel. Deze aanbevelingen zijn erop gericht dat beter kan worden ingespeeld op de wensen vanuit het bedrijfsleven als gevolg van de veranderingen in de sociale zekerheid. Daarbij gaat de RVZ in op de bevordering van de gelijkwaardigheid van de aanspraken binnen de verschillende verzekeringsvormen in het tweede compartiment van het stelsel van ziektekostenverzekeringen²¹, op het dichten van de zorgkloof en op het geven van meer vrijheden aan aanbieders en verzekeraars binnen door de overheid gestelde kaders.

Het kabinet is – met de RVZ – van oordeel dat het geven van voorrang voor een medische behandeling aan bepaalde groepen op andere dan medische criteria ontoelaatbaar is. Naast de afwijzing van een structurele voorrangsbehandeling hecht het kabinet ook aan de handhaving van de gangbare praktijk dat de behandelend arts bij de individuele patiënt alleen op grond van medische criteria, inclusief sociaal-medische indicaties, besluit tot indicatiestelling. Voorts refereert het kabinet aan zijn op 17 december 1996 naar de Tweede Kamer gestuurde notitie ‘Wachttijden in de curatieve zorg’ met maatregelen gericht op terugdringing van wachttijden²².

Wat het dichten van de zorgkloof betreft onderschrijft het kabinet in algemene zin de door de RVZ gesignaleerde noodzaak om voldoende financiële middelen beschikbaar te stellen voor de gezondheidszorg. Het kabinet verwijst naar de in het regeerakkoord afgesproken volumegroei van 1,3 procent voor deze kabinetsperiode, waarbij de mogelijkheid wordt opengelaten tot verhoging van dit

21 Het eerste en het tweede compartiment hebben betrekking op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), respectievelijk de ZFW en de met de ZFW overeenkomstige aanspraken op grond van de particuliere ziektekostenverzekeringen of publiekrechtelijke regelingen.

22 Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 170, nr. 1.

percentage, afhankelijk van de resultaten van de maatregelen gericht op volumebeheersing en kostenbeperking. Ook bevestigt het voor 1997 en de volgende jaren extra middelen beschikbaar te hebben gesteld voor nieuwe geneesmiddelen en de thuiszorg. Terzijde erkent het kabinet dat de uitgaven in de zorgsector zo realistisch mogelijk moeten worden geraamd.

Reagerend op de RVZ-aanbevelingen inzake de beleidsvrijheid van zorgaanbieders en -verzekeraars²³ is het kabinet van oordeel dat zorgaanbieders ook binnen het huidige stelsel mogelijkheden hebben tot het aanbieden van gedifferentieerde zorgfaciliteiten; daarmee kan worden ingespeeld op wensen uit de samenleving. Het kabinet verwijst naar lopend en voorgenomen beleid gericht op flexibilisering van zorgaanspraken en differentiatie van het zorgaanbod; zo zijn in het eerste compartiment van het stelsel van ziektekostenverzekeringen diverse zorg-op-maat-regelingen opgenomen en is in het tweede compartiment een aanzet gegeven tot flexibilisering van de ZFW.

Epiloog

Tot slot stelt het kabinet vast dat het RVZ-advies niet ingaat op de vraag hoe “de stelsels van sociale zekerheid en zorg zich op de langere termijn ten opzichte van elkaar zullen plaatsen”. Beantwoording van die vraag zou verdergaande studie vergen naar de wenselijkheid en mogelijkheden om (onderdelen van) beide stelsels met elkaar in verband te brengen, aldus het kabinet.

Afrondende opmerkingen

Het ter advisering voorgelegde kabinetsstandpunt bevat een veelheid van onderwerpen, met een complex en breed karakter, die op een enigszins fragmentarische wijze aan de orde worden gesteld. Aan het kabinetsstandpunt kan geen geïntegreerde visie op een (langetermijn)ontwikkeling van de samenhang tussen de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg worden ontleend. Voorts presenteert het kabinet naast heel algemeen geformuleerde opvattingen ook meer gerichte en concrete voornemens.

Verder kan worden opgemerkt dat het in februari 1997 kenbaar gemaakte standpunt op onderdelen thans gedateerd is en dat het kabinetsstandpunt onderwerpen bevat waarover de raad zich reeds in het recente verleden heeft uitgesproken (zie paragraaf 2.1.1). Ten slotte is van belang dat sommige onder-

23 De RVZ bepleit een vergroting van de mogelijkheden in de gezondheidszorg om beter te kunnen reageren op maatschappelijke wensen. Dit betreft zowel het wegnemen van belemmeringen in het wettelijk zorgstelsel voor verzekeraars en zorgaanbieders bij nieuwe vormen van zorgverlening, zoals transmurale zorg, als het vergroten van de mogelijkheden om een groter deel van het beschikbare inkomen aan zorg te besteden.

delen van het kabinetsstandpunt mede ter advisering zijn voorgelegd aan andere organen (bijvoorbeeld de adviesaanvraag over *employee benefits* aan de Stichting van de Arbeid)²⁴.

2.2 Advieskader sociale zekerheid en zorg: convergentie en divergentie

Het stelsel van sociale zekerheid en het stelsel van gezondheidszorg zijn stelsels die lange tijd naast elkaar en los van elkaar hebben gefunctioneerd. De ontwikkelingen op beide terreinen lopen ten dele uiteen; deze zogeheten divergentie heeft hoofdzakelijk betrekking op het feit dat de op het terrein van de sociale zekerheid ingezette decentralisatie en decollectivisering slechts in beperkte mate aan de orde zijn bij de ziektekostenverzekeringen²⁵.

Daartegenover kan worden vastgesteld dat beide stelsels, als gevolg van een aantal ontwikkelingen binnen ieder stelsel afzonderlijk, in de uitvoering steeds meer verwevenheid (zullen) gaan vertonen. Onderstaand wordt achtereenvolgens ingegaan op de sociale zekerheid, respectievelijk de gezondheidszorg en ten slotte op de groeiende onderlinge samenhang.

Sociale zekerheid: decollectivisering

Op het terrein van de sociale zekerheid is sinds het begin van de jaren negentig sprake van een reeks van ingrijpende wijzigingen in wetgeving en uitvoering, onder meer op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Zowel de materiewetgeving als de organisatie van de uitvoering verkeren in een bijna permanent proces van wijziging en aanpassing. Hoewel dit proces met de inwerkingtreding van de nieuwe Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en Wet op de reïntegratie arbeidsgehandicapten een voorlopige afronding heeft gevonden, staat nu al vast dat met name op het terrein van de uitvoeringsorganisatie nieuwe keuzen dienen te worden gemaakt voor de periode na het jaar 2000²⁶. Doelstelling bij dit alles is een verdere vergroting van de activerende werking van het stelsel van sociale zekerheid: het stelsel en de

24 Zie bijlage 5.

25 In het rapport *Zicht op zekerheid* van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) wordt dit als volgt verwoord: "Waar in de sociale zekerheid de verschuiving richting privatisering, deregulering en marktwerking onverminderd doorgaat, maakt deze verschuiving plaats voor een trend in de richting van een gemengd model: voor het tweede compartiment, naast een duidelijk publiek stelsel in het eerste en een privaat stelsel in het derde compartiment (STG, *Zicht op zekerheid. De toekomst van de (zorg)verzekeringen: een scenario-analyse*, Utrecht 1996, p. 63).

26 Zie de reeds in paragraaf 2.1.1 gemelde adviesaanvraag van 27 april 1998 over de uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen. Daarnaast heeft de SER bij meerdere gelegenheden gewezen op de wenselijkheid van een meer afzonderlijke en fundamentele discussie over de verdeling van verantwoordelijkheden in de sociale zekerheid (SER-advies *Werken aan zekerheid*, op.cit., p. 130; SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1998-2002*, publicatienr. 98/08, paragraaf 1.3).

uitvoering dienen door hun inrichting een maximale bijdrage te leveren aan het voorkomen en beperken van uitval wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid. Langs een veelheid van sporen wordt getracht dit doel dichterbij te brengen, onder meer door het stelsel selectiever te maken (verscherping toegangs-criteria), door het inbouwen van financiële prikkels (versoering uitkerings-niveau, premiedifferentiatie), door het aanscherpen van voorschriften op het terrein van arbeidsomstandigheden en verzuimbeleid (verantwoordelijkheid voor verzuimpreventie, -begeleiding en reïntegratie bij werkgever) en door regionalisatie en invoering van marktwerking in de uitvoering. De algemene tendens kan worden samengevat met: decollectivisering van risico's (verlaging van vereveningsniveaus), decentralisering van verantwoordelijkheden en meer vormen van kostenconfrontatie. Getracht wordt langs deze weg partijen meer bewust te maken van hun verantwoordelijkheid voor een effectieve beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

In dit alles liggen nieuwe verhoudingen en belangenafwegingen besloten rondom de gevalsbehandeling bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Was het streven begin jaren negentig nog gericht op een centrale rol van de bedrijfsvereniging in het totaaltraject van preventie, verzuimbegeleiding, controle, uitkeringsverzorging en reïntegratie (te bereiken door het overhevelen van de taken van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) naar de bedrijfsverenigingen), thans geldt de werkgever (daarin verplicht bijgestaan door een externe Arbodienst) als primair verantwoordelijke voor het tegengaan van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij zijn werknemers (zie kader). Voor het eerste verzuimjaar (het Ziektewetjaar) geldt tevens een verantwoordelijkheid van de werkgever voor de inkomensbescherming van de zieke werknemer in de vorm van de loondoorbetalingsverplichting. Als gevolg van de Pemba-wetgeving (mogelijkheid eigenrisicodragen gedurende de eerste vijf WAO-uitkerings-jaren; premiedifferentiatie) hebben werkgevers ook los van hun wettelijke verzuimbegeleidingstaak er groot financieel belang bij dat zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers zo snel mogelijk worden gereïntegreerd.

Verzuimbegeleidingstaak werkgever

De verzuimbegeleidingstaak van de werkgever houdt in ieder geval in dat uiterlijk 13 weken na aanvang van het verzuim in overleg met de werknemer een reïntegratieplan wordt opgesteld en vervolgens ten uitvoer gelegd. Dit reïntegratieplan dient tevens op een

drietal momenten in het Wulbz-jaar (13e, 26e en 39e week) ter kennisneming van de uitvoeringsinstelling te worden gebracht ter beoordeling van de vraag of de werkgever zich hiermee op adequate wijze van zijn wettelijke verplichtingen kwijt. Daarnaast functioneert het 13e-weekse reïntegratieplan ook als ziekmelding aan de uit-

voeringsinstelling in het kader van de wachttijd WAO.

Naar aanleiding van problemen in de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen werkgevers/arbodiensten en uitvoeringsinstellingen is in september 1997 een nieuw, zogeheten model voor de poortwachtersfunctie van kracht geworden. Ook binnen dit model staat het reïntegratieplan centraal. Bij de informatie-uitwisseling tussen Arbodienst en uitvoeringsinstelling wordt thans onderscheid gemaakt tussen de situatie waarin na 13 weken volgens de Arbodienst perspectief aanwezig is op volledige werkhervatting bij de eigen werkgever (binnen acht maanden na de eerste arbeidsongeschiktheidsdag en tegen de volle oorspronkelijke loonwaarde), en de situatie waarin dat perspectief er volgens de Arbodienst niet is. In het eerste geval kan de Arbodienst volstaan met het indienen van een *voorlopig* reïntegratieplan bij de uitvoeringsinstelling, waarin slechts een beperkt aantal algemene gegevens (persoonsgegevens, diagnose-omschrijving) dient te zijn opgenomen alsmede de verwachte datum van werkhervatting.

Indiening van een *volledig* reïntegratieplan vindt eveneens uiterlijk na 13 weken plaats indien de Arbodienst op dat moment geen volledige werkhervatting verwacht, dan wel als de werknemer zelf daarom verzoekt of als er behoefte bestaat aan de inzet van reïntegratie-instrumenten. Naast de eerder vermelde gegevens bevat het reïntegratieplan dan ook informatie die de uitvoeringsinstelling inzicht kunnen verschaffen over de reïntegratie-inspanningen van de werkgever. Indiening van een volledig reïntegratieplan kan ook in een later stadium alsnog aan de orde zijn als volledige werkhervatting niet heeft plaatsgevonden op de verwachte datum en volledige werkhervatting ook niet meer binnen acht maanden na de eerste arbeidsongeschiktheidsdag wordt verwacht. Alsdan moet immers een eventuele start worden gemaakt met claimbeoordeling WAO.

De bevindingen met betrekking tot het ontvangen reïntegratieplan worden door de uitvoeringsinstelling aan werkgever/Arbodienst en deels ook aan de werknemer teruggekoppeld.

Gezondheidszorg: kleine stappen binnen het huidige stelsel van ziektekosten-verzekeringen

Ook op het terrein van de gezondheidszorg hebben zich in dezelfde periode belangrijke verschuivingen voorgedaan. Was daarbij de beleidsontwikkeling aanvankelijk vooral gericht op een brede, voor iedereen toegankelijke basisverzekering als onderdeel van een stelsel waarin doelmatigheid en kostenbeheersing de boventoon zouden voeren (rapport-Dekker, plan-Simons), sinds het begin van de jaren negentig is het accent komen te liggen op gerichte verbeteringen binnen het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen. Een en ander hangt samen met gewijzigde inzichten in de regiefunctie in de gezondheidszorg. In 1994 is het beleid van partiële wijzigingen binnen het huidige stelsel nadrukkelijk vastgelegd in het regeerakkoord. Veel meer dan het toepassen

van één sturingsprincipe voor de gehele gezondheidszorg wordt daarbij per onderdeel (compartiment) van de gezondheidszorg gestreefd naar het vinden van een optimaal evenwicht tussen planning en markt. De vele partiële wijzigingen die zich hebben voorgedaan hebben niettemin ook op dit terrein de nodige dynamiek teweeggebracht. Belangrijke maatregelen in dit verband zijn de wijzigingen in de zorgcontractering, de opheffing van de werkgebieden van ziekenfondsen en toelating van landelijk werkende ziekenfondsen en de budgettering van ziekenfondsen en verzekeraars. Leidende gedachte is het naar elkaar toe laten groeien van de ZFW-verzekering en de particuliere ziektekostenverzekering in het tweede compartiment (kleine convergentie). Dat wil zeggen dat er op termijn sprake zal zijn van vergelijkbare verzekeringspakketten en premieheffing. Een en ander gaat gepaard met (continue) wijzigingen in de verdeling van zorgvormen over de drie compartimenten. Ook hier geldt als leidraad het terugdringen van collectieve uitgaven, het inbouwen van prikkels tot doelmatigheid en kostenbeheersing (budgettering, nominale premies, eigen bijdragen) en het bereiken van een nieuw evenwicht in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, bedrijven en burgers.

Het vervagen van de grenzen tussen de traditionele ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering komt ook tot uiting in het ontstaan respectievelijk intensiveren van samenwerkingsverbanden tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Door afschaffing van de verplichte werkgebieden voor ziekenfondsen is het immers ook mogelijk geworden om alle werknemers van een bedrijf, ongeacht of zij onder de verplichte ziekenfondsverzekering vallen of niet, in één collectief contract bij een samenwerkingsverband onder te brengen: de zogeheten gemengde contracten. Mogelijke voordelen van dergelijke contracten zijn onder meer: lagere beheers- en administratiekosten, betere mogelijkheden voor schadelastbeperking (en dus lagere premies), lage toegangsdrempel. In het kader van het collectieve contract kunnen dwarsverbanden worden gelegd met andere vormen van dienstverlening die inhoudelijk daarmee samenhangen, zoals arbodienstverlening, inkomensverzekeringen (ziekengeld, WAO-gat, Pembarisico, pensioen, hiaat als gevolg van de Algemene nabestaanden wet (Anw)) en overige vormen van financiële dienstverlening.

Onderlinge samenhang sociale zekerheid en gezondheidszorg

De geschetste ontwikkelingen in de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg komen elkaar in de uitvoering tegen, te weten op de verzekerings-

markt; deze wordt mede gekenmerkt door schaalvergroting en diversificatie binnen holdingverband²⁷.

Bij bedrijven is steeds meer behoefte aan integrale dienstverlening op het terrein van veiligheid, gezondheid en welzijn van werknemers. Goede gezondheid, veilige arbeidsomstandigheden en een snel herstel bij ziekte of ongeval betalen zich langs verschillende weg terug (lagere verzuimlasten, lagere ziektekostenpremie, minder productiviteitsverlies). Om hieraan tegemoet te komen zien marktpartijen die voorheen in afzonderlijke branches actief waren, zich genooddaakt samen te werken en waar mogelijk te fuseren. Zo is zichtbaar dat juist met het oog op dit *full-service*-concept de afgelopen jaren vele strategische allianties en samenwerkingsverbanden zijn ontstaan (al dan niet als voorbode van fusie) van partijen die voorheen in strikt gescheiden segmenten van de markt opereerden: banken met verzekeraars, verzekeraars met arbo-diensten, pensioenfondsen met verzekeraars, verzekeraars met uitvoeringsinstellingen en inkomensverzekeraars met ziektekostenverzekeraars. Veel van de verdere ontwikkelingen op dit terrein zal afhangen van de keuzen die in het kader van de uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen nog zullen moeten worden gemaakt.

Een en ander heeft ook gevolgen voor de wijze waarop tegen de onderlinge samenhang van de beide stelsels wordt aangekeken. Waar voorheen het stelsel van gezondheidszorg altijd als een op zichzelf staand systeem met eigen doelstellingen – namelijk bevordering van de volksgezondheid in collectieve en in individuele zin – is beschouwd, leiden de geschetste ontwikkelingen ertoe dat daarnaast ook bijzondere aandacht is ontstaan voor de betekenis die de gezondheidszorg kan hebben in het kader van het volumebeleid bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het belang dat allerwegen wordt toegekend aan preventie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en aan een adequaat reïntegratietraject voor zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers is namelijk gediend met een efficiënt en effectief functionerende gezondheidszorg. Vaak zal immers bij ziekte en arbeidsongeschiktheid naast de sociaal-medische begeleiding vanuit de socialeverzekerings- en arbosector ook sprake zijn van een betrokkenheid vanuit de medisch-curatieve of psychosociale sector.

Gelet de financiële verantwoordelijkheden van werkgevers voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en hun wettelijke taken terzake is het evident dat zij bij uitstek belang hebben bij een adequate organisatie van dit proces, ook waar

27 Ter illustratie zij verwezen naar het in bijlage 7 opgenomen schema dat is ontleend aan: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Zicht op zekerheid. De toekomst van de (zorg)verzekeringen: een scenario-analyse*, op.cit.

het de bijdrage van de zorgsector op preventief, diagnostisch en curatief gebied betreft. Werkgevers ontwikkelen zich met andere woorden steeds meer tot een vragende partij in de gezondheidszorg, een ontwikkeling die ook wordt gestimuleerd door de geschetste ontwikkelingen in de zorgsector zelf onder meer op het punt van de gemengde collectieve contracten.

Ten slotte hebben de recente ontwikkelingen op het terrein van sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden ertoe geleid dat ook (potentiële) werknemers een direct belang hebben bij een effectief en adequaat ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid. Hun kans op arbeidsuitval wegens ziekte of arbeidsongeschiktheid is meer dan vroeger van belang voor het verwerven en behouden van werk en daarmee van voldoende inkomen voor hen zelf en eventuele afhankelijken. Werknemers hebben als gevolg van versoberde uitkeringsvoorwaarden en eventuele arbeidsvoorwaardelijke prikkels een grotere financiële betrokkenheid bij het ontstaan en voortduren van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Derhalve hebben zij uitdrukkelijk belang bij het meewerken aan preventie van ziekteverzuim en het naar vermogen bevorderen van het herstel in geval van ziekte/arbeitsongeschiktheid.

2.3 Probleemstelling en reikwijdte advies

Bijdrage gezondheidszorg aan beperking ziekteverzuim en reïntegratie zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers

De toegenomen aandacht voor en het ontstane belang bij de rol van de gezondheidszorg bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid maken dat knelpunten in de zorgsector zich meer dan voorheen manifesteren en het volumebeleid ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid kunnen frustreren.

Zoals uit het onderstaande overzicht zal blijken is al langer bekend dat de inrichting en werking van de gezondheidszorg van invloed zijn op het ontstaan en het voortduren van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid; met name zou geen sprake zijn van een optimale bijdrage van deze sector aan beperking van het ziekteverzuim en reïntegratie van zieke werknemers en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten²⁸. Integendeel, aangenomen wordt dat de gezondheidszorg een verzuimduurverlengend effect kan hebben, bijvoorbeeld als de wachttijden voor bepaalde medische handelingen lang zijn. Ook het feit dat de behandeling en controle van zieke werknemers verricht worden door afzonderlijke medische disciplines en de onderlinge afstemming niet goed is geregeld, kan

28 T.J. Veerman, Theorieën over ziekteverzuim, in: P.G.W. Smulders en T.J. Veerman, *Handboek ziekteverzuim: een gids voor de bedrijfspraktijk*, Den Haag 1990.

de verzuimduur verlengen²⁹. Ook de Stichting van de Arbeid wijst in haar brief van 19 januari 1998 aan de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer op knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de diagnose en behandeling door hulpverleners van zieke werknemers, de affiniteit van curatieve artsen met vraagstukken rond het thema 'arbeid en gezondheid', de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen met bedrijfs- en verzekeringsartsen en de lange wacht- of doorlooptijden in de zorgsector³⁰.

Problematiek in historisch perspectief

De inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg zijn reeds vaker betrokken bij het onderzoek naar de oorzaken van het ontstaan en de duur van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid³¹. Ook de raad heeft in het verleden daaraan aandacht geschonken in zijn *Advies vermijdbaar verzuim wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid* (1982) en in het advies *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* (1991)³².

In het eerstgenoemde advies wordt de gezondheidszorg genoemd als een van de terreinen waarop maatregelen denkbaar zouden zijn om vermijdbaar verzuim tegen te gaan³³: "de organisatie en de wijze van hulpverlening vanuit de gezondheidszorg kunnen rechtstreeks of indirect invloed uitoefenen op de aanvang en duur van het verzuim. Veelal wordt namelijk door de bij de gezondheidszorg betrokken personen en instellingen te weinig aandacht besteed aan de positie van de hulpvrager als deelnemer in het arbeidsproces".

In laatstgenoemd advies van 1991 wees de raad bij de analyse van de oorzaken en achtergronden van de ontwikkeling van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid onder meer op de paradoxale situatie dat de gezondheidszorg zelf verzuimbevorderend werkt³⁴: de hoge ontwikkeling van de medische technologie heeft onder meer geleid tot meer verwijzingen en onderzoek, een meer verfijnde diagnostiek, regelmatig terugkomen van de patiënt en langdurige behandelingen. Daarnaast is een flink deel van de duur van lange verzuimgevallen het gevolg van wachttijden welke voor het overgrote deel worden

29 C.G.L. van Deursen en P.G.W. Smulders, *Ziekteverzuim*, in: P.G.W. Smulders en J.M.J. Op de Weegh (red.), *Arbeid en gezondheid. Risicofactoren*, Heerlen 1995, p. 203.

30 Zie bijlage 6.

31 Zie in het bijzonder: P.C. Buijs, *Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, Stichting CCOZ, Amsterdam 1985, pp. 79-101.

32 SER, *Advies vermijdbaar verzuim wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid*, publicatienr. 82/01, Den Haag 1982 en SER-advies *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, publicatienr. 91/15, Den Haag 1991.

33 SER, *Advies vermijdbaar verzuim wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid*, op.cit., p. 32.

34 SER-advies *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, op.cit., pp. 51 en 55. Daarbij werd in het bijzonder verwezen naar: J.A.M. Grosfeld en M.J.D. Schalk, *Verzuimfactoren afzonderlijk belicht*, in: P.G.W. Smulders en T.J. Veerman (red.), *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk*, Den Haag 1990, p. 81.

toegeschreven aan organisatieproblemen in de gezondheidszorg. Ten slotte wordt genoemd het gebrekkige contact tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts, hetgeen gevolgen heeft voor het tijdstip van werkhervatting.

De analyses van de raad kunnen worden geplaatst in het kader van de sinds de jaren zestig ingezette trend om de inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg tot de determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te rekenen³⁵.

Aanvankelijk werd de invloed van de gezondheidszorg vrijwel alleen als positief ervaren: het streven in de gezondheidszorg in het algemeen en in de curatieve sector in het bijzonder was erop gericht om patiënten zo snel mogelijk in staat te stellen hun gebruikelijke dagelijkse bezigheden weer op te nemen. Tegen het eind van de jaren vijftig werd voor het eerst melding gemaakt van het begrip *iatrogeen verzuim*, waarmee werd bedoeld op de toename van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn en de tijd die daarmee gemoeid is vanwege diagnostiek en wachttijden³⁶.

In de jaren zestig ontstond meer aandacht, ook van medische zijde, voor negatieve invloeden vanuit de gezondheidszorg. Gewezen werd op onnodige vertraging bij ziekenhuisbehandeling en op de verzuimduurverlengende werking die van de medische controle uitging. Zo stelde De Groot dat in de curatieve gezondheidszorg de voornaamste verklaring moest worden gezocht voor de stijgende frequentie van de langdurende ziektegevallen³⁷.

Dergelijke signalen leidden met name in de jaren zeventig en in mindere mate ook in de jaren tachtig tot het instellen van werkgroepen en commissies, het opstellen van rapporten en het verrichten van veel onderzoek. Een resumé daarvan is te vinden in de literatuurstudie van Klein Hesselink c.s. (1993) en in het proefschrift van Buijs³⁸ (1985). Laatstgenoemde studie bevat een nog steeds handzame en actuele rubricering van de knelpunten in de relatie van de gezondheidszorg met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, welke tevens een samenvattend overzicht biedt van de meest relevante onderzoeksbevindingen.

35 D.J. Klein Hesselink, H.J. Kruidenier, T.J. Veerman en P.C. Buijs, *Afwezigheid verklaard. Literatuur-studie naar determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, Amsterdam 1993, pp. 52-62 en pp. 86-89.

36 M.J.W. de Groot, *Kwantitatieve benadering van het verzuim door neurosen bij Nederlandse fabrieks-arbeiders*, NIPG/TNO, Leiden 1958, pp. 111-120.

37 M.J.W. de Groot, Het ziekteverzuim en de functionering van het medisch apparaat, in: *M&O*, 1967, 21, pp. 3-24. Als oorzaken zag genoemde auteur: een toename van specialistische bemoeienissen, grotere zorgvuldigheid van de arts, tezamen met een groter beroep van de patiënt op de onderzoeksmogelijkheid, vaak resulterend in omslachtige en onvoldoende gecoördineerde medische activiteiten.

38 P.C. Buijs, *Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, op.cit., pp. 98-100.

De door Buijs geïnventariseerde knelpunten zijn ingedeeld in de volgende vijf elkaar soms gedeeltelijk overlappende categorieën:

- de organisatie van de gezondheidszorg:
 - een (te) groot accent op de tweede lijn;
 - te lange wachttijden in het algemeen, en voor bepaalde specialismen in het bijzonder;
 - te lange opnameduur, onder meer door intramurale inefficiëntie en gebrek aan extramurale opvangmogelijkheden;
 - een gebrek aan ambulante en tussenvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg;
 - de arbeidsomstandigheden binnen de gezondheidszorg.
- de beoefening van de geneeskunde:
 - het onvoldoende buiten het medische kanaal houden van de niet-medische problematiek;
 - te weinig aandacht voor preventie;
 - een te weinig integrale benadering met een medicaliserend en somatisch fixerend effect als gevolg;
 - te veel diagnostische (en therapeutische) verrichtingen;
 - te weinig aandacht voor revalidatiegeneeskunde;
 - onkunde en te optimistische verwachtingen over (het moment van) de werkhervatting;
 - te weinig evaluatie van behandelmethoden.
- de samenwerking tussen de onderscheiden actoren:
 - te weinig communicatie, overleg en coördinatie, zowel binnen de curatieve sector zelf (in het bijzonder tussen de eerste en de tweede lijn) als van daaruit met bedrijfs- en verzekeringsartsen en andere betrokkenen, alsook tussen de diverse hulpverleners en de verzekerde;
 - onvoldoende en inadequate begeleiding gericht op mogelijke werkhervatting.
- de gevolgen van de scheiding tussen behandeling en controle:
 - te weinig kennis van en interesse voor de relatie tussen werk en gezondheid en voor de (uitvoering van de) arbeidsongeschiktheidswetgeving;
 - statusverschillen, belangentegenstellingen en competentiekwesties ten opzichte van bedrijfs- en vooral verzekeringsartsen.
- meer algemene knelpunten:
 - te weinig theoretische kennis over het ontstaan van arbeidsongeschiktheid en de invloed daarop vanuit de curatieve sector;
 - in theorie en praktijk te weinig aandacht in de opleiding voor de genoemde knelpunten.

Volgens Buijs kunnen deze factoren – al dan niet in combinatie met elkaar – resulteren in, dan wel bijdragen tot een te lange behandelingsduur, en tot

iatrogene invalidering, medicalisering, somatische fixatie, arbeidsongeschiktheidsgewenning, hospitalisering en andere processen die de verzuimduur verlengen en WAO-toetreding kunnen bevorderen.

Probleemstelling

Zoals in de inleiding van deze paragraaf is opgemerkt zijn de bovenstaande geïnventariseerde knelpunten thans nog steeds actueel, ook al hebben sinds het midden van het vorige decennium tal van beleidsontwikkelingen plaatsgevonden. Door de veranderingen in de sociale zekerheid en de arbowetgeving hebben zowel werknemers als werkgevers een groot belang gekregen bij beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, en dus bij de eliminatie dan wel reductie van de genoemde knelpunten in de gezondheidszorg. Voorts zijn sinds de jaren negentig ook de rol en de betekenis van de gezondheidszorg geplaatst op de agenda van het beleid gericht op terugdringing van het ziekteverzuim en het arbeidsongeschiktheidsvolume. Zo zijn er stappen gezet in de (inrichting van de) gezondheidszorg (onder meer gericht op vergroting van de efficiency) en zijn er – mede op initiatief van de beroepsorganisaties – maatregelen getroffen gericht op de verbetering van de samenwerking tussen de betrokken (medische) actoren.

Niettemin blijkt uit de literatuur van de eerste helft van de jaren negentig dat vele van de door Buijs geïnventariseerde knelpunten ondanks de genoemde wijzigingen nog in mindere of meerdere mate zijn blijven voortbestaan³⁹. De actualiteit van deze knelpunten blijkt ook uit de reeds genoemde brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid aan de Tweede Kamer en uit het *Plan tot structurele aanpak van wachttijden* (maart 1998).

Ofschoon de in paragraaf 2.2 geschetste ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg aanleiding kunnen vormen om in een brede benadering de rol van beide stelsels aan een nadere kritische beschouwing te onderwerpen, spitst dit advies zich tegen de achtergrond van het bovenstaande en uitgaande van de wisselwerking tussen beide systemen toe op de knelpunten in de zorgsector die een verdere intensivering van het volumebeleid ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (kunnen) belemmeren. Daarbij dient wel te worden bedacht dat het toespitsen van het beleid inzake sociale zekerheid en zorg op deze problematiek op zichzelf genomen op gespannen voet kan staan met de algemene beleidsdoelstellingen op het terrein van de gezondheidszorg. Bij dat laatste kan worden gedacht aan een viertal

39 Zie in het bijzonder: D.J. Klein Hesselink, H.J. Kruidenier, T.J. Veerman en P.C. Buijs, *Afwezigheid verklaard. Literatuurstudie naar determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, op.cit.

doelstellingen die in kwalitatieve en nevenschikkende zin worden geformuleerd⁴⁰:

- het waarborgen van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Van belang daarbij zijn onder meer: 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 (niet alleen vanuit de optiek van zijn socio-professionele status), het toestemmingsvereiste van de (potentiële) patiënt en de onafhankelijke positie van de behandelend arts;
- het waarborgen van de functionele beschikbaarheid en bereikbaarheid van de gezondheidszorg in geografische zin;
- het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in financiële zin. Van belang daarbij is dat doelgroepgebonden voorrangszorg en tweedeling niet aanvaardbaar zijn;
- het waarborgen van een verantwoorde kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg in het licht van de overige sociaal-economische desiderata.

De centrale probleemstelling voor dit advies luidt dan ook als volgt: *de oplos-sing van de huidige knelpunten in de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeids-ongeschikte werknemers, zonder dat daarbij de primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf in het geding komen.*

In de volgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op de meest relevante knelpunten in de gezondheidszorg welke betrekking hebben op:

- het bestaan van wachttijden en -lijsten (hoofdstuk 3);
- de behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen (hoofdstuk 4);
- de doelmatigheid met het oog op een effectieve bijdrage tot preventie ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers (hoofdstuk 5).

Bedacht dient te worden dat tussen deze thema's vele dwarsverbindingen en (onder meer causale) relaties bestaan. Zo kan bijvoorbeeld worden gesteld dat de gebrekkige samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts en de tekortschietende expertise van artsen in de gezondheidszorg met betrekking tot 'arbeid en gezondheid' leiden tot (dus mede oorzaak zijn van) de onvoldoende aandacht in de gezondheidszorg voor sociaal-medische aspecten en mede de aanleiding vormen voor de problematiek van de lange wachttijden⁴¹. Een en ander

40 Op basis van: SER *Advies beheersstructuur gezondheidszorg*, publicatienr. 87/07, Den Haag 1987, pp. 18 en 19; SER *Advies herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, publicatienr. 90/20, Den Haag 1990, p. 87.

41 Conform de in bijlage 6 opgenomen brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid.

leidt ertoe dat bepaalde aspecten in meerdere hoofdstukken aan de orde komen.

Reikwijdte advies

De bovenstaand geformuleerde probleemstelling impliceert een afbakening van de reikwijdte van dit advies. Waar de RVZ uitdrukkelijk is ingegaan op de gevolgen van het beleid op het terrein van de sociale zekerheid voor de gezondheidszorg en de volksgezondheid, ligt de nadruk in dit advies op de rol van de gezondheidszorg voor het bereiken van doelstellingen in de sfeer van de beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid onder handhaving van maatschappelijke en zorginhoudelijke randvoorwaarden (toegang, kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid, kostenbeheersing). Van belang daarbij is dat een adequaat ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsbeleid kan bijdragen tot een beperking van het beroep op (curatieve) gezondheidszorgvoorzieningen. Voorts impliceert de bovenstaand afgebakende reikwijdte dat in dit advies alleen terzijde wordt ingegaan op het recent gevoerde socialezekerheidsbeleid als zodanig. Daarbij is van belang dat de ingevoerde maatregelen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden op korte termijn zullen worden geëvalueerd en dat de raad in de afgelopen periode enkele fundamentele adviezen op beide terreinen heeft uitgebracht⁴².

Verder houdt de reikwijdte van het advies in dat bepaalde onderdelen van het kabinetsstandpunt slechts terloops aan de orde komen. Hier wordt volstaan met twee onderwerpen, te weten: het flankerend beleid waarover de raad in de recente periode meerdere adviezen heeft uitgebracht⁴³ en de afwijzing door het kabinet van de gedachte van *opting out* in de ZFW⁴⁴. Een analyse en beleidsmatige beoordeling van dit kabinetsstandpunt vraagt een bredere afweging (in casu met betrekking tot de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen) welke het bereik van dit advies te buiten gaat. Wel komt uit paragraaf 2.2 naar voren dat ook wijzigingen in en van het stelsel van ziektekostenverzekeringen een rol 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 wordt in hoofdstuk 5 van dit advies ook een aantal afzonderlijke

42 SER-advies *Werken aan zekerheid*, op.cit.; SER-advies *Heroriëntatie arbobeleid en Arbowet*, op.cit.

43 SER-advies *(Re)integratiebeleid arbeidsgehandicapten*, op.cit.; SER-advies *Gelijke behandeling gehandicapten*, op.cit.

44 Het betreft de beleidsuggestie om collectiviteiten van ziekenfondsverzekerde werknemers uit de ZFW te laten treden opdat zij zich particulier tegen ziektekosten kunnen verzekeren. In dit verband zij vermeld dat de ZFW per 1 januari 1998 een eenmalige *opting-out*-mogelijkheid bevat voor personen ouder dan 64 jaar die als gevolg van de Wet-Van Otterloo na 1 juli 1994 onder de persoonlijke werkingssfeer van de ZFW zijn gebracht; deze eenmalige mogelijkheid is in het bijzonder gericht op ex-rijksambtenaren.

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 van ziektekostenverzekeringen vanuit de optiek van de verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Deze beschouwingen kunnen worden gezien als een uitnodiging aan het (komende) kabinet om terzake tot een gerichte adviesaanvraag te komen.

Ten slotte is een andere consequentie van de reikwijdte van het advies dat niet wordt ingegaan op andere mogelijk relevante relaties tussen sociale zekerheid en gezondheidszorg. In dit verband kan erop worden gewezen dat zowel in de onderzoeksliteratuur⁴⁵ als in de beleidsdiscussie⁴⁶ reeds vele malen is stilgestaan bij de relatie tussen sociaal-economische status en medische consumptie⁴⁷ en dat mede op basis daarvan wordt gesteld dat een maatschappelijk verantwoorde en adequate inkomensbescherming kan bijdragen tot een beperking dan wel voorkoming van gezondheidsklachten (in het bijzonder bij mensen met lagere inkomens en minimumuitkeringsgerechtigden) en daarmee tot een reductie van het beroep op de gezondheidszorgvoorzieningen.

45 Zie: J.B.W. van der Meer, e.a., *Een zorg minder? De longitudinale studie naar sociaal-economische verschillen in medische consumptie*, Rotterdam 1996; J.B.W. van der Meer, *Equal care, equal cure? Socioeconomic differences in the use of health services and the course of health problems*, proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam maart 1998; D. De Graeve en I. Duchesne, *Inkomensgerelateerde verschillen in gezondheid en in de consumptie van medische zorg*, in: *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1997, 1, pp. 5-14.

46 Zie de verslagen van de openbare mei-vergadering van 1997 van de Ziekenfondsraad over de discussie naar aanleiding van de in opdracht van de Ziekenfondsraad verrichte studie *Sociaal-economische verschillen in medische consumptie*, Amstelveen 1996. Zie ook: X, *Ook de verschillen zijn chronisch*. Verslag van een debat over "Arm en ziek; Gezond en rijk", in: *Inzet*, 1992, 3, pp. 23-30.

47 CBS en Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, *Sociaal-economische status, gezondheid en medische consumptie*, Den Haag 1991, p. 24. Uit dit rapport (van onderzoek op basis van de CBS-Gezondheidsenquêtes 1983-1988) blijkt dat er vrij consistente negatieve relaties zijn tussen enerzijds variabelen betreffende de sociaal-economische status (opleiding, beroepsaanzien, inkomen) en anderzijds gezondheidsvariabelen (onder meer: ervaren gezondheid, aantal chronische aandoeningen). De relaties bij het gebruik van voorzieningen zijn veel minder duidelijk. Niet gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheid, is er een relatie tussen een lage sociaal-economische status en een hoog gebruik van de huisarts, specialist en met medicijngebruik op recept. Bij correctie voor met name gezondheid blijkt dat deze relatie vrijwel geheel wordt verklaard door de gezondheidstoestand: personen met een lage sociaal-economische status zijn ongezonder en maken daardoor meer gebruik van de genoemde curatieve voorzieningen. Gecorrigeerd voor gezondheid blijkt eveneens dat een hoge sociaal-economische status samenhangt met meer gebruik van voorzieningen zoals de specialist, tandarts, alternatieve genezer, fysiotherapeut en zelfmedicatie.

3. Wachttijden en wachtlijsten

3.1 Inleiding

Zoals ook in paragraaf 2.3 is aangegeven, is er een relatie tussen het verschijnen van wachttijden in de medisch-curatieve sector en de omvang van het ziekteverzuim. Uitstel van diagnosestelling en behandeling vanwege wachttijd kan een onnodige verlenging van verzuimduur met zich brengen en daardoor de kans op terugkeer in het arbeidsproces verkleinen. Gerichte aanpak van problematische wachttijden kan dan ook, naast een meer algemene bijdrage aan de kwaliteit van de gezondheidszorg, een specifieke bijdrage inhouden aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Hiervan uitgaande wordt in dit hoofdstuk nader ingegaan op de problematiek van wachttijden en wachtlijsten in de gezondheidszorg. Omdat in deze discussie vaak sprake lijkt van begrips- en spraakverwarring, wordt in paragraaf 3.2 eerst een korte begripsmatige verkenning uitgevoerd. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3 een aantal achtergronden van de wachttijdproblematiek geschetst.

In paragraaf 3.4 wordt ingegaan op de relevantie van wachttijden en wachtlijsten voor het beleid gericht op beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, of meer in het algemeen: op vergroting van de arbeidsparticipatie. Daarna wordt in paragraaf 3.5 stilgestaan bij recente beleidsinitiatieven gericht op een reductie van wachtlijsten en wachttijden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 3.6 waarin een aantal nadere beschouwingen zijn opgenomen.

3.2 Wachtlijsten en wachttijden: begripsbepaling

In de discussie over wachttijden in de gezondheidszorg spelen verschillende begrippen een rol. Tot goed begrip van de onderliggende problematiek dient onderscheid te worden gemaakt tussen wachttijden en wachtlijsten.

Volgens het 'Financieel Overzicht Zorg' 1994¹ kan onder een *wachtlijst* het volgende worden verstaan: een overzicht van het aantal patiënten dat geïn-

1 Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23 407, nrs. 1-2.

diceerd is voor een ingreep, behandeling, verpleging of verzorging, maar die interventie nog niet heeft ondergaan. Een dergelijke omschrijving, die ook elders brede ingang heeft gevonden², geeft vooral een logistieke definitie van een wachtlijst. Als iemand op enig moment een indicatie heeft gekregen voor een ingreep en de ingreep heeft nog niet plaatsgevonden dan staat de persoon volgens deze definitie op een wachtlijst. Als zodanig zegt een wachtlijst nog weinig over de wachttijd die een patiënt moet doormaken, wel iets over de 'werkvoorraad' van de desbetreffende zorgaanbieder. Wachtlijsten hebben dan ook in de praktijk veelal een planningsfunctie voor zorgaanbieders.

Het begrip *wachttijd* heeft betrekking op de duur dat patiënten op een wachtlijst staan. Onderscheid moet daarbij weer worden gemaakt tussen de wachttijd die verstrijkt tussen de klachtmelding (bezoek en doorverwijzing huisarts) en de indicatiestelling (diagnosestelling specialist en opstelling plan van behandeling), ook wel de toegangstijd genoemd, en de wachttijd die verstrijkt tussen de indicatiestelling en het moment waarop de geïndiceerde ingreep daadwerkelijk plaatsvindt, de zogeheten klinische wachttijd.

3.3 Achtergronden

Oorzaken

Verskillende oorzaken kunnen, vaak in samenhang, een wachtlijst doen ontstaan.

Een belangrijke oorzaak is die van capaciteitstekort. Het beschikbare zorgaanbod kan domweg tekortschieten om in de zorgvraag te voorzien. Gesteld wordt wel dat dit een voor de gezondheidszorg onvermijdelijk en dus structureel verschijnsel is, dat samenhangt met de voortdurend voortschrijdende medische inzichten en technieken die vaak nieuwe vraag uitlokken zonder dat dat gepaard gaat met substitutie van bestaande vormen van behandeling en verzorging dan wel een overeenkomstige capaciteitsvergroting aan aanbodzijde. Daarnaast spelen demografische factoren zoals vergrijzing en morbiditeitsontwikkelingen alsook sociaal-culturele factoren zoals de toegenomen mondigheid bij de patiënt, een rol bij de toenemende zorgvraag.

Voorts kunnen ook budgettaire beperkingen een rol spelen. Een zorgaanbieder kan zich beperkt zien in het gebruikmaken van zijn capaciteit door de gemaakte budgetafspraken met overheid en zorgverzekeraars. Dit kan tot een onderbenutting van de aanwezige capaciteit leiden. Ook kan de naderende uitput-

2 Nationale Raad voor de Volksgezondheid en College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Wachtlijsten*, Zoetermeer 1994; kabinetsnotitie *Wachttijden in de curatieve zorg*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 170, nr. 1; Nederlandse Zorgfederatie e.a., *Gezondheidszorg in Tel 5*, Utrecht 1997.

ting van een beschikbaar budget de zorgaanbieder ertoe brengen om kostbare ingrepen uit te stellen tot een volgende budgetperiode.

Verder kan er sprake zijn van een ondoelmatige benutting van beschikbare zorgcapaciteit. Inefficiënte werkwijze, gebrek aan afstemming en coördinatie tussen verschillende disciplines en sectoren (bedrijfsarts, huisarts, specialist), en een inadequate inrichting van de werkorganisatie kunnen ertoe bijdragen dat de beschikbare zorgcapaciteit niet volledig en doelmatig wordt benut.

Ten slotte kan zich ook een zekere vervuiling van wachtlijsten voordoen, die enerzijds het gevolg is van de zogeheten inter-doktervariatie; anderzijds kunnen als gevolg van een niet-eenduidige wijze van registratie en definitie van urgentie patiënten op de wachtlijst komen die er eigenlijk niet thuishoren. Dit maakt een wachtlijst langer dan strikt noodzakelijk is.

Functie en gebruik

Niettegenstaande het feit dat het ontstaan van wachtlijsten kan samenhangen met een aantal onvolkomenheden in de gezondheidszorg³ is niet elke wachttijd of wachtlijst disfunctioneel, problematisch dan wel onaanvaardbaar.

Wachtlijsten komen in vrijwel alle zorgsectoren voor en kunnen daarbij verschillende functies hebben. In veel gevallen worden ze zoals gezegd door de zorgaanbieder gehanteerd als planningslijst. Via de wachtlijst kan immers de patiëntenstroom bij geringe financiële middelen of capaciteit zodanig worden gereguleerd dat een evenwichtige werkdrukverdeling ontstaat.

(rantsoeneringsfunctie). In het bijzonder geldt dit voor klinische wachtlijsten. Wachtlijsten kunnen ook een signaalfunctie hebben doordat ze bijvoorbeeld een capaciteitsprobleem en onaanvaardbaar lange wachttijden zichtbaar maken.

Op regionaal niveau kan uitwisseling van wachtlijstinformatie tot een efficiëntere benutting van de totale regionale capaciteit leiden. Wachtlijstinformatie kan daarbij zorgen voor voorrang van patiënten met hoge urgentie.

Ook voor de patiënt zelf kan plaatsing op een wachtlijst en het verplicht doormaken van wachttijd een functie hebben. Zo stelt een wachttijd hem en ook zijn omgeving (naasten, werkgever) in staat zich zowel mentaal als praktisch in te stellen op de komende ingreep. Daarnaast kan de wachttijd als bezinningsperiode dienen waardoor uiteindelijk van de ingreep of behandeling (waarvan de medische noodzaak niet vaststaat) wordt afgezien of voor een andere vorm van behandeling wordt gekozen. Ten slotte kunnen sommige klachten tijdens de wachttijd ook spontaan overgaan (*watchfull waiting*).

3 De aanwezigheid van een wachtlijst kan ook het gevolg zijn van voorkeuren van de doorverwijzende huisarts of de patiënt zelf, zulks in verband met de buitengewone kwaliteit van de desbetreffende zorgaanbieder.

Wachtlijsten zijn ‘manipuleerbaar’ en kunnen ook oneigenlijk worden gebruikt. Zo kunnen wachtlijsten door een zorgaanbieder (deels) kunstmatig worden gecreëerd en in stand gehouden ter versterking van diens positie in de budgetonderhandelingen met verzekeraars en overheid. Ook kunnen wachtlijsten worden gebruikt om de vraag naar zorg af te remmen en bij te sturen omdat lange wachtlijsten ontmoedigend kunnen werken op patiënten.

Wachtlijsten en dynamiek

Binnen de totale zorgcyclus kan een patiënt op verschillende momenten met wachtlijsten worden geconfronteerd. Daarbij gaat het in de eerste plaats om de wachtlijsten die voortvloeien uit de hierboven beschreven verschijnselen van toegangstijd en klinische wachttijd. Daarnaast kan na een primaire ingreep sprake zijn van een vervolgingreep vanuit dezelfde of een andere medische discipline dan wel van een na-traject bestaande uit bijvoorbeeld revalidatie, overplaatsing naar een andere instelling of aanvullende thuiszorg. Ook dan kan er weer sprake zijn van een wachttijd.

Wachtlijsten vertonen hierdoor in verschillende opzichten een dynamisch karakter. Zo kunnen veranderingen in de wachttijd voor de ene interventie gevolgen hebben voor de wachttijd voor een andere interventie. Daarnaast behoeft de instroom op een wachtlijst geen gelijke tred te houden met de uitstroom, doordat beide door verschillende factoren kunnen worden veroorzaakt en beïnvloed en doordat er ook een wisselwerking tussen in-, door- en uitstroom kan bestaan. Zo kan een succesvol beleid tot verhoging van de uitstroom een nieuwe vraag opwekken (meer patiënten die zich aanmelden, verruimde indicatiestelling).

Omvang en duur

Cijfers over wachtlijsten en wachttijden hebben in samenhang met het voorgaande maar een beperkte informatieve waarde voor het (landelijke) zorgbeleid. Veelal gaat het namelijk om onvolledige en onbetrouwbare gegevens. Zo vindt er niet altijd registratie plaats van de wachttijd tussen klachtmelding en indicatiestelling (toegangstijd) vanwege de lastige vaststelling van het beginpunt hiervan. Ook kunnen geen conclusies worden verbonden aan cijfers over de omvang van wachtlijsten en de gesignaleerde wachttijden als niet een nadere analyse plaatsvindt van de specifieke achtergronden daarvan.

Belangrijk is verder het gebrek aan gemeenschappelijke criteria voor het opstellen en registreren van wachtlijsten en wachttijden waardoor het vergelijken en optellen van wachtlijstgegevens niet zonder meer mogelijk is⁴.

4 RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, themarapport VI Zorgbehoefte en zorggebruik*, Bilthoven 1998.

Uit de resultaten van de Gezondheidsenquête 1993/1995⁵ van het CBS blijkt dat er in 1 jaar ongeveer 450.000 inwoners van Nederland van 16 jaar en ouder op een medische wachtlijst worden geplaatst. Hiervan wachten er 410.000 op een consult bij een medisch specialist, 35.000 op een behandeling door een fysiotherapeut en 4.000 op het maken van een röntgenfoto. Relatief veel personen (117.000) wachten op een behandeling door een orthopeed. Ook het aantal personen dat wacht op een behandeling door een oogarts (48.000) of algemeen chirurg (ruim 44.000 personen) is relatief hoog.

Personen die op een wachtlijst staan wachten gemiddeld 58 dagen op de behandeling. In het bijzonder voor een behandeling door een plastisch chirurg (gemiddeld 140 dagen), oogarts (88 dagen) of een orthopeed (66 dagen) staat men relatief lang op een wachtlijst. Slechts 10 procent van de ondervraagde personen vond de wachttijd niet te lang. De werkelijke wachttijd voor een medisch specialist blijkt bijna 2,5 keer zo lang te zijn als de door betrokkene zelf acceptabel geachte wachttijd.

Ten slotte laten de gegevens uit de Gezondheidsenquête geen significante regionale verschillen zien in de omvang van wachtlijsten en duur van wachttijden.

Wachtlijsten en wachttijden: wanneer problematisch, wanneer onaanvaardbaar?

Uit het voorgaande kan al worden afgeleid dat wachtlijsten en wachttijden niet altijd als problematisch, laat staan als onaanvaardbaar hoeven te worden beschouwd. Zoals gezegd gebruiken instellingen en beroepsbeoefenaren wachtlijsten als planningslijsten om het proces van zorgverlening in goede banen te leiden⁶. Dat neemt niet weg dat er ook sprake kan zijn van problematische of zelfs onaanvaardbare wachttijden. Daarbij kan het om incidentele, op zichzelf staande gevallen gaan. Ook kan het echter om een meer structurele situatie gaan, die derhalve om een beleidsreactie vraagt.

Het is evenwel de vraag wanneer een wachttijd als problematisch respectievelijk onaanvaardbaar moet worden beschouwd. Evident voorbeeld van een onaanvaardbare wachttijd is natuurlijk wanneer als gevolg daarvan niet tijdig wordt ingegrepen en de patiënt daardoor komt te overlijden. Als voorbeeld van een problematische wachttijd zou kunnen dienen de situatie waarin als gevolg daarvan additionele gezondheidsschade ontstaat en de patiënt daar-

5 H. Swinkels, *Wachten op een medische behandeling: een verkenning van wachtlijsten*, Maandbericht gezondheid (CBS), 1996/10, pp. 12-17.

6 Planningslijsten moeten ertoe bijdragen dat de beschikbare capaciteit bij normale fricties tussen vraag en aanbod eerlijk, efficiënt en effectief wordt aangewend. Voor een efficiënte benutting van capaciteit van bijvoorbeeld een intramurale instelling is een zekere reserve noodzakelijk om leegstand te voorkomen, en om bijvoorbeeld opnameplanning en werklastregulering mogelijk te maken.

door ernstig wordt belemmerd in zijn dagelijks, respectievelijk maatschappelijk functioneren. Met name kan dit ook ingrijpende gevolgen hebben voor de gezins- en werksituatie van de patiënt.

Naast deze voorbeelden zijn er echter vele andere denkbaar die afhankelijk van de maatstaven die worden gehanteerd als minder of meer problematisch kunnen worden beschouwd. Naast meer objectieve maatstaven (zoals overschrijding van de gebruikelijke wachttijd) kunnen daarbij ook vooral subjectieve maatstaven (zoals een strikte opvatting van het recht op gezondheidszorg en een volwaardig maatschappelijk functioneren) een rol spelen. Wat acceptabel is, blijft met andere woorden ook deels subjectief bepaald. Bovendien hebben sommige wachtlijsten en wachtperiodes zoals hiervoor is aangegeven naast een minder goede kant ook een nuttige functie. Bijgevolg is er naast een aantal zwart-wit gevallen ook sprake van een groot grijs gebied. De vraag of elke vermijdbare wachttijd ook een ongewenste wachttijd inhoudt, is dan ook in het algemeen niet met een simpel ja of nee te beantwoorden. Een en ander is afhankelijk vanuit welk perspectief (medisch, maatschappelijk, psychosociaal organisatorisch, financieel) het verschijnsel wordt gezien. Daarbij is het mogelijk dat vanuit het ene perspectief gezien een wachttijsituatie niet als problematisch behoeft te worden beschouwd, maar dat wel is in het licht van een andere invalshoek.

In dit advies staat, zoals gezegd, primair de invalshoek van beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid centraal. Bezien vanuit deze invalshoek zijn wachttijden als problematisch en ongewenst te beschouwen als werknemers daardoor onnodig uit het arbeidsproces vallen of als de verzuim-duur onnodig wordt verlengd en de werknemer uiteindelijk daardoor een geringe kans loopt om arbeidsongeschikt te worden.

De volgende paragraaf gaat hierop verder in.

3.4 Wachttijden, arbeidsverzuim en beroep op sociale zekerheid

Afhankelijk van de aandoening in kwestie kan het noodgedwongen doormaken van wachttijd ook betekenen dat de patiënt in afwachting van de behandeling ook ernstig wordt belemmerd in zijn dagelijks functioneren, in het bijzonder waar het om deelname aan het arbeidsproces gaat. Gedoeld wordt op uitval uit het arbeidsproces als gevolg van de aandoening en het niet kunnen hervatten in arbeid zolang een behandeling of ingreep nog niet heeft kunnen plaatsvinden wegens de aanwezige wachtlijst daarvoor. Daarnaast kan ook worden genoemd de situatie waarin een werkzoekende in afwachting is van een curatieve behandeling en in die tijd geen serieuze kandidaat kan zijn voor potentiële werkgevers.

Naast andere consequenties voor de sector zelf (langduriger gebruik thuiszorg, te lang verblijf in andere instelling, verkeerde-bed-problematiek) kunnen wachttijden in de gezondheidszorg derhalve ook een verhoogd beroep op de sociale zekerheid tot gevolg hebben.

Zoals vermeld in paragraaf 3.3 ontbreekt betrouwbare kwantitatieve informatie over de omvang van in het bijzonder problematische wachtlijsten en over de duur van wachttijden. A fortiori geldt dit voor arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door dan wel samenhangend met het noodgedwongen doormaken van wachttijd voor de curatieve sector. Zo suggereert een schatting uit 1990 van Grosfeld en Schalk dat 20 procent van de duur van lange-verzuimgevallen moet worden toegeschreven aan wachttijd⁷. Onderzoek van de bedrijfsvereniging BVG uit 1993 en 1995 naar de invloed van wachtlijsten in de gezondheidszorg op het ziekteverzuim wijst uit dat 2,6 procent van de BVG-verzekerden in 1995 in afwachting was van een medische interventie en als zodanig onttrokken aan het arbeidsproces. Zou dit percentage representatief zijn voor het landelijke niveau dan zouden, omgerekend naar de totale actieve beroepsbevolking, in 1995 ongeveer 150.000 werknemers als gevolg van wachttijd niet hebben kunnen deelnemen aan het arbeidsproces. Het BVG-onderzoek komt overigens tot een gemiddelde wachttijd van 40 dagen, beduidend lager dus dan de 58 dagen uit het eerdergenoemde landelijke onderzoek van het CBS uit 1995⁸.

Andere berekeningen⁹, gebaseerd op gegevens uit de sector bouwnijverheid, suggereren dat alleen al met wachttijden in verband met aandoeningen van het bewegingsstelsel (orthopedie en neurologie) circa 5 procent van de uitkeringslasten voor ziekteverzuim is gemoeid. Hierbij is verondersteld dat het relatief grote aandeel van deze categorie aandoeningen in het totaal van verzuimdagen (35 procent) in de bouwsector samenhangt met de wachttijden voor orthopedie en neurologie en tevens dat korter wachten tot sneller genezen en werk hervatten leidt. Worden deze gegevens doorvertaald naar het landelijk niveau, dan zou dat volgens het onderzoek inhouden dat wachttijden tot extra uitkeringslasten wegens ziekteverzuim leiden ten bedrage van 400 tot 900 miljoen gulden, ofwel 3 tot 7 procent van het totale ziekteverzuim.

7 J.A.M. Grosfeld en M.J.D. Schalk, Verzuimfactoren afzonderlijk belicht, in: P.G.W. Smulders en T.J. Veerman (red.), *Handboek Ziekteverzuim: gids voor bedrijfspraktijk*, op.cit., p. 81.

8 Een verklaring hiervoor kan zijn dat BVG-verzekerden beter thuis zijn in de zorgsector dan de doorsnee burger en daardoor ook beter in staat zijn hun eigen wachttijd te beperken.

9 RCO, *Het wachten beu*, Den Haag 1994.

In *Gezondheidszorg in Tel 5* worden deze cijfers mede in het licht van het BVG-onderzoek en getoetst aan meer algemene gegevens van het CBS en Controletoezicht sociale verzekeringen (Ctsv) over langdurig ziekteverzuim, als een plausibele uitkomst beschouwd. Wordt ook nog rekening gehouden met de categorie overheidspersoneel en zelfstandigen dan zou de conclusie kunnen zijn, aldus de opstellers van dat rapport, dat wachttijden in de gezondheidszorg tot een additionele uitkeringslast van 540 tot 1300 miljoen gulden in de sfeer van het ziekteverzuim leiden¹⁰. Het gaat daarbij vooral om aandoeningen van het bewegingsstelsel en om psychische klachten.

Overigens zijn er naast de directe additionele kosten in de sfeer van het ziekengeld (thans loondoorbetaling) ook nog extra indirecte kosten voor werkgever en sociale fondsen (capaciteitsverlies, productiviteitsverlies, vervangingskosten, reïntegratiekosten, instroom WAO). Deze kosten zijn bij bovenstaande berekeningen buiten beschouwing gelaten, maar aangenomen mag worden dat het ook nog om substantiële bedragen gaat.

Herhaald zij dat cijfers over wachtlijsten en wachttijden, zeker wanneer deze ook nog worden gerelateerd aan ziekteverzuim, met de nodige omzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Zo zijn veronderstellingen ingebouwd over de relatie tussen wachtdagen en verzuimdagen (kortere wachttijd leidt tot eerder herstel en derhalve tot eerdere werkhervatting) die weliswaar globaal genomen aannemelijk overkomen, maar waarvan niet met zekerheid is vast te stellen of het in de praktijk ook altijd een 1-op-1-relatie is. Dit laatste ligt niet voor de hand gezien de veelheid van factoren die overigens een rol spelen en van invloed zijn op de verzuimduur. Daarnaast kunnen aan de cijfers ook geen conclusies worden verbonden met betrekking tot de vraag of en zo ja, in hoeverre het om ongewenste en vermijdbare wachttijd gaat.

Los echter van het precieze aandeel van ongewenste en vermijdbare wachttijden in het totaal van ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidslasten is het evident dat voorzover daar wel sprake van is, alle partijen er belang bij hebben dat dergelijke wachttijden worden teruggedrongen. Zo heeft de patiënt er belang bij weer zo snel mogelijk het werk te kunnen hervatten aangezien een langere verzuimduur de kans op herintreding verkleint en de kans op instroom in de WAO en blijvende uitval vergroot. Voor de werkgever betekent onnodige extra verzuimduur extra kosten in de sfeer van loondoorbetaling, capaciteitsverlies, productiviteitsverlies en vervangingskosten. Daarnaast betekent een eventuele instroom in de WAO van de werknemer een premieverhoging voor de werkgever. Is de werkgever eigen-risicodragers voor de WAO

10 NZi e.a., *Gezondheidszorg in Tel 5*, Utrecht 1997, pp. 123-126.

dan vormt instroom in de WAO voor hem in beginsel zelfs een rechtstreekse kostenpost.

3.5 Recente beleidsontwikkelingen

Tegen de achtergrond van de toenemende aandacht voor de maatschappelijke en economische noodzaak van een veelomvattend beleid gericht op het tegengaan van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en voor de rol van de gezondheidszorg daarbij, zijn de afgelopen jaren ook uiteenlopende beleidsinitiatieven op verschillende niveaus totstandgekomen gericht op beperking van wachtlijsten en wachttijden in het algemeen en op versnelde diagnostiek en behandeling van werknemers in het bijzonder. Hieronder volgt een beknopt overzicht; begonnen wordt met beleidsinitiatieven uit het veld, daarna volgt een schets van het overheidsbeleid.

Beleidsinitiatieven uit het veld

Ofschoon wachtlijsten en wachttijden geen verschijnsel van de laatste jaren zijn, wordt juist nu steeds meer duidelijk dat er behoefte bestaat om wachttijden waar mogelijk en verantwoord terug te brengen. Die behoefte kan bestaan vanwege medische redenen of vanwege de wens van de patiënt om weer zo snel mogelijk in het dagelijks leven te kunnen functioneren en deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven. Vooral het bedrijfsleven blijkt in toenemende mate behoefte te hebben aan mogelijkheden om zieke werknemers zo snel mogelijk gediagnosticeerd en behandeld te krijgen met het oog op een spoedige reïntegratie en het voorkomen van permanente uitval. Deze toenemende behoefte is niet alleen een logisch gevolg van het toegenomen financiële belang van werkgevers bij snelle reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers en hun wettelijke taken terzake, maar kan ook meer algemeen als een vertaling worden gezien van de maatschappelijk en politiek breed onderschreven doelstelling gericht op het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Verondersteld kan immers worden dat in veel gevallen snelle hulp bijdraagt tot snelle reïntegratie hetgeen de kans op blijvende arbeidsongeschiktheid dan wel inactiviteit verkleint.

In reactie op deze toenemende behoefte zijn de laatste jaren uiteenlopende activiteiten binnen en buiten de reguliere gezondheidszorg ontwikkeld om aan de wens van versnelde diagnosticering en behandeling tegemoet te komen. Voorbeelden zijn telefonische informatiepunten, wachtlijstbemiddeling, snelle-hulpafspraken en bedrijvenpoli. De totstandkoming hiervan wordt mede beïnvloed door de toenemende concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars. Doordat de ene verzekeraar bepaalde activiteiten zoals wachtlijstbemiddeling ontplooit en dat ook als marketinginstrument gebruikt om nieuwe klanten

aan te trekken, zal een andere verzekeraar nauwelijks achter kunnen blijven, bijvoorbeeld alleen al omdat zijn eigen verzekerden daarnaar vragen. Deze onderlinge concurrentie is de afgelopen jaren verder verscherpt door de toegestane mogelijkheden voor het afsluiten van (gemengde) collectieve contracten met een bedrijf of instelling. Verzekeraars hechten veel waarde aan het afsluiten van dergelijke contracten, onder meer vanwege de financieel-administratieve voordelen en vanwege de mogelijkheid om daarbij ook andere al dan niet aanverwante verzekeringen en diensten (inkomensverzekeringen, arbo-diensten) overeen te komen.

Kabinetsbeleid

Als reactie op de verschillende initiatieven in het veld gericht op een reductie van wachttijden koos het kabinet aanvankelijk voor een afwachtende houding teneinde te bezien welke tendensen zich zouden aftekenen en ruimte te laten aan verdere ontwikkelingen. Tegen de achtergrond van de discussie die ontstond over de zogeheten snelle-hulp-initiatieven vroeg de minister van VWS vervolgens in 1995 de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) om een project uit te voeren dat ertoe zou moeten dienen de ontstane controverses in de samenleving tot een oplossing te brengen en aldus een bijdrage te leveren aan de bestrijding van problematische wachttijden in de gezondheidszorg. Het hiertoe opgestelde concept-referentiekader (zie kader) bleek evenwel niet op de instemming van alle betrokken partijen te kunnen rekenen.

Het KNMG-concept-referentiekader

Ter uitvoering van het verzoek van de minister van VWS is door een brede stuurgroep onder leiding van de KNMG een zogeheten concept-referentiekader opgesteld. Oogmerk is te komen tot een door alle betrokken partijen onderschreven referentiekader aan de hand waarvan op eenduidige wijze kan worden beoordeeld of een initiatief voor versnelde hulpverlening toelaatbaar is. Het concept-referentiekader geeft daartoe een aantal uitgangspunten en randvoorwaarden. Belangrijk element daarbij is het uitgangspunt dat er na de medisch-wetenschappelijk prioriteitsstelling ook ruimte is voor prioriteitsstelling op basis

van sociaal-medische factoren. Ook laat het concept ruimte voor extra service in de vorm van versnelde toegang tot de zorg mits de kosten daarvan integraal door de gebruiker worden vergoed (en dus niet ten laste van de collectieve middelen komen) en er geen nadelige consequenties zijn voor de wachttijden van andere patiënten. Op een conferentie hierover van de KNMG liet de minister van VWS doorschemereren sterk te hechten aan een breed gedragen oplossing uit het veld en dat zij een consensus over het referentiekader, onder voorbehoud van goedkeuring door de Tweede Kamer, als beleid zou overnemen*.

Uit de reacties van de betrokken organisaties kwam echter naar voren dat het

concept-referentiekader niet op de steun van alle partijen kon rekenen. Met name door patiënten/consumentenorganisaties (gesteund door de vakcentrale FNV) en een deel van de artsorganisaties (LHV, KNMG) werd de vrees naar voren gebracht dat toepassing van het referentiekader niet alleen een bevestiging zou inhouden van een mogelijke tweedeling in de gezondheidszorg maar ook een dergelijke tendens verder zou versterken. Andere organisaties (waaronder verzekeringsgeneeskundigen, verzekeraars, arbo-diensten, uitvoeringsinstellingen, onder-

nemersorganisaties en de vakcentrales CNV en MHP) wilden hun ogen niet sluiten voor een mogelijke tweedeling maar zagen in het concept-referentiekader toch een nuttig middel om de initiatieven op een acceptabele leest te modelleren**.

* KNMG, *Wachttijden in de zorg*, verslag van een invitational conference gehouden op 13 en 14 december 1995 te Maarssen.

** Rapportage van de KNMG-stuurgroep aan de minister van VWS over de voortgang van het project 'Wachttijden in de zorg'.

Het kabinetsbeleid is voor het eerst geëxpliciteerd in de notitie *Wachttijden in de curatieve zorg* die de minister van VWS op 17 december 1996 aan de Tweede Kamer zond¹¹. Wat de algemene problematiek betreft, onderkent het kabinet daarin dat er naast functionele planningslijsten ook problematische wachtlijsten zijn die dienen te worden teruggedrongen. Volgens het kabinet moet en kan er ook veel gebeuren om de wachttijden voor curatieve zorg te verkorten. Het kabinet wil initiatieven daartoe vanuit het veld stimuleren en ondersteunen. Een voorwaarde hierbij is wel dat een initiatief gericht moet zijn op snellere hulp voor iedereen, werkenden en niet-werkenden. Voorrang geven aan bepaalde personen op andere dan medische criteria is voor het kabinet niet toelaatbaar, ook niet als dat buiten de normale werktijd gebeurt en anderen er geen hinder van hebben. Het gelijkheidsbeginsel zoals neergelegd in Grondwet en internationale verdragen, en in de Algemene wet gelijke behandeling, verzet zich tegen een dergelijke versnelde behandeling. Versnelde toegang tot de zorg moet voor iedereen gelden. Onderscheid mag alleen worden gemaakt op basis van medische criteria. Uitgangspunt bij het verkorten van wachttijden moet daarom volgens het kabinet zijn dat patiënten gelijk worden behandeld. Die gelijkheid geldt ook voor de toegang tot poliklinieken en operatiekamers buiten de normale werktijden.

Het kabinet erkent wel het belang van werkgevers bij het zo kort mogelijk houden van de wachttijden voor hun werknemers, in het bijzonder waar het gaat om aandoeningen aan het bewegingsstelsel en psychische aandoeningen. Nochtans wil het benadrukken dat onder meer structurele verbeteringen in het zorgproces nodig zijn. Bij structurele verbetering hebben immers volgens

11 Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 170, nr. 1.

het kabinet ook werkgevers baat; hun werknemers worden dan – net als alle patiënten – sneller geholpen. Een initiatief als bedrijfstijdverlenging vindt het kabinet dan ook een goede zaak, mits het voor iedereen geldt en niet alleen voor bepaalde groepen werknemers of verzekerden. Ook activiteiten door verzekeraars als wachtlijstmakelaardij of het gebruikmaken van stille tijden wil het kabinet niet uitsluiten. Het kabinet ziet het zelfs als een belangrijke taak van zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat al hun verzekerden de benodigde zorg zo snel als nodig en mogelijk krijgen. Wel moet het dan gaan om het vinden van lege plekken die alle daarvoor in aanmerking komende verzekerden ten goede komen en waarbij extra inkomsten binnen het budgetstelsel vallen. Het verschijnsel van privé-klinieken daarentegen wil het kabinet, niet-tegenstaande rechterlijke uitspraken over de toegestane tariefbeperkingen en de onmogelijkheid van een wettelijk verbod, om financiële en zorginhoudelijke redenen zo beperkt mogelijk houden.

Het kabinet wil langs twee sporen de wachtlijstproblematiek aanpakken. Het eerste spoor is een incidentele aanpak van knelpunten (te weten in de somatische sector) die op korte termijn om een oplossing vragen. Hiervoor heeft het kabinet voor 1997 50 miljoen gulden beschikbaar gesteld¹², van waaruit zowel de lumpsum als het budget van instellingen die aan bepaalde voorwaarden voldoen (protocollering, uniforme indicatiestelling en registratie wachtlijstgegevens, transparant verwijsgedrag) incidenteel worden verhoogd. De sector van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (aggz) zal zelf initiatieven moeten nemen om de doelmatigheid te verhogen.

Het tweede, meer structurele spoor omvat een groot aantal afzonderlijke maatregelen gericht op het blijvend tegengaan van onaanvaardbare lange wachttijden in de curatieve sector en in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Financiering daarvan vindt via de reguliere wegen plaats. Het betreft onder meer:

- uniforme registratie volgens het systeem van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en van het Nederlands Ziekenhuisinstituut (NVZ/NZi-systeem);
- eenduidige indicatiestelling en urgentiebepaling;
- bevordering consensus over maximaal aanvaardbare wachttijden (wachttijstgarantie);
- wachtlijstbrigades (onafhankelijk team voor beoordeling oorzaken lokale wachtlijst);
- bedrijfstijdverlenging (avondsprekeuur en zaterdaghulp);

12 Voor 1998 heeft het kabinet opnieuw een eenmalig bedrag van 75 miljoen gulden gereserveerd om reeds op korte termijn de wachttijden zoveel mogelijk te beperken.

- samenwerking zorgaanbieders, verzekeraars en verzekerden (wachtljstbemiddeling, voorlichting);
- samenwerking medisch specialisten, huisartsen en bedrijfsartsen;
- herontwerpen zorgproces (patiënt centraal, verandering instellingslogistiek);
- verhoging doelmatigheid ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- instrumentele inzet Wet tarieven gezondheidszorg (goed gedrag belonen met incentives);
- concrete invulling begrip 'goed verzekeraarschap';
- consumenteninformatie en publieksvoorlichting;
- wachtlijstonderzoek.

In haar reactie van 28 februari 1997 op het RVZ-advies *Sociale zekerheid en zorg* herhaalt de minister van VWS haar stellingname dat het geven van voorrang voor een medische behandeling aan bepaalde groepen op andere dan medische criteria niet toelaatbaar is. Hieraan voegt ze echter toe dat het in de praktijk daarentegen wel gangbaar is dat de behandelend arts in *individuele gevallen* verder kijkt dan alleen het medisch dossier en ook sociale criteria een rol kan laten spelen bij een besluit tot urgentieverklaring. Het betrekken van sociaal-medische indicaties bij de urgentieverklaring (naast zuiver medische criteria) wordt met andere woorden in individuele gevallen wel toelaatbaar en noodzakelijk geacht. Als voorbeeld wordt een alleenstaande moeder met kleine kinderen genoemd, of een kleine zelfstandige die in zijn eigen belang zo snel mogelijk weer aan het werk moet.

Het werkgeversbelang kan echter volgens de minister geen criterium vormen voor een groepsgewijze urgentieverklaring, ook niet in het licht van de recente ontwikkelingen op het terrein van arbeidsmarkt en sociale zekerheid.

Naar aanleiding van kamervragen over initiatieven betreffende een mogelijk snellere behandeling in ziekenhuizen van zieke werknemers zoals bouwvakkers, heeft de minister van VWS op 14 november 1997 opnieuw een beleidsnotitie naar de Tweede Kamer gestuurd¹³. In deze notitie gaat de minister in een wat breder verband op deze problematiek in mede gelet op de diverse initiatieven die op dit moment op het gebied van de arbeidsrelevante gezondheidszorg spelen. Allereerst wijst de minister nogmaals op de noodzaak om via gerichte structuurverbeterende maatregelen de spanning ten gevolge van lange wachttijden en de wens om snel geholpen te worden, op te lossen. In dat verband wordt verwezen naar verschillende ziekenhuizen waar men met een herinrichting van het zorgproces is gestart. Het streven is daarbij het zorgpro-

13 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 5.

ces niet langer rondom de medisch specialist te organiseren maar rondom categorieën patiënten met dezelfde aandoening, de zogeheten kanteling van de organisatie ('vaatpoli', 'ruggenpoli', 'mammapoli', 'kapperspoli', et cetera). De bewindsvrouw acht een dergelijke doelgroepenbenadering een goede ontwikkeling, waarbinnen in beginsel ook een inrichting past van de zorg op categorieën patiënten met arbeidsrelevante gezondheidssklachten. In dit veranderingsproces ziet de minister vervolgens voor werkgevers, gelet op hun aangescherpte verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden op het terrein van de arbeidsomstandigheden en de sociale zekerheid, ook een rol weggelegd. Onverminderd haar principiële opvatting zoals verwoord in de beleidsnotitie van 17 december 1996 over de onwenselijkheid van een tweedeling in de gezondheidszorg, geeft de minister aan het anderzijds volledig eens te zijn met werkgevers waar zij wijzen op het belang van een snelle diagnostiek. In dat verband verwijst de minister naar een initiatief van het Medisch Centrum Leeuwarden en naar een initiatief van het Algemeen Verbond Bouwbedrijf. Het kenmerk van deze initiatieven is dat extra faciliteiten en capaciteit beschikbaar worden gesteld om een snelle diagnostiek mogelijk te maken. Zolang een dergelijke aanpak niet leidt tot voorrang in het vervolgtraject – anders dan op grond van medische criteria – heeft de minister daartegen in principe geen bezwaar. Integendeel, indien dit gebeurt in het kader van een herstructurering van het zorgproces (kanteling van de organisatie van zorg) dan is zij zelfs geneigd het als een winstpunt te beschouwen.

Omdat binnen het huidige stelsel voor dit soort op zichzelf genomen zinvolle initiatieven nauwelijks ruimte is¹⁴ wil de minister een beperkt aantal initiatieven onder duidelijke randvoorwaarden als experiment aanmerken en aldus ontheffen van de verplichting om de extra financiën te verrekenen met het overige budget. Het afroomeffect zal dan niet ontstaan. In samenhang hiermee wijst de minister ten slotte nogmaals op het KNMG-concept-referentiekader waarvoor in eerste instantie nog onvoldoende draagvlak bleek te bestaan. Naar het oordeel van de minister, zo staat aan het slot van de beleidsnotitie te lezen, "... is dat kader echter nog immer actueel en een goed vertrekpunt voor het formuleren van de benodigde randvoorwaarden voor genoemde experimenten." De minister wil dan ook zo snel mogelijk met alle betrokkenen het gesprek over het concept-referentiekader opnieuw in gang zetten.

Voorzover uit deze laatste twee beleidsdocumenten al met al een zekere versoepeling en nuancering in het standpunt van de minister van VWS (zoals oor-

14 In het stelsel van functiegerichte budgettering worden extra-inkomsten uit dit soort nieuwe activiteiten afgeroomd. Het gevolg daarvan is dat zo'n initiatief uiteindelijk toch (onbedoeld) leidt tot een verdringing van zorg op een andere plaats in het ziekenhuis.

spronkelijk ingenomen in de nota van 17 december 1996) kunnen worden gelezen, is daarop bij gelegenheid van de behandeling van de begroting van VWS op 19 november 1997 vanuit de Tweede Kamer vooralsnog zeer terughoudend gereageerd¹⁵. Met name heeft de Kamer met als belangrijkste argument het risico van tweedeling geen goedkeuring willen hechten aan de voorgestelde experimenten. Afgesproken is dat begin 1998 de Tweede Kamer afzonderlijk en uitvoeriger met de minister van VWS zou debatteren over het vraagstuk van tweedeling in de gezondheidszorg¹⁶.

Ter voorbereiding van dit debat met de Tweede Kamer heeft de minister van VWS op 16 februari 1998 een nieuwe nota naar de Tweede Kamer gezonden getiteld *Wachttijden en tweedeling*¹⁷. Naast een stand van zaken bij de uitvoering van het in december 1996 aangekondigde tweesporenbeleid, wordt in de nota ingegaan op het spanningsveld rondom voorrangszorg van werknemers in relatie met privatisering. Herhaald wordt dat “... het bij de indicatiestelling om medische criteria gaat als objectief criterium voor zorgbehoefte, waarbij ook objectieve sociaal-medische criteria een rol kunnen spelen.”

Werknemers die (collectief) aanvullend verzekerd zijn mogen volgens de minister via die aanvullende verzekering geen aanspraak maken op versnelde reguliere zorg. Voorrangszorg via aparte kanalen is derhalve niet toegestaan. Gespecialiseerde zorg voor arbeidsrelevante aandoeningen moet onderdeel zijn van reguliere zorg die is ondergebracht in het tweede en eerste verzekeringscompartiment. Alle verzekerden, ongeacht of zij een baan hebben of niet, hebben daar dan recht op, aldus de minister in de nota.

Het rondetafelgesprek: brede consensus over brede aanpak

Ter voorbereiding van het geplande debat heeft op 28 januari 1998 de Vaste Kamercommissie voor VWS een rondetafelgesprek gehouden met tal van belanghebbende organisaties uit het veld (waaronder sociale partners) over de verschillende initiatieven voor versnelde hulpverlening aan werknemers. Tijdens dit gesprek bleek al snel een brede consensus aanwezig over het uitgangspunt dat tweedeling en voorrangszorg ongewenst zijn en dat beleidsinitiatieven voor snellere zorgverlening derhalve voor eenieder moeten gelden. Uitkomst van het gesprek was dat partijen op uitnodiging van de kamercommissie gezamenlijk een plan van aanpak zouden opstellen waarmee de belangrijkste problemen te lijf zouden kunnen worden gegaan.

15 Handelingen Tweede Kamer, 19 november 1997, pp. 26-1990 e.v.

16 Inmiddels heeft de minister van VWS op 13 februari 1998 de regeling zelfstandige behandelcentra ingevoerd, waardoor privé-klinieken onder de werkingssfeer van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen worden gebracht.

17 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6.

Het resultaat hiervan zag op 12 maart 1998 het licht toen het plan van aanpak *Structurele Aanpak van Wachttijden in de Zorgsector; een bijdrage tot tijdigheid van adequate zorg in relatie tot patiënt en werk* door partijen aan de Tweede Kamer en de betrokken bewindslieden van VWS en SZW werd overhandigd.

Op de inhoud van dit plan van aanpak – dat overigens op belangrijke onderdelen aansluit op het kabinetsbeleid en terzake ook verwijst naar de laatst verschenen kabinetsnota – en de betekenis voor de wachttijdenproblematiek zal in paragraaf 3.6 verder worden ingegaan.

Bij de bespreking van de kabinetsnota *Wachttijden en tweedeling* in de Tweede Kamer op 25 maart 1998 bleek het plan van aanpak op brede steun in de Kamer te kunnen rekenen. De minister is daarbij verzocht in overleg met partijen tot een snelle implementatie en operationalisering te komen¹⁸. Naar aanleiding hiervan is besloten dat een gezamenlijk Platform aanpak wachttijden wordt opgericht door de ondertekenaars van het Plan van aanpak en door de Ministeries van SZW en VWS¹⁹.

3.6 Nadere beschouwingen

3.6.1 Algemeen

Zoals aangegeven zijn in de loop der tijd uiteenlopende initiatieven ontstaan om bepaalde categorieën verzekerden eerder geholpen te krijgen.

Aan eerdere publicaties van de voormalige Nationale Raad voor Volksgezondheid (NRV)²⁰ kan de volgende typologie van initiatieven en activiteiten gericht op beperking van wachttijden en versnelde hulpverlening worden ontleend:

1. *telefonisch informatiepunt, zorgmakelaardij of wachtlijstbemiddeling*: deze vormen zijn gericht op betere benutting van bestaande capaciteiten binnen de reguliere zorg, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij een kortere wachtlijst elders;

18 Handelingen Tweede Kamer, 39, 25 maart 1998, pp. 4858-4892. Op 31 maart 1998 heeft de Tweede Kamer dit bekrachtigd met een motie, waarin het kabinet wordt verzocht ten spoedigste met de opstellers van het Plan van aanpak een meer definitieve begroting op te stellen die gericht is op het effectueren van de diverse beleidsvoorstellen en de inzet van het kabinet hierbij, en hierover de Tweede Kamer zo spoedig mogelijk te informeren (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 9).

19 Aldus de minister van VWS in haar brief van 5 mei 1998 aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 12).

20 NRV, *De wachtende werknemer, achtergrondstudie over snellere hulpverlening in de gezondheidszorg*, Zoetermeer 1995.

2. *voorrangsarrangement of gereserveerde capaciteit*: hierbij worden som-mige personen sneller en bij voorrang geholpen binnen de reguliere zorg op grond van gemaakte afspraken;
3. *extra-zorginkoop binnen de reguliere zorg*:
 - door de verzekeraar, bijvoorbeeld op niet-benutte uren, 's avonds of in het weekend;
 - door de werkgever binnen de reguliere zorg, bijvoorbeeld op niet-benutte uren, 's avonds of in het weekend (de zogeheten bedrijvenpoli);
4. *extra-zorginkoop door verzekeraar of werkgever in de niet-reguliere zorg*, zoals privé-klinieken, privé-praktijken van specialisten of zorg in het buitenland.

De vraag is hoe dergelijke initiatieven zich tegen de achtergrond van de actuele discussie over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (voorrangszorg, tweedeling) laten bezien.

Uit de meest recente beleidsontwikkelingen kan worden afgeleid dat er op zichzelf genomen brede consensus is 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. Naast financiële en bedrijfsorganisatorische belangen van werkgevers bij een snelle terugkeer van zieke werknemers, en het evidente belang van de patiënt om weer snel volwaardig te kunnen functioneren zijn daarmee ook bredere, maatschappelijke belangen gediend.

Discussie ontstaat echter over de vraag of het mogelijk is specifieke, doelgroepgerichte maatregelen vorm te geven zonder dat daarmee bepaalde fundamentele basisnormen in het geding komen. Hierbij kan primair worden gedacht aan het recht op gelijke behandeling, het toestemmingsvereiste en de privacy-bescherming. Het kabinetsstandpunt van 17 december 1996 leek wat dat betreft aanvankelijk van een strikte opvatting van het gelijkheidsbeginsel uit te gaan die weinig ruimte zou laten voor doelgroepgebonden initiatieven.

Uitsluitend medische overwegingen zouden in deze opvatting de urgentie van een geval mogen bepalen. De kabinetsreactie van 28 februari 1997 op het RVZ-advies en de beleidsnotities van 14 november 1997 en 16 februari 1998 lijken evenwel een zekere nuancering en versoepeling van dit oorspronkelijke standpunt in te houden. In ieder geval onderschrijft de minister het grote belang dat werkgevers hechten aan een snelle diagnostiek, zij het dat dat in haar visie voor alle patiënten geldt die zich voor de eerste keer aandienen op de polikliniek van een ziekenhuis. Ook erkent de minister *in individuele gevallen* het belang van sociaal-medische criteria bij het bepalen van het plan van behandeling. Voor de minister wordt evenwel een grens overschreden indien dit uit-

gangspunt wordt vertaald in een *doelgroepbenadering* met het werkgeversbelang als richtinggevend motief.

Een aantal beleidsinitiatieven uit het veld (bijvoorbeeld versnelde hulpverlening aan werknemers door het reguliere zorgkanaal gefinancierd door hun werkgever dan wel diens collectieve ziektekostenverzekeraar) lijkt een toets aan dit laatste niet te kunnen doorstaan omdat reguliere zorgcapaciteit categoriaal wordt ingezet.

Het toelaten van sociaal-medische criteria bij de bepaling van de urgentie van de zorgbehoefte in individuele gevallen biedt daarentegen ruimte om per geval ook de maatschappelijke aanvaardbaarheid van een eventuele wachttijd in de afweging te betrekken. Voorbeelden die in de kabinetsnota's in dit verband worden genoemd (alleenstaande moeder met zorgafhankelijke kinderen, kleine zelfstandige, persoon met ziekmakende angst voor invaliditeit) suggereren dat het ook kan gaan om een werknemer wiens (al dan niet arbeidsrelevante) aandoening een goede uitoefening van de functie in de weg staat (met gevaar van ontslag) of bij wie een eventuele wachttijd tot een onnodige verlenging van het ziekteverzuim en een vergrote kans op blijvende arbeidsongeschiktheid leidt. Dit maakt het in beginsel mogelijk dat de werksituatie van de patiënt mede wordt betrokken in de bepaling van de zorgbehoefte. Wel veronderstelt dit, naast een omslag in attitude, de aanwezigheid van specifieke kennis bij de behandelend arts dan wel, eventueel, afstemming en informatie-uitwisseling met bedrijfsarts en verzekeringsarts. Terzake zij verwezen naar hoofdstuk 4.

Belangrijk is verder vast te stellen dat vooral die initiatieven en voorstellen uit een oogpunt van gelijke behandeling kritisch dienen te worden gezien, die zich richten op een beperking van de klinische wachttijd (periode tussen diagnostiek of indicatiestelling en daadwerkelijke behandeling) om andere dan louter medische redenen. Hierbij gaat het om voorrangsarangementen of gereserveerde capaciteit, waarbij sommige personen sneller en bij voorrang geholpen worden binnen de reguliere zorg op grond van gemaakte afspraken. Bekende voorbeelden, die overigens maatschappelijk wel zijn geaccepteerd, zijn de regelingen voor leden van het koninklijk huis, leden van het kabinet en het parlement alsmede topsporters. Zouden dergelijke voorrangsarangementen (voorrang gebaseerd op maatschappelijke of professionele status) op grote schaal ingang vinden dan kan dat een tweedeling in de zorgverlening teweegbrengen tussen personen die wel of niet onder een voorrangsarangement vallen.

Uit een recente inventarisatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg komt overigens naar voren dat het omzeilen van wachtlijsten (bijvoorbeeld via extra-

zorginkoop door werkgevers) in ziekenhuizen maar relatief weinig voorkomt en nauwelijks is toegenomen ten opzichte van 1996. Wel doen meer zorgverzekeraars aan wachtlijstbemiddeling²¹.

3.6.2 Concrete maatregelen: naar een brede en structurele aanpak

Er is in het licht van het voorgaande veel voor te zeggen de inspanningen vooral te richten op een beperking van de toegangstijd (periode tussen intreden klacht en eerste consult dan wel diagnostiek) tot de reguliere gezondheidszorg. Onder alle omstandigheden en voor alle partijen is het immers van belang dat zo snel mogelijk bekend is wat er medisch aan de hand is en wat er eventueel moet gebeuren. Verkorting van deze wachttijd kan al veel winst opleveren voor het totale behandeltraject. Voor werknemers moet dit als onderdeel van de totale sociaal-medische begeleiding worden gezien, hetgeen zijn plaats moet krijgen in de initiatieven en mogelijkheden tot verbetering van de samenwerking met de arbozorg en socialeverzekeringssector (zie hoofdstuk 4). Naast een snel inzicht in de mogelijke curatieve aspecten van een ziektebeeld in relatie tot het te volgen reïntegratietraject dient een snelle diagnose omgekeerd ook het verkrijgen van een goed inzicht door de behandelend arts van de sociaal-medische aspecten van het individuele geval. Dit inzicht kan hij dan indien daartoe aanleiding bestaat een rol laten spelen in de verdere behandeling en eventuele doorverwijzing van de patiënt.

Verder is het van belang vast te stellen dat oplossingen zo mogelijk een structureel karakter dienen te hebben, hetgeen tijdelijke, op de korte termijn gerichte initiatieven niet uitsluit om aan urgente knelpunten tegemoet te komen. Tijdelijke zowel als structurele oplossingen dienen echter een zo breed mogelijke doelgroep te kennen en waar mogelijk aan te sluiten bij het kader van de reguliere gezondheidszorg, zulks met het oog op het risico van tweedeling.

In dit verband kan worden verwezen naar de brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid aan de Vaste Kamercommissie voor VWS (zie bijlage 6), waarin op een structurele aanpak van de problematiek wordt aangedrongen. Deze brief heeft mede aanleiding gegeven tot het reeds genoemde Plan van aanpak van 12 maart 1998 dat een breed scala van aanknopingspunten bevat voor een structurele aanpak van de wachttijden in de zorgsector. Zoals gezegd sluiten deze deels aan op reeds ingezet kabinetsbeleid en geven zij daar een concrete invulling aan. Verder hebben sommige actiepunten een bredere strekking en betreffen ze de meer algemene inrichting van de zorgsector.

21 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Mag ik even passeren?*, deel 2, Rijswijk 1998.

Onderstaand volgt een overzicht van de aanbevolen maatregelen die specifiek voor de wachttijdproblematiek van belang zijn.

Uniforme en toegankelijke informatie voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verwijzers over wachtlijsten en toegangstijden voor eerste polikliniekbezoek

Op dit moment is het voor verwijzers en zorgverzekeraars lastig om adequaat te worden geïnformeerd over toegangstijden en klinische wachttijden. Dit betreft bijvoorbeeld de toegangstijden voor een eerste polikliniekbezoek, de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (met name bij de Riagg's) en de globaal te verwachten wachttijden voor de belangrijkste ingreepcategorieën. Dit staat een goede en effectieve invulling van de verwijstaak alsook een efficiënte benutting van de aanwezige capaciteit en daarmee een beperking van onnodige wachttijd, in de weg.

Informatie over toegangstijden en wachttijden zou dan ook goed toegankelijk moeten worden gemaakt voor verwijzers, zorgverleners, bedrijfsartsen, zorgverzekeraars en patiënten/cliëntenorganisaties. Daarbij gaat het zowel om beleidsrelevante informatie als om consumentgerichte informatie.

Meer transparantie van bestaande wachtlijsten en wachttijden maakt betere maatregelen mogelijk om te lange wachttijden gericht te bestrijden, bijvoorbeeld door capaciteitsuitbreiding.

Een en ander kan worden bereikt door het NZi/NVZ-model voor uniforme registratie expliciet vast te leggen in lokale overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast kan worden gewerkt aan het toegankelijk maken van gerichte informatie via Internet en intranet-systemen. Daarbij kan het om doelgroepgerichte informatie gaan, waarbij de toegang afhankelijk is van de bevoegdheid van de raadpleger.

Toegankelijke en inzichtelijke informatie voor publiek over wachtlijsten

Ook patiënten zelf hebben te weinig toegang tot relevante achtergrondinformatie met betrekking tot wachtlijsten. Daarnaast is het voor hen moeilijk om relevante cijfermatige gegevens te verkrijgen. Patiënten zijn daardoor vaak niet op de hoogte van alternatieve mogelijkheden via zorgbemiddeling. Hieraan kan worden tegemoetgekomen door de bestaande informatie meer toegankelijk te maken, bijvoorbeeld via Internet (met een publieksdeel voor iedere burger en een besloten deel voor verwijzers en bedrijfsartsen). Verder kan worden gedacht aan intensieve voorlichtings- en informatiecampagnes via de daartoe aangewezen kanalen. Ook kan het een vast aandachtspunt worden in het overleg tussen patiënt en arts, waarbij de laatste gebruik kan maken van de hem ter beschikking staande gegevens (niet iedere burger heeft immers toegang tot Internet).

Als gevolg hiervan kan meer duidelijkheid voor het publiek ontstaan, hetgeen de consumentenpositie met betrekking tot wachtlijsten versterkt. Zo zullen patiënten meer keuzemogelijkheden krijgen.

Zorgbemiddeling

Wachttijden kunnen vaak voorkomen worden door actief na te gaan of voor een geïndiceerde ingreep bij een andere zorgverlener wellicht een minder lange of helemaal geen wachttijd geldt. Via zorgbemiddeling kan vervolgens worden bereikt dat de patiënt daar terecht kan.

Zorgbemiddeling houdt in dat een zorgvrager door bemiddeling van met name de zorgverzekeraar in contact wordt gebracht met een zorgverlener met als doel het tijdig realiseren van adequate zorg. Zorgbemiddeling kan in principe door verschillende actoren in het zorgproces worden verzorgd. Zo heeft de verwijzer (meestal de huisarts) een taak om zijn patiënt adequaat te informeren en te adviseren. Ook vrijwel alle zorgverzekeraars beschouwen het als hun taak om zorgbemiddeling te verzorgen voor verzekerden die zich melden vanwege problemen met lange wachttijden. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar bepaalde categorieën verzekerden.

Ten slotte zou er ook sprake kunnen en moeten zijn van een rol voor de regionale patiënten/consumentenplatforms.

Gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg

De wachttijdenproblematiek is voor een deel ook terug te voeren op het gebrek aan specifieke deskundigheid en ervaring in de gezondheidszorg met complexe, al dan niet arbeidsrelevante aandoeningen.

Bundeling van specifieke kennis en ervaring voor de diagnose en behandeling van specifieke aandoeningen met arbeidsrelevante aspecten binnen de reguliere tweedelijns curatieve zorg is dan ook wenselijk. Het gaat daarbij om voorzieningen die zijn gespecialiseerd op bepaalde aandoeningen en klachten die redelijk frequent voorkomen en arbeidsrelevant kunnen zijn (rugklachten, cara, overspannenheid, kapperseczeem).

Door bundeling van kennis en ervaring kan de hulpvraag van de patiënt meer integraal en interdisciplinair worden benaderd in plaats van volgtijdelijk via doorverwijzing van de ene discipline naar de andere (met alle vertraging van dien). Ook ontstaat voor verwijzers (bedrijfsartsen, huisartsen) meer duidelijkheid waar men voor de desbetreffende problematiek advies kan vragen en zo nodig de patiënt kan verwijzen (zie verder hoofdstuk 4).

Normering wachttijden door vaststelling maximale levertijden

Maximale levertijden kunnen ertoe bijdragen dat zorgvragers in ieder geval binnen zekere grenzen aan de beurt komen. Risico is wel dat maximale lever-

tijden voor zorgverlening in de praktijk gaan functioneren als streefnormen dan wel worden beschouwd als gangbare normen.

Het gaat daarbij overigens niet om het normeren van wachttijden die medisch niet aanvaardbaar zijn maar om wachttijden die dat om maatschappelijke redenen niet zijn. Dit impliceert tevens dat er sprake kan zijn van allerlei afzonderlijke wachttijdnormen al naar gelang de aard van de aandoening en de gevolgen voor het maatschappelijk functioneren.

Een en ander vergt in de eerste plaats dat inzicht wordt verkregen in wat maatschappelijk aanvaardbare levertijden zijn voor een aantal indicatiegebieden. Vervolgens zijn afspraken nodig tussen partijen en overheid hoe de eenmaal vastgestelde maximale levertijden kunnen worden gehandhaafd en hoe voorkomen kan worden dat alle levertijden gaan oplopen tot aan de vastgestelde maximale levertijden²².

Budgettaire verruiming

Voorzover de wachttijdproblematiek valt terug te voeren op een absoluut capaciteitstekort vanwege niet-toereikende financiële middelen ('krapte-effecten'), is alleen al om die reden een zekere budgettaire verruiming onvermijdelijk. Zo schrijft ook de minister van VWS in haar nota *Wachttijden en tweedeling* van 16 februari 1998 dat een blijvende situatie van aanvaardbare wachttijden, naast een verbetering van logistiek en organisatie, ook een op demografische en medische ontwikkelingen gebaseerde structurele verhoging van ziekenhuis- en Riagg-budgetten vraagt²³.

Van diverse zijden is erop gewezen dat de groeinorm uit het regeerakkoord 1994 van 1,3 procent gezien de systematische overschrijding daarvan in de daarop volgende jaren, geen realistische taakstelling voor de maximale volumegroei in de gezondheidszorg inhield.

Dit hangt enerzijds samen met de achterstanden in de informatievoorziening in de zorgsector die ertoe leiden dat de informatie die benodigd is voor het maken van betrouwbare uitgavenramingen niet tijdig beschikbaar komt. Zo is inmiddels bekend dat in de periode 1988-1994 het zorgvolume jaarlijks met gemiddeld 2,3 procent is gegroeid. Hiertegen steekt de ambitieuze groeinorm van 1,3 procent uit het daarop volgende regeerakkoord dan schril af.

22 Overigens wordt verschillend gedacht over het al dan niet structurele karakter van een dergelijke maatregel. Een benadering is dat het om een tijdelijke maatregel moet gaan omdat op termijn uiteindelijk alle wachtlijsten en bijbehorende wachttijden zodanig moeten worden beperkt dat deze ruimschoots binnen redelijke grenzen blijven. Een andere benadering is dat wachttijden nog lang een realiteit zullen blijven en dat normering van wachttijden nodig is als een hulpmiddel om te bevorderen dat zorgvragers tijdig hulp ontvangen.

23 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6, p. 8.

Daarnaast zijn er meer structurele factoren aan te wijzen die verantwoordelijk zijn voor de voortdurende overschrijdingen in de zorgsector. Bij ongewijzigd beleid zullen deze factoren zich ook in de toekomst manifesteren. Daarbij gaat het allereerst om de invloed van demografische factoren (bevolkingsgroei, vergrijzing) op de ontwikkeling van de volumegroei in de gezondheidszorg. In de periode 1983-1996 waren deze factoren verantwoordelijk voor jaarlijks gemiddeld 1,3 procent volumegroei²⁴. Van dergelijke factoren zal ook in de komende jaren een opwaartse werking uitgaan, zij het dat dit, volgens het CPB, minder dan voorgaande jaren het geval kan zijn als gevolg van het saldo van enerzijds het neerwaartse effect van een teruglopende bevolkingsgroei en anderzijds het opwaartse effect van vergrijzing²⁵.

Naast deze demografische factoren speelt ook een combinatie van factoren aan vraag- en aanbodzijde een rol, zoals epidemiologische ontwikkelingen, welvaartsontwikkelingen en de komst van betere en duurdere medische technieken.

Over de vraag welke volumegroei nu voor de komende jaren als basis voor een reële uitgavennorm moet worden aangehouden, geven de verschillende onderzoeksrapporten geen uitsluitsel. Het CPB meent dat met een verhoogde inspanning gericht op kostenbeheersing 1,3 procent ook dan weer haalbaar is²⁶. Andere studies²⁷ komen, zij het met onderlinge verschillen, tot hogere ramingen, te weten 2,2 à 2,4 procent. Naar aanleiding hiervan heeft het Ministerie van VWS op 9 april 1998 een werkconferentie gewijd aan de vraag wat nu gelet op de verschillen in onderzoeksresultaten en de mogelijke verklaringen daarvoor, als een reëel groeipercentage moet worden geduid. Gebleken is dat overeenstemming bestaat over het uitgangspunt dat voor het opvangen van de effecten van de demografische ontwikkelingen de komende jaren ongeveer 1 procent nodig is. Verder is vastgesteld kunnen worden dat de meeste onderzoeken het effect van trendmatige ontwikkelingen op het zorgvolume op ongeveer 1 procent inschatten²⁸. Met andere woorden, op basis van de huidige inzichten laat zich vaststellen dat bij ongewijzigd beleid een volumegroei van

24 RIVM, VTV 1997, *deelrapport VI Zorgbehoefte en zorggebruik*, op.cit., p. 34; CPB, *Economische verkenning voor de volgende kabinetsperiode*, Den Haag 1997, p. 164.

25 Het CPB schat het saldo-effect op circa 1 procent. (CPB, *Economische verkenning voor de volgende kabinetsperiode*, op.cit., p. 164.)

26 CPB, *Economische verkenning voor de volgende kabinetsperiode*, op.cit., p. 166.

27 RIVM, VTV 1997, *deelrapport VI Zorgbehoefte en zorggebruik*, op.cit.; NZi, *Gezondheidszorg in tel 5*, op.cit.; iMG/iMTA/Erasmus-universiteit, *Kosten van ziekten in Nederland 1994*, Rotterdam 1997; Taskforce volumebeheersing en kostenbeperking, *Zuinig met zorg*, Rijswijk 1995; WRR, *Volksgezondheidszorg*, Den Haag 1997; SCP, *Memorandum Quartaire Sector 1998-2002*, Rijswijk 1998.

28 Voor een nadere toelichting en onderbouwing van de diverse ramingen zij verwezen naar de conferentiemap (Ministerie van VWS, *Met zorg zorg ramen*, conferentiemap 9 april 1998) evenals naar het verslag van deze conferentie: Ministerie van VWS, *Met zorg zorg ramen*. Ramingen zorguitgaven CPB, NZi, RIVM en SCP in beeld gebracht, Rijswijk 1998.

om en nabij 2 procent het uitgangspunt zou moeten zijn voor een reële uitgavennorm.

In zijn recente advies over het sociaal-economisch beleid 1998-2002 komt de SER in ieder geval tot de conclusie dat “in weerwil van de ook door de raad voorgestane verdere inspanningen om tot een betere kostenbeheersing te komen – met het oog op de evidente knelpunten die zich thans in bepaalde zorgsectoren voordoen en om te vermijden dat er in de volgende kabinetsperiode sprake zal zijn van voortdurende overschrijdingen die tot compensatie elders nopen – er niet aan ontkomen kan worden van een hogere volumegroei uit te gaan als basis voor een reële uitgavennorm”. In dat verband acht de raad het van belang dat de prijsontwikkeling in de zorgsector voor de komende kabinetsperiode thans hoger wordt geraamd dan de prijsontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp), die voor het uitgavenkader – ook in de zorg – als deflator wordt gehanteerd²⁹.

Inhaalslag

Naast maatregelen die nodig zijn om een structurele oplossing van de wachttijdenproblematiek te bewerkstelligen, is er ook behoefte aan de inzet van tijdelijke maatregelen om de problematische wachttijden en wachtlijsten versneld tot aanvaardbare omvang terug te brengen.

Daarbij gaat het primair om extra middelen voor tijdelijke extra productie. In aanvulling op de 50 miljoen gulden die al voor 1997 beschikbaar was gesteld (en waarvan thans nog 30 miljoen gulden resteert) heeft het kabinet voor 1998 opnieuw een eenmalig bedrag gereserveerd om reeds op korte termijn de wachttijden zoveel mogelijk terug te dringen, te weten 75 miljoen gulden. Daarnaast wordt voor 1998 11,5 miljoen gulden afzonderlijk incidenteel ingezet voor het aanpakken van een aantal knelpunten in de wachtlijsten van de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ).

De wijze waarop de financiering van de extra impuls 1997 vorm heeft gekregen (via het incidentele Wachttijdfonds 1997) gaf aanleiding tot kritiek. Voorzover immers wachtlijsten het resultaat zijn van een ondoelmatige inrichting en werkwijze van een zorginstelling of van strategisch gedrag, komt een bijdrage uit het wachtlijstfonds ter bestrijding van deze wachtlijsten in wezen neer op een bonus op disfunctioneren of ongewenst gedrag. Dit inzien heeft de minister van VWS voor 1998 een aanpak voorbereid die gebaseerd is op incentives die goed gedrag belonen.

29 SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1998-2002*, op.cit., paragraaf 3.4.3

In het plan van aanpak van 12 maart 1998 wordt eveneens de noodzaak van tijdelijke financiële impulsen aangegeven, waarbij als indicatie wordt genoemd: 75 miljoen gulden per jaar gedurende de komende vijf jaren. Tevens wordt een alternatieve verdelingssystematiek bepleit ten opzichte van het Wachttijstfonds 1997, namelijk een systematiek die de structurele aanpak van wachtlijsten en wachttijden ondersteunt. Uitgangspunten daarbij zijn:

- inbreng van lokale partijen met betrokkenheid van het bedrijfsleven;
- belonen van samenwerking;
- extra productie niet alleen toekennen aan instellingen met lange wachtlijsten maar ook aan instellingen met korte wachtlijsten die extra zorg kunnen leveren om wachtlijsten elders te helpen terug te dringen;
- extra middelen uitsluitend toekennen indien aan voorwaarden zoals adequate transparantie is voldaan;
- ruimere openstelling moet tot de mogelijkheden behoren;
- ook tekorten bij andere zorginstellingen dan ziekenhuizen aanpakken (thuiszorg, verpleeghuizen, reïntegratiecentra).

4. Gezondheidszorg en behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen

Centraal in dit hoofdstuk staan de inrichting van de sociaal-medische begeleiding¹ (in het bijzonder de relatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen) en het behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen². Na een schets van de relevante actoren en hun onderlinge relaties (paragraaf 4.1) wordt nader ingegaan op de huidige knelpunten (paragraaf 4.2), de achtergronden (paragraaf 4.3) en de mogelijke oplossingsrichtingen (paragraaf 4.4).

4.1 Actoren en hun onderlinge relaties

In geval van (mogelijke) ziekte heeft de werknemer te maken met verschillende actoren die ieder een eigen verantwoordelijkheid dragen voor een bepaald facet van het ziekte- en genezingsproces. Onderstaand worden deze actoren beschreven waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds de gevalshandeling in het kader van de ZW/WAO en anderzijds de gezondheidszorg.

Gevalshandeling ZW en WAO

Voor de verhoudingen rondom de gevalshandeling bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in het kader van de ZW en de WAO zijn verschillende actoren van belang³ (zie kader).

-
- 1 Onder sociaal-medische begeleiding wordt begrepen: het totaal aan inspanningen van het bedrijf, de Arbodienst en de curatieve sector om het de betrokken werknemer mogelijk te maken zijn belasting- en belastbaarheidsbalans in evenwicht te houden dan wel te krijgen (P.C. Buijs, *Sociaal-medische begeleiding. De aanpak voor werkgevers en werknemers*, Amsterdam 1995). Daarmee gaat het hier om een overkoepelend begrip voor individuele preventie, diagnostiek, behandelings-, werk-hervattings-, en reïntegratieactiviteiten. Ook plaatst deze definitie de betrokkenen nadrukkelijk in een samenwerkingsrelatie.
 - 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.
 - 3 Zie: S. Knepper, Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid: veranderende rol betrokken artsen, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 31 januari 1998, pp. 233-238; I.P. Asscher-Vonk, e.a., *De zieke werknemer*, Deventer 1997.

Actoren gevalsbehandeling ZW en WAO

- *de werkgever* (daarin bijgestaan door een externe Arbodienst) is primair verantwoordelijk voor het tegengaan van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Hij draagt de eerste verantwoordelijkheid voor de controle, claimbeoordeling terzake van de loondoorbetaling bij ziekte, verzuimbegeleiding en reïntegratie van de zieke werknemer. Zo is de werkgever verantwoordelijk voor het opstellen van het reïntegratieplan;
- *de werknemer* is verantwoordelijk voor een zo kort mogelijk beroep op de loondoorbetalingsverplichting door mee te werken aan reïntegratie. Hij kan initiatieven en beslissingen nemen met betrekking tot het consulteren van de gezondheidszorg, werkherleving, (beroeps)revalidatie, het zoeken van een aangepaste werkring, et cetera;
- *de Arbodienst* (met de bedrijfsartsen, bedrijfsverpleegkundigen of mogelijke andere gevalsbehandelaars) is jegens de werkgever verantwoordelijk voor de overeengekomen dienstverlening. De dienst is betrokken bij het ziekteverzuimbeleid (onder meer de preventie) en bij de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers. Meer concreet is de bedrijfsarts na drie maanden ziekte van de desbetreffende werknemer betrokken bij het opstellen van het reïntegratieplan in geval van blijvende ongeschiktheid voor het werk bij de eigen werkgever, en na acht maanden ziekte van de desbetreffende werknemer bij de opstelling van het reïntegratieplan ten behoeve van iedere cliënt die dan nog niet werkt;
- *de uitvoeringsinstelling* (met de verzekeringsgeneeskundige en de arbeidsdeskundige) is namens het publieke uitvoeringsorgaan Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) verantwoordelijk voor het volgen en beoordelen van de verzuimbegeleidings- en controleactiviteiten van de werkgever en zijn arbodienst, voor de verdere begeleiding van de zieke werknemer indien herplaatsing bij de eigen werkgever niet meer mogelijk is, en voor de claimbeoordeling in het kader van de WAO. Meer concreet is de verzekeringsarts na negen maanden ziekte/arbeitsongeschiktheid van de desbetreffende werknemer betrokken bij de beantwoording van de aanvraag tot arbeidsongeschiktheidsuitkering, en vervolgens bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid (na 1 jaar), de herbeoordeling door de uitvoeringsinstelling (na 2 jaar) en de eventuele nieuwe aanvraag door de cliënt (na 6 jaar).

De verdeling van verantwoordelijkheden gedurende het eerste verzuimjaar impliceert een samenspel van diverse actoren met ieder een eigen taak en rol, gericht op een adequate begeleiding van de zieke werknemer en diens spoedige terugkeer in het arbeidsproces (zie kader). Dat dit samenspel niet steeds optimaal is komt naar voren uit Ctsv-onderzoek op basis waarvan is gebleken

dat er sprake is van onder meer een gebrekkige samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de werkgever/Arbodienst enerzijds en de uitvoeringsinstelling anderzijds. Voorts is er sprake van een gedeeltelijke doublure van werkzaamheden⁴. Een en ander heeft geleid tot nadere afspraken over de taakafbakening tussen arbodiensten en uitvoeringsinstellingen met het oog op een doelmatig en doorzichtig reïntegratietraject ZW/WAO; dit heeft geresulteerd in het per 1 september 1997 van kracht geworden 'model voor de poortwachtersfunctie'.

Actoren gezondheidszorg

Ook de gezondheidszorg heeft een betrokkenheid bij het proces van het voorkomen van het ontstaan en voortbestaan van ziekteverzuim. Het gaat dan om de volgende actoren: de medisch behandelaars en de zorgverzekeraars. Ingeval de (potentieel) zieke werknemer een beroep doet op de gezondheidszorg heeft hij met het oog op de bekostiging daarvan ook een relatie met de zorgverzekeraar. Daarnaast zijn de overeenkomsten tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders van belang (zogenoeten zorginkoop).

Deze actoren kunnen worden geplaatst in het kader van de drie deelmarkten op het terrein van de gezondheidszorg die elk hun eigen spelregels kennen. Het gaat om de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de bekostigingsmarkt of de zorginkoopmarkt (zie kader)⁵.

De drie deelmarkten op het terrein van de gezondheidszorg

De *zorgverleningsmarkt* heeft betrekking op de relatie tussen aan de vraag-zijde de verzekerde als consument die een beroep doet op hulpverlening, en aan de aanbodzijde de producent (de beroepsbeoefenaar of de zorgverleningsinstelling) die de gevraagde diensten verleent. Op deze markt komen dus vragers en aanbieders van zorg bij elkaar en moeten zij tot overeenstemming komen over de diagnose en behandeling van de ge-

zondheidsklacht. Op deze markt staat het beginsel van de vrije artsenkeuze voorop.

De *zorgverzekeringsmarkt* heeft betrekking op de relatie tussen aan de vraag-zijde de verzekerde als premiebetaler en aan de aanbodzijde de verzekeraar. Op deze markt vindt op basis van de wetgeving of van de in de polis gestelde voorwaarden een overdracht plaats van risico's van de verzekerde naar de verzekeraar. Op deze markt komen vragers en aanbieders van ziektekostenverze-

4 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 024, nr. 2.

5 Op basis van: SER, *Advies herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., pp. 54 en 55; Werkgroep Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit, *Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg*, Den Haag 1997, pp. 10 en 11 (laatstgenoemd rapport is onderdeel van: Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 24 036, nr. 60). Zie ook: A.J.P. Schrijvers, *Een kathedraal van zorg*, Utrecht 1993.

keringen tot elkaar en moeten zij (wat de particuliere ziektekostenverzekeringen betreft) tot overeenstemming komen over de premie in samenhang met het verzekerde pakket. Op de zorgverzekeringsmarkt is onder meer van belang of er sprake is van een verzekering van rechtswege dan wel van een verzekeringsplicht of een vrijwillige verzekering, een acceptatieplicht, een nominale of inkomensafhankelijke premie, een vast (basis)pakket.

De *bekostigingsmarkt* of de *zorginkoop-*

markt heeft betrekking op de relatie tussen aan de vraagzijde de verzekeraar en aan de aanbodzijde de zorgverlener. Op deze markt onderhandelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de productie en prijs van de zorg, alsook over de kwaliteit ervan. Op de bekostigingsmarkt is van belang of er sprake is van een in-naturasysteem (daarin is een (verplicht) overeenkomstenstelsel denkbaar) dan wel van een restitutiesysteem (daarin is een (verplicht) overeenkomstenstelsel niet nodig noch vanzelfsprekend).

In het geheel van de gezondheidszorg staat de zorgverleningsmarkt centraal, met name de individuele relatie tussen patiënt en zorgverlener welke in de kern is gebaseerd op vertrouwen; uiteindelijk gaat het om het realiseren van verantwoorde en goede zorgverlening. De andere deelmarkten hebben via de intermediaire functie van de zorgverzekeraar uiteraard een wezenlijke invloed op de verhoudingen in de zorgverleningsmarkt.

Zoals vermeld heeft de (zieke) werknemer met gezondheidsklachten – afhankelijk van de medische indicatie – te maken met uiteenlopende zorgaanbieders. In algemene zin is van belang dat artsen bevoegd zijn de geneeskunst in volle omvang uit te oefenen, zij het dat niet alle artsen bekwaam zijn om dat op alle specialistische onderdelen van de geneeskunde te doen. Elke medische specialisatie heeft daartoe een eigen opleiding, welke de inperking of afbakening van de uit te voeren curatieve handelingen bepaalt⁶. Voorts is van belang dat de huisarts het eerste aanspreekpunt is voor een eventuele medische behandeling. De huisartsenpraktijk betreft een zeer brede eerstelijnsvoorziening en biedt de eerste opvang voor alle medische problemen. Tevens heeft de huisarts een rol als zogeheten poortwachter: voor de meeste specialistische medische hulp heeft de patiënt een verwijzing van de huisarts nodig. Daarnaast geldt dat het bij de medisch specialisten of andere gespecialiseerde medische beroepsbeoefenaren kan gaan om een zeer gevarieerd aanbod, zoals revalidatieartsen, paramedische hulpverleners, bijvoorbeeld een fysiothera-

6 Onder de term *curatieve handelingen* wordt begrepen: medische behandeling van het individu, gericht op het bestrijden van ziekten of symptomen.

peut of (arbeids)psycholoog⁷. Verder kan de (potentieel) zieke werknemer ook in contact komen met tweedelijnsvoorzieningen of andere vormen van zorg in de eerste lijn.

Interacties

Tussen de actoren betrokken bij de gevalsbehandeling bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in het kader van de ZW/WAO en de actoren in de gezondheidszorg bestaan allerlei verhoudingen en interacties, die zich op uiteenlopende wijze laten beschrijven. Zo is van belang te weten in welke fase in het kader van ziekteverzuimbeleid de (potentieel) zieke werknemer zich bevindt. In analytische zin kan onderscheid worden gemaakt tussen de volgende vier fasen die tezamen een cyclisch proces vormen:

- de *preventieve fase*, gericht op het voorkomen van arbeidsuitval wegens ziekte. Deze fase kan ook de vroegdiagnostiek bevatten;
- de *diagnostische fase*, waarin antwoord moet worden gegeven op de vragen wat er medisch gezien aan de hand is en welke (medische) behandeling geïndiceerd is;
- de *curatieve fase*, gericht op genezing en revalidatie;
- de *reïntegratiefase*, gericht op werkhervatting (primair op de eigen werk-plek, subsidiair op een andere werkplek bij de eigen werkgever, tertiair op een werkplek bij een andere werkgever).

Afhankelijk van de desbetreffende fase heeft de (potentieel) zieke werknemer te maken met uiteenlopende actoren. Bij bovenstaande fasenindeling dient wel te worden bedacht dat niet alle categorieën van (potentiële) werknemers met elke fase te maken krijgen, bijvoorbeeld als het niet tot reïntegratie komt.

De interacties tussen de onderscheiden actoren worden ook mede bepaald door de ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden. Deze ontwikkelingen hebben niet alleen invloed op de verhoudingen rondom de gevalsbehandeling bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar ook op de rol en het handelen van de actoren in de gezondheidszorg⁸. Zo is de samenwerking tussen de huisarts en de bedrijfs- en verzekeringsartsen onder druk komen te staan (zie paragraaf 4.2). Voorts spelen zo-

7 Ter illustratie zij vermeld dat ten behoeve van de hulpverlening aan werknemers die om psychische redenen verzuimen de volgende actoren relevant worden geacht: de huisarts, de Arbodienst (in casu de bedrijfsarts), de vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten, de hulpverleners van een Riagg, de hulpverlening op basis van het commerciële zorgaanbod van een Riagg aan bedrijven, de hulpverlening in het kader van het Algemeen maatschappelijk werk, respectievelijk het bedrijfsmaatschappelijk werk (C. Schoemaker en R. Bijl, *Zorg bij ziekteverzuim om psychische redenen. Inventarisatie van de hulpverlening aan werknemers die om psychische redenen verzuimen*, Utrecht 1996, pp. 31-49).

8 Zie: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Zicht op zekerheid. De toekomst van de (zorg-)verzekeringen: een scenario-analyse*, op.cit., pp. 42-45 en 64.

wel zorgaanbieders als zorgverzekeraars in op genoemde ontwikkelingen door het aanbieden van specifieke dienstenpakketten aan werkgevers, zoals mogelijkheden voor snelle hulp al dan niet binnen het reguliere kader (zie paragraaf 3.5). Vermelding in dit verband verdient ook de toename van het aantal werkgevers die rechtstreeks collectieve zorgverzekeringscontracten met zorgverzekeraars afsluiten; ook kan worden gewezen op het groeiende aantal mantelovereenkomsten van sectoren en branches (zie paragraaf 2.2). Dergelijke overeenkomsten kunnen betrekking hebben op medische diagnoses en behandelingen evenals op activiteiten gericht op preventie van ziekteverzuim. Een en ander indiceert dat het ziekteverzuim- en arbeidsreïntegratiebeleid steeds meer tot het gezondheidsbeleid van een onderneming wordt gerekend⁹. Soms bemiddelen de Arbodienst of de verzekeraar hierin voor de werkgever. Een en ander is meer uitgebreid beschreven in hoofdstuk 3.

De bovenstaand geschetste effecten indiceren dat de kernrelatie op het terrein van de gezondheidszorg, te weten de individuele medische relatie tussen de patiënt en de individuele zorgverlener, in toenemende mate te maken krijgt met interventies van andere actoren zoals de overheid, de zorgverzekeraar en de werkgever.

4.2 Knelpunten

In deze paragraaf wordt een schets gegeven van actuele knelpunten in de sfeer van de sociaal-medische begeleiding en met betrekking tot de behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten. In de inleiding (paragraaf 4.2.1) worden enkele problemen geschetst die verbonden zijn aan de in paragraaf 4.1 beschouwde gevalsbehandeling ZW/WAO. Aan de orde komen vervolgens knelpunten in de sfeer van samenwerking en communicatie (paragraaf 4.2.2) en met betrekking tot de deskundigheid in de gezondheidszorg (paragraaf 4.2.3). Ten slotte wordt nader ingegaan op enkele aanverwante knelpunten (paragraaf 4.2.4) en op de mogelijke consequenties van een en ander (paragraaf 4.2.5).

9 De interventiemogelijkheden liggen voornamelijk op het gebied van personeels- en arbeidsomstandighedenbeleid, in ieder geval waar het gaat om het door de arbeidsorganisatie te beïnvloeden ziekteverzuim. Daarnaast doen ondernemingen ter beperking van de duur van ziekteverzuim ook een beroep op de gezondheidszorg. Daarbij gaat het onder meer om het treffen van aanvullende gezondheidszorgvoorzieningen (bijvoorbeeld een eigen fysiotherapeut voor de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat), het monitoren van de wachtlijstruimte voor meerdere ziekenhuizen om eventueel bestaande of mogelijk ontstane mogelijkheden elders beter te benutten en het mobiliseren van niet benutte bedrijfstijd in ziekenhuizen voor het verkorten van wachtlijsten (bedrijvenpoli).

4.2.1 Inleiding

Uit de in paragraaf 4.1 geschetste verhoudingen rondom de gevalsbehandeling bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in het kader van de ZW en de WAO kan worden afgeleid dat in het proces van de gevalsbehandeling maar weinig aandacht bestaat voor de rol van de behandelend arts; er is geen sprake van systematische en gestructureerde contacten tussen de behandelend arts en zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsarts van de uitvoeringsinstellingen; evenmin wordt er adequate informatie gevraagd dan wel gegeven. In dit verband is het illustratief dat in het kader van het volledige reïntegratieplan (als onderdeel van het model-reïntegratieplan van het Lisv slechts één vraag voorkomt naar eventuele gegevens van de curatieve sector¹⁰.

Voorts lijkt de gezondheidszorg geen uitdrukkelijke rol te spelen bij preventie van ziekteverzuim. Op de informatie-uitwisseling met de bedrijfsarts wordt in paragraaf 4.2.2 nader ingegaan. Hier zij erop gewezen dat – naar aanleiding van de evaluatie van de wijzigingen in de ZW en de WAO/AAW – onder meer kritiek werd geuit op de communicatie tussen de verzekeringsartsen en de behandelend artsen in het kader van de sociaal-medische begeleiding¹¹.

Gesignaleerd wordt dat verzekeringsartsen te weinig contact zoeken met behandelend artsen en dat zij ook onvoldoende rekening houden met de opvatting van de behandelend arts¹².

In andere onderzoeksrapporten wordt er echter op gewezen dat huisartsen en medisch specialisten zélf zelden contact opnemen met verzekeringsartsen¹³.

Ook binnen de beroepsgroep van bedrijfs- en verzekeringsartsen wordt de communicatie met de behandelend artsen al langer als een probleem ervaren.

Ondanks het formuleren van gerichte vraagstellingen ontvangen (bedrijfs- en verzekeringsartsen regelmatig geen of geen gerichte antwoorden. Dit kan het gevolg zijn van de terughoudendheid van de behandelend artsen met betrekking tot het verstrekken van informatie, onder meer op grond van de veronderstelling dat een dergelijke verstrekking niet in het belang is van hun relatie met de patiënt of dat de gevraagde informatie niet zal bijdragen tot spoedige werkhervatting. Een andere verklaring kan liggen in het tijdsbeslag en het niet voldoende vergoeden van de aanlevering van de informatie.

10 Mededeling (M97.65) van 25 juni 1997 van het Lisv aan de uitvoeringsinstellingen inzake model voor de poortwachtersfunctie.

11 Op basis van: Lisv, *Communicatie met behandelaars. Richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars*, Amsterdam december 1996.

12 Ctsv, *Toegang tot de WAO. Onderzoek naar de toepassing van het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium*, Zoetermeer 1995; H. Sinzheimer Instituut, *Niet verdiend. Arbeids(on)geschikten tussen theoretische verdien capaciteit en (ir)reële kansen op de arbeidsmarkt*, Amsterdam 1994.

13 W.A. Epker, *Verzekeringsgeneeskundige en curatieve sector*, Federatie van Bedrijfsverenigingen, Amsterdam 1986.

Daartegenover staat de (veronder)stelling dat het belang van de mogelijke informatie die de behandelend arts aan de verzekeringsarts kan leveren moet worden gerelativeerd, aangezien dit voornamelijk puur medisch-technische informatie betreft.

In de paragrafen 4.2.2 en 4.2.3 wordt de aandacht vooral gericht op de relatie tussen enerzijds de gezondheidszorg (met name de behandelend arts, in casu de huisarts) en anderzijds de arbodiensten (in casu de bedrijfsarts, dit wil zeggen de centrale figuur in de verzuimbegeleiding). De mogelijk problematische positie van de verzekeringsarts ten opzichte van de gezondheidszorg is immers in grote lijnen analoog aan de belangrijkste problemen in de relatie tussen de sociaal-geneeskundigen (bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) en de (para)medische hulpverlening in het kader van de sociaal-medische begeleiding. Op de achtergrond van deze inperking tot de relatie tussen enerzijds de bedrijfsarts en anderzijds de gezondheidszorg (in casu de huisarts) is ook van belang de zienswijze van de minister van VWS dat de verbetering van de samenwerking tussen de huisarts en de bedrijfsarts de concrete invulling is van de noodzakelijke verbetering van de samenwerking tussen de beleidsterreinen van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg.

4.2.2 Samenwerking en communicatie

Er is sprake van een gebrekkige, ineffectieve samenwerking, communicatie (gegevensuitwisseling) en afstemming tussen bedrijfsartsen en huisartsen in het kader van de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers. Daarnaast lijkt het plausibel te (veronder)stellen dat de communicatie tussen medisch specialist en bedrijfsarts nog beperkter van aard is dan in de verhouding tussen huisarts en bedrijfsarts; immers, de huisarts heeft het meest dagelijkse en integrale contact met de patiënt terwijl het contact tussen patiënt en medisch specialist dossier-gebonden is.

Een historisch georiënteerde beschrijving van de samenwerking en communicatie in het kader van de sociaal-medische begeleiding is opgenomen in bijlage 8.

Wegens het gebrek aan actueel onderzoeksmateriaal is de weergave van de huidige stand van zaken inzake de communicatie en samenwerking tussen bedrijfsartsen en de gezondheidszorg voornamelijk gericht op de relatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Het rapport *Voor verbetering vatbaar* (1997) van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA/TNO) bevat daar-

over relevante informatie¹⁴; daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van andere literatuur¹⁵.

Uit het NIA/TNO-onderzoek blijkt dat thans nauwelijks kan worden gesproken van een frequente, openhartige en tweezijdige samenwerking tussen beide disciplines, maar wel hooguit van het uitwisselen van informatie¹⁶. De invoering van de wet Terugdringing ziekteverzuim (Wet-Tz) en de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) heeft niet geleid tot een verbetering van de samenwerking, noch tot een 'open communicatie' tussen de beide sectoren, zoals dat ook door het toenmalige kabinet in zijn nota van juni 1992 over de sociaal-medische begeleiding werd vooropgesteld (zie bijlage 8). Het onderzoek toont aan dat thans nog steeds volop onduidelijkheid bestaat over de functie-inhoud en positie van de bedrijfsarts, hetgeen betrekking heeft op de vragen in hoeverre de begeleidende en controlerende taken van een bedrijfsarts samenlopen en daarmee samenhangend, voor welke doeleinden de informatie uit de gezondheidszorg (mede) wordt gebruikt.

Daarnaast blijkt uit het NIA/TNO-onderzoek dat bij beide beroepsgroepen de wil tot verbetering van de samenwerking ruimschoots aanwezig is¹⁷. Voorop staat daarbij de verbetering van de kwaliteit van de sociaal-medische begeleiding door het verkrijgen van een integraal beeld van de patiënt/werknemer en door een verbetering van de onderlinge afstemming, zodat de patiënt geen tegenstrijdige adviezen krijgt en de kans op reïntegratie groter en op medicalisering kleiner wordt.

14 R.J. van Amstel en P.C. Buijs, *Voor verbetering vatbaar. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding*, onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS, NIA/TNO, Amsterdam 1997. Het onderzoek is gebaseerd op een uitgebreide schriftelijke enquête onder de betrokken onderzoeksgroepen. Het rapport bevat de resultaten van een onderzoek naar belemmeringen voor de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers, evenals naar oplossingen voor deze belemmeringen. Een tweede onderzoek dat zich richt op de relatie tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen is momenteel in voorbereiding.

15 Mede op basis van: het *Plan voor structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector*, maart 1998; F. Van Dijk en P. Buijs, *Meer aandacht voor werk. Een antwoord op de dreigende tweedeling in de gezondheidszorg*, in: *Medisch Contact*, 23 januari 1998, pp. 119-123.

16 Slechts een van de vijf huisartsen heeft wekelijks een keer contact met de bedrijfsarts, de overigen minder vaak of helemaal niet. In de regel is het de bedrijfsarts die – vaak telefonisch – contact zoekt, meestal om informatie te vragen over de aard van de klachten en ook wel over de therapie en prognose.

17 Huisartsen willen het meer hebben over preventie of reïntegratie dan over legitimering van verzuim; ook wensen ze dat bedrijfsartsen helder aangeven wat ze werkelijk voor een patiënt kunnen en willen doen, voor welk doel ze informatie vragen en hoe de werksituatie eruit ziet. Bedrijfsartsen bepleiten vooral tweerichtingsverkeer, betere bereikbaarheid, meer curatieve aandacht voor reïntegratie en het sneller kunnen beschikken over kopieën van relevante specialistenbrieven.

Ook hebben beide disciplines een helder zicht op de belemmeringen tot samenwerking. Voor de bedrijfsartsen is het problematisch dat huisartsen te weinig weten van bedrijfsgezondheidszorg en sociale wetgeving, geen oog hebben voor 'arbeid' en niet beseffen dat werknemers geen belang hebben bij onnodig verzuim. Daarnaast 'voelen' zij zich door behandelend artsen beschouwd als belangenbehartiger van werkgevers of als verzekeringsarts, die bij voorbaat hun informatie gebruikt voor verzuimcontrole.

Hét knelpunt voor huisartsen is de onduidelijke positie van de bedrijfsartsen, met name de onduidelijkheid ten aanzien van de vragen wiens belangen worden behartigd (van werkgevers?) en waarvoor informatie wordt gevraagd: voor begeleiding of voor controle. Voorts achten huisartsen samenwerking met bedrijfsartsen moeilijker als gevolg van het commercieel opereren van arbodiensten en omwille van het ontbreken van een vergoeding voor de met de informatieverschaffing geleverde prestaties.

Voorts indiceert het NIA-TNO-onderzoek dat huisartsen (onder meer op grond van hun poortwachtersfunctie) grote moeite hebben met het door de bedrijfsarts verwijzen van werknemers naar (elders in) het medische circuit voor nadere diagnostiek, en zeker voor behandeling¹⁸, en voor het verrichten van meer curatieve handelingen door bedrijfsartsen¹⁹.

In meer algemene zin kan uit het voorgaande worden afgeleid dat er sprake is van een veelal gebrekkige samenwerking tussen de verschillende medici (huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verzekeringsarts uitvoeringsinstelling, verzekeringsarts verzekeraar). Dit belemmert een adequaat arbo- en verzuimbeleid, dat niet alleen op behandeling maar ook op preventie is gericht. Een en ander resulteert in onnodig lang arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid.

In dit verband zijn ten slotte ook de ontwikkelingen op de verzekeringsmarkt van belang (zie paragraaf 2.2). Deze leiden ertoe dat onder meer uitvoeringsinstellingen en arbodiensten onderdeel worden van een holding of strategische alliantie welke zogeheten *fullservice*-pakketten aanbieden die ertoe

18 Twee derde van de bedrijfsartsen zegt nooit te verwijzen zonder overleg met de huisarts.

19 Uitgaande van de centrale plaats van de huisarts in het systeem van de gezondheidszorg is in regelgeving vastgelegd dat bedrijfsartsen zich niet inlaten met de medische behandeling van patiënten ('geen curatieve handelingen verrichten'); een uitzondering hierop is acute hulpverlening, voorzover de bedrijfsarts daartoe onder omstandigheden in de meest adequate positie verkeert. Ook is het mogelijk dat de bedrijfsarts een deel van de behandeling van de huisarts overneemt; een voorbeeld hiervan is het toedienen van periodieke injecties, ingeval de Arbodienst zich dicht bij de werkplek bevindt dan de huisarts. Daarnaast komt het voor dat bedrijfsartsen waar nodig de huisarts adviseren over de medische facetten vanuit de arbeidssituatie die in de medische behandeling moeten worden betrokken.

kunnen leiden dat behandeling en controle vanuit één hand worden aange-stuurd.

4.2.3 Deskundigheid en attitude

Een volgend probleem betreft het gebrek in de gezondheidszorg aan aandacht, kennis en vaardigheden met betrekking tot werk. Of nog algemener gesteld: de reguliere zorg is onvoldoende op arbeid gericht.

Volgens Van Dijk en Buijs moet algemeen worden erkend “dat, vergeleken met het buitenland, Nederland een ontwikkelingsland is waar het gaat om beroeps-ziekten en arbeidsgebonden aandoeningen, al komen die frequent voor bij tal van beroepen”²⁰.

Zo kan uit onderzoek worden afgeleid dat een risicofactor op het werk aanwijsbaar was bij een derde van de patiënten op een cara-poli. Bij Riagg's is gebleken dat werk een veelvoorkomende oorzaak is van psychische problematiek en dat de kennis hierover tekortschoot. Huisartsen blijken de diagnose ‘overspan-nenheid’ nogal eens te missen en weten, evenals bedrijfsartsen, vaak niet hoe ze dit frequent voorkomende probleem zo moeten behandelen dat de klachten verminderen en (de kans op terugkeer naar) het werk behouden blijft.

Daarnaast staat ook bij de behandeling en begeleiding van ziekten die niet door het werk zijn veroorzaakt, de aandacht voor de gevolgen van het werk op een laag pitje.

Ook de NIA-TNO-onderzoeksresultaten indiceren dat de hulpverleners in de curatieve sector bij de diagnose en behandeling van werknemers met gezondheidsklachten niet altijd doordrongen zijn van het belang om hun patiënten te vrijwaren van onnodig arbeidsverzuim, respectievelijk het voorkomen van arbeidsongeschiktheid²¹. Op basis van het genoemde en andere onderzoeken kan worden gesteld dat de expertise van de curatieve artsen en van de AGGZ op onderdelen tekortschiet bij de diagnose en behandeling van de genoemde klach-ten²². Daarnaast levert het NIA-TNO-onderzoek een bevestiging op van de pro-blemen in verband met de attitude van de medische beroepsbeoefenaren; in de

20 F. Van Dijk en P. Buijs, *Meer aandacht voor werk. Een antwoord op de dreigende tweedeling in de gezondheidszorg*, op.cit., p. 120.

21 Zie ook de – in bijlage 6 opgenomen – brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid aan de Tweede Kamer.

22 Op basis van: M. ten Hove-Edens, e.a., De rol van de gezondheidszorg bij arbeidsongeschiktheid, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 5 oktober 1996, pp. 1982-1986; J.W. Groothoff, e.a., Arbeidsverzuim, in: *Medisch Contact*, 5 januari 1996, p. 16-18; J.F.M. Bergen, Huisartsen en bedrijfs-artsen, in: *Medisch Contact*, 1996, 24, p. 802 e.v.; J. van der Velden, e.a., De huisarts en arbeidsge-bonden aandoeningen, in: *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, juni 1996; H.E. Oosterling-Schierck, e.a., De scheiding tussen behandeling en controle, in: *Medisch Contact*, 6 december 1996, pp. 1587-1589.

praktijk blijkt dat er vaak weinig begrip is voor de sociaal-medische aspecten die in het geding zijn, zoals het feit dat een patiënt een werknemer kan zijn en dat het uit dien hoofde van belang is om het ziekteverzuim te vermijden dan wel de duur ervan in te korten²³. Voorts verdient vermelding dat de meeste behandelend artsen geen werkherstattingsadviezen geven²⁴ en dat de meeste huisartsen weinig aandacht besteden aan de werksituatie.

Ten slotte kan worden verondersteld dat de gebrekkige affiniteit met het thema 'arbeid en gezondheid' en het gebrek aan kennis van de arbeidssituatie niet veel gunstiger is bij medisch specialisten dan bij huisartsen.

4.2.4 Aanverwante knelpunten

De in de voorgaande paragrafen geïnventariseerde knelpunten (gebrekkige samenwerking; tekortschietende deskundigheid) hangen samen met andere problemen. Hieronder wordt een aantal genoemd.

Zorg voor specifieke aandoeningen

Een specifiek knelpunt betreft het ontbreken van de specifieke deskundigheid en ervaring om adequate zorg te verlenen aan patiënten met meer complexe, arbeidsrelevante aandoeningen (zie ook paragraaf 3.5). Dit betreft niet alleen aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen, maar bijvoorbeeld ook aandoeningen van huid- en luchtwegen.

Arbo-infrastructuur

Een specifiek onderdeel van de hier aan de orde zijnde problematiek wordt gevormd door de knelpunten op het terrein van de arbo-infrastructuur²⁵. De wetenschappelijke basis en de kwaliteitsontwikkeling van arbodienstverlening blijven (ook ten aanzien van de arbeidsrelevante aandoeningen) achter in vergelijking tot bijvoorbeeld de Scandinavische landen.

23 Zie: C. Schoemaker en R. Bijl, *Ziekteverzuim om psychische redenen. Inventarisatie van de hulpverlening aan werknemers die om psychische redenen verzuimen*, op.cit., pp. 83-107; M. van der Giezen, T.J. Veerman en R. Prins, *Werkherstating na rugklachten. Drie maanden in de Ziektewet: ervaringen van werknemers en hun bedrijfsartsen*, Deelrapport 2, Zoetermeer 1996, pp. 93-104.

24 Uit het NIA/TNO-onderzoek blijkt dat 40 procent van de huisartsen 'af en toe' werkherstattingsadviezen geeft en dat 21 procent van de huisartsen dit niet tot de eigen taken rekent.

25 Met arbo-infrastructuur wordt bedoeld het geheel van onder andere arbodiensten, wetenschappelijke instellingen en beroepsbeoefenaren dat zorgt voor hetzij directe arbodienstverlening hetzij de ondersteuning en ontwikkeling van het vak.

Ook de SER-Commissie Arbeidsomstandigheden heeft in haar advies van juli 1997 (namens de raad)²⁶ in algemene zin geconstateerd dat de ondersteuning van bedrijven bij het arbo- en verzuimbeleid vanuit de tweede lijn niet helder is georganiseerd²⁷. Daarbij heeft zij onder meer erop gewezen dat:

- er geen duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling is tussen de afnemers van de producten en diensten van de tweede lijn;
- er een gebrek is aan afstemming met betrekking tot de diensten en de producten van de tweede lijn;
- er onduidelijkheid bestaat over de wijze van voorlichting inzake arbeidsomstandigheden aan werkgevers en werknemers.

De commissie heeft geconstateerd dat deze algemene knelpunten er uiteindelijk toe kunnen leiden dat het niveau van de arbozorg in Nederland onder druk kan komen en heeft geconcludeerd dat de organisaties in de tweede lijn veel te weinig samenwerken, hetgeen een gefragmenteerd en weinig samenhangend pakket van diensten en producten oplevert. Ten slotte is de commissie van oordeel dat de afnemers van producten en diensten van de tweede lijn onvoldoende samenwerken.

Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

Een bijzonder punt van zorg is ten slotte de achterblijvende ontwikkeling in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde in vergelijking tot andere medische specialismen. Dit ondermijnt de samenwerking met en de deskundigheidsbevordering in de curatieve sector.

Een en ander zou te verklaren zijn uit het feit dat de medische faculteiten opvallend weinig interesse tonen voor dit deel van het vakgebied, een uitzondering daargelaten²⁸. Ook buitenuniversitaire voorzieningen ontbreken vrijwel geheel.

4.2.5 Consequenties

De bovenstaand beschreven knelpunten zijn onderling verweven en doen zich voor ten aanzien van meerdere ziektebeelden, aandoeningen en gezondheids-

26 SER-Commissie Arbeidsomstandigheden Advies *Tweedelijnsinfrastructuur arbeidsomstandigheden*, publicatienr. 97/35, Den Haag 1997. Bijlage 9, die is gewijd aan 'Arbo-infrastructuur en de zorg voor arbeidsrelevante aandoeningen', bevat een meer uitvoerige weergave van het advies en van de kabinetsreactie daarop.

27 De tweedelijnsinfrastructuur heeft betrekking op de ondersteunende dienstverlening op het terrein van arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim: onderzoek, ontwikkeling, opleiding, overdracht, voorlichting/informatie, monitoring, advisering, instrumentontwikkeling, normalisatie en certificatie.

28 F. Van Dijk en P. Buijs, *Meer aandacht voor werk. Een antwoord op de dreigende tweedeling in de gezondheidszorg*, op.cit., p. 120.

klachten. Zo kan bij wijze van voorbeeld ten aanzien van de behandeling van psychische klachten en het proces van begeleiding en zorg voor werknemers met psychische klachten worden opgemerkt dat er sprake is van onvoldoende communicatie tussen Arbodienst en reguliere hulpverlening (eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg) over de voor de werknemer noodzakelijke zorg en begeleiding. Daarnaast is er bij arbodiensten evident sprake van onbekendheid met psychische klachten, het herkennen en goed verwijzen ervan. Voorts is er in de gezondheidszorg als geheel sprake van onbekendheid met de wijze waarop moet worden omgegaan met iemand met psychische klachten²⁹.

In algemene zin kan worden geconcludeerd dat actoren werkzaam in de gezondheidszorg (in het bijzonder behandelaars in de curatieve sector) veelal een achterstand hebben in deskundigheid ten aanzien van de relatie arbeid-gezondheid. Zowel bij de preventie, de diagnosestelling, de behandeling en de reïntegratie ontbreekt het te vaak aan aandacht voor arbeidsrelevante aspecten van aandoeningen en gezondheidsklachten. Ook de daarbij horende attitude schiet tekort. Een en ander zou leiden tot het fenomeen van ‘medicalisering’ van klachten en ertoe bijdragen dat werknemers onnodig lang aan het arbeidsproces (kunnen) worden onttrokken.

Bedacht dient te worden dat de relatie arbeid-gezondheid in menig opzicht van belang is. Gezondheidsklachten (kunnen) mede worden veroorzaakt door de arbeid als zodanig. Daarnaast zijn arbeidsomstandigheden mede bepalend voor het wel of niet kunnen blijven werken of het kunnen hervatten van werk als er gezondheidsklachten zijn, ook als die klachten niet zijn veroorzaakt door het werk.

Het belang van de relatie arbeid-gezondheid vraagt om inzicht in en aandacht voor de relatie tussen de klachten/de behandeling en uiteenlopende aspecten van de specifieke positie van de patiënt als werknemer, zoals: specifieke werk-omstandigheden, werkbelasting en werkhervatting, socialezekerheidsaspecten, risico’s van onnodig lang ziekteverzuim. In het bijzonder geldt dit voor (potentiële) werknemers met chronische aandoeningen. Speciale aandacht verdienen ook de klachten van het houdings- en bewegingsapparaat en de psychosociale problematiek (die samen 60 procent van de WAO-instroom bepalen). Het gaat hierbij dus om zowel de curatieve somatische zorg als de geestelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk. Wat laatstgenoemde

29 Aldus de bijlage 3 (Plan van Aanpak Ambulante geestelijke gezondheidszorg) bij de reeds genoemde brief van 16 februari 1998 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6). Zie ook: Research voor Beleid, *Knelpunten ziekteverzuim om psychische redenen*, Leiden 1997.

sectoren betreft, is overigens ook de gebrekkige samenwerking en communicatie tussen de onderscheiden actoren relevant.

4.3 Achtergronden

De gebrekkige samenwerking tussen de betrokken actoren en de tekortschietende attitude en deskundigheid in de gezondheidszorg bij de diagnose en behandeling van werknemers met (arbeidsrelevante) gezondheidsklachten en -aandoeningen hebben uiteenlopende en onderling verweven achtergronden. In deze paragraaf worden er enkele beschreven.

Scheiding behandeling en controle

In de eerste plaats kan worden gewezen op de scheiding tussen behandeling en controle van zieke werknemers (met andere woorden de scheiding tussen de curatieve en de sociaal-geneeskundige sectoren). Daarbij dient te worden bedacht dat zowel de huidige scheiding van behandeling en controle als de huidige inrichting en werking van de gezondheidszorg mede zijn gebaseerd op op zichzelf genomen legitieme doelstellingen en overwegingen, zoals:

- het belang van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, hetgeen niet uitsluit dat de patiënt ook een vertrouwensrelatie met andere medici (bedrijfsarts, verzekeringsarts) kan hebben;
- het belang van de integrale benadering en behandeling van de patiënt (dit wil zeggen niet alleen in zijn hoedanigheid van zijn relatie tot het arbeidsproces). Dit impliceert ook dat niet wordt uitgegaan van een mechanistische visie (ziekte-diagnose-behandeling) en dat louter zorginhoudelijke aspecten de prioriteit verdienen; dit betekent dat aandacht wordt geschonken aan het belang van het maatschappelijk functioneren van betrokkenen mede in relatie tot de wenselijkheid van een zo spoedig mogelijke reïntegratie in het arbeidsproces;
- de gelijke behandeling van alle (potentiële) patiënten, los van hun relatie tot het arbeidsproces.

Scheiding sociale zekerheid en gezondheidszorg

In de tweede plaats verdient vermelding de volledige (onder meer financiële) scheiding tussen de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg met elk hun eigen cultuur, benadering en behandeling van zieken (deskundigheid en attitude), beeldvorming en taakopvattingen, doelstellingen, (financierings-) structuur en dynamiek. Van belang daarbij is ook dat de (financiële) belangen van de betrokken partijen veelal niet parallel lopen. Door de scheiding tussen ziektekostenverzekeringen en ziekteverzuimverzekeringen heeft de gezondheidszorg in feite geen belang bij de financiële gevolgen van ziekte- of arbeidsverzuim. Daardoor kan bijvoorbeeld geen correcte kosten-batenafweging wor-

den gemaakt tussen enerzijds een investering in extra zorg en anderzijds de baten daarvan in termen van lagere verzuimkosten en een hogere arbeidsproductiviteit. Dit refereert overigens ook aan de vraag of en in welke mate de zorgverzekeraar belang heeft bij een spoedige reïntegratie in het arbeidsproces. In dit verband is overigens van belang dat een sneller herstel kan impliceren dat ook de ziektekosten worden gereduceerd.

Positie bedrijfsartsen/arbodiensten

In de derde plaats kunnen de genoemde knelpunten (in het bijzonder de gebrekkige communicatie tussen de medische actoren) mede worden verklaard door de positie van de bedrijfsartsen, of door de perceptie daarvan. Daarbij zijn uiteenlopende, op het eerste zicht tegenstrijdige, aspecten van belang. Immers, de professionele onafhankelijkheid van bedrijfsartsen lijkt op zichzelf genomen goed geregeld te zijn, maar onderzoek suggereert dat de praktijk weerbarstiger is en dat met name de wederzijdse beeldvorming van huisartsen en bedrijfsartsen een hardnekkig obstakel vormt voor vruchtbare samenwerking. Onderstaand wordt dit nader toegelicht.

Zoals gezegd, lijkt de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts bij zijn advisering in het kader van de verzuimbegeleiding althans in formele zin afdoende te zijn gegarandeerd. Verwezen zij naar de conclusie van de staatssecretaris van SZW (voorjaar 1997) dat er binnen de bestaande wetgeving in samenhang bezien voldoende voorzieningen zijn die de professionele onafhankelijke advisering door arbodiensten waarborgen³⁰; daarbij gaat het onder meer om de Arbowet en de daarop gebaseerde nadere regels, de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG), het Professioneel Statuut van arbodiensten en de klachtmogelijkheden. Een en ander is samengevat in bijlage 10.

Uitgaande van de eindverantwoordelijkheid van de werkgever voor het ziekteverzuimbeleid waarbij hij op grond van de Arbowet wordt bijgestaan door een Arbodienst (artikelen 4a en 18 lid2 Arbowet) dienen de arbodiensten – op grond van artikel 19 lid 2 Arbowet – hun taak onder meer “met behoud van zelfstandig oordeel op het gebied van de deskundigheid” en “onafhankelijk ten opzichte van de werkgever” te vervullen. Op basis hiervan moeten bedrijfsartsen hun taken adequaat kunnen uitoefenen, dit wil zeggen met behoud van professionele onafhankelijkheid. Daarbij is de mogelijke rol van de bedrijfsarts bij de claimbeoordeling terzake van de loondoorbetalingsplicht bij ziekte uitdrukkelijk gelimiteerd, in die zin dat de claimbeoordeling welke alleen onder verantwoordelijkheid van de werkgever kan plaatsvinden, gebaseerd kan zijn

30 Op basis van: Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 22 187, nr. 49.

op het advies van de bedrijfsarts. In dit verband zij gewezen op de volgende passage uit de memorie van toelichting bij de op 1 januari 1994 ingevoerde Wet TZ/Arbo: “Gelet op de verantwoordelijkheid die de werkgever ingevolge de wijziging Arbowet heeft voor het voeren van een adequaat en effectief ziekteverzuimbeleid zal de werkgever de taken samenhangende met controle/claimbeoordeling gedurende de eerste zes weken van ziekte zelf uitvoeren. De werkgever moet zich laten ondersteunen door een gecertificeerde Arbodienst.” Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat de werkgever bij zijn claimbeoordeling gebruik kan maken van het advies van de bedrijfsarts dat betrekking kan hebben op de vraag of een werknemer al dan niet in staat is tot het verrichten van arbeid en welke maatregelen op de werkplek moeten worden genomen om werkhervatting mogelijk te maken; van belang daarbij is ook dat medisch-inhoudelijke gegevens alleen met uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de werknemer aan de werkgever mogen worden verstrekt.

Naar het oordeel van de staatssecretaris van SZW vormt het professioneel statuut een belangrijke versterking van de waarborgen die er zijn voor een onafhankelijk optreden van de arbo-arts, juist omdat de bepalingen ervan zijn toegesneden op de positie van een arts in een op de markt werkende Arbodienst³¹. Tevens wijst de bewindspersoon erop dat *zowel de werkgever als de werknemer* er belang bij heeft als de arbo-arts hen adviseert met het oog op de bescherming van de gezondheid van de werknemer. Beide zijn immers gebaat bij goede arbeidsomstandigheden die ziekte voorkomen, en bij een snelle reïntegratie via alert reageren in geval van ziekte.

Desalniettemin laten de reeds genoemde NIA-TNO-onderzoeksresultaten een bevestiging zien van de in de curatieve sector heersende perceptie ten aanzien van de al dan niet onafhankelijke positie van de bedrijfsartsen. Het onderzoek toont aan dat de positie van de bedrijfsarts ten opzichte van de scheiding tussen behandeling en controle in de ogen van belangrijke actoren nog steeds onduidelijk is: de heersende onduidelijkheid ten aanzien van de vraag of de bedrijfsarts aan de ‘behandelkant’ (als het gaat om de begeleiding van de zieke werknemer) staat, dan wel aan de ‘controlekant’ (los van de vraag wat controle dan ook inhoudt), leidt in de gezondheidszorg tot verwarring en wrevel. Uit het NIA-TNO-onderzoeksrapport blijkt dat bijna alle geënquêteerde bedrijfsartsen taken verrichten op het gebied van verzuimcontrole. Van de geënquêteerde bedrijfsartsen zegt 74 procent respectievelijk 18 verzuimcontroles te doen in al hun bedrijven of in sommige bedrijven, terwijl één op de acht ook

31 Aldus de staatssecretaris van SZW op 13 februari 1998 in antwoord op Tweede Kamervragen (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, Aangangs 709).

controles aan huis verrichtte³². Aldus indiceren deze onderzoeksresultaten een zekere kloof tussen enerzijds de dagelijkse praktijk en anderzijds datgene wat door de artsen in de curatieve sector wenselijk wordt geacht.

Bovenstaande problematiek komt ook ten dele tot uiting in de in het medische circuit (artsen, artsenorganisaties) gesignaleerde knelpunten naar aanleiding van de veranderingen in de sociale zekerheid³³. Daarbij werd gewezen op het mogelijke verlies aan onafhankelijkheid van een bedrijfsarts als gevolg van directe druk door de werkgever en/of de (inkomensdervings)verzekeraar. Ook werd gewezen op het mogelijke verlies aan kwaliteit van het werk van medici als gevolg van de onvoldoende scheiding tussen het werk van bedrijfsartsen en dat van medisch adviseurs werkzaam bij risicoverzekeraars. Tevens werd gevreesd voor een mogelijke verdergaande verstoring van de relatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen enerzijds en de curatieve sector anderzijds als gevolg van het verlies van vertrouwen in de onafhankelijke positie van de eerstgenoemde categorieën. Ten slotte werden het beheer en verkeer van medische gegevens als knelpunten genoemd omdat er onvoldoende garanties zouden zijn voor de privacybescherming van de werknemer.

Uit recent onderzoek onder praktiserende bedrijfs- en verzekeringsartsen blijkt dat dit beeld over de positie van bedrijfsartsen nog actueel is, en dat er sprake is van een verslechtering van het beeld over de desbetreffende problematiek³⁴. Er is sprake van een sterke toename van het aantal artsen dat nu aangeeft minder tijd te krijgen voor preventieve taken en dat spreekt van verlies van hun onafhankelijke positie. Ook de wens tot intensivering en versterking van contacten tussen de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector wordt volgens velen gefrustreerd. Daar staat tegenover dat bijna de helft van alle respondenten van oordeel is dat er sprake is van een verbetering van het verzuimbeleid van werkgevers.

Uit het bovenstaande blijkt dat de genoemde perceptie op zichzelf genomen als een knelpunt kan worden beschouwd, aangezien zij van invloed is op de

32 Daarbij dient te worden bedacht dat het begrip 'controle' uiteenlopend wordt uitgelegd, te weten als het nagaan 'hoe iemands belasting-belastbaarheid weer in evenwicht te krijgen is' (78 procent), dan wel 'hoe iemand geholpen kan worden weer snel aan het werk te gaan' (70 procent), dit wil zeggen twee interpretaties welke huisartsen wellicht geen controle vinden. Andere omschrijvingen zijn nagaan 'of er sprake is van ziekte' (53 procent), 'nagaan of iemand recht heeft op een ziekte-uitkering' (35 procent) en 'nagaan of iemand zich aan de regels houdt' (22 procent). De huisartsen blijken problemen te hebben precies ten aanzien van de drie laatstgenoemde invullingen van het begrip controle, en in deze gevallen zijn zij dan ook behoedzaam met het verstrekken van informatie aan de bedrijfsarts.

33 J.H.B.M. Willems, e.a., Privatisering van de Ziektewet: effecten en opinies van medische zijde, in: SMA, oktober 1996, pp. 624-635.

34 J.H.B.M. Willems, Privatisering van de Ziektewet. Het medisch draagvlak wordt kleiner, in: *Medisch Contact*, 27 maart 1998, pp. 423-426. Tevens blijkt dat de onderzoeksuitkomsten mede afhankelijk zijn van de persoonlijke maatschappijvisie van de betrokkenen.

houding en bereidheid tot samenwerking bij de actoren in de gezondheidszorg. Voorts blijkt uit het onderzoek dat een aantal bedrijfsartsen moeite heeft met de feitelijke taakuitoefening. Verondersteld kan worden dat een en ander kan worden gerelativeerd nu is gebleken dat arbodiensten steeds meer een breder pakket van diensten (dit wil zeggen meer dan verzuimcontrole) aanbieden. Daarnaast mag erop worden vertrouwd dat de genoemde formele regelingen (zoals opgenomen in de Arbowet, de WGBO, de Wet BIG, het Professioneel Statuut) voldoende tegenwicht zullen bieden aan de financiële prikkels die de positie van de bedrijfsartsen en de arbodiensten beïnvloeden. Alvorens daarover eenduidige uitspraken kunnen worden geformuleerd dient een en ander nader te worden onderzocht.

4.4 Verbetering behandeling arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten

Met het oog op een verbetering van de aanpak in de gezondheidszorg van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten dienen adequate oplossingen te worden gevonden voor de in paragraaf 4.2 vastgestelde lacunes. Deze hebben in hoofdzaak betrekking op de deskundigheden en vigerende attitudes binnen de gezondheidszorg, respectievelijk op de gebrekkige communicatie, afstemming en coördinatie tussen de bedrijfsarts en de behandelend arts. In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op de voorstellen van het kabinet ter oplossing van genoemde knelpunten en op mogelijke aanvullende voorstellen die nadere overweging verdienen.

4.4.1 Kabinetsvoorstellen en -ideeën

Zowel in zijn ter advisering aan de raad voorgelegde standpunt over het RVZ-advies als in meer recente documenten gaat het kabinet in het kader van het zogeheten flankerend beleid nader in op de hier aan de orde zijnde problematiek.

Volgens het kabinet kan het begeleiden van verzuimende werknemers nog “aanzienlijk verbeteren” onder meer door een nauwere samenwerking tussen behandelende artsen en bedrijfsartsen³⁵. Daartoe ondersteunt het kabinet in

35 In dit verband zij gewezen op de uitspraak van de minister van VWS op het KNMG-congres van 1996 dat reductie van ziekteverzuim ook mogelijk is “door een grotere samenwerking tussen de curatieve sector en de sociaal-medische begeleiding. Ik wil dit graag stimuleren. Vast staat in ieder geval dat dit beleidsdossier een prominente plaats heeft op de agenda van kabinet, parlement en maatschappelijke partners. Willen we successen kunnen boeken, dan is samenwerking tussen deze partijen dan ook cruciaal”.

eerste instantie de in gang gezette initiatieven van de medische professionele organisaties. Deze activiteiten van de beroepsgroepen hebben betrekking op onder meer de verbetering van de communicatie tussen de arbo-arts en de behandelend arts, op de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen en op het beter profileren van de professionele autonomie van de bedrijfsarts/Arbodienst. Daardoor zou het gezag van de bedrijfsarts/Arbodienst jegens de werkgever en jegens de behandelende arts moeten toenemen.

Vervolgens stelt het kabinet ook oplossingen voor die betrekking hebben op de toerusting van arbodiensten met betrekking tot het voorkomen van ziekteverzuim en meer in het bijzonder met betrekking tot het verlenen van ondersteuning bij reïntegratie. In dat verband is het kabinet van oordeel dat werkgevers ook arbodiensten zouden moeten kunnen inschakelen voor de reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikten bij andere werkgevers.

Voorts wijst het kabinet naar de aanbeveling van de RVZ dat de overheid zou moeten bevorderen dat zorgaanbieders (instellingen en beroepsbeoefenaren) worden gestimuleerd bij alle patiënten expliciet rekening te houden met de beperking van het ziekteverzuim gedurende het hulpverleningsproces³⁶.

Verder wijst het kabinet er ook op dat het onderzoeksprogramma sociaal-medische begeleiding van Zorgonderzoek Nederland een bijdrage kan leveren aan het ontwikkelen van instrumenten ter bevordering van de samenwerking tussen bedrijfsartsen en behandelende artsen.

Zoals gezegd, heeft het kabinet ook na februari 1997 (uitbrengen standpunt over RVZ-advies) nieuwe beleidsmaatregelen aangekondigd, het meest prominent in de brief van 16 februari 1998 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer (zie ook paragraaf 3.5)³⁷. In de paragrafen 4.4.2 en 4.4.3 komt dit nader aan de orde. Hier wordt volstaan met een onderdeel van de nieuwe beleidsideeën, te weten de plannen met betrekking tot de zorgverlening bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen³⁸. Het kabinet wil via een verbreding van de betrokken partijen komen tot een verbetering van de kwaliteit van zorg en begeleiding van werknemers die om psychische redenen ziek worden of arbeidsongeschikt (dreigen te) raken. Mede daartoe wordt een versterking van de eerstelijns noodzakelijk geacht alsmede het inzetten van extra capaciteit voor zorg waarbij de factor arbeid een belangrijk element is. Daarbij gaat het om zowel het verzuimen van werk als gevolg van psychische

36 RVZ, *Sociale zekerheid en zorg*, op.cit., p. 37.

37 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6.

38 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6, p. 8.

klachten als het krijgen van psychische klachten door het niet hebben van werk. Meer concreet wordt gestreefd naar verbeteringen in het proces van preventie, begeleiding en zorg voor psychisch zieke werknemers, onder meer door samenwerkingsafspraken tussen eerste lijn, GGZ en Arbodienst en door nader onderzoek naar de mogelijkheden om de deskundigheid rond psychische klachten en arbeid van zowel Arbodienst als de zorgverlening te verbeteren³⁹.

Commentaar

De door het kabinet aangedragen oplossingen lijken in algemene zin te kunnen worden onderschreven. Daarnaast komt het voor dat ook andere, deels analoge, voorstellen en oplossingsrichtingen bij de nadere afwegingen dienen te worden betrokken, voorstellen die ten dele een nadere invulling (kunnen) geven van de oplossingen die het kabinet suggereert.

Het betreft in de eerste plaats de aanbevelingen uit het NIA/TNO-onderzoek ter verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen. In haar brief van 19 januari 1998 aan de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer acht de Stichting van de Arbeid⁴⁰ het “nuttig en wenselijk dat de betrokken beroepsgroepen terzake tot afspraken komen, langs de lijnen zoals aanbevolen in het NIA/TNO-rapport”. In de tweede plaats kan worden gewezen op het reeds genoemde Plan van Aanpak Wachttijden in de Zorgsector (maart 1998). Op basis van een en ander worden onderstaand enkele denkbare aanvullende beleidsopties geschetst, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen beleidsopties gericht op:

- een verbetering van de samenwerking en communicatie (paragraaf 4.4.2);
- een bevordering van de kennis van en aandacht voor het behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen (paragraaf 4.4.3).

4.4.2 Verbetering samenwerking en communicatie

Algemeen

Uit paragraaf 4.3 komt naar voren de noodzaak tot een (functionele) verbetering van de samenwerking tussen de medici en beroepsbeoefenaren, en tussen de curatieve somatische en geestelijke gezondheidszorg (huisartsen, medisch specialisten, geestelijke gezondheidszorg, fysiotherapeuten) en de arbozorg/bedrijfsgezondheidszorg en socialeverzekeringssector (bedrijfsartsen,

39 In dit verband streeft het kabinet er ook naar te komen tot een landelijk debat met alle betrokkenen, onder wie de sociale partners, over een aantal uitgangspunten, knelpunten en in gang te zetten beleid rond het proces van zorg en begeleiding bij ziekteverzuim om psychische redenen.

40 Zie bijlage 6.

verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen) in het bijzonder. Zo kan de geestelijke gezondheidszorg (en voorzover niet-medisch geïndiceerd: het bedrijfsmaatschappelijk werk) naast behandeling een belangrijke bijdrage leveren door onder meer consultatie te verlenen voor de arbeidsgerelateerde GGZ-problematiek, die frequent in de eerste lijn wordt gepresenteerd. Een en ander dient te leiden tot een betere en meer efficiënt behandeling en tot betere arbozorg.

Samenwerking huisarts-bedrijfsarts

Wat specifiek de noodzakelijke verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen betreft zij hier – in het verlengde van de brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid aan de Tweede Kamer⁴¹ – verwezen naar het NIA/TNO-rapport *Voor verbetering vatbaar*, dat enkele bouwstenen bevat voor een concreet plan van aanpak. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat een verbetering van de zogeheten arbo-curatieve samenwerking een adequaat alternatief is voor fenomenen als bedrijvenpoli (zie hoofdstuk 3).

Een eerste reeks van aanbevelingen heeft betrekking op een duidelijke afbakening van posities, taken en verantwoordelijkheden van bedrijfsartsen en huisartsen bij de sociaal-medische begeleiding, evenals op hun onderlinge afstemming met andere betrokkenen bij sociaal-medische begeleiding:

- Wat de rol van de huisarts bij de sociaal-medische begeleiding betreft is er behoefte aan een bijstelling van zijn takenpakket op verschillende onderdelen, zoals: het geven van aandacht aan het thema ‘arbeid’, het signaleren van mogelijk arbeidsgebonden klachten, het adviseren over werkstaking en -hervatting en het waar nodig contact opnemen met bedrijfsartsen. Specifieke aandachtspunten zijn het verwerven van voldoende kennis over de relatie arbeid-gezondheid en over sociale wetten en regelingen. Ten slotte dient ook antwoord te worden gegeven op onder meer de vraag hoe arbeidsverzuim voorkomen kan worden dan wel zo kort mogelijk als medisch verantwoord is.
- Ter verduidelijking van de positie van de bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding kunnen aanknopingspunten worden gevonden in het zogeheten Beroepsprofiel en in het Professioneel Statuut dat de Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskundigen (NAVb) samen met de Branche Organisatie arbodiensten (BOA) en in afstemming met de KNMG heeft voorbereid met name met betrekking tot de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts (zie verder). Eerstgenoemd Beroepsprofiel rekent onder meer de volgende activiteiten tot de taken van de bedrijfsarts: primaire, secundaire

41 Zie bijlage 6.

en tertiaire preventie van arbeidsgebonden gezondheidsproblemen en van arbeidsongeschiktheid; bescherming en bevordering van de veiligheid, gezondheid en welzijn van de werknemers; bij verschillende belangen, primair de gezondheid van de werknemer beschermen, voorzover dit geen (ernstige) schade toebrengt aan derden; zich rekenschap geven van zijn vertrouwenspositie; werknemer bij informatie-uitwisseling hiervoor toestemming vragen; advisering voor de samenwerking met behandelend artsen.

Met betrekking tot de verbetering van de onderlinge afstemming tussen huisartsen en bedrijfsartsen binnen arbeidsorganisaties is er volgens het NIA⁴²TNO-rapport behoefte aan afspraken over uiteenlopende aspecten zoals:

- de verwijzing door de bedrijfsarts naar (elders) in het medische circuit: heeft dit betrekking op diagnose en ook op behandeling, geschiedt dit alleen bij een vermoeden van een arbeidsgebonden problematiek, en dan na/in overleg met de huisarts?
- het verrichten van curatieve handelingen door de bedrijfsarts: heeft dit alleen betrekking op arbeidsgebonden aandoeningen, en dan na/in overleg met de huisarts?
- het omgaan met wachtlijstomzeilende initiatieven;
- de vergoeding aan huisartsen voor de tijd die samenwerking kost;
- standaardprocedures waardoor het voor huisartsen duidelijk is voor welk doel bedrijfsartsen informatie vragen;
- garanties dat informatie uit de curatieve sector nooit zonder toestemming van de werknemer bij derden belandt;
- de vraag hoe werkgevers de bedrijfsartsen verantwoord kunnen inzetten bij het verrichten van controletaken en daarbij hun medisch beroepsgeheim, onafhankelijke positie en oordeelsvorming kunnen waarborgen.

Een tweede reeks van aanbevelingen van NIA⁴²TNO betreft meer principiële aspecten. Behalve de behoefte aan een verdere ‘doordenking’ van het concept ‘open communicatie’⁴² gaat het vooral om een actualisering van de scheiding tussen behandeling en controle. Dit betreft onder meer de verheldering en eenduidige interpretatie van het begrip controle, de verduidelijking van zogeheten niet-sanctionerende werkhervattingsadviezen (conform de Landelijke

42 Daaromtrent worden – uitgaande van de KNMG-omschrijving van de informatie-uitwisseling met *veronderstelde* toestemming (*informed consent*) – twee denkbare opties genoemd:

- invoering van open communicatie en evaluatie zodra de positie van de bedrijfsarts voor behandelaars voldoende duidelijk is, in het bijzonder ten aanzien van controle en begeleiding;
- het handhaven van de bestaande praktijk van *informed consent* en het uitbouwen daarvan tot een instrument om de werknemer actief bij zijn sociaal-medische begeleiding te betrekken.

Huisartsenvereniging (LHV-)terminologie⁴³) van huisartsen, en de rol van de uitvoeringsinstellingen.

*Recente ontwikkelingen*⁴⁴

Mede naar aanleiding van de NIA/TNO-aanbevelingen hebben de LHV en de NVAB in april 1997 een overeenkomst/convenant gesloten om de wederzijdse samenwerking te verbeteren⁴⁵. Afgesproken is in gezamenlijkheid een visie te ontwikkelen op de sociaal-medische begeleiding van werknemers door de bedrijfsarts in samenwerking met de huisarts, en op de taak, plaats en beoogde samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen daarbij. Tevens zullen richtlijnen aangaande het bepalen van arbeidsongeschiktheid worden vastgesteld. Verder zal de wederzijdse informatie-uitwisseling worden gefaciliteerd, evenals het opzetten van regionale experimenten ter stimulering van de samenwerking. Ter uitvoering van deze intenties is een concreet plan van aanpak opgesteld met adviserende bijstand van NIA/TNO.

Eveneens in april 1997 heeft de NVAB een Professioneel Statuut aangenomen als waarborg voor de onafhankelijke positie en oordeelsvorming van de bedrijfsarts tegenover de werkgever, werknemer en Arbodienst (zie bijlage 10). Recent heeft de BOA kenbaar gemaakt dit Statuut te zullen inpassen in de kwaliteitssystemen van arbodiensten, wat naleving toetsbaar maakt.

Ten slotte hebben de LHV en de NVAB in april 1998 een gezamenlijke visie ontwikkeld op de plaats en taak van beide disciplines en op de samenwerking van bedrijfsartsen en huisartsen⁴⁶. Deze visie is gebaseerd op de volgende uitgangspunten, zoals: het centraal staan van het behoud van gezondheid, arbeidsgeschiktheid en arbeidsparticipatie van de werknemer bij de sociaal-medische begeleiding; het bevorderen van preventie van gezondheidsschade en van reïntegratie na ziekte; het zoveel mogelijk voorkomen van medicalisering en het vermijden van tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden. De beide beroepsorganisaties achten het van groot belang dat bedrijfsartsen en huisartsen samenwerken op basis van gelijkwaardigheid, met respect voor elkaars deskundigheid en onafhankelijke positie die huisartsen vanouds bezitten maar die bedrijfsartsen in een ingrijpend gewijzigde (wettelijke) context opnieuw hebben moeten definiëren door middel van het Professioneel Statuut

43 In recente discussies binnen de LHV is de term 'niet-sanctionerend werkadvies' ingevoerd, waarmee wordt aangegeven dat het werkadvies geen juridische consequenties kan hebben met betrekking tot de loondoorbetaling.

44 Op basis van: P. Buijs, Samenwerking bedrijfsarts-huisarts, in: *Arbeidsgeschikt*, maart 1998.

45 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 22 187, nr. 51.

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

van de NVAB. Ten slotte wordt in het LHV/NVAB-document gewezen op het belang dat de huisarts in geval van arbeidsverzuim 'standaard' bij (telefonische) patiëntencontacten het aspect arbeid meeneemt (de vraag of betrokkene verzuimt en of er relaties zijn tussen de gezondheidsklachten en het werk) en dat bij de medicatie rekening wordt gehouden met effecten op het eventueel te hervatten werk; onnodig lang verzuim kan immers de arbeidsmarktpositie van de werknemer bedreigen.

ICT

Voorts kan ook de informatie- en communicatietechnologie (ICT) behulpzaam zijn bij het stroomlijnen van de gegevensstromen tussen artsen en arbodiensten (en ook verzekeraars)⁴⁷.

Gedoeld wordt op de ontwikkelingen in de sfeer van de chipkaarttechnologie (zogenoeten elektronisch-medisch dossier). Zo heeft de zorgsector het initiatief genomen tot ontwikkeling van een zogeheten ZorgPas. In dit verband dient wel te worden bedacht dat de inbreng van ICT enerzijds kansen biedt op het gebied van integratie van dienstverlening, maar anderzijds ook nieuwe regels zoals ten aanzien van privacybescherming kan vergen.

Wel dient te worden bedacht dat de bescherming van de privacy van de werknemer een specifiek aandachtspunt is bij de wijze van samenwerking en van informatie-uitwisseling⁴⁸. In dit verband is het onlangs bij de Tweede Kamer ingediende voorstel van Wet bescherming persoonsgegevens van belang⁴⁹. Relevant in dit verband is ook de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts en diens taken bij de controle van het verzuim. Bij de behandeling van het wetsvoorstel-Wulbz in de Tweede Kamer is van de zijde van het kabinet aangegeven dat het standpunt van juni 1992 met betrekking tot de sociaal-medische begeleiding nog onverminderd van kracht is (zie bijlage 8). In de zienswijze van het kabinet staat de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts buiten kijf en wordt die onderbouwd door diens status als arts, de Arbowet en de certificatie-eisen voor arbodiensten (zie bijlage 10).

47 Ook de minister van VWS acht facilitering met behulp van elektronische informatie-uitwisseling behulpzaam voor de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6, p. 7).

48 Terzijde zij vermeld dat de Stichting van de Arbeid in haar brief van 1 oktober 1997 aan de staatssecretaris van SZW over *employee benefits* (bijlage 5) heeft onderstreept dat de nodige zorgvuldigheid moet worden betracht bij de gegevensuitwisseling in het kader van *employee benefits*. Daarbij heeft de Stichting ook gewezen op de implementatie van de Europese richtlijn inzake bescherming van persoonsgegevens, waaraan thans invulling wordt gegeven met het wetsvoorstel bescherming persoonsgegevens. De richtlijn biedt de ruimte voor een, uit het oogpunt van privacybescherming verantwoorde, functionele uitwisseling van gegevens in het kader van de arbeidsovereenkomst en hetgeen daarmee samenhangt.

49 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 892, nrs. 1-3.

Ten slotte is van belang dat duidelijkheid over het gegevensverkeer bijdraagt tot de beoogde samenwerking.

Samenwerking bedrijfsartsen/verzekeringsartsen en huisartsen

De bovenstaand geschetste oplossingsrichtingen zijn voornamelijk gericht op de verbetering van de communicatie en samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen. Dit neemt niet weg dat het ook wenselijk kan zijn voorstellen ter bevordering van de samenwerking en communicatie tussen enerzijds de gezondheidszorg en anderzijds de sociaal-geneeskundige sector (dit wil zeggen bedrijfsartsen én verzekeringsartsen) aan de orde te stellen. In dit verband zij gewezen op de door bedrijfs- en verzekeringsartsen opgestelde Lisv-standaard *Communicatie met behandelaars. Richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars* (december 1996) waarin wordt uitgegaan van onder meer de noodzaak tot structurering en systematisering van de contacten tussen de genoemde artsen.

4.4.3 Bevordering kennis van en aandacht voor arbeidsrelevante aandoeningen

Algemeen

Naast de kabinetsideeën (paragraaf 4.4.1) kunnen nog aanvullende voorstellen in overweging worden genomen die betrekking hebben op de bevordering van de kennis van en aandacht in de gezondheidszorg voor het behandelen van arbeidsrelevante of beroepsgebonden aandoeningen, met andere woorden voor het aspect 'arbeid en gezondheid'. Een en ander dient te zijn gericht op een betere zorg en een meer efficiënt behandeling waardoor ziek-zijn en onnodig ziekteverzuim worden bekort.

Mogelijke maatregelen hebben betrekking op een aanpassing van de opleiding, stimulering van bij- en nascholing en deskundigheidsbevordering. Zo kan de basisopleiding van artsen en andere relevante disciplines worden aangepast in die zin, dat meer aandacht wordt besteed aan arbeidsomstandigheden, arbeidsrelevante aandoeningen en socialezekerheidsaspecten van patiënten. Daarnaast is van belang dat de afspraken tussen huisartsen en bedrijfsartsen met betrekking tot de verwijzing naar de curatieve sector bij arbeidsrelevante aandoeningen worden geïmplementeerd.

Ook is een verbetering van de mogelijke bijdrage van de AGGZ hierbij aan de orde⁵⁰. Aandacht verdient voorts de mogelijke bijdrage van het bedrijfsmaat-

50 Zie in dit verband: RVZ, *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*, Zoetermeer 1998.

schappelijk werk voor het verhelpen van arbeidsrelevante psychosociale gezondheidsklachten en -aandoeningen.

Aanpassing arbo-infrastructuur

Verder is ook een aanpassing van de arbo-infrastructuur aan de orde, dit wil zeggen dat daarin ook de zorg voor arbeidsrelevante aandoeningen op gepaste wijze een plaats krijgt. Een en ander dient te gebeuren in goede samenwerking met de gezondheidszorg. Naast kennisverwerving en kennisbundeling is het van belang de toegankelijkheid van de beschikbare kennis te vergroten, onder meer door meer mogelijkheden en middelen voor kennisoverdracht.

Daardoor kan een kwalitatief betere arbozorg ontstaan die de doelstellingen van preventie, begeleiding en advisering ten aanzien van arbeidsrelevante aandoeningen beter dan thans kan realiseren. In dit verband zij verwezen naar het advies van juli 1997 van de SER-Commissie Arbeidsomstandigheden⁵¹ (zie bijlage 9). Daaruit blijkt onder meer de noodzaak van tweede- en derdelijns arbovoorzieningen ter ondersteuning van arbodiensten, de gezondheidszorg en het bedrijfsleven.

Gestreefd kan worden naar de ontwikkeling van een of meer kenniscentra ter ondersteuning van arbodiensten, de (curatieve) gezondheidszorg en het bedrijfsleven. Hierin kan kennis worden verzameld en ontwikkeld, maar ook optimaal toegankelijk worden gemaakt voor zorgverleners en bedrijfsartsen⁵². Een en ander kan ook bijdragen tot een verbetering van de deskundigheid en de aandacht in de gezondheidszorg met betrekking tot het aspect 'patiënt en arbeid'.

Gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg

Voorts kan het in dit kader ook wenselijk zijn om in de gezondheidszorg de specifieke kennis en ervaring te bundelen voor de diagnose en behandeling van specifieke aandoeningen, die al dan niet arbeidsrelevant kunnen zijn. Zoals vermeld in paragraaf 3.5 gaat het hierbij om gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg; in zogeheten *competence centres* wordt de expertise en logistiek gebundeld als reactie op de gebrekkige organisatie van diagnostische behandeltrajecten als gevolg van het ontbreken van *case management* en van de tekortschietende samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

De gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg kan worden gerealiseerd binnen de reguliere, tweedelijns curatieve zorg (bijvoorbeeld in samenwerking met

51 SER-Commissie Arbeidsomstandigheden, *Tweedelijnsinfrastructuur arbeidsomstandigheden*, op.cit.

52 Zo kan een kenniscentrum fungeren als steunpunt voor specialistische vragen uit de curatieve gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg en als peilstation ten behoeve van monitoring van beroepsziekten.

arbodiensten en eventueel ook het bedrijfsleven). Volgens het kabinet dient gespecialiseerde zorg voor arbeidsrelevante aandoeningen onderdeel te zijn van reguliere zorg die is ondergebracht in het tweede en eerste verzekerings-compartiment⁵³. Tevens moet deze zorg toegankelijk zijn voor eenieder (werkend of niet-werkend) met de desbetreffende aandoening.

Daarbij kan worden voortgebouwd op reeds bestaande initiatieven zoals een ruggenspreekuur voor mensen met specifieke rugklachten (bijvoorbeeld vrachtwagenchauffeurs), de zogeheten kapperspolikliniek voor mensen met kapperseczeem en andere huidaandoeningen. Andere voorbeelden betreffen een caraspreekuur en gespecialiseerde instellingen voor de begeleiding en behandeling van *burnout* en overspannenheid. In algemene zin kan worden verwezen naar de lopende initiatieven gericht op de zogeheten kanteling van het zorgproces, waarbij het ziekenhuis zich niet organiseert rondom de specialist maar rond patiënten met vergelijkbare aandoeningen.

Aldus heeft de gespecialiseerde, aandoeningsgerichte zorg betrekking op voorzieningen die zijn gespecialiseerd op bepaalde aandoeningen en klachten, die redelijk frequent voorkomen en arbeidsrelevant kunnen zijn; deze zorg is – in tegenstelling tot symptoombestrijding – gericht op het duurzaam gezond houden van mensen die (kunnen) lijden aan specifieke aandoeningen, en daarmee ook gericht op het voorkomen van ziekteverzuim. In het verlengde daarvan kan deze zorg ook zijn gericht op de terugkeer in het arbeidsproces.

Voorts kunnen deze voorzieningen zich bevinden op het raakvlak van de curatieve zorg en de arbozorg/bedrijfsgezondheidszorg; naast de curatieve somatische zorg kunnen ook AGGZ-instellingen een bijdrage leveren.

De gespecialiseerde, aandoeningsgerichte zorg maakt een meer efficiënte en een betere behandeling van complexere problematieken mogelijk, onder meer doordat de hulpvraag van de patiënt meer integraal en interdisciplinair wordt benaderd in plaats van volgtijdelijk. Voorts is van belang dat voor bedrijfsartsen en artsen in de curatieve sector duidelijkheid ontstaat waar zij voor de genoemde complexe problematiek advies kan vragen en zo nodig de patiënt naar kan verwijzen.

Al bij al lijkt het wenselijk te bevorderen dat – op basis van helder afgebakende uitgangspunten en randvoorwaarden⁵⁴ – in de reguliere zorg ruimte ontstaat om dergelijke gespecialiseerde, aandoeningsgerichte zorg aan te bieden,

53 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6, pp. 3 en 7.

54 Ter bepaling van de gedachten kunnen de volgende uitgangspunten voor de gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg worden geformuleerd: gelijke toegang voor iedereen met een aandoening of klacht die binnen het werkt terrein valt; geen voorrang voor specifieke groepen patiënten; geen verdringing van andere zorg; openheid naar derden; waarborgen van goede kwaliteit.

in eerste instantie experimenteel, en – bij gebleken succes – op termijn structureel. Dit houdt eveneens in dat de nu reeds bestaande vergelijkbare voorzieningen op termijn worden geïntegreerd in de reguliere zorg.

Zorgketenbenadering

Ten slotte blijkt uit de knelpuntenanalyse het belang van een ongeknipte, onderling afgestemde en 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). Tegen deze achtergrond ligt het in de rede dat beroepsgroepen, arbodiensten, zorgverzekeraars en eventuele andere betrokkenen (bijvoorbeeld uitvoeringsinstellingen werknemersverzekeringen) – al dan niet op initiatief van het bedrijfsleven – ernaar streven programma's te ontwikkelen gericht op de zogeheten zorgketenbenadering of ketendienstverlening. Dit kan op termijn leiden tot een beperking van de schadelast zowel op het terrein van de sociale zekerheid (reductie ziekteverzuim en WAO-volume) als op het gebied van de gezondheidszorg (beperking beroep op medische voorzieningen).

Apart aandachtspunt hierbij vormt de vraag bij welke actor(en) de regie binnen de zorgketenbenadering zou kunnen worden neergelegd.

5. Mogelijke bijdrage structuur en financiering gezondheidszorg aan beperking ziekteverzuim en reïntegratie van zieke werknemers

Centraal in dit hoofdstuk staat de doelmatigheid van de gezondheidszorg in het perspectief van een effectieve en efficiënte bijdrage tot preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Het hoofdstuk bevat een inventarisatie van (mogelijke) knelpunten met betrekking tot de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Daarnaast bevat dit hoofdstuk een inventarisatie van in dat verband mogelijk relevante beleidsopties binnen de huidige kaders van de gezondheidszorg, en van elementen die in de beleidsdiscussie aan de orde worden gesteld en een rol kunnen spelen bij mogelijke nieuwe afwegingen in een breder kader dan dit advies.

In paragraaf 5.1 wordt de vraag in hoeverre onderdelen van de structuur en financiering van de gezondheidszorg ertoe bijdragen dat het zorgaanbod aansluit bij de ontwikkelingen in het arbeidsbestel in een meer algemeen kader geplaatst. Vervolgens bevat paragraaf 5.2 een analyse van mogelijke problemen alsook een opsomming van de relevante thema's die in het beleidsdebat naar voren zijn gebracht. Ten slotte komen in paragraaf 5.3 enkele mogelijke beleidsopties aan de orde ter verbetering van de aansluiting van het zorgaanbod op de vraag naar specifieke zorgvoorzieningen in de sfeer van preventie en reïntegratie. Voor een goed begrip zij vermeld dat de paragrafen 5.2 en 5.3 ook in inventariserende en agendazettende zin ingaan op onderwerpen die met name betrekking hebben op het stelsel van ziektekostenverzekeringen welke in beleidsmatige zin aan de orde kunnen komen in een breder kader dan dit advies, bijvoorbeeld naar aanleiding van een mogelijke adviesaanvraag over het stelsel van ziektekostenverzekeringen (zie paragraaf 2.3). Deze beschouwingen over de ziektekostenverzekeringen in de paragrafen 5.2.2 en 5.3.3 zijn louter descriptief van aard.

5.1 De vraag naar specifieke zorg vanuit het arbeidsbestel

5.1.1 Algemeen

In de hoofdstukken 3 en 4 is gebleken dat de knelpunten in de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van

zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers hoofdzakelijk tot uiting komen in de lange wacht- en doorlooptijden op het terrein van de gezondheidszorg en in aspecten die in de eerste plaats betrekking hebben op de organisatie van de zorgsector (gebrekkige samenwerking tussen medici; onvoldoende kennis en deskundigheid met betrekking tot arbeidsrelevante aandoeningen). Conclusie is dat de bijdrage van de gezondheidszorg aan het behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten niet optimaal is.

Daarvan uitgaande kan worden gesteld dat het zorgaanbod ook dient te voldoen aan voorwaarden die betrekking hebben op de totale wacht- en doorlooptijden (bijvoorbeeld de behoefte aan wachtlijstbemiddeling en -beheer) en op de deskundigheid van artsen met betrekking tot arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten, evenals hun attitude ten aanzien van patiënten die werknemer zijn. Met andere woorden, met het oog op preventie van ziekteverzuim en op bevordering van reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers, hebben werkgevers en werknemers – mede door het recente beleid met betrekking tot sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden – een vraag naar specifieke zorgvoorzieningen. Het betreft pluriforme zorgbehoeften die (kunnen) verschillen per bedrijfstak of onderneming (bijvoorbeeld de bouw of de zakelijke dienstverlening) en al naar gelang de aard van het werk (bijvoorbeeld lichamelijke of geestelijke inspanning). Voor het effectief en efficiënt behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten kan specifieke zorg (zorg op maat) noodzakelijk zijn, zoals fysiotherapie op het werk, specialisten in de behandeling van arbeidsrelevante psychische klachten, en de mogelijkheid van gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg (bijvoorbeeld de kapperspoli). Ook kan er behoefte zijn aan de inzet van specifieke expertise op preventief terrein (bijvoorbeeld bedrijfsfitnessprogramma's, leefstijlbeïnvloeding onder meer gericht op stressvermindering) met het oog op gezondheidsbevordering in ondernemingen.

In dit verband rijst de vraag of en in welke mate de bijdrage van de gezondheidszorg aan het behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten ook wordt belemmerd door onderdelen van de structuur en van de financiering van de gezondheidszorg welke in de voorgaande hoofdstukken niet in kaart zijn gebracht. Het gaat dan om de elementen waardoor niet voldoende kan worden tegemoetgekomen aan de genoemde specifieke zorgbehoeften van werkgevers en werknemers. Of met andere woorden, werkgevers en werknemers hebben behoefte aan een doelmatig functionerende gezondheidszorg in die zin, dat effectief en efficiënt wordt bijgedragen aan het streven naar preventie en beperking van ziekteverzuim dan wel het bevorderen van reïntegratie, en dat ook van de structuur en de financiering van de gezond-

heidszorg prikkels uitgaan die zoveel mogelijk in overeenstemming zijn met deze doelstellingen.

Vanuit deze specifieke optiek worden in dit hoofdstuk doelmatigheidsaspecten van de structuur en van de financiering van de gezondheidszorg aan de orde gesteld. Wat *de structuur* betreft, kan het gaan om de elementen in wet- en regelgeving zoals de regulering van het aanbod (planning) en de tarieven van zorgvoorzieningen, het gehanteerde opleidingensysteem, het stelsel van overeenkomsten tussen zorgaanbieders en -verzekeraars en de marktpositie van zorgaanbieders (in het bijzonder medisch specialisten). Met betrekking tot *de financiering* kan het gaan om enkele elementen in het stelsel van wettelijke ziektekostenverzekeringen, zoals de kring van verzekerden, de aanspraken, de premieheffing en de budgettering van verzekeraars.

Ofschoon tussen structuur en financiering van de gezondheidszorg allerlei onderlinge samenhangen en dwarsverbanden bestaan, wordt in zowel paragraaf 5.2 als in paragraaf 5.3 afzonderlijk op beide punten nader ingegaan.

5.1.2 Aanverwante thematieken

De gekozen benadering impliceert dat het doelmatigheidsvraagstuk hier vanuit een beperkte invalshoek wordt beschouwd, met name in het perspectief van het effectief en efficiënt bijdragen aan het streven naar preventie ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Evenwel dient met klem te worden benadrukt dat daarbij ook meer algemene en fundamentele kwesties aan de orde (kunnen) zijn. Onderstaand worden er enkele genoemd.

Doelmatigheid gezondheidszorg

In de eerste plaats is er een raakvlak met de meer algemene en bredere discussie over de doelmatigheid in de gezondheidszorg *als zodanig*. Daarbij gaat het in wezen om de vraag hoe het stelsel op (kosten)efficiënte en effectieve wijze kan bijdragen tot het verwezenlijken van de beleidsdoelstellingen op het terrein van de gezondheidszorg; het gaat onder meer om de (per definitie) schaarse middelen zo doelmatig en doeltreffend mogelijk in te zetten in termen van gezondheidswinst, het volwaardig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en het verbeteren van de algehele gezondheidssituatie. In dat verband kunnen prikkels die partijen stimuleren om te komen tot een doelmatig gebruik van middelen en tot een beheerste kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg als zodanig, een belangrijke rol spelen. Hoewel het thema van de kostenefficiëntie en kosteneffectiviteit op het terrein van de gezondheidszorg in de recente periode in uiteenlopende gremia en rapporten naar voren is gebracht, ligt dat buiten de reikwijdte van dit advies.

Hier is wel van belang op te merken dat de gekozen invalshoek (doelmatigheid gezondheidszorg in perspectief van volumebeleid ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) de eis van een doelmatig functionerend stelsel van gezondheidszorg een extra dimensie geeft. Een doelmatig stelsel van gezondheidszorg betekent dan niet alleen een kostenefficiënt en daardoor houdbaarder stelsel van gezondheidszorg *als zodanig*, maar ook een stelsel dat beter in staat is bij te dragen tot zorggerelateerde doelstellingen die in het verlengde liggen van de eigen doelstellingen zoals in casu op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Relevant daarbij is ook de beheersing van maatschappelijke kosten welke samenhangen met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De recente ontwikkelingen op dit terrein geven met andere woorden extra aanleiding om het beleid gericht op verbetering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg verder te intensiveren en nader af te stemmen op de beleidsontwikkelingen in de sociale zekerheid.

Daarbij moet ermee rekening worden gehouden dat een verhoging van de *specifieke* doelmatigheid van de gezondheidszorg in het bijzonder door een verbetering van haar bijdrage aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers niet steeds hoeft samen te gaan met het streven naar een verbetering van de *algemene* doelmatigheid van de gezondheidszorg. Immers, wat maatschappelijk en beleidsmatig verantwoord is in het kader van kostenbeheersing en het streven naar een kostenefficiënt en daardoor houdbaarder stelsel van gezondheidszorg, kan in het perspectief van het streven naar beperking van ziekteverzuim en reïntegratie van (partieel) arbeidsongeschikten in het arbeidsproces onder omstandigheden een onbedoeld averechts effect hebben. Zo kan het beleid gericht op een spreiding van de voorzieningen enerzijds leiden tot kostenbeheersing en tot een doelmatig gespreid aanbod, maar anderzijds tot gevolg hebben dat niet in alle gevallen acuut kan worden tegemoetgekomen aan de specifieke zorgbehoefte van werkgevers en werknemers.

Maatschappelijke en zorginhoudelijke randvoorwaarden

In de tweede plaats moet de gekozen benadering van het doelmatigheidsvraagstuk in het perspectief van het streven naar preventie ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers ook worden geplaatst naast en (worden afgewogen ten opzichte van) de beleidsdoelstellingen op het terrein van de gezondheidszorg. Onder verwijzing naar de – in paragraaf 2.3 geformuleerde – probleemstelling van dit advies is dan van belang dat de gekozen benadering óók inhoudt dat de primaire doelstellingen en basiswaarden op het terrein van de gezondheidszorg niet in het geding komen; deze doelstellingen hebben betrekking op kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid.

Deze maatschappelijke en zorginhoudelijke doelstellingen en randvoorwaarden impliceren dat het tegemoetkomen aan de specifieke zorgbehoeften van werkgevers en werknemers ook dient bij te dragen tot de realisering van de zorgbehoefte van de individuele burger, voor wie de (financiële) toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen dienen te zijn gewaarborgd.

Marktwerking en gezondheidszorg

In de derde plaats is de benadering van de doelmatigheid van de gezondheidszorg in het perspectief van preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers verbonden met de meer algemene beleidsdiscussie over marktwerking op het terrein van de gezondheidszorg. In dit verband wordt verwezen naar de sociaal-politieke discussie over deze kwestie die vanaf de jaren tachtig heeft plaatsgevonden, onder meer naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie-Dekker (1987) en de daaruit voortvloeiende beleidsvoornemens. In genoemde discussie is ook uitdrukkelijk ingegaan op:

- de publieke functie die de zorgsector vervult¹;
- de ongelijke verhoudingen tussen de vraag- en aanbodzijde (ongelijke of asymmetrische verdeling van kennis en informatie²);
- het gevaar van risico- en antiselectie bij de verzekering van ziektekosten;
- het noodzakelijk geachte solidariteitsgehalte (onder meer met het oog op het garanderen van financiële toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg)³;
- het belang van kostenefficiëncy (met het oog op de betaalbaarheid van de premielasten en het waarborgen van kostenbeheersing);
- de medisch-ethische vraagstukken die zich op het terrein van de gezondheidszorg voordoen;
- het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening.

Op basis van de genoemde elementen kan in algemene zin worden gesteld dat een actieve betrokkenheid van de overheid op de onderscheiden deelmarkten van de gezondheidszorg niet kan worden gemist. De overheid zal hoe dan ook een ordenende rol moeten spelen in de zorgsector en in dat kader staat haar een scala aan instrumenten ter beschikking.

1 In dit verband valt in het bijzonder te denken aan de beschikbaarheid van voorzieningen, zoals de instellingen voor gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen en verpleeghuizen alsook aan (geavanceerde) vormen van ziekenhuiszorg, zoals topklinische zorg en medisch-specialistische hulp.

2 Als gevolg van informatie-asymmetrie is het voor de patiënt vrij moeilijk te bepalen wat voor hem de gepaste zorg is, zeker nadat hij is opgenomen in het zorgcircuit, en wanneer in voldoende mate in zijn zorgvraag is voorzien.

3 Daarbij is van belang dat een gebrekkige risicosolidariteit kan leiden tot onverzekerbaarheid en tot afwenteling van lasten op de gemeenschap.

Voor het overige wordt hier volstaan met een verwijzing naar het SER-advies van 1990 over de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen⁴ en naar de notitie van 29 januari 1998 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer over de merites van marktwerking in de gezondheidszorg⁵; deze notitie schetst een beeld van de bestaande en mogelijke vormen van marktwerking in de zorg. Aan de orde daarbij is ook de noodzaak dat op de onderscheiden deelmarkten van de gezondheidszorg sprake is van een evenwicht (*countervailing power*) tussen de vraag- en de aanbodzijde.

Voorzover het (verder) inbouwen van markt(werkings)elementen in de gezondheidszorg op zichzelf genomen kan bijdragen tot een grotere doelmatigheid en vraaggerichtheid (ook in het perspectief van beperking van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers) kan ten slotte worden gesteld dat ook de mogelijke neveneffecten (onder meer met het oog op de zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden) bij de afwegingen dienen te worden betrokken.

Consequenties

De bovenstaand genoemde punten indiceren dat de benadering van het doelmatigheidsvraagstuk vanuit de invalshoek van preventie ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers verbonden is aan meer algemene en fundamentele thema's die buiten de reikwijdte van dit advies liggen. Daarvan uitgaande bevat dit hoofdstuk een inventarisatie van (mogelijke) knelpunten met betrekking tot de structuur en financiering van de gezondheidszorg, van in dat verband mogelijk relevante beleidsopties binnen de huidige kaders van de gezondheidszorg, en van elementen die in de beleidsdiscussie aan de orde worden gesteld en bij mogelijke nieuwe beleidsafwegingen een rol kunnen spelen. Aldus betreft het een voorname beschrijvende inventarisatie van thema's die relevant kunnen zijn in een mogelijke vervolgdiscussie.

5.2 Mogelijke knelpunten

In deze paragraaf passeren enkele elementen van de structuur en de financiering van de gezondheidszorg de revue, welke van belang zijn voor de beantwoording van de vraag of de huidige zorgvoorzieningen – binnen de in paragraaf 5.1 geformuleerde zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden – aansluiten bij de specifieke zorgbehoeften van werkgevers en werkne-

4 SER-Advies *Herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., pp. 53-64.

5 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1.

mers. Daartoe is het zinvol na te gaan of en in hoeverre de structuur en financiering van de zorgsector (on)mogelijkheden bevat voor een aldus opgevatte meer vraaggeoriënteerde zorg.

5.2.1 Structuur gezondheidszorg

Onderstaand wordt eerst ingaan op aanbod- en prijsregulering in het algemeen en vervolgens op de mogelijke belemmeringen met het oog op preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers⁶.

Aanbod- en prijsregulering

Een kenmerk van de huidige inrichting van de gezondheidszorg is onder meer dat zowel in de sfeer van de zorgverlening als in de sfeer van de zorginkoop regels en bepalingen zijn gesteld welke ertoe leiden dat niet of slechts zeer geleidelijk wordt gereageerd op vraagimpulsen vanuit de markt. Gegeven het feit dat de (individuele) kosten van gezondheidszorg via een verzekeringsstelsel zijn gedekt, is de betrokkenheid van de overheid op deze markten vanuit het streven naar kostenbeheersing vooral gericht op de regulering van het aanbod en de prijsvorming. De overheidssturing van zorgvolumina en -prijzen verloopt met name via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), de Wet op de Geneesmiddelenprijzen (WGP), en het reguleren van het aantal beroepsbeoefenaren⁷. Relevant in dit verband is ook het beleid gericht op een doelmatige spreiding van de voorzieningen. In het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen is terzake ook een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars die, uitgaande van het natuurstelsel, via een stelsel van overeenkomsten concrete afspraken maken over volume, bekostiging (prijs of budget) en kwaliteit van de zorg welke door de zorgaanbieders (beroepsbeoefenaren en instellingen) wordt verleend. Daarbij geldt dat verzekerden alleen aanspraak kunnen maken op zorg die wordt verleend door een zorgaanbieder met wie een contract is gesloten. Voorts geldt dat verzekeraars alleen contracten kunnen afsluiten met zorgaanbieders die als zodanig zijn erkend, hetgeen onder meer inhoudt dat de zorgaanbieder voor de te verlenen zorg een vergunning krachtens de WZV heeft verkregen. Daarnaast zal de tussen verzekeraar en zorgaanbieder overeen te komen prijs moeten voldoen aan de regels en bepalingen volgens de WTG. Tot 1 januari 1992 gold voor ziekenfondsen en uitvoeringsorganen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) een contracteerplicht. De toen inge-

⁶ Op basis van het plan *Structurele aanpak wachttijden in de zorgsector* (maart 1998).

⁷ Zie: Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1, p. 3.

voerde wet beperking contracteerplicht had als doelstelling de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen in een meer evenwichtige onderhandelingspositie te brengen ten opzichte van de aanbieders van zorg en in het bijzonder ten opzichte van de beroepsbeoefenaren. Voor de instellingen geldt nog steeds een contracteerplichting.

In het perspectief van de aanbodbeheersing is ook van belang dat de opleidingscapaciteit voor beroepsbeoefenaren doorgaans beperkt is. Met name bij medische-specialistische opleidingen speelt daarnaast een rol dat de betrokken beroepsbeoefenaren niet alleen een belangrijke invloed hebben op het aantal opleidingsplaatsen maar ook op de afbakening van het betreffende specialisme en de daarmee samenhangende erkenningscriteria.

Het aldus vormgegeven stelsel van sturing in de richting van de organisatie en structuur van de gezondheidszorg geeft in de praktijk aanleiding tot het optreden van knelpunten. In zijn rapport over het functioneren van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) constateert de Algemene Rekenkamer (ARK) dat de grenzen van het systeem van richtlijnen en tarieven bijna in zicht zijn en dat de resultaten die met dit systeem zijn bereikt hoe langer hoe meer worden overschaduwd door nadelen die ook aan het systeem verbonden zijn. Zo is er volgens de ARK te weinig verband tussen de (door het COTG vastgestelde of goedgekeurde) tarieven en de werkelijke kosten en wordt doelmatig handelen door zorgaanbieders onvoldoende bevorderd⁸.

Logistieke organisatie van de zorg

Op een aantal diagnosevelden is de organisatie van de zorg zodanig dat er onnodig veel contacten met zorgverleners zijn waardoor ook de totale doorlooptijd langer is dan nodig. Naast het wachten op een behandeling is daarbij ook het beloop van diagnostische trajecten (lange doorlooptijden) een belangrijke factor. Dit geldt zeker voor gevallen waarin sprake is van ziekteverzuim in verband met de klachten, maar ook als een snelle diagnostiek of behandeling om andere redenen wenselijk is. Een en ander hangt samen met de inrichting van het zorgproces. Ziekenhuiszorg is bijvoorbeeld in veel gevallen nog steeds georganiseerd rondom de medisch specialist. De patiënt heeft dan bij doorverwijzing van de ene arts naar de andere arts vaak last van overvolle agenda's en dus van aanzienlijke wachttijden.

⁸ Rapport Algemene Rekenkamer, *Het functioneren van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg*, Tweede Kamer, 1994-1995, 24 209, nr. 2.

Budgettering

De bestaande vormen van budgettering in het eerste en tweede compartiment kunnen leiden tot averechtse prikkels voor doelmatig gedrag⁹.

Zo worden instellingen die proberen effectiever en doelmatiger te werken door bijvoorbeeld meer poliklinisch te behandelen hiervoor gestraft: het aantal opnames neemt immers af en daarmee ook het budget. De instelling benadeelt zichzelf, zeker als de met de poliklinische behandeling samenhangende extra kosten voor bijvoorbeeld apparatuur en geneesmiddelen als gevolg van de gehanteerde budgetparameters niet worden vergoed. Voorts worden de mogelijkheden voor extra productie beperkt door de budgettaire bevrozing van de capaciteitsuitbreidingen. Ook worden ziekenhuizen de laatste jaren geconfronteerd met generieke kortingen achteraf op de budgetten vanwege het te beperkte macro-budget. Tevens worden generieke kortingen toegepast op de productieafspraken die lokale partijen op basis van reële behoeftebepalingen maken in het kader van de budgetsystematiek voor ziekenhuizen. Daarnaast gelden voor medisch specialisten eveneens macro-bepaalde beperkingen bij de vaststelling van het lokale budget; de lokale budgetten voor medisch specialisten mogen slechts worden verhoogd op basis van de jaarlijks macro-toegestane groei in plaats van op basis van reële lokale behoeftebepalingen. Verder kunnen ook budgettaire beperkingen van productieafspraken ertoe leiden dat beschikbare OK-capaciteit niet voldoende wordt benut ofschoon er wel reële en koopkrachtige vraag is.

Een en ander maakt dat men niet kan plannen en produceren op basis van een reële lokale behoeftebepaling hetgeen een beperking is voor een adequate aanpak van ongewenste wachttijden en dus voor een effectieve bijdrage van de zorgsector aan het volumebeleid ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Verzekeraarsbudgettering

Het systeem van verzekeraarsbudgettering geeft ziekenfondsen op dit moment maar beperkte prikkels om het doelmatig handelen van zorgverleners te stimuleren.

In dit verband verdient vermelding dat de verzekeraarsbudgettering reeds vaker op de beleidsagenda heeft gestaan. Zo was het zogeheten plan-Simons erop gericht om – uitgaande van een beperking van de aanbodregulering – de kostenbeheersing in de gezondheidszorg te garanderen via de budgettering van verzekeraars; daarbij werd geopteerd voor een zodanige inrichting van deze budgettering dat verzekeraars zouden concurreren op prijs en kwaliteit en dat risicoselectie financieel niet aantrekkelijk zou zijn. Vastgesteld kan worden dat

9 Zie: Y.W. van Kemenade en K.C.M.N. Baks (red.), *Medisch specialisten gehonoreerd?*, Utrecht 1996.

een en ander ertoe heeft geleid dat alleen de ziekenfondsen thans ten dele zijn gebudgetteerd.

Overeenkomstenstelsel

Voor de zorginkoopmarkt geldt dat ondanks maatregelen om de positie van verzekeraars te versterken, er nog altijd sprake is van onvoldoende *countervailing power* ten opzichte van zorgaanbieders, en dan met name de medische beroepsbeoefenaars; op dit punt ontbreekt het aan een evenwichtige marktverhouding tussen de zorginkopende verzekeraars en de zorgaanbiedende partijen. Zo beperken de huidige maximumtarieven in combinatie met de sterke regionale positie van de beroepsbeoefenaars en hun organisaties de speelruimte voor verzekeraars om meer doelmatigheid af te dwingen.

Een en ander leidt ertoe dat de zorgvragers weinig mogelijkheden hebben tot het aansturen van de zorgverlening en tot het preciezer aansluiten op de specifieke zorgbehoeften. Werkgevers en werknemers hebben mede als gevolg van het overeenkomstenstelsel weinig mogelijkheden om de zorgverzekeraar aan te sporen tot een (kostenefficiënte) zorginkoop die aansluit bij hun zorgbehoeften, met andere woorden om de verzekeraar financieel te prikkelen tot het inkopen van adequate op hun behoefte afgestemde zorg en daartoe op de zorgverzekeringsmarkt contracten af te sluiten met onderling concurrerende zorgaanbieders.

Voorts kunnen zorgverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars) slechts in beperkte mate eisen stellen aan zorgaanbieders. Daarbij speelt ook de schaarste van het zorgaanbod een rol. De formele vrijheid die verzekeraars hebben bij de keuze van zorgaanbieders wordt in de praktijk beperkt doordat in de zorgsector in vergelijking met de vraag slechts een beperkte groep aanbieders aanwezig is¹⁰; dit gerantsoeneerde aanbod heeft als gevolg dat de 'marktmacht' van verzekeraars beperkt is¹¹.

Beleidsruimte ziekenhuizen

Ten slotte wordt het verwezenlijken van een specifieke zorgvraag onder meer als gevolg van starre regelgeving belemmerd door de beperkte beleidsvrijheid van ziekenhuizen om in te spelen op de specifieke behoeften van verschillende groepen patiënten. Daarbij is ook van belang dat zowel medisch specialisten als het ziekenhuismanagement eigen posities en belangen hebben.

10 Daar staat tegenover dat onbeperkte toelating van nieuwe aanbieders haaks staat op de gedachte dat het noodzakelijk is aanbodgeïnduceerde vraag te voorkomen en kan leiden tot medicalisering. Dit biedt overigens de basis voor de gedachte dat kostenbeheersing in de zorg primair op de aanbodbeheersing is gericht.

11 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1, p. 6.

Conclusies

Bovenstaande inventarisatie leidt tot de conclusie dat de huidige structuur van de gezondheidszorg onder meer als gevolg van de aanbod- en prijsregulering elementen bevat waardoor niet of in onvoldoende mate kan worden tegemoetgekomen aan de specifieke zorgbehoeften van werkgevers en werknemers met het oog op preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Zoals vermeld in paragraaf 5.1, moeten deze belemmeringen uiteindelijk in een breder kader worden afgewogen waarbij ook wordt uitgegaan van maatschappelijke en zorginhoudelijke randvoorwaarden. Tevens dient te worden bedacht dat de huidige aanbodregulering niet uitsluit dat werkgevers en werknemers wel invloed (kunnen) uitoefenen op het zorgaanbod; in dit verband zij verwezen naar het in maart 1998 aangeboden plan van aanpak tot reductie van de wachtlijden.

Ten slotte verdient vermelding dat de geïnventariseerde problematiek aansluit op een recente analyse van de RVZ met betrekking tot de *algemene* doelmatigheid in de gezondheidszorg (zie kader). Concluderend stelt de RVZ dat de huidige systematiek bij de bepaling van de hoogte van budgetten leidt tot verstar- ring en onderbenutting van bestaande capaciteit.

RVZ-advies *Prikkels tot doelmatigheid* (1998)

In zijn recente advies *Prikkels tot doel- matigheid* concludeert de RVZ dat de budgettering effectief is gebleken in het beheersen van de macrokosten*. Een in- stelling zal uitgaande van de budget- tering een gunstig exploitatiesaldo trach- ten te bereiken en daarmee is er een prik- kel om de kosten van personeel en mate- rieel zo laag mogelijk te houden.

Daarnaast constateert de RVZ dat het sys- teem ook de volgende elementen bevat die ondoelmatig handelen stimuleren:

- productieafspraken kunnen ertoe leiden dat beschikbare capaciteit on- voldoende wordt benut, waardoor bijvoorbeeld operatiekamers deels leegstaan;
- instellingen die proberen effectiever en doelmatiger te werken door meer poliklinisch te behandelen worden

hiervoor gestraft: het aantal opnames neemt af en daarmee het budget. De instelling benadeelt zichzelf, zeker als de met de poliklinische behandeling samenhangende extra kosten voor bijvoorbeeld apparatuur en genees- middelen niet worden vergoed;

- als door een toename van de totale zorgvraag het aantal verrichtingen toeneemt, is een macrobudgetover- schrijding onvermijdelijk. Om de kos- ten beheersbaar te houden, verlaagt de overheid de tarieven (zogeneten kortingsrondes), waardoor het steeds moeilijker wordt om aan de groeien- de zorgvraag te voldoen en de wacht- lijsten zullen oplopen;
- om de macrokosten van de zieken- huiszorg in de hand te houden heeft de overheid besloten om vanaf 1995 de erkenningsbeschikkingen te be- vriezen. Vanaf dat jaar past de over- heid het aantal erkende medisch

specialisten en het aantal bedden van het ziekenhuis niet aan. Dit brengt vooral de ziekenhuizen in gebieden met een grote bevolkingsgroei (bijvoorbeeld de VINEX-locaties) in problemen omdat de toenemende zorgvraag niet wordt gecompenseerd in het budget;

- nieuwe initiatieven van zorgaanbieders komen niet of moeizaam van de

grond doordat alle prijzen in de gezondheidszorg moeten worden goedgekeurd door het COTG terwijl de regelgeving niet is toegesneden op de nieuwe zorgvormen of op de lokale praktijk en problematiek.

* RVZ, *Prikkels tot doelmatigheid*, Zoetermeer 1998.

5.2.2 Financiering gezondheidszorg

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op het stelsel van ziektekostenverzekeringen in het algemeen en vervolgens op de mogelijke belemmeringen met het oog op preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Daarbij passeren de AWBZ en de ZFW de revue. Ten slotte vindt er een inventariserende en beschrijvende opsomming plaats van enkele elementen uit het actuele beleidsdebat.

Algemeen

De vraag met betrekking tot de doelmatigheid van de huidige inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen met het oog op preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers heeft in de eerste plaats betrekking op het eerste en tweede compartiment van de zorgsector.

Het eerste compartiment (de AWBZ) bevat vooral kostbare zorgvormen en zorgvormen waarvan langdurig gebruik wordt gemaakt. Het tweede compartiment heeft betrekking op een (door de overheid vastgesteld) pakket van aanspraken op curatieve somatische zorg (ziekenhuis, medisch specialist, huisarts en geneesmiddelen). Dit is verzekerd via de ZFW met circa tien miljoen verzekerden, en via de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen met ongeveer 800.000 verzekerden. Daarnaast worden ook de particuliere ziektekostenverzekeringen inclusief de standaard(pakket)polissen – op grond van de Wet toegang ziektekostenverzekeringen (WTZ) met bijna vijf miljoen verzekerden – tot het tweede compartiment gerekend. Het derde compartiment heeft betrekking op de aanvullende particuliere ziektekostenverzekeringen.

Van de totale zorgkosten in 1998 valt 43 procent onder de AWBZ, 54 procent onder het tweede compartiment en drie procent onder het derde compartiment.

Hoewel de discussie over meer vraaggestuurde zorg zich sinds 1994 concentreert op het tweede compartiment, kunnen de daarvoor relevante aspecten uiteenlopend worden ingevuld per compartiment van de zorgsector¹². Tevens is het zinvol daarbij onderscheid te maken tussen enkele deelmarkten op het terrein van de gezondheidszorg (zie paragraaf 4.1). Zo is voor de *zorgverzekeringsmarkt* (relatie verzekerde - verzekeraar) van belang of er sprake is van een verzekering van rechtswege (verzekeringsplicht), een vrijwillige verzekering dan wel een collectief (arbeidsvoorwaardelijk) verzekeringsarrangement; daarnaast zijn elementen van belang als een acceptatieplicht, een nominale of inkomensafhankelijke premie, eigen-risicomogelijkheden en een – al dan niet in wettelijke regels (gedetailleerd) vastgelegd – vast (basis)pakket. Vervolgens speelt voor de *zorginkoop- of bekostigingsmarkt* (relatie tussen verzekeraar en zorgaanbieder) een rol of het een natura- of restitutieverzekering betreft. In het eerste geval geldt een verplicht overeenkomstenregime dat de contractuele relaties regelt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het punt van de zorginkoop. Tevens is hier van belang of er sprake is van contracteerplicht of -vrijheid voor verzekeraars en een (meer of minder) vrije prijsvorming, hetgeen de mate van mogelijke prijsconcurrentie mede bepaalt. In dit verband is eveneens relevant de vraag hoe de toegang van nieuwe mededingers tot de markt is geregeld (hetgeen betrekking heeft op onder meer: het aantal opleidingsplaatsen voor nieuwe beroepsbeoefenaren: de afbakening van de respectieve domeinen op basis van wetgeving dan wel van “gevestigde belangen” van zittende beroepsbeoefenaren). Ten slotte is van belang in welke mate verzekeraars risicodragend zijn.

Voorts komt uit de literatuur in algemene zin naar voren dat de verschillende actoren een voldoende (financieel) belang dienen te hebben bij het verwezenlijken van een verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Dit impliceert dat de betrokken partijen in voldoende mate terzake (financiële) verantwoordelijkheden kunnen dragen binnen maatschappelijke en zorginhoudelijke randvoorwaarden. Ook houdt dit in dat zorgvragers (individuele verzekerden dan wel collectiviteiten van verzekerden, en verzekeraars) en zorgaanbieders voldoende belang moeten hebben bij contractuele overeenkomsten over kwalitatieve zorg gericht op beperking van

12 Of in de woorden van de minister van VWS: “Elk van deze compartimenten kent zijn eigen mogelijkheden tot marktwerking, wanneer dit begrip wordt geïnterpreteerd als prikkels tot doelmatigheid, kwaliteit en kostenbeheersing voorzover dat binnen de zorgsector mogelijk is. Bovendien is het van belang de vormgeving van de prikkels aan te passen aan de betreffende zorg(deel)markt” (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1, p. 14).

ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

AWBZ en ZFW

Voor de AWBZ geldt een strakke aanbodregulering door de overheid. Wel worden aanbieders aangespoord om meer vraaggericht te werken door het bevorderen van zorg-op-maat en de invoering van het persoonsgebonden budget. Voorts is van belang dat in de AWBZ geen sprake is van *countervailing power* van risicodragende verzekeraars.

Wat de ZFW betreft kan worden gewezen op de in het recente verleden ingevoerde maatregelen, zoals de afschaffing van de contracteerverplichting voor groepen van medische beroepsbeoefenaars en het instellen van maximumtarieven voor de desbetreffende zorg, de opheffing van de vaste regionale werkgebieden van ziekenfondsen, het toelaten van nieuwe ziekenfondsen en het invoeren van een systeem van risicodragende budgettering van ziekenfondsen waardoor zij een geleidelijk groeiend bedrijfsrisico lopen. Einddoel van het overheidsbeleid is het geheel afbouwen van verevening en nacalculatie zodat ziekenfondsen 100 procent risico lopen over het variabele en beïnvloedbare deel van de kosten (volledige risicodragendheid).

Verder kunnen verzekeraars zelf de hoogte van de nominale ziekenfondspremie vaststellen en hebben verzekerden het recht om ieder jaar van ziekenfonds te wisselen. Daarnaast is een beperkte flexibilisering van de ZFW doorgevoerd die ziekenfondsen de ruimte verschaft om vormen van zorgverlening doelmatiger te organiseren. Voorts moet worden vermeld de voorgenomen opheffing van het verbod op grond van artikel 42 ZFW respectievelijk artikel 41 AWBZ op exploitatie door een ziekenfonds van een eigen instelling.

Beleidsdiscussie

In het kader van het onderdeel 'toerusting van het zorgstelsel' gaat het kabinet in op de zienswijze van de RVZ dat de mogelijkheid zou moeten worden gecreëerd om een groter deel van het beschikbare inkomen aan zorg te besteden (flexibilisering van zorgaanspraken)¹³; tevens zouden zorgverleners meer expliciet rekening moeten houden met het terugdringen van ziekteverzuim. Het kabinet reageert hierop met een verwijzing naar lopend beleid. Naar zijn oordeel kan differentiatie van zorgaanspraken ook binnen het huidige stelsel vorm krijgen. Via aanpassing van bedrijfsprocessen binnen instellingen en ziekenhuizen kan meer worden ingespeeld op wensen uit de samenleving. Om flexibilisering van zorgaanspraken mogelijk te maken zijn in het eerste

13 *Kabinetsstandpunt*, p. 12-15.

compartiment diverse zorg-op-maatregelingen genomen met het oog op zorg-vernieuwing en is in het tweede compartiment een eerste aanzet gegeven tot flexibilisering van de ZFW.

De differentiatie van het zorgaanbod in de AWBZ zal geschieden via de inbedding in de reguliere AWBZ-aanspraken, waarbij ook wordt gewezen op de taken van Riagg's met betrekking tot de arbeidsrelevante psychische problematiek.

Daarnaast zijn onderdelen van het stelsel van ziektekostenverzekering in de recente periode aan de orde gesteld in de sociaal-politieke discussie over zowel een algemene verhoging van de doelmatigheid van de gezondheidszorg als van een specifieke doelmatigheidsverbetering met het oog op preventie en reïntegratie. Vanuit laatstgenoemde optiek worden onderstaand enkele punten uit deze discussie geïnventariseerd; daarbij worden ook enkele wegingselementen geschetst. Daaraan voorafgaand zij herhaald dat een beleidsmatige beoordeling van een en ander het bereik van dit advies te buiten gaat.

Wat de AWBZ betreft wordt de aandacht in het bijzonder gevestigd op het gegeven dat de geestelijke gezondheidszorg onder deze volksverzekering valt. Werkgevers zouden door de regels en voorwaarden verbonden aan de verstrekkingen op grond van de AWBZ onvoldoende kwaliteit van zorg kunnen regelen voor hun werknemers met psychosociale klachten. Op basis hiervan wordt gesteld dat er weinig mogelijkheden zijn tot sturing van de zorgvraag met betrekking tot psychosociale klachten¹⁴.

Met betrekking tot de ZFW worden enkele structuurkenmerken aan de orde gesteld die van belang worden geacht voor de aansluiting van het zorgaanbod op de specifieke zorgbehoeften van werkgevers en werknemers met het oog op een beperking van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Daarbij gaat het onder meer om de omschrijvingswijze van de wettelijk vastgelegde aanspraken en verstrekkingen, de mobiliteit tussen ziekenfondsen, de financiering van de ziekenfondsverzekering en de budgettering van ziekenfondsen. Genoemde elementen zouden mede ertoe leiden dat verzekeraars en verzekerden onvoldoende (financieel) belang hebben bij het streven naar een verhoging van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

14 In dit verband verdient vermelding dat de RVZ ervoor pleit belangrijke onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg (met uitzondering van de langdurige zorg in bijvoorbeeld een psychiatrisch ziekenhuis) onder te brengen in het tweede of derde compartiment (RVZ, *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*, op.cit.).

Vastgesteld kan worden dat de bovenstaand geïnventariseerde elementen uit de beleidsdiscussie verbonden zijn met bredere en vooral meer fundamentele thematieken. Zij raken aan het vraagstuk van de (financiële) solidariteit en toegankelijkheid in het stelsel van ziektekostenverzekeringen en aan de huidige aanbodregulering.

Daarnaast kan worden gewezen op de huidige ontwikkelingen op de verzekeringsmarkt, gericht op het aanbieden van geïntegreerde pakketten op het gebied van zekerheid en zorg (zogenoeten *zorg-benefits*); daarbij worden in toenemende mate moderne technieken toegepast van *managed care* of *disease management* om ervoor te zorgen dat de verzekerden een adequate en accurate medische behandeling krijgen en die zijn gericht op bespoediging van het herstel en bij werknemers van werkhervatting. Daaruit blijkt dat werkgevers en werknemers op zichzelf genomen over de mogelijkheden beschikken om invloed uit te oefenen via het instrument van de collectieve ziektekostenregeling, met name de zogeheten gemengde ziektekostencontracten waarbij alle werknemers in een onderneming, ongeacht of zij ziekenfonds- of particulier verzekerd zijn, in een collectief arrangement worden ondergebracht. In dit verband verdient ook vermelding dat de collectieve bedrijfsregelingen belemmerend kunnen werken op de arbeidsmobiliteit voor werknemers en daarmee haaks kunnen staan op de behoefte aan externe flexibiliteit¹⁵.

5.3 Beleidsuggesties en -benaderingen

5.3.1 Algemeen

De in paragraaf 5.2 geïnventariseerde elementen hebben als gemeenschappelijke achtergrond dat het beleid gericht op een verhoging van de doelmatigheid in de gezondheidszorg zich tot nu toe vooral heeft gericht op de aanbodzijde. Hoewel dit voor een aantal sectoren ook het meest voor de hand liggende aangrijpingspunt vormt biedt de wijze waarop dit gebeurt weinig mogelijkheden om het uiteenlopen van vraag en aanbod op flexibele wijze op te vangen. De primair op kostenbeheersing gerichte aanbodregulering heeft geleid tot bepaalde fricties omdat onvoldoende kan worden tegemoetgekomen aan de zorgbehoeften vanuit het arbeidsbestel (in het kader van het ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsbeleid).

In de afgelopen jaren zijn vele maatregelen getroffen om binnen de huidige wettelijke kaders te komen tot kostenbeheersing. Ten dele zijn deze maat-

15 In dit verband zij verwezen naar de aankondiging van de Stichting van de Arbeid in haar advies van 1 oktober 1997 in overleg te willen treden met de verzekeraars om de mobiliteitsbeperkende effecten verbonden aan collectieve bedrijfsverzekeringen te mitigeren (zie bijlage 5).

regelen gerealiseerd door maatregelen van de centrale overheid, bijvoorbeeld ten aanzien van de prijsvorming van geneesmiddelen en door generieke kortingen op ziekenhuisbudgetten. Voor een ander deel wordt kostenbeheersing nagestreefd via het verleggen van verantwoordelijkheden: meer verantwoordelijkheden bij actoren in het veld en meer bevoegdheden op lokaal niveau. De vraag die thans voorligt is in hoeverre het gevoerde beleid bijstelling behoeft zodat – onder handhaving van maatschappelijke en zorginhoudelijke randvoorwaarden – niet alleen het streven naar een doelmatiger gezondheidszorg als zodanig meer gediend is maar ook de bijdrage daarvan aan het beleid gericht op verdere terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Uit het voorgaande komt naar voren dat relevante knelpunten in dit verband zowel betrekking hebben op de structuur en inrichting van de gezondheidszorg als op het verzekeringsstelsel. In het navolgende wordt dan ook voor beide onderdelen een aantal mogelijkheden voor beleidsintensivering geschetst voorzover deze althans relevant zijn voor de hierboven genoemde vraag. Het merendeel van deze mogelijkheden heeft een meer algemeen karakter, in die zin dat ze – hoewel hier geformuleerd als opties ter verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid – ook aan de orde zijn met het oog op een ook in andere opzichten meer doelmatige, vraaggerichte gezondheidszorg. Belangrijke aangrijpingspunten daarvoor zijn de meest recente beleidsontwikkelingen en beleidsrapporten met betrekking tot de doelmatigheidsverbetering in de gezondheidszorg (paragraaf 5.3.2) alsook de uiteenlopende visies op de toekomst van het stelsel van ziektekostenverzekeringen (paragraaf 5.3.3). Bij dit laatste, voor alle duidelijkheid in paragraaf 5.3.3, gaat het om een louter descriptieve duiding van een aantal mogelijke ontwikkelingsrichtingen voor het stelsel van ziektekostenverzekering zonder nadere weging. Zoals aangegeven in paragraaf 2.3 acht de raad het wenselijk dat het kabinet hierover een afzonderlijke, gerichte adviesaanvraag aan de raad voorlegt. De beschouwingen terzake in paragraaf 5.3.3 zijn dan ook agendazettend bedoeld.

5.3.2 Verbetering doelmatigheid binnen huidig stelsel

Een aantal mogelijkheden om binnen het huidige stelsel van gezondheidszorg tot gerichte doelmatigheidsverbetering in met name het tweede stelselcompartiment te komen en om binnen de kaders van de huidige aanbodregulering het zorgaanbod meer te richten op de specifieke zorgbehoeften van werkgevers en werknemers, kan onder meer reeds worden ontleend aan de twee beleidsnota's van de minister van VWS inzake wachttijden in de curatieve

zorg¹⁶ en het daarop aansluitende door partijen in het veld zelf opgestelde plan van aanpak van 12 maart 1998 zoals dit elders in het advies al op diverse plekken aan de orde is gekomen. Onderstaand worden de daarin aanbevolen maatregelen weergegeven die specifiek tot doel hebben de doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren.

Daarnaast bevatten de diverse beleidsrapporten en -adviezen die op dit terrein in de afgelopen jaren zijn uitgebracht (MDW-werkgroepen, RVZ, commissie-Biesheuvel) een aantal mogelijke aanknopingspunten.

Naar een doelmatiger logistieke organisatie van de zorg

Met het oog op een meer doelmatige logistieke organisatie van de gezondheidszorg wordt thans steeds vaker gepoogd het zorgproces in het algemene ziekenhuis af te stemmen op en te organiseren rondom categorieën patiënten met dezelfde aandoeningen. Daartoe worden op tevoren afgesproken tijden alle benodigde faciliteiten zoveel mogelijk vrij en beschikbaar gehouden. Aldus is een snelle diagnostiek en zo nodig behandeling mogelijk. In vaktermen wordt dit proces aangeduid met kanteling van het zorgproces: doordat niet langer de zorgverlener maar de patiënt centraal staat, kan een aanmerkelijke bekorting van de wachttijd worden gerealiseerd. Een dergelijke benadering wordt ook wel doelgroepenbenadering of aandoeningsgerichte zorg genoemd. Bestaande voorbeelden uit de praktijk zijn de bekende 'vaatpoli', 'ruggenpoli', 'mammapoli' en 'pijnklinieken'. Belangrijk vereiste is dat de instellingslogistiek de verandering van het zorgproces volgt zodat een efficiëntere zorgverlening mogelijk wordt. Zo is bij een meer patiëntgerichte zorgorganisatie onder meer een goede planning nodig om ongewenste bedrijfsmatige inefficiëntie te voorkomen. Daarnaast is belangrijk dat de bestaande negatieve incentives in het huidige budgetteringssysteem zo nodig eerst op tijdelijke dan wel experimentele basis worden weggenomen zodat extra productie mogelijk wordt in het kader van een doelmatiger zorgorganisatie (zie verder).

De doelgroepenbenadering biedt tevens mogelijkheden om ook de kennis en ervaring met betrekking tot arbeidsrelevante gezondheidsklachten te bundelen en gericht in te zetten in het diagnostische en curatieve traject. Terzake zij verwezen naar de beschouwingen in paragraaf 4.4.3.

Budgettering: wegnemen averechtse prikkels voor doelmatig gedrag

Met het oog op het wegnemen van de averechtse prikkels van de bestaande budgettering in het eerste en het tweede compartiment is in algemene zin van belang dat er meer ruimte wordt gecreëerd waardoor lokale productieafspraken kunnen worden gerespecteerd. Dit impliceert dat ziekenhuizen niet

16 Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 170, nr. 1 en nr. 6.

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. Ook dienen de averechtse prikkels voor doelmatig gedrag te worden geëlimineerd dan wel te worden vervangen door juist positieve incentives.

Een eerste stap is reeds gezet nu het COTG mede op verzoek van de minister van VWS een aantal beleidsregels heeft aangepast waardoor financiële belemmeringen voor (tijdelijke) extra productie zijn weggenomen. Zo kunnen met ingang van 1998 in het lokaal overleg afspraken worden gemaakt over uitbreiding van het aantal oogartsen en orthopeden. Uitbreiding leidt tot verhoging van het ziekenhuisbudget en in het verlengde daarvan tot aanpassing van de lumpsums. Voorts kunnen additioneel specifieke productieafspraken worden gemaakt voor de materiële kosten van cataract-, totale knie- en totale heupoperaties zonder dat dit interne verdringingseffecten tot gevolg heeft. Daartoe kunnen verzekeraars juist ook met ziekenhuizen die OK-capaciteit over hebben extra afspraken maken.

Dergelijke capaciteitsuitbreiding kan gepaard gaan met bedrijfstijdverlenging onder overeenkomstige uitbreiding van het bij de behandeling betrokken personeel.

Ook is het van belang dat de mogelijkheid wordt onderzocht om door een tijdelijke voorziening ervoor te zorgen dat de budgetten van een ziekenhuis en de medisch specialisten niet omlaag gaan als gevolg van een verschuiving van klinische naar niet-klinische behandeling in het kader van een poging om tot een doelmatiger inzet van middelen te komen. Zeker zolang er sprake is van zorgvernieuwing die gericht is op vergroting van de doelmatigheid, ligt het niet in de rede en kan het zelfs contraproductief werken, de winst daarvan direct in mindering te brengen op het budget.

Gedacht kan voorts worden aan regionale experimenten met een aangepaste bekostigingssystematiek, waarbij door zorgverzekeraars voor hun verzekerden gericht zorg kan worden 'ingekocht', op basis van reële behoeften en vraag.

In deze benadering (doelmatig gedrag ondersteunen en belonen) past verder ook het traject dat nu voor de Riagg's is uitgezet. Op grond van de aanbevelingen van de Commissie Doelmatigheid Riagg-activiteiten zal in de komende jaren aan de ene kant geïnvesteerd worden in verbeteringstrajecten voor organisaties die op dit moment nog onvoldoende doelmatig functioneren en zal aan de andere kant een beloningstraject worden uitgezet voor instellingen die door hun actieve en innovatieve benadering op dit moment al zeer doelmatig werken.

In dit verband is ten slotte van belang dat er thans wordt geëxperimenteerd met nieuwe budgetteringstechnieken zoals *benchmarking*.

Aanpassing verzekeraarsbudgettering en overeenkomstenstelsel

Met het oog op preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers is het noodzakelijk dat die zorg kan worden ingekocht die kan leiden tot een beperking van de totale wacht- en doorlooptijden en die voldoet aan voorwaarden die betrekking hebben op de deskundigheid van actoren ten aanzien van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten, evenals op hun attitudes ten aanzien van patiënten die werknemer zijn.

Daartoe ligt een aanpassing van de verzekeraarsbudgettering en van het overeenkomstenstelsel in de rede. Daarvoor komen uiteenlopende beleidsopties in aanmerking.

Zo is denkbaar dat het normuitkeringensysteem wordt aangepast door het inbouwen van een prikkel voor het beheersen van de gemiddelde kosten van de verstrekkingen per verzekerde. Daarnaast zou de verhouding tussen vaste en variabele ziekenhuiskosten nader bezien kunnen worden. Ziekenfondsen lopen thans over circa tweederde deel van de totale ziekenhuiskosten nageenog geen risico. Indien ervan uit mag worden gegaan dat een deel van deze kosten niettemin door verzekeraars valt te beïnvloeden, zou eraan kunnen worden gedacht om het aandeel variabele kosten te vergroten onder overeenkomstige verkleining van het aandeel vaste kosten.

Met het oog op een meer evenwichtige marktverhouding tussen de zorginkopende verzekeraars en de zorgaanbiedende partijen kan een aanpassing (of revitalisering) van het overeenkomstenstelsel een oplossing inhouden bijvoorbeeld doordat naast de bestaande maximumtarieven ook minimum- of standaardtarieven worden ingevoerd en een systeem van periodieke openbare inschrijving en aanbesteding voor (individuele) zorgaanbieders wordt geïntroduceerd.

Integratie medisch-specialistisch bedrijf

Teneinde ziekenhuizen beter in staat te stellen in te spelen op de specifieke behoeften van verschillende groepen patiënten is het nodig dat zij meer beleidsvrijheid krijgen. Daartoe is naast een versoepeling van regelgeving onder meer nodig dat overeenkomstig de aanbevelingen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg wordt gekomen tot een integratie van het medisch-specialisme in het ziekenhuisbedrijf. De eerste stappen daartoe zijn inmiddels gezet maar van belang is dat de komende periode het verdere implementatietraject met kracht wordt voortgezet. Dit moet ertoe leiden dat ziekenhuizen

alserter, vraaggerichter en vanuit een eenduidige positiebepaling kunnen inspielen op de ontwikkelingen in de zorgmarkt. Twee punten zijn daarbij in het bijzonder van belang. In de eerste plaats is belangrijk dat verzekeraars in het kader van de jaarlijkse productieafspraken inspraak krijgen bij de bepaling van 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 contracteerverplichting voor medisch-specialistische zorg te beperken tot een aantal basisfuncties, zodat over de overige vormen van zorg vrij kan worden onderhandeld. Dit kan specialisatie van ziekenhuizen bevorderen, hetgeen van belang kan zijn voor een doelmatige inzet van middelen in het kader van de overgang naar aandoenings- en patiëntgerichte zorg.

5.3.3 Lange termijn: stelselwijziging

Naast aanpassingen van de structuur van de gezondheidszorg kunnen ook wijzigingen in en van het stelsel van ziektekostenverzekeringen bijdragen aan een doelmatig functionerende gezondheidszorg. Verwezen kan worden naar de stelseldiscussie zoals die vanaf het midden van de jaren tachtig opgeld deed, waarin doelmatigheidsverbetering naast elementen als toegankelijkheid, beschikbaarheid, houdbaarheid en kwaliteitsborging altijd een belangrijke plaats heeft ingenomen. Ook in een discussie over de rol van de zorgsector in het kader van een breed volumebeleid ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is het derhalve zinvol stil te staan bij de vraag in hoeverre via stelselaanpassingen een zinvolle bijdrage valt te verwachten. Onderstaand geschiedt dit door het schetsen van enkele modaliteiten tot stelselwijziging, zoals die aan het publieke debat daarover van de afgelopen jaren kunnen worden ontleend.

In dit verband is het overigens van belang vast te stellen dat zowel de discussie over het stelsel van inkomensdervingsverzekeringen als die over het stelsel van ziektekostenverzekeringen in een fase zijn beland dat hernieuwde afwegingen van fundamentele aard voor de langere termijn dienen te worden gemaakt met betrekking tot de verhouding tussen privaat en publiek, tussen collectiviteit en individu, tussen centrale aansturing en marktwerking en tussen solidariteit en keuzevrijheid. Niet voor niets hecht de raad dan ook aan nieuwe adviesaanvragen zowel op het terrein van de sociale zekerheid als op het terrein van de ziektekostenverzekeringen, aan de hand waarvan hij zijn visie op de verdere ontwikkeling van de beide stelsels (ook in hun onderlinge samenhang) kan presenteren¹⁷.

17 Zie paragraaf 2.3 en ook: SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1998-2002*, op.cit., paragraaf 1.3.

Uit het voorgaande volgt dat, conceptueel althans, bij iedere mogelijke ontwikkelingsrichting dan welk beleidsscenario voor het stelsel van ziektekostenverzekeringen ook een overeenkomstig dan wel vergelijkbaar scenario voor het stelsel van inkomensdervingsverzekeringen valt te formuleren. Het STG-scenarioreport *Zicht op zekerheid* uit 1996 bevat een nuttige aanzet daartoe. Aan de hand van de begrippenparen publiek-privaat en individu-collectiviteit worden daarin vier scenario's geschetst die in hun extremiteit als zodanig binnen de Nederlandse verhoudingen waarschijnlijk nooit realiteit zullen worden, maar door hun onderlinge contrast wel duidelijk maken waar de belangrijkste inhoudelijke en strategische keuzemomenten liggen.

Onderstaand volgt, in willekeurige volgorde, een korte weergave van de vier scenario's, genaamd *Gelijk verdeeld*, *Samen sterk*, *Zelf-verzekerd* en *Verzekerde toegang*. Zoals de namen al suggereren ligt in ieder scenario de nadruk steeds weer op een andere combinatie van de begrippen publiek-privaat en individu-collectiviteit.

Vier toekomstscenario's

Gelijk-Verdeeld

In dit scenario is sprake van een breed gedragen solidariteit tussen ziek en gezond, jong en oud, en lage en hoge inkomens. Eind jaren negentig zijn privatisering en marktwerking verlaten en is er een radicale omslag gekomen in het denken over de positie van de gezondheidszorg als onderdeel van het stelsel van overheidsvoorzieningen. De overheid rekent het tot haar verantwoordelijkheid de maatschappelijk breed gevoelde solidariteit ook daadwerkelijk te realiseren via publiekrechtelijke regelingen. Een goed systeem van voor iedereen toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen is gewaarborgd door een doelmatig en efficiënt stelsel van sociale verzekeringen en voorzieningen. De premies van de publieke verzekering(en) zijn inkomensafhankelijk. De opgebrachte premies worden via een efficiënt budgetteringssysteem verdeeld over publiekrechtelijke uitvoeringsorganen.

Samen-Sterk

In dit scenario draagt de private sector, door middel van het creëren van collectieve private regelingen (collectiviteiten) zorg voor een brede solidariteit. De verantwoordelijkheid ligt bij marktpartijen (werkgevers, werknemers en verzekeraars), die via zelfregulering en marktwerking tot afstemming van vraag en aanbod komen. Collectiviteiten van verzekerden/patiënten/werknemers, van werkgevers, van verzekeraars, soms in combinatie met aanbieders van zorg spelen een hoofdrol in de samenleving. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars zijn gefuseerd. Zij treden als eenheid en onder dezelfde naam als verzekeraar naar buiten. Als vervolg van de verdere toepassing van de *employee-benefits*-gedachte bieden zij zogenoemde collectieve contracten aan, waarbij onder meer ziekenfonds- en particuliere ziektekostenverzekering in één contract worden aangeboden. Mede door de privatisering van de sociale zekerheid is het belang van collectieve contracten, onder

anderen via de werkgevers belangrijk toegenomen.

Zelfverzekerd

Na jaren van pogingen om door middel van overheidsregulering de sociale lastendruk te beheersen, geeft de overheid in dit scenario de nodige ruimte aan individuen en marktpartijen om zelf keuzen te maken.

De individuele verantwoordelijkheid voor het optreden van bepaalde, min of meer voorzienbare of onvoorzienbare risico's staat centraal.

Verantwoordelijkheden zijn zoveel mogelijk daar neergelegd waar ze te beïnvloeden zijn. De nadruk op het individu en op de markt heeft in de gezondheidszorg, de sociale zekerheid en op pensioenterrein geleid tot een sterke versoering van publieke voorzieningen en verzekeringen. De overheid heeft de verantwoordelijkheid voor ziekte, arbeidsongeschiktheid en ouderdom neergelegd bij de private verzekeringsmarkt en bij individuen. Er bestaat geen wettelijke verplichting tot het afsluiten van een particuliere verzekering. Principes van 'eigen schuld', 'eigen verantwoordelijkheid' en 'de vervuiler betaalt' worden in sterke mate toegepast. De burger wordt hierdoor geconfronteerd met zijn eigen gedrag.

De koopkrachtige consument is in dit scenario een belangrijke machtsfactor. Deze consument hecht veel waarde aan gezondheid en inkomenszekerheid en is bereid daar ruime financiële middelen voor ter beschikking te stellen. Er heeft de afgelopen jaren een sterke groei plaatsgevonden van het aantal mondige en hoogopgeleide burgers, die goed voor zichzelf kunnen en willen opkomen. Met name het oudere deel daarvan is financieel draagkrachtig en bereid om finan-

ciële en inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de eigen zekerheid te dragen. Er zijn consumenten die bovengenoemde risico's dan ook zelf dragen: de zogenoemde eigen-risicodragers. Chronisch zieken en mensen die behoren tot de lagere inkomensklassen kunnen deze risico's niet verzekeren dan wel zelf betalen. Voor deze groep garandeert de overheid de meest essentiële voorzieningen.

Verzekerde-toegang

Dit scenario gaat uit van het zelfbewuste en zelfverantwoordelijke individu. De trend tot individualisering en privatisering van alle publieke sociale zekerheidsregelingen, met uitzondering van de Bijstandswet, is door de opeenvolgende kabinetten krachtig gestimuleerd. De mondigheid van de meeste consumenten is sterk toegenomen, mede dankzij de snelle ontwikkelingen in de informatietechnologie. De meeste consumenten zijn goed in staat verantwoorde keuzen te maken uit een veelheid van particuliere inkomensdervings- en ziektekostenverzekeringen. Het terugtrekken van de overheid is gekoppeld aan effectieve deregulering. Nieuwe wetgeving is alleen ingevoerd na een scherpe toetsing op doeltreffendheid en praktische toepasbaarheid. De in 1996 bestaande publieke sociale zekerheidsregelingen zijn verder vereenvoudigd en toegesneden op die groepen waarvoor ze oorspronkelijk bedoeld waren: degenen die door omstandigheden buiten hun schuld in financiële nood dreigen te raken of zijn geraakt. De overheid acht *free-rider*-gedrag onaanvaardbaar. Bovendien heeft de overheid strikte voorwaarden geschapen voor een goed functionerende particuliere verzekeringsmarkt voor ziekte, arbeidsongeschiktheid en ouderdom.

Voor deze zware risico's geldt een wettelijke verplichting tot het afsluiten van een particuliere verzekering. Een beperkt aantal voorzieningen wordt rechtstreeks uit overheidsmiddelen gefinancierd: zij vallen derhalve buiten de verplichte verzekering. Voor degenen die

niet in staat zijn om zelf een particuliere verzekering af te sluiten, is er een minstelsel van collectieve socialezekerheidsverzekeringen gecreëerd, waarbij de overheid de intermediair vormt naar particuliere verzekeringsmaatschappijen.

Bron: STG, *Zicht op zekerheid*, Zoetermeer 1996.

In de actuele discussie over de toekomst van de sociale zekerheid en gezondheidszorg lijken twee benaderingen dominant die qua strekking en op onderdelen ook weer terug te vinden zijn in de omschreven scenario's. De beide benaderingen illustreren ook weer dat zich de komende tijd belangrijke keuzemomenten zullen voordoen. Onbetwist is dat sociale zekerheid en gezondheidszorg uiteenlopende doelstellingen hebben. Hierdoor is het niet bij voorbaat vanzelfsprekend dat de ontwikkelingen in het stelsel van sociale zekerheid en de gezondheidszorg zouden moeten convergeren. Waar het in dit advies uitdrukkelijk alleen gaat over werknemersverzekeringen en de zieke werknemer, moet worden opgemerkt dat de gezondheidszorg (inclusief de ziektekostenverzekeringen) de gehele bevolking bestrijkt.

De beide benaderingen kunnen worden getypeerd als:

- I. 'doorzetten decentralisering en decollectivering';
- II. 'acceptatie collectieve verantwoordelijkheid'.

Onderstaand worden beide op zichzelf staande benaderingen in willekeurige volgorde beschreven.

Ad I. Doorzetten decentralisering en decollectivering

Deze benadering houdt in dat de op het terrein van de sociale zekerheid begin jaren negentig ingezette lijn van decentralisering en decollectivering van verantwoordelijkheden (inhoud, financiering en uitvoering) óók gestalte wordt gegeven op het terrein van de ziektekostenverzekeringen.

In dit verband worden onder meer de volgende knelpunten op het terrein van de ziektekostenverzekeringen gesignaleerd: door de wettelijke verzekeringsplicht annex wettelijk vastgelegde aanspraken en de financiering van de ZFW (voornamelijk inkomensafhankelijke premieheffing; afwezigheid verplicht eigen risico aan de voet) hebben verzekerden onvoldoende (financieel) belang bij dan wel keuzemogelijkheden ten aanzien van een adequate en accurate zorg; door de grotendeels inkomensafhankelijke premiefinanciering van de ZFW lopen ziekenfondsen weinig risico en is de mogelijkheid voor verzekeraars om te concurreren beperkt. Ook is hun beleidsruimte voor het leveren van de gevraagde zorg op maat uiterst beperkt door de gedetailleerde en inflexibele omschrijving van de ZFW-aanspraken.

Uitgangspunt in deze benadering blijft een driecompartimentensysteem. Wel vindt een herverdeling van zorgaanspraken over de drie compartimenten plaats (beperking AWBZ tot klassieke onverzekerbare risico's) en worden de schotten tussen de twee verzekeringsvormen in het tweede compartiment (ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering) geleidelijk aan geslecht. Bij dit laatste kan het gaan om verdergaande nominalisatie van de ziekenfondspremie, introductie van een eigen risico aan de voet, verlaging of bevestiging van de loongrens voor de ziekenfondsverzekering en introductie van de mogelijkheid van *opting out*.

De aldus ingezette convergentie in het tweede compartiment (kleine convergentie) kan uiteindelijk uitmonden in een integratie van de beide verzekeringsvormen in de vorm van een wettelijke verplichting voor alle burgers om zich voor een aantal risico's te verzekeren op de particuliere markt (het WA-model). Een dergelijke ontwikkeling zal gepaard moeten gaan met flankerende regelgeving om de toegankelijkheid van de verzekeringsmarkt voor individuele burgers te waarborgen en om een evenwichtige spreiding van risico's en lasten over verzekeraars te bereiken. Een belangrijke rol is evenwel weggelegd voor (pakketten van) collectieve verzekeringen op bedrijfs(tak)niveau waarin naast de wettelijk verplicht te verzekeren ziektekostenrisico's ook een aantal al dan niet partiële inkomensdervingsrisico's zijn opgenomen die niet langer door een sociale verzekering worden gedekt. Synergie is dan vooral mogelijk op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid doordat dergelijke contracten de werkgever als vragende partij beter in staat stellen via zijn verzekeraar en uitvoeringsinstelling het zorgaanbod aan te sturen en af te stemmen op zijn wettelijke taken en financiële belangen in het kader van preventie en reïntegratie. Dit laatste impliceert een overgang van een aanbodgestuurde gezondheidszorg naar een vraaggestuurde gezondheidszorg.

Ad II. *Acceptatie collectieve verantwoordelijkheid*

De gezondheidszorg kan een betere bijdrage leveren aan de terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar de bijdrage van de gezondheidszorg houdt op waar haar primaire doelstellingen in het geding komen: het realiseren van algemene toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg. Convergentie in de zin van verdere privatisering van de ziektekostenverzekeringen zou die doelstellingen in gevaar brengen.

Toegankelijkheid veronderstelt risico- en inkomenssolidariteit, welke het beste is te garanderen in een collectieve ziektekostenverzekering, met voornamelijk inkomensafhankelijke premies, en een verstrekkingenpakket dat noodzakelijke, werkzame en doelmatige zorg bevat. Doordat de AWBZ-premie alleen over de eerste belastingschijf wordt geheven en door de scheiding van de ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering wordt – volgens

Van Doorslaer c.s. – in Nederland relatief weinig solidariteit gerealiseerd¹⁸. Verbreding van het financiële draagvlak van de collectieve ziektekostenverzekering is noodzakelijk om de vereiste volumegroei op te vangen.

Daarnaast zijn toegankelijkheid en kwaliteit gebaat bij doelmatigheid en meer oog voor de behoefte van de burger. Hiervoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar. Om ondoelmatige verspreiding van voorzieningen te voorkomen is aanbodregulering op hoofdlijnen onontbeerlijk. Bij de invulling van die hoofdlijnen is meer vrijheid mogelijk, waarbij ook marktwerking een rol kan spelen bij het bereiken van doelmatigheid en behoeftegerichtheid.

De huidige compartimenten kunnen blijven bestaan. Wat het eerste compartiment betreft wordt de AWBZ-premie over een groter deel van het inkomen geheven. De premie over de eerste belastingschijf kan dan omlaag, terwijl er meer financiële armslag voor de zorg komt. Een en ander moet in samenhang met de komende belastingherziening worden geregeld.

Aanbodregulering blijft hier een belangrijke rol spelen. Waar mogelijk worden instrumenten ingezet die de keuzemogelijkheden van de individuele patiënten vergroten, zoals het patiëntgebonden budget en zorg-op-maat-regelingen.

In het tweede compartiment wordt het draagvlak van de ziektekostenverzekering vergroot door de opname van zelfstandigen in de ZFW en door een verhoging van de ziekenfondsloongrens. Uiteindelijk convergeren ziekenfonds en particuliere verzekering tot één wettelijke collectieve ziektekostenverzekering. Aanbodregulering speelt nog wel een rol – vooral wat de top-klinische voorzieningen betreft – maar de verzekeraarsbudgettering neemt de functies van budgettering van voorzieningen over. Hierdoor zal de concurrentie voornamelijk op kwaliteit en doelmatigheid plaatsvinden en niet door middel van risicoselectie. Bovendien wordt zo bevorderd dat verzekeraars zich voor ouderen en chronisch zieken evenzeer inzetten als voor de kwaliteit en doelmatigheid van specifieke zorg voor werknemers.

Het eerste en tweede compartiment bevatten samen alle noodzakelijke, werkzame en doelmatige zorg. Een doelmatige uitvoering is gebaat bij een krachtige regionale verzekeraar die voldoende tegenwicht kan bieden aan de op regionaal niveau goed georganiseerde aanbieders van zorg. De uitvoering van de collectieve ziektekostenverzekering is daarom in handen van zorgverzekeraars met deels overlappende werkgebieden. Hiermee worden de voordelen van regionale samenwerking en concurrentie gecombineerd.

18 E. Van Doorslaer, A. Wagstaff en R. Janssen, *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*, Oxford 1993, pp. 166-180.

6. Standpunt van de raad

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de raad zijn zienswijze over onderdelen van het toekomstige beleid inzake sociale zekerheid en zorg. Daarbij gaat hij ook in op het kabinetsstandpunt van februari 1997 over het RVZ-advies *Sociale zekerheid en zorg. Kansen en bedreigingen op het grensvlak van de sociale zekerheid en de zorg* (juli 1996).

Het kabinetsstandpunt – dat integraal en zonder gerichte vraagstelling ter advisering is voorgelegd – heeft betrekking op uiteenlopende en complexe thematieken die op heel verschillende wijze worden gepresenteerd: naast algemeen geformuleerde opvattingen zijn ook meer gerichte en concrete beleidsvoornemens verwoord. Voorts spreekt het voor zich dat het in februari 1997 vastgestelde kabinetsstandpunt thans op onderdelen reeds gedateerd is. Sindsdien hebben zich immers belangwekkende beleidsontwikkelingen voorgedaan zoals bijvoorbeeld:

- de inwerkingtreding van de Pemba-wetgeving, de Wet medische keuringen en de (per 1 juli 1998 in werking tredende) Wet (re)integratie arbeidsgehandicapten;
- de indiening bij de Tweede Kamer van het voorstel van Arbeidsomstandighedenwet 1998 en van de Proeve van wet houdende een verbod tot het maken van ongerechtvaardigd onderscheid op grond van handicap of chronische ziekte;
- de kabinetsinitiatieven tot terugdringing van de wachttijden in de gezondheidszorg, resulterend in de nota van februari 1998 *Wachttijden en twee-deling* van de minister van VWS met initiatieven voor het aanpakken van de wachttijden in de ziekenhuiszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ);
- de kabinetsideeën met betrekking tot de uitvoeringsorganisatie van de werknemersverzekeringen waarover de raad bij brief van 27 april 1998 een adviesaanvraag heeft ontvangen.

Ten slotte is van belang dat sommige onderdelen van het kabinetsstandpunt ter advisering zijn voorgelegd aan andere organen, zoals de Stichting van de Arbeid aan wie advies is gevraagd over in het bijzonder het thema van de *employee benefits*.

Een en ander overziende, acht de raad het zinvol en noodzakelijk zijn advies in het bijzonder te richten op enkele sociaal-politiek en sociaal-economisch relevante onderwerpen die ook in het kabinetsstandpunt aan de orde komen en die eveneens van belang zijn voor de komende kabinetsperiode. Na enkele algemene opmerkingen ten aanzien van de ontwikkelingen op de terreinen van sociale zekerheid en gezondheidszorg (paragraaf 6.3) spitst de raad zijn advies in het bijzonder toe op de door hem bepleite verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers (paragraaf 6.4); de raad acht het noodzakelijk dat daarbij geen afbreuk wordt gedaan aan primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf, zoals ten aanzien van kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kostenbeheersing.

Vervolgens wordt de noodzakelijk geachte verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg nader uitgewerkt aan de hand van een drietal aan het kabinetsstandpunt verbonden thema's, te weten: de vermindering van de wachttijden in de zorgsector (paragraaf 6.5), de verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan de behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten (paragraaf 6.6) en de verhoging van de doelmatigheid van de zorg in het perspectief van een verbetering van haar bijdrage aan preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers (paragraaf 6.7). Daaraan voorafgaand maakt de raad naar aanleiding van de adviesaanvraag eerst nog een algemene opmerking over de beleidsadvisering op het terrein van de gezondheidszorg (paragraaf 6.2).

6.2 Beleidsadvisering (gezondheids)zorg

De raad constateert dat de adviesaanvraag betrekking heeft op twee tot op heden vrijwel gescheiden beleidsterreinen, te weten de sociale zekerheid en de gezondheidszorg. In de voorbije jaren heeft de raad een aantal adviezen uitgebracht over beleidsvoornemens inzake sociale zekerheid; over gerichte voornemens met betrekking tot de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen heeft hij voor het laatst in oktober 1990 advies uitgebracht¹.

Mede gezien het grote maatschappelijke en sociaal-economische belang van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen waardeert de raad het ten eerste dat hij thans *naar aanleiding van een adviesaanvraag* in de gelegenheid wordt gesteld zijn opvattingen kenbaar te maken over onderdelen van

1 SER, *Advies herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit.

het beleid terzake. De raad gaat ervan uit dat ook in de toekomst zijn advies zal worden gevraagd over beleidsvoornemens op het gebied van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen. Zich realiserend dat ook andere organen op dit beleidsterrein een adviserende taak hebben, is de raad van oordeel dat zijn verantwoordelijkheid in de beleidsadvisering in deze moet worden toegespitst op in het bijzonder de algemene sociaal-politieke en sociaal-economische aspecten van beleidsvraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen.

In dit verband heeft de raad kennis genomen van de brief van 9 december 1997 van de minister van VWS waaruit kan worden afgeleid dat een afzonderlijke adviesaanvraag over een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen niet meer in deze kabinetsperiode mag worden verwacht², ook al heeft het kabinet een dergelijke adviesaanvraag eerder als een mogelijkheid genoemd³. De raad gaat ervan uit dat dit in de volgende kabinetsperiode wel het geval zal zijn. Met het oog daarop bevat het – analytische – hoofdstuk 5 van dit advies een inventarisatie van mogelijke knelpunten van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen vanuit de optiek van de verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

6.3 Sociale zekerheid en (gezondheids)zorg

Groeiende onderlinge verwevenheid

De raad acht het met het kabinet van groot belang om in beleidsmatige zin aandacht te besteden aan de gevolgen van de groeiende onderlinge verwevenheid tussen de thans grotendeels gescheiden stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg. Op beide terreinen is sprake van een streven naar een nieuw evenwicht in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid, bedrijven en burgers. Relevant met betrekking tot de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen is het beleid gericht op het inbouwen van prikkels tot doelmatigheid en kostenbeheersing (opheffing contracteerplicht, budgettering ziekenfondsen en verzekeraars, nominale premies, eigen bijdragen). Met betrekking tot de sociale zekerheid, vooral de ziektegerelateerde sociale zekerheid, is in het bijzonder van belang het beleidsmatig streven om bij partijen een grotere verantwoordelijkheid neer te leggen voor een effectieve beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, onder meer door het inbouwen van meer vormen van kostenconfrontatie (verlaging niveaus van risicover-

² Zie bijlage 3.

³ Brieven van 17 september 1996 en 16 september 1997 van de minister van SZW aan de raad inzake de adviesprogrammering 1996-1997, respectievelijk 1997-1998.

evening; versobering uitkeringsniveaus) en door het opleggen van wettelijke verplichtingen op het gebied van ziekteverzuimpreventie, verzuimbegeleiding en reïntegratie.

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat beide thans in grote lijnen gescheiden stelsels een wezenlijk belang kunnen hebben bij het realiseren van doelstellingen die vooral betrekking hebben op een van beide stelsels. Zo kan het beleid op het terrein van de gezondheidszorg (onder meer de doelmatige inrichting daarvan) in positieve zin bijdragen tot preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers (zie verder in paragraaf 6.4). Daarnaast kan het beleid gericht op beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, dat tot op heden in de eerste plaats op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden gestalte heeft gekregen, bijdragen tot een beperking van het beroep op (curatieve) gezondheidszorgvoorzieningen. Aldus opgevat is de raad in algemene zin met het kabinet van oordeel dat beide terreinen dienen bij te dragen tot het wederzijds realiseren van elkaars doelstellingen en dat deze bijdrage zo effectief mogelijk moet worden vormgegeven⁴. Evenwel dient het volgens de raad hierbij niet zozeer te gaan om het realiseren van afzonderlijke doelstellingen van de onderscheiden stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg, als wel om het verwezenlijken van gemeenschappelijke sociaal-politieke doelstellingen van integraal beleid. Daarmee kan eveneens worden bereikt dat bij (de voorbereiding van) het beleid op het ene terrein afdoende rekening wordt gehouden met mogelijke gevolgen op het andere terrein, hetgeen bij een partiële beleidsbenadering veel minder het geval kan zijn.

Voorts stelt de raad met het kabinet vast dat genoemde ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg leiden tot een groeiende verwevenheid (in de uitvoering) van beide stelsels. Dit komt in het bijzonder tot uiting in initiatieven in de eerste plaats op het niveau van bedrijven en, in het verlengde daarvan, op het niveau van bedrijfstakken, met het oog op een integraal, samenhangend (gezondheids)beleid gericht op preventie van ziekteverzuim en reductie van arbeidsongeschiktheid. Een en ander wordt mede gestimuleerd door de beleidsontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg; door de toelating van landelijk werkende ziekenfondsen is het mogelijk geworden om alle werknemers van een bedrijf, ongeacht of zij onder de ZFW vallen, in een zogeheten gemengd contract onder te brengen.

4 *Kabinetsstandpunt*, p. 2.

Employee benefits

De raad constateert dat de verzekeringsmarkt volop op deze ontwikkelingen inspeelt, in het bijzonder door het aanbieden van geïntegreerde dienstverlening ten behoeve van werkgevers, werknemers en overige burgers. Deze activiteiten worden veelal ondergebracht in bredere, gecombineerde *employee-benefits*-pakketten, welke betrekking hebben op onderling samenhangende vormen van dienstverlening, zoals inkomensdervings- en ziektekostenverzekeringen in combinatie met arrangementen op het terrein van de arbeidsomstandigheden, zorgbemiddeling en reïntegratiediensten. Daarbij is het streven mede erop gericht in de praktijk te komen tot een toenemende synergie en convergentie tussen de terreinen van sociale zekerheid en gezondheidszorg met het oog op een beperking van de schadelast en een verlaging van beheers- en administratiekosten. De ziektekostenverzekering is gebaat bij preventie van ziekteverzuim dan wel een spoedige reïntegratie in het arbeidsproces aangezien mede daardoor de ziektekosten kunnen worden beperkt; de inkomensdervingsverzekering is gebaat bij adequate en accurate gezondheidszorg. Aldus kan in het kader van deze geïntegreerde dienstverlening op het niveau van de individuele onderneming een afweging plaatsvinden tussen enerzijds de kosten van een investering in preventie-, zorg- en reïntegratievoorzieningen en anderzijds de baten in termen van lagere verzuimlasten en ziektekosten.

Met de Stichting van de Arbeid onderschrijft de raad de zienswijze van het kabinet dat *employee benefits* moeten worden beschouwd als de uitwerking van secundaire arbeidsvoorwaarden en daarmee tot de primaire verantwoordelijkheid van sociale partners behoren. In dit verband wacht de raad met belangstelling de uitkomsten af van het door de Stichting aangekondigde overleg met de koepelorganisaties van verzekeraars om met name de mobiliteitsbeperkende effecten die verbonden zijn aan collectieve bedrijfsverzekeringen te mitigeren; beoogd wordt een convenant af te sluiten inzake collectieve verzekeringen op het gebied van arbeid en gezondheid in relatie tot de arbeidsmarkt. Wat het thema van *employee benefits* betreft volstaat de raad hier met een verwijzing naar het advies van 1 oktober 1997 van de Stichting van de Arbeid⁵. De raad onderstreept dat in het bijzonder de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde/werknemer aandacht behoeft. Bij de gegevensuitwisseling in het kader van *employee benefits* dient dan ook de nodige zorgvuldigheid te worden betracht; dit vraagt een in dit opzicht verantwoord gegevensbeheer en goede informatiestromen van de zijde van werkgevers, verzekeraars en (bedrijfs)artsen. Daarbij is het van belang dat gegevens

5 Zie bijlage 5.

die op grond van een wettelijke verplichting ter beschikking komen en gegevens die voortvloeien uit een privaatrechtelijke relatie, van elkaar worden gescheiden.

Gevolgen socialezekerheidsbeleid (onder meer voor de gezondheidszorg)

Het recente beleid op het terrein van de sociale zekerheid heeft vele sociale en economische consequenties, onder meer voor de (inrichting van de) gezondheidszorg. Het kabinet wijst erop dat de verschuiving van de financiële verantwoordelijkheden voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar het bedrijfsleven bepaalde risico's met zich brengt, onder meer in de sfeer van het personeelsbeleid van ondernemingen (risico- of gezondheidselectie) en in de sfeer van de prioriteitsstelling binnen de zorgsector; verder wijst het op risico's met betrekking tot de bescherming van het medisch beroepsgeheim en van de privacy van zieke werknemers. In meer algemene zin wordt er in het kabinetsstandpunt op gewezen dat in de samenleving een spanning blijkt te bestaan tussen enerzijds de breed gevoelde noodzaak tot terugdringing van het gebruik van socialezekerheidsvoorzieningen en anderzijds het tegelijkertijd handhaven van een toegankelijke arbeidsmarkt en het garanderen van de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen.

De raad volstaat hier met enkele opmerkingen omtrent deze meer algemene problematiek.

Zo heeft hij ook in het recente verleden al gewezen op de door het kabinet genoemde spanningsvelden, in het bijzonder in zijn advies van april 1995 over de beleidsvoornemens die hebben geleid tot de Wulbz- en Pemba-operatie⁶. De raad heeft vervolgens in zijn advies *Werken aan zekerheid* van juni 1997 de uiteenlopende afwegingen geschetst die aan de orde (kunnen) zijn bij een wijziging van de verantwoordelijkheidsverdeling op het terrein van de sociale zekerheid; daarbij is onder meer erop gewezen dat maatregelen ter versterking van de financiële betrokkenheid van partijen ook het risico van averechtse effecten in zich dragen, in de vorm van bijvoorbeeld risicoselectie⁷. Voorts is de raad ook ingegaan op het zogeheten flankerend beleid waarmee wordt gepoogd de gevolgen van de verschuiving van financiële risico's voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar het bedrijfsleven voor de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt (al dan niet ten dele) te beperken⁸. In dit verband wacht de raad met belangstelling de uitkomsten af van het in het kabinetsstandpunt van februari 1997 aangekondigde beraad over de wijze waarop de

6 SER-advies *Kabinetsvoornemens ZW, AAW en WAO*, op.cit., in het bijzonder pp. 198-204.

7 SER-advies *Werken aan zekerheid*, op.cit., pp. 113-120.

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

maatschappelijke positie van chronisch zieken kan worden versterkt, evenals van de aangekondigde evaluatie van voor arbeidsgehandicapten gecreëerde uitzonderingsconstructies⁹.

Op basis van een en ander is de raad het met het kabinet eens dat de genoemde mogelijke risico's en negatieve effecten van het recent gevoerde socialezekerheidsbeleid mede moeten worden afgewogen ten opzichte van de positieve gevolgen, zoals de toenemende aandacht voor preventie van vermijdbaar ziekteverzuim en verbetering van arbeidsomstandigheden, alsmede het treffen van maatregelen tot het beter begeleiden en reïntegreren van zieke werknemers. Ook wijst de raad met Stichting van de Arbeid erop dat het bedrijfsleven zijn toegenomen verantwoordelijkheden op deze terreinen daadwerkelijk via een veelheid van wegen heeft opgepakt¹⁰. Uit de zogeheten Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie en arbeidsongeschiktheid (ZARA-)rapportages blijkt dat veel ondernemingen en instellingen zich inmiddels samen met hun arbodiensten inspannen om arbeidsuitval te voorkomen, alsmede om mogelijke risicofactoren vroegtijdig op te sporen en deze ook te verhelpen; bij veel andere ondernemingen staat dergelijk beleid, zo komt ook naar voren, nog in de kinderschoenen en is er nog veel ruimte voor intensivering en verbetering op dit terrein¹¹.

Voorts heeft de gegroeide aandacht voor preventie en reïntegratie als gevolg van de wijzigingen op het terrein van de sociale zekerheid ertoe geleid dat de gezondheidszorg meer in de schijnwerpers is komen te staan. Mede door deze wijzigingen krijgt de individuele medische relatie tussen de patiënt en de individuele zorgverlener (dit wil zeggen de kernrelatie op het terrein van de gezondheidszorg) in toenemende mate te maken met andere actoren zoals de overheid, de zorgverzekeraar en de werkgever.

De raad acht het dan ook met het kabinet uitermate zinvol dat bij het sociaal-economische beleid, in casu het socialezekerheidsbeleid, ook rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Daarom staat hij op zichzelf genomen positief tegenover de door het kabinet voorgenomen intensivering van de zogeheten ex-ante gezondheidseffectscreening en van de voorgenomen ontwikkeling van nog andere instrumenten daartoe. Daarmee kunnen beleidsvoornemens ook op het terrein van de

9 *Kabinetsstandpunt*, pp. 6 en 10.

10 Brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid aan de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, betreffende 'Wachttijden in de gezondheidszorg'. Zie bijlage 6.

11 A.G. ter Huurne, e.a., *ZARA-werkgeverspanel rapportage 1996-1997*, Ministerie van SZW, Den Haag 1997.

sociale zekerheid van tevoren worden getoetst op hun consequenties voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Overigens acht de raad het ook van belang dat een afdoende adequate en integrale interdepartementale beleidsafstemming plaatsvindt, ook in de fase van de beleidsvoorbereiding.

In dit verband memoreert de raad dat de sociale zekerheid naar zijn oordeel een dubbele functie dan wel missie heeft, te weten een stimulerende en activerende functie (met de nadruk op preventie en reïntegratie) en een inkomensbeschermingsfunctie¹². Beide functies zijn in het bijzonder van belang voor onder meer mensen die als gevolg van gezondheidsklachten dan wel een handicap niet of nauwelijks kunnen deelnemen aan het arbeidsproces. Voorts is van belang dat een maatschappelijk verantwoorde en adequate inkomensbescherming kan bijdragen tot een beperking dan wel voorkoming van gezondheidsklachten (in het bijzonder bij mensen met lagere inkomens en minimumuitkeringsgerechtigden) en daarmee tot een reductie van het beroep op zorgvoorzieningen.

In die zin herhaalt de raad hier dat het socialezekerheidsbeleid ook kan bijdragen tot het bereiken van de doelstellingen die op de eerste plaats aan de orde zijn op het terrein van de gezondheidszorg. Niettemin gaat de raad in het vervolg van dit advies niet nader in op het beleid op het terrein van de sociale zekerheid. Van belang daarvoor is dat hij ervan kennis heeft genomen dat de ingevoerde maatregelen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden op korte termijn zullen worden geëvalueerd. Daarnaast is relevant dat de raad in de afgelopen periode enkele fundamentele adviezen op het terrein van sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden heeft uitgebracht¹³ en dat hij naar aanleiding van de adviesaanvraag van 16 maart 1998 over onverzekerbare risico's op het terrein van de sociale zekerheid in de gelegenheid is gesteld nader in te gaan op de gevolgen van het socialezekerheidsbeleid, in het bijzonder de privatisering van de sociale zekerheid. Tevens heeft de raad in zijn recente advies over het sociaal-economisch beleid enkele onderwerpen aan de orde gesteld welke van belang zijn voor de beleidsagenda op dit terrein¹⁴; daarbij heeft hij gewezen op zijn eerdere uitnodiging aan het kabinet in zijn advies *Werken aan zekerheid* om ten aanzien van bepaalde onderwerpen (zoals de verantwoordelijkheidsverdeling) nadere gerichte vragen te formuleren en aan hem voor te leggen.

12 SER-advies *Convergentie en overlegeconomie*, op.cit., p. 54; SER-advies *Werken aan zekerheid*, op.cit., p. 284.

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

14 SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1998-2002*, op.cit., Den Haag 1998, paragraaf 1.3.

Een en ander overziende acht de raad het thans niet opportuun in dit advies daarop vooruit te lopen, hetgeen inhoudt dat hij nu niet ingaat op het recent gevoerde socialezekerheidsbeleid als zodanig. Terzijde wijst hij er overigens op dat de RVZ wel uitdrukkelijk is ingegaan op de gevolgen van het beleid op het terrein van de sociale zekerheid voor de gezondheidszorg en de volksgezondheid.

Gezondheidszorg en ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid

Eerder is reeds gesteld dat het beleid op het terrein van de gezondheidszorg in beginsel positief kan bijdragen tot preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. De raad acht dit vooral relevant gezien de vele ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden die hebben geleid tot een fors toegenomen, direct belang van werkgevers en werknemers bij een effectief en adequaat ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid; dit belang zal nog toenemen bij de inwerkingtreding van het recent bij de Tweede Kamer ingediende voorstel van Arbeidsomstandighedenwet 1998.

Relevant met betrekking tot de positie van (potentiële) werknemers is dat hun kans op arbeidsuitval wegens ziekte of arbeidsongeschiktheid meer dan vroeger van belang is voor het verwerven en behouden van werk en daarmee van voldoende inkomen voor hen zelf en eventuele afhankelijken. Werknemers hebben als gevolg van versoberde uitkeringsvoorwaarden en eventuele arbeidsvoorwaardelijke prikkels een grotere financiële betrokkenheid bij het ontstaan en voortduren van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Derhalve hebben zij uitdrukkelijk belang bij het meewerken aan preventie van ziekteverzuim en het naar vermogen bevorderen van het herstel in geval van ziekte/arbeidsongeschiktheid.

Wat de positie van werkgevers betreft, is van belang dat zij thans rechtstreeks worden geconfronteerd met de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (inclusief de mogelijke vervangingskosten). Voorts hebben zij wettelijke taken in de sfeer van preventie en reïntegratie; voor het welslagen van hun reïntegratie-inspanningen zijn werkgevers mede afhankelijk van de *performance* van de zorgsector, met andere woorden van het goed functioneren van de betrokken artsen en hulpverleners. Daarnaast hebben ook de ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg (in het bijzonder de mogelijkheid tot het sluiten van gemengde contracten) ertoe geleid dat werkgevers steeds meer een vragende partij worden op dit terrein.

De bovenstaand geschetste ontwikkelingen dienen naar het oordeel van de raad gevolgen te hebben voor de (inrichting van de) gezondheidszorg; in de

volgende paragraaf gaat de raad nader in op de beleidsmatige consequenties daarvan.

6.4 Noodzaak verbetering bijdrage gezondheidszorg aan terugdringing ziekteverzuim en reïntegratie zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers

In de zienswijze van de raad vervult een effectief en doelmatig functionerende gezondheidszorg – onder strikte handhaving van zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden (zie verder) – een essentiële functie bij het beleid gericht op het waar mogelijk voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsuitval en het waar nodig beperken van de duur van ziekteverzuim en het bevorderen van reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers in het arbeidsproces. In het bijzonder acht de raad van groot belang dat de gezondheidszorg preventief, diagnostisch en curatief bijdraagt tot een alerte en adequate behandeling van de arbeidsrelevante aandoeningen¹⁵ en gezondheidsklachten.

De raad is zich ervan bewust dat een en ander impliceert dat – mede ten gevolge van veranderingen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden – nieuwe accenten moeten worden gelegd in het volksgezondheidsbeleid. De raad plaatst dit in het kader van eerder door hem geformuleerde beleidsdoelstellingen, zoals de bevordering van een zo groot mogelijke arbeidsparticipatie (als een van de richtinggevende doelstellingen voor het sociaal-economisch beleid¹⁶), de vergroting van de activerende dan wel stimulerende werking van de sociale zekerheid¹⁷ en de verhoging van de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten, en dit zowel om sociale als economische redenen¹⁸.

De noodzaak tot nieuwe accenten in het volksgezondheidsbeleid moet ook worden gezien tegen de achtergrond van de in de voorgaande hoofdstukken

15 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.

16 SER-advies *Convergentie en overlegeconomie*, publicatienr. 92/15, Den Haag 1992, pp. 78 en 134. De andere doelstellingen hebben betrekking op de bevordering van een evenwichtige economische groei op ecologisch duurzame basis, en op het streven naar een redelijke inkomensverdeling.

17 SER-advies *Werken aan zekerheid*, op.cit., pp. 281-287.

18 SER-advies *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, op.cit., p. 147; SER-advies *Regionalisering uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen*, publicatienr. 94/09, Den Haag 1994, pp. 50-52; SER-advies *Kabinetsvoornemens ZW, AAW en WAO*, op.cit., p. 210; SER-advies *(Re)integratiebeleid arbeidsgehandicapten*, op.cit., pp. 41-43; SER-advies *Gelijke behandeling gehandicapten*, op.cit., pp. 32-34.

geïnventariseerde en geanalyseerde problemen op het terrein van de gezondheidszorg. De raad stelt vast dat de toegenomen aandacht voor en het belang van de rol van de gezondheidszorg bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid maken dat een aantal in dit verband relevante knelpunten in de zorgsector zich meer dan voorheen manifesteren en verdere intensivering van het volumebeleid ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid kunnen belemmeren. De raad wijst – met de Stichting van de Arbeid¹⁹ – op onder meer 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, de onvoldoende doelmatigheid in de gezondheidszorg en, tot slot, de te lange wachttijden voor diagnose en behandeling. Het valt de raad overigens op dat deze probleemanalyses reeds vele jaren actueel zijn; de rol van de gezondheidszorg bij het ontstaan en voortduren van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wordt immers al langer en ook in meer brede zin onderkend. In dit verband brengt de raad hier in herinnering ook in het verleden reeds te hebben gewezen op deze knelpunten; daarbij heeft hij de gezondheidszorg genoemd als een van de terreinen waarop maatregelen denkbaar zijn om vermijdbaar verzuim en arbeidsongeschiktheid tegen te gaan²⁰. De raad constateert dan ook met instemming dat deze diagnose ook in grote lijnen ten grondslag ligt aan het door partijen in het veld opgestelde plan van 12 maart 1998 *Structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector*.

Een en ander overziende, dient naar de mening van de raad het beleid inzake sociale zekerheid en zorg in de eerste plaats te zijn gericht op een daadwerkelijke verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, met andere woorden aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Volgens de raad doen zich nu de noodzaak en de gelegenheid voor om te werken aan een verbetering van de kwaliteit en de effectiviteit van de (gezondheids)zorg voor (potentiële) werknemers. Dit vergt een intensivering van de gemeenschappelijke inspanningen van alle betrokken partijen, inclusief de overheid.

De raad acht het wel van cruciaal belang dat dit beleid voldoet aan zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden. Het beleid moet zodanig worden ingevuld dat geen afbreuk wordt gedaan aan de intrinsieke primaire doel-

19 In haar brief van 19 januari 1998 aan de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer wijst de Stichting van de Arbeid op de kwaliteit van de diagnose en behandeling door hulpverleners van zieke werknemers, de affiniteit van curatieve artsen met vraagstukken rond het thema 'arbeid en gezondheid', en de lange wacht- of doorlooptijden in de zorgsector.

20 SER, *Advies vermijdbaar verzuim wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid*, publicatienr. 82/01, Den Haag 1982, p. 32; SER-advies *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, op.cit., pp. 51 en 55.

stellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf, te weten de bevordering van de volksgezondheid in collectieve en individuele zin. In dat verband acht de raad het van betekenis dat de grondwettelijke taak van de overheid met betrekking tot de bevordering van de volksgezondheid kan worden vertaald in vier beleidsdoelstellingen die in kwalitatieve en nevenschikkende zin worden geformuleerd²¹:

- het waarborgen van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Van belang daarbij zijn onder meer: 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 (niet alleen vanuit de optiek van zijn socio-professionele status), het toestemmingsvereiste van de (potentiële) patiënt en de onafhankelijke positie van de behandelend arts;
- het waarborgen van de functionele beschikbaarheid en bereikbaarheid van de gezondheidszorg in geografische zin;
- het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in financiële zin. Relevant daarbij is dat doelgroepgebonden voorrangszorg en tweedeling niet aanvaardbaar zijn (zie paragraaf 6.5);
- het waarborgen van een verantwoorde kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg in het licht van de overige sociaal-economische beleidsdoelstellingen.

Volgens de raad dient onder strikte handhaving van deze doelstellingen te worden gezocht naar mogelijkheden tot verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarbij dient te worden bedacht dat een dergelijke verbetering op termijn ook kan leiden tot een beperking van het beroep op de zorgsector; zo kan een sneller herstel ook leiden tot reductie van ziektekosten.

Wat deze zogeheten inverdieneffecten betreft, wijst de raad erop dat de medische kosten van arbeidsrelevante aandoeningen (in het bijzonder psychosociale klachten en aandoeningen van het 'houdings- en bewegingsapparaat', zoals rugklachten) ongeveer 12 miljard gulden per jaar bedragen²². De raad merkt ook op dat 60 procent van het langdurig ziekteverzuim het gevolg is van psychosociale aandoeningen en van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat en dat juist deze diagnosecategorieën ook een groot aandeel hebben in de totale WAO-populatie.

In dit verband heeft de raad kennisgenomen van het standpunt van het kabinet dat financiële verschuivingen tussen de stelsels van sociale zekerheid en

21 Op basis van: SER- advies *Beheersstructuur gezondheidszorg*, op.cit., pp. 18 en 19; SER-advies *Herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., p. 87.

22 Onderzoek NIA/TNO in opdracht van het Ministerie van SZW, geciteerd in: *NRC Handelsblad*, 20 februari 1998.

gezondheidszorg “naar bevind van zaken kunnen worden overwogen” met het oog op een gezamenlijke oplossing van complexe vraagstukken op het onderlinge grensvlak²³.

De raad herhaalt hier dat – uitgaande van de verdeling van verantwoordelijkheden voor het ziekteverzuimbeleid op grond van de Arbowet – op het niveau van de individuele onderneming de afweging kan plaatsvinden tussen enerzijds de kosten van een investering in preventie-, zorg- en reïntegratievoorzieningen, en anderzijds de baten in termen van lagere verzuimlasten en ziektekosten. Op dat niveau wordt beslist of en in welke mate gebruik wordt gemaakt van de preventie-, zorg- en reïntegratie-instrumenten welke ter beschikking worden gesteld door de uitvoeringsinstelling werknemersverzekeringen (op grond van regelgeving) dan wel door de zorgverzekeraar (op grond van het ziektekostenverzekeringscontract met de individuele onderneming). Voorts kan op het niveau van de onderneming optimaal beroep worden gedaan op de vanuit de socialeverzekeringssector gefinancierde middelen (zoals bijvoorbeeld de reïntegratie-instrumenten) voor het verwezenlijken van doelstellingen welke mede moeten worden bereikt via de noodzakelijk geachte verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. In dit verband wijst de raad ten slotte op zijn opvatting met betrekking tot de financiering van de sociale verzekeringen (in het bijzonder de werknemersverzekeringen) dat er zoveel mogelijk sprake dient te zijn van een kostendekkende premiestelling op basis van overwegingen van verzekerings- en financieringstechnische aard (waaronder die met betrekking tot een stabiele premie)²⁴. Op basis van deze opvatting is de raad dan ook geen voorstander van financiële verschuivingen op macroniveau tussen de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg²⁵.

Afrondend kan de raad wel instemmen met de stelling van het kabinet dat ook de gezondheidszorg meer kan bijdragen tot het arbeidsongeschiktheids- en ziekteverzuimbeleid (in casu het voorkomen en bekorten van ziekteverzuim)²⁶. Het is de raad echter opgevallen dat in het kabinetsstandpunt slechts zijdelings aandacht wordt besteed aan de beleidsmatige consequenties daarvan.

23 *Kabinetsstandpunt*, p. 16.

24 SER-advies *Convergentie en overlegeconomie*, op.cit., pp. 121 en 122. Een dergelijke opvatting werd in 1993 ook breed in de Tweede Kamer gedeeld, getuige de aanvaarde motie-Bolkestein (Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 22 730, nr. 21), waarin wordt gesteld dat de vaststelling van de hoogte van de premies van de werknemersverzekeringen jaarlijks kostendekkend en onafhankelijk van de overheid dient te geschieden.

25 Deze opvatting neemt niet weg dat – op basis van de huidige inzichten – het plausibel is te stellen dat bij ongewijzigd beleid een volumegroei van om en nabij twee procent het uitgangspunt zou moeten zijn voor een reële uitgavennorm in de gezondheidszorg (zie paragraaf 6.5).

26 *Kabinetsstandpunt*, pp. 2 en 3.

Hij wijst op de globaal verwoorde kabinetsvoorstellen met betrekking tot de toerusting van arbodiensten (gericht op het voorkomen van ziekteverzuim en het begeleiden van verzuimende werknemers)²⁷ en met betrekking tot de toerusting van het zorgstelsel (waarmee kan worden ingegaan op de problemen inzake doelmatigheid en wachttijden)²⁸. In de volgende paragrafen van dit advies wordt op deze onderdelen van het kabinetsstandpunt nader ingegaan; daarbij formuleert de raad enkele voorstellen ter oplossing van de geïnventariseerde knelpunten in de gezondheidszorg.

Daaraan voorafgaand zij vermeld dat de raad met instemming kennis heeft genomen van de kabinetsinitiatieven sinds februari 1997 welke zijn gericht op de noodzakelijke verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg. De raad wijst in het bijzonder op de brief van 16 februari 1998 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer naar aanleiding van de beleidsdiscussie over de wachttijden in de ziekenhuiszorg en de spanningsvelden rondom voorrangszorg voor werknemers in relatie met de privatisering van de sociale zekerheid²⁹.

Ten slotte verheugt het de raad dat een groot aantal 'partijen in het veld' (waaronder de Stichting van de Arbeid) op 12 maart 1998 de nota *Structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector; een bijdrage tot tijdigheid van adequate zorg in relatie tot patiënt en werk* hebben aangeboden aan de Tweede Kamer en aan de betrokken bewindspersonen van VWS en SZW. Het plan van aanpak – gebaseerd op de uitgangspunten dat tweedeling en voorrangszorg ongewenst zijn en dat initiatieven voor snellere zorgverlening derhalve voor eenieder moeten gelden – bevat tal van concrete aanbevelingen en maatregelen die kunnen bijdragen tot het oplossen van de geanalyseerde knelpunten. In onderstaand kader worden deze in het kort weergegeven (zie kader).

27 *Kabinetsstandpunt*, p. 11.

28 *Kabinetsstandpunt*, pp. 13-15.

29 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6.

Actiepunten en aanbevelingen plan *Structurele Aanpak van Wachttijden in de Zorgsector*

- uniforme registratie en transparantie over wachtlijsten voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verwijzers;
- transparantie voor het publiek;
- zorgbemiddeling door zorgverzekeraars;
- bevordering doelmatigheid van de logistiek in de organisatie van de zorg;
- opheffing van de belemmeringen in de financiering van de zorg;
- bevordering van de kennis en aandacht met betrekking tot het aspect patiënt en arbeid;
- verbetering samenwerking tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg en de arbozorg;
- verbetering van de kwaliteit van de arbo-infrastructuur;
- bevordering van gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg;
- tijdelijke inzet van extra financiële middelen ter verkorting van wachtlijsten;
- normering van levertijden.

De raad constateert met instemming dat het plan van aanpak op een brede steun kan rekenen; het wordt gedragen door centrale organisaties van werkgevers en van werknemers, en door de partijen in de zorgsector (zorgverzekeraars, artsen, ziekenhuizen en de AGGZ), arbodiensten en patiëntenorganisaties. Ook het kabinet en de Tweede Kamer hebben het plan ondersteund (zie paragraaf 2.1.1). De raad gaat ervan uit dat het actieplan voortvarend ter hand wordt genomen en dat de actiepunten spoedig worden geïmplementeerd en geoperationaliseerd.

In de volgende paragrafen gaat de raad nader in op enkele actiepunten en aanbevelingen. Deze beleidslijnen dienen in hun onderlinge samenhang te worden beschouwd.

6.5 Terugdringing wachttijden en -lijsten

Algemeen

Wachttijden en -lijsten kunnen leiden tot uitstel van diagnosestelling en behandeling en daardoor een onnodige verlenging van verzuimduur met zich brengen en als gevolg daarvan de kans op terugkeer in het arbeidsproces verkleinen. Gerichte aanpak van problematische wachttijden kan in de ogen van de raad dan ook, naast een meer algemene bijdrage aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, een specifieke bijdrage inhouden aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De raad is zich ervan bewust dat een adequate oplossing van problematische wachttijden op gespannen voet kan staan met de thans vigerende aanbodregulering.

Of een wachttijd als problematisch moet worden beschouwd, is afhankelijk van het gehanteerde referentiekader, dat naast een aantal objectieve (medische, maatschappelijke) factoren onvermijdelijk ook subjectieve elementen kan bevatten. In dit advies staat voor de raad de maatschappelijke invalshoek centraal. Afhankelijk van de aandoening in kwestie kan het noodgedwongen doormaken van wachttijd betekenen dat de patiënt in afwachting van de diagnose of de behandeling ook ernstig wordt belemmerd in zijn dagelijks functioneren, in het bijzonder waar het om deelname aan het arbeidsproces gaat. Daarnaast kan ook worden genoemd de situatie waarin een werkzoekende in afwachting is van een curatieve behandeling en in die tijd geen serieuze kandidaat kan zijn voor potentiële werkgevers.

Wachttijsten en wachttijden behoeven, zo realiseert de raad zich, niet altijd als problematisch of als onaanvaardbaar te worden beschouwd. In een aantal gevallen hebben wachttijden en -lijsten immers ook een nuttige functionele waarde. Dat neemt niet weg dat er ook sprake kan zijn van problematische of zelfs onaanvaardbare wachttijden.

De raad stelt met instemming vast dat thans een brede consensus aanwezig is 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. Naast financiële en organisatorische belangen van werkgevers bij een snelle terugkeer van zieke werknemers, en het evidente belang van de patiënt om weer snel 'de oude te zijn' en volwaardig te kunnen functioneren, zijn daarmee ook bredere, maatschappelijke belangen gediend.

Van belang acht de raad vooral dat overeenstemming bestaat over het uitgangspunt dat specifieke maatregelen geen inbreuk mogen maken op fundamentele basisnormen in de gezondheidszorg, zoals het recht op gelijke behandeling, het toestemmingsvereiste en de privacybescherming (zie paragraaf 6.4).

Dit betekent onder meer dat beleidsinitiatieven gericht op voorrangsbehandeling voor bepaalde sociaal-economische categorieën niet aan de orde zijn gelet op het daaraan inherente risico van tweedeling in de gezondheidszorg. Evenwel is de raad het met de minister van VWS eens dat in individuele gevallen sociaal-medische criteria een rol kunnen spelen bij de bepaling van de zorg-

behoefte en het plan van behandeling³⁰. Dit maakt het in beginsel mogelijk dat de werksituatie van de patiënt mede wordt betrokken in de bepaling van de zorgbehoefte. Wel veronderstelt dit, naast een omslag in attitude, de aanwezigheid van specifieke kennis bij de behandelend arts dan wel, eventueel, afstemming en informatie-uitwisseling met bedrijfsarts en verzekeringsarts (zie paragraaf 6.6).

In het licht van het voorgaande lijkt het volgens de raad vooral van belang de inspanningen te richten op een beperking van de toegangstijd tot de gezondheidszorg (periode tussen intreden klacht en eerste consult of diagnostiek). Onder alle omstandigheden en voor alle partijen is het immers van belang dat zo snel mogelijk bekend is wat er medisch aan de hand is en wat er eventueel moet gebeuren. Verkorting van deze wachttijd kan al veel winst opleveren voor het totale behandeltraject. Voor werknemers moet dit als onderdeel van de totale sociaal-medische begeleiding worden gezien, hetgeen zijn plaats moet krijgen in de initiatieven tot verbetering van de samenwerking met de arbozorg en socialeverzekeringssector (zie paragraaf 6.6.).

Naast een snel inzicht in de mogelijke curatieve aspecten van een ziektebeeld in relatie tot het te volgen reïntegratietraject dient een snelle diagnose omgekeerd ook het verkrijgen van een goed inzicht door de behandelend arts van de sociaal-medische aspecten van het individuele geval. Dit inzicht kan hij dan (indien daartoe aanleiding bestaat) een rol laten spelen in de verdere behandeling en eventuele doorverwijzing van de patiënt.

De raad is van oordeel dat het door de minister van VWS ingezette tweesporenbeleid (zie paragraaf 6.1) alsook het door partijen in het veld opgestelde plan van aanpak belangrijke en waardevolle aanzetten bevat voor een brede en structurele aanpak van de wachttijden in de zorgsector. Vastgesteld kan worden dat minister en veld het over de belangrijkste onderdelen van de beoogde beleidsintensivering eens zijn. Sommige actiepunten hebben daarbij een bredere strekking en betreffen de meer algemene inrichting van de zorgsector. Onderstaand staat de raad stil bij enkele van de aanbevolen maatregelen die specifiek voor de wachttijdproblematiek van belang zijn.

30 De minister van VWS heeft deze opvatting neergelegd in twee nota's aan de Tweede Kamer: de notitie *Wachttijden in de curatieve zorg* van 17 december 1996 (Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 170, nr. 1) en de notitie *Wachttijden en tweedeling* van 16 februari 1998 (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 170, nr. 6).

Uniforme en toegankelijke informatie voor partijen over wachtlijsten en toegangstijden

Op dit moment is het voor verwijzers en zorgverzekeraars lastig om adequaat te worden geïnformeerd over toegangstijden en klinische wachttijden. Dit betreft bijvoorbeeld de toegangstijden voor een eerste polikliniekbezoek, de wachttijden bij de Riagg's en de globaal te verwachten wachttijden voor de belangrijkste ingreepcategorieën. Dit staat een goede en effectieve invulling van de verwijstaak alsook een efficiënte benutting van de aanwezige capaciteit, en daarmee een beperking van onnodige wachttijd, in de weg.

Volgens de raad is dan van belang dat de informatie over toegangstijden en wachttijden goed toegankelijk wordt gemaakt voor verwijzers, zorgverleners, bedrijfsartsen, zorgverzekeraars en patiënten/cliëntenorganisaties. Meer transparantie van bestaande wachtlijsten en -tijden maakt ook betere maatregelen mogelijk om te lange wachttijden gericht te bestrijden, bijvoorbeeld door tijdelijke capaciteitsuitbreiding. Een en ander kan worden bereikt door het NZi/NVZ-model voor uniforme registratie expliciet vast te leggen in lokale overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast zouden de mogelijkheden van de nieuwste ICT-technologieën kunnen worden benut bijvoorbeeld door het toegankelijk maken van gerichte informatie via Internet en intranetsystemen. Daarbij kan het om doelgroepgerichte informatie gaan, waarbij de toegang afhankelijk is van de bevoegdheid van de raadpleger (publieksdeel voor iedere burger; besloten deel voor verwijzers en bedrijfsartsen). Vooral dit laatste acht de raad van belang in verband met het voorkomen van oneigenlijk gebruik van gevoelige informatie.

Ook patiënten zelf hebben te weinig toegang tot relevante achtergrondinformatie met betrekking tot wachtlijsten. Daarnaast is het voor hen moeilijk om relevante cijfermatige gegevens te verkrijgen. Patiënten zijn daardoor vaak niet op de hoogte van alternatieve mogelijkheden die via zorgbemiddeling kunnen worden opgespoord. Hieraan kan worden tegemoetgekomen door de bestaande informatie meer toegankelijk te maken, zoals via het hiervoor genoemde Internet. Verder kan worden gedacht aan intensieve voorlichtings- en informatiecampagnes via de daartoe aangewezen kanalen. Ook kan het een vast aandachtspunt worden in het overleg tussen patiënt en arts, waarbij de laatste gebruik kan maken van de hem ter beschikking staande gegevens (niet iedere burger heeft immers toegang tot Internet).

Als gevolg hiervan kan meer duidelijkheid voor het publiek ontstaan, hetgeen de consumentenpositie met betrekking tot wachtlijsten versterkt. Zo ook zullen patiënten meer keuzemogelijkheden krijgen.

Zorgbemiddeling

Wachttijden, zo blijkt in de praktijk van de zorgverzekeraars, kunnen vaak voorkomen worden door actief na te gaan of voor een geïndiceerde ingreep bij een andere zorgverlener wellicht een minder lange of helemaal geen wachttijd geldt. Via zorgbemiddeling kan vervolgens worden bereikt dat de patiënt daar terecht kan. Zorgbemiddeling houdt aldus in dat een zorgvrager door bemiddeling van met name de zorgverzekeraar in contact wordt gebracht met een zorgverlener met als doel het tijdig realiseren van adequate zorg. Deze bemiddeling kan in principe door verschillende actoren in het zorgproces worden verzorgd. Zo heeft de verwijzer (meestal de huisarts) een taak om zijn patiënt adequaat te informeren en te adviseren. Ook vrijwel alle zorgverzekeraars beschouwen het als hun taak om zorgbemiddeling te verzorgen voor verzekerden die zich melden vanwege problemen met lange wachttijden.

Naar het oordeel van de raad zou kunnen worden gezien of deze ontwikkeling verder gestimuleerd zou kunnen worden in samenhang met het hierboven bepleite systematisch toegankelijk maken van beschikbare wachtlijstinformatie. Daarbij zou erop moeten worden toegezien dat zorgbemiddelaars geen onderscheid maken naar bepaalde categorieën verzekerden. In dit verband ziet de raad een rol weggelegd voor de regionale patiënten/consumentenplatforms.

Normering wachttijden door vaststelling maximale levertijden

Normering van wachttijden door het stellen van maximale levertijden voor zorgproducten kan ertoe bijdragen dat zorgvragers in ieder geval binnen zekere grenzen aan de beurt komen. Risico is wel dat maximale levertijden voor zorgverlening in de praktijk gaan functioneren als streefnormen dan wel worden beschouwd als gangbare normen.

De raad pleit er nochtans voor dat onderzocht wordt in hoeverre normering van wachttijden mogelijk is. Daartoe dient voor een aantal indicatiegebieden inzicht te worden verkregen in wat met name maatschappelijk aanvaardbare wachttijden zijn.

Budgettaire verruiming

Zoals de minister van VWS ook al aangeeft in haar beleidsnota's terzake, valt de wachttijdproblematiek voor een deel terug te voeren op een absoluut capaciteitstekort vanwege niet-toereikende financiële middelen ('krapte-effecten').

Alleen al om die reden lijkt ook de raad een zekere budgettaire verruiming onvermijdelijk, zulks als onderdeel van een algemene verruiming van het budgettaire kader voor de volumegroei in de gezondheidszorg. Vast staat immers dat de groeinorm uit het regeerakkoord 1994 van 1,3 procent, gezien de systematische overschrijding daarvan in de daaropvolgende jaren, geen realistische taakstelling was voor de volumegroei in de gezondheidszorg. Dit hangt

enerzijds samen met de achterstanden in de informatievoorziening in de zorgsector die ertoe leiden dat de informatie die benodigd is voor het maken van betrouwbare uitgavenramingen niet tijdig beschikbaar komt. Daarnaast zijn er meer structurele factoren aan te wijzen die verantwoordelijk zijn voor de voortdurende overschrijdingen in de zorgsector. Bij ongewijzigd beleid zullen deze factoren zich ook in de toekomst manifesteren. Daarbij gaat het allereerst om de invloed van demografische factoren (bevolkingsgroei, vergrijzing) op de ontwikkeling van de volumegroei in de gezondheidszorg. Van dergelijke factoren zal ook in de komende jaren een opwaartse werking uitgaan, zij het dat dit minder dan voorgaande jaren het geval kan zijn als gevolg van het saldo van enerzijds het neerwaartse effect van een teruglopende bevolkingsgroei en anderzijds het opwaartse effect van vergrijzing. Verder speelt ook een combinatie van factoren aan vraag- en aanbodzijde een rol, zoals epidemiologische ontwikkelingen, welvaartsontwikkelingen en de komst van betere en duurdere medische technieken (trendmatige ontwikkelingen).

In zijn advies over het sociaal-economisch beleid 1998-2002 komt de raad dan ook – in weerwil van de ook door hem voorgestane verdere inspanningen om tot een betere kostenbeheersing te komen – tot de conclusie dat, gelet op de evidente knelpunten die zich thans in bepaalde zorgsectoren voordoen en om te vermijden dat in de volgende kabinetsperiode sprake zal zijn van voortdurende overschrijdingen die tot compensatie elders nopen, er niet aan ontkomen kan worden van een hogere volumegroei uit te gaan als basis voor een reële uitgavennorm. In dat verband acht de raad het van belang dat de prijsontwikkeling in de zorgsector voor de komende kabinetsperiode thans hoger wordt geraamd dan de prijsontwikkeling van het bruto binnenlands product, die voor het uitgavenkader – ook in de zorg – als deflator wordt gehanteerd³¹.

Over de vraag welke volumegroei nu precies voor de komende jaren als basis voor een reële uitgavennorm moet worden aangehouden, geven de verschillende onderzoeksrapporten geen uitsluitsel. Geconstateerd kan worden dat overeenstemming bestaat over het uitgangspunt dat voor het opvangen van de effecten van de demografische ontwikkelingen de komende jaren ongeveer 1 procent nodig is, en dat de meeste onderzoeken het effect van trendmatige ontwikkelingen op het zorgvolume op ongeveer 1 procent inschatten (zie paragraaf 3.6.2)³². Met andere woorden, op basis van de huidige inzichten is het plausibel te stellen dat bij ongewijzigd beleid een volumegroei van om en nabij 2 procent het uitgangspunt zou moeten zijn voor een reële uitgavennorm.

31 SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1998-2002*, op.cit., paragraaf 3.4.3.

32 Ministerie van VWS, *Met zorg zorg ramen*, conferentie 9 april 1998.

Inhaalslag

Naast maatregelen die nodig zijn om een structurele oplossing van de wachttijdenproblematiek te bewerkstelligen, is er naar de mening van de raad ook behoefte aan de inzet van tijdelijke maatregelen om de problematische wachttijden en wachtlijsten versneld tot aanvaardbare omvang terug te brengen. Het plan van aanpak van 12 maart 1998 noemt in dit verband als indicatie 75 miljoen gulden per jaar gedurende de komende vijf jaren.

Het kabinet heeft vooralsnog alleen voor de jaren 1997 en 1998 extra middelen voor tijdelijke extra productie ter beschikking willen stellen ten bedrage van 50 miljoen respectievelijk 75 miljoen gulden.

De raad dringt erop aan dat bij de formatie van het nieuwe kabinet ruimte wordt gecreëerd en afspraken worden gemaakt voor het voortzetten van deze lijn in de komende jaren. Gegeven de ervaringen met het Wachttijstfonds 1997 is van belang dat daarbij tot een alternatieve verdelingssystematiek wordt gekomen die de structurele aanpak van wachtlijsten en -tijden ondersteunt. Daartoe zouden volgens de raad de volgende uitgangspunten moeten worden gehanteerd:

- inbreng van lokale partijen met betrokkenheid van het bedrijfsleven;
- belonen van samenwerking;
- extra productie niet alleen toekennen aan instellingen met lange wachtlijsten maar ook aan instellingen met korte wachtlijsten die extra zorg kunnen leveren om wachtlijsten elders te helpen terug te dringen;
- extra middelen uitsluitend toekennen indien aan voorwaarden zoals adequate transparantie is voldaan;
- ruimere openstelling moet tot de mogelijkheden behoren;
- ook tekorten bij andere zorginstellingen dan ziekenhuizen aanpakken (thuiszorg, verpleeghuizen, reïntegratiecentra).

Afrondend

Ofschoon het verschijnsel van wachtlijsten en wachttijden aanvankelijk aanleiding gaf tot uiteenlopende reacties en visies met betrekking tot de wijze van aanpak, stelt de raad met instemming vast dat thans een brede consensus aanwezig lijkt te zijn over de uitgangspunten en hoofdlijnen van een structureel beleid ter beperking van wachttijden in de zorgsector. Belangrijke elementen zijn:

- geen doelgroepgebonden voorrangszorg, geen tweedeling;
- wel ruimte voor sociaal-medische indicaties in individuele gevallen;
- meer specifieke kennis over arbeidsrelevante aandoeningen in gezondheidszorg;
- structureel extra middelen met aanpassing financieringsstructuur;
- doelgerichte inzet van extra tijdelijke middelen.

De raad verwacht dat een beleid vormgegeven langs deze lijnen op een breed politiek en maatschappelijk draagvlak kan rekenen en op afzienbare termijn over een brede linie tot een betekenisvolle verlichting van de wachttijdproblematiek kan leiden. In de mate dat dit het geval zal zijn zal in samenhang daarmee bij sommige partijen de behoefte afnemen om binnen of buiten het reguliere kanaal van de zorgverlening voor afzonderlijke groepen versnelde hulpverlening te organiseren.

6.6 Verbetering bijdrage gezondheidszorg aan behandeling arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten

Algemene beleidslijnen

Hoofdstuk 4 bevat een inventarisatie van belemmeringen in de zorgsector voor het optimaal behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten. Het betreft in het bijzonder de tekortschietende attitude en kennis in de zorgsector van de sociaal-medische en arbeidsrelevante aspecten van ziektes en aandoeningen; daarnaast leidt de gebrekkige samenwerking en informatie-uitwisseling tussen huisartsen en bedrijfs- en verzekeringsartsen tot knelpunten, welke onder meer worden veroorzaakt door de gehanteerde procedures (vooral schriftelijke informatie-uitwisseling; groot tijdsbeslag).

Deze analyse indiceert volgens de raad de urgentie om te werken aan een verbetering van de kwaliteit en de effectiviteit van de (gezondheids)zorg voor (potentiële) werknemers. Daartoe acht de raad een reële vergroting nodig van de aandacht, kennis en vaardigheden met betrekking tot de relatie patiënt-arbeid in de curatieve sector en de AGGZ. Het daarop gerichte beleid dient zoveel als mogelijk te worden gedragen door partijen in het veld. In dit verband wijst hij met instemming op de actiepunten en aanbevelingen in het reeds genoemde Plan van Aanpak om de deskundigheid van artsen en andere hulpverleners in de curatieve sector en de AGGZ bij de diagnose en behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen te bevorderen; onder meer door het versterken van de affiniteit van de zorgsector bij het belang om deze werknemers zo spoedig mogelijk, mits medisch verantwoord, te laten terugkeren in het arbeidsproces moeten zij worden aangespoord tot een meer actieve opstelling ten aanzien van de reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Daartoe acht de raad ook een effectief beleid nodig gericht op een functionele verbetering van de samenwerking, communicatie en afstemming tussen de medici en beroepsbeoefenaren onderling, in het bijzonder tussen de drie onderscheiden sectoren, te weten: de curatieve somatische en geestelijke gezondheidszorg (huisartsen, medisch specialisten, beroepsbeoefenaren geestelijke gezondheidszorg, fysiotherapeuten), de arbozorg/bedrijfsgezondheidszorg en

de socialeverzekeringssector (bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen) in het bijzonder.

Mede met het oog op de vergroting van de deskundigheid en de verbetering van de samenwerking stelt de raad voorts voor de kennisinfrastructuur in de sfeer van de arbeidsomstandigheden uit te bouwen en de mogelijkheid te openen om onder bepaalde voorwaarden gespecialiseerde voorzieningen op het gebied van aandoeningsgerichte zorg op te zetten. In dit verband beveelt de raad ten slotte de betrokken partijen aan programma's te ontwikkelen gericht op een integrale benadering van alle onderdelen van het zorgproces (ketenbenadering).

De bovenstaand geschetste algemene lijnen impliceren dat het beoogde beleid volgens de raad gestalte dient te krijgen langs verschillende sporen, welke onderstaand nader worden uitgewerkt.

Vergroting aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot arbeids-relevante aandoeningen

Naar het oordeel van de raad leiden maatregelen ter bevordering van de deskundigheid van artsen en hulpverleners zowel in de curatieve sector als in de AGGZ (inclusief het algemeen en het bedrijfsmaatschappelijk werk) bij de diagnose en behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen tot een betere zorg en een meer efficiënte behandeling van zieke werknemers. De raad volstaat hier met het noemen van enkele mogelijkheden.

Zo beveelt hij aan de (basis)opleiding van artsen en andere relevante disciplines aan te passen (meer aandacht voor arbeidsomstandigheden, arbeidsrelevante aandoeningen en socialezekerheidsaspecten van patiënten) en bij- en nascholing en deskundigheidsbevordering te stimuleren.

Vervolgens acht de raad de implementatie van de afspraken tussen huisartsen en bedrijfsartsen met betrekking tot de verwijzing naar de gezondheidszorg bij arbeidsrelevante aandoeningen van belang (zie verder). De raad begroet met instemming de gezamenlijke visie van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) zoals verwoord in het document *Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers* (april 1998); daarin wordt onder meer gewezen op het belang dat de huisarts in geval van arbeidsverzuim 'standaard' bij (telefonische) patiëntencontacten het aspect arbeid meeneemt (de vraag of betrokkene verzuimt en of er relaties zijn tussen de gezondheidsklachten en het werk) en dat bij de medicatie rekening wordt gehouden met effecten op het eventueel te hervatten werk; onnodig lang verzuim kan immers de arbeidsmarktpositie van de werknemer be-

dreigen³³. In dit verband onderschrijft de raad de LHV/NVAB-visie dat gewaakt dient te worden voor het sneller hervatten van het werk dan raadzaam is voor de gezondheid of voor mogelijke aandrang tot ongewenste therapie in plaats van het afwachten van het natuurlijk ziektebeloop.

Ten slotte acht de raad het wenselijk dat ook voor medisch specialisten soortgelijke maatregelen worden overwogen en geïmplementeerd.

Samenwerking huisartsen-bedrijfsartsen

Naar de mening van de raad is vervolgens ook de verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers een prioriteit in het beleid inzake sociale zekerheid en gezondheidszorg. Hij acht dit des te meer opportuun nu alle werknemers per 1 januari 1998 toegang dienen te hebben tot een gecertificeerde Arbodienst waarbij bedrijfsartsen en andere arbeidsdeskundigen werkzaam zijn. De raad stemt in met de beleidslijn zoals uitgezet in het kabinetsstandpunt van februari 1997; deze houdt in dat met het oog op een nauwere samenwerking tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen in eerste instantie de in gang gezette initiatieven van de medische professionele organisaties worden ondersteund. Tevens acht de raad het – met de Stichting van de Arbeid³⁴ – wenselijk en nuttig dat de betrokken beroepsgroepen tot afspraken komen langs de lijnen zoals aanbevolen in het NIA/TNO-rapport *Voor verbetering vatbaar* (zie paragraaf 4.4.2). In dit verband verheugt het de raad dat de LHV en de NVAB – mede naar aanleiding van deze aanbevelingen – in april 1997 een overeenkomst hebben gesloten om de wederzijdse samenwerking te verbeteren en dat zij (zoals reeds is vermeld) op basis daarvan in april 1998 een gezamenlijke visie hebben ontwikkeld op de plaats en taak van beide disciplines en op de samenwerking van bedrijfsartsen en huisartsen³⁵. De raad is het eens met de daarbij gehanteerde uitgangspunten, zoals: het centraal staan van het behoud van gezondheid, arbeidsgeschiktheid en arbeidsparticipatie van de werknemer bij de sociaal-medische begeleiding; het bevorderen van preventie van gezondheidsschade en van reïntegratie na ziekte; het zoveel mogelijk voorkomen van medicalisering en het vermijden van tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden.

33 LHV en NVAB, *Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers*, Utrecht 1998, pp. 14-16.

34 Brief van 19 januari 1998 van de Stichting van de Arbeid aan de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, betreffende 'Wachttijden in de gezondheidszorg'.

35 LHV en NVAB, *Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers*, op.cit.

In paragraaf 4.3 is vastgesteld dat de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen gebrekkig is, onder meer vanwege de perceptie van de positie van de bedrijfsartsen; ook de discrepantie tussen formele regelgeving en feitelijke praktijk speelt daarbij een rol. Uitgaande van de eindverantwoordelijkheid van de werkgever voor het ziekteverzuimbeleid, die daarbij op grond van de Arbowet wordt bijgestaan door een Arbodienst, dringt de raad erop aan dat bedrijfsartsen hun taken adequaat kunnen uitoefenen, dit wil zeggen met behoud van professionele onafhankelijkheid. Bij de claimbeoordeling terzake van de loondoorbetalingsplicht bij ziekte kan de werkgever gebruikmaken van het advies van de bedrijfsarts dat betrekking kan hebben op de vraag of een werknemer al dan niet in staat is tot het verrichten van arbeid en welke maatregelen op de werkplek moeten worden genomen om werkherleving mogelijk te maken³⁶; van belang daarbij is ook dat medisch-inhoudelijke gegevens alleen met uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de werknemer aan de werkgever mogen worden verstrekt.

Als leidraad voor de positie van de bedrijfsarts in dezen kan volgens de raad worden gehanteerd de reeds genoemde gezamenlijke visie van LHV en NVAB met betrekking tot de onderlinge afbakening van de taken; daarin zijn ook afspraken over de onderlinge afstemming en samenwerking opgenomen³⁷. In deze visie wordt het van groot belang geacht dat huisartsen en bedrijfsartsen samenwerken op basis van gelijkwaardigheid, met respect voor elkaars deskundigheid en onafhankelijke positie, die huisartsen vanouds bezitten en die bedrijfsartsen in een ingrijpend gewijzigde (wettelijke) context opnieuw hebben moeten definiëren. De ontwikkeling door de NVAB van een Professioneel Statuut is in dit verband een belangrijke stap. In de gezamenlijke visie van LHV en NVAB wordt ook bepaald dat huisartsen en bedrijfsartsen binnen hun deskundigheidsgrenzen werken, onder meer op basis van hun basistakenpakket, respectievelijk het reeds genoemde Professioneel Statuut. Dit statuut geldt als een extra waarborg voor de onafhankelijke positie en oordeelsvorming van de bedrijfsarts tegenover de werkgever, werknemer en Arbodienst. De raad acht het ten eerste van belang dat de Branche Organisatie arbodiensten (BOA) dit Statuut heeft aanvaard en zal inpassen in de kwaliteitssystemen van arbodiensten, en dat het statuut ook onderdeel wordt van de per 1 juli 1998 voor arbodiensten geldende certificeringseisen.

36 In dit verband zij gewezen op de volgende passage uit de memorie van toelichting bij de op 1 januari 1994 ingevoerde Wet TZ/Arbo: "Gelet op de verantwoordelijkheid die de werkgever ingevolge de wijziging Arbowet heeft voor het voeren van een adequaat en effectief ziekteverzuimbeleid zal de werkgever de taken samenhangende met controle/claimbeoordeling gedurende de eerste zes weken van ziekte zelf uitvoeren. De werkgever moet zich laten ondersteunen door een gecertificeerde Arbodienst."

37 De deskundigheid van huisartsen heeft betrekking op het gebied van de generalistische curatieve geneeskunde, daar waar bedrijfsartsen deskundig zijn ten aanzien van de preventie, diagnostiek en begeleiding van de arbeidsgebonden gezondheidsproblematiek.

De raad beveelt aan dat voor de afbakening van de taken van huisartsen en bedrijfsartsen wordt gewerkt langs de lijnen zoals neergelegd in het LHV/NVAB-document (inclusief het daarbijbehorende plan van aanpak). Tevens geeft hij de betrokken partijen in overweging dat dergelijke initiatieven ook worden ontplooid ten aanzien van de relatie tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen alsook met betrekking tot de verhouding tussen enerzijds de behandelaars in de gezondheidszorg en anderzijds de bedrijfs- en verzekeringsartsen. Met betrekking tot laatstgenoemd punt verwijst de raad hier naar de in december 1996 door bedrijfs- en verzekeringsartsen opgestelde Lisv-standaard *Communicatie met behandelaars. Richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars* (paragraaf 4.4.2).

Voorts wacht de raad met belangstelling de resultaten af van de andere door LHV en NVAB aangekondigde initiatieven, zoals onder meer het vaststellen van richtlijnen aangaande het bepalen van arbeidsongeschiktheid, het faciliteren van de wederzijdse informatie-uitwisseling en het opzetten van regionale experimenten ter stimulering van de samenwerking.

Ook stelt de raad voor de beoogde samenwerking te verbeteren via het betrekken van informatie- en communicatietechnologie bij het stroomlijnen van gegevensstromen. Daarbij dient wel de bescherming van de privacy van de werknemers afdoende te zijn gewaarborgd. In dit verband verwijst de raad naar het onlangs bij de Tweede Kamer ingediende voorstel van Wet bescherming persoonsgegevens.

Ten slotte acht de raad het noodzakelijk dat de effecten van het LHV/NVAB-initiatief zorgvuldig worden gevolgd, hetgeen naar zijn mening ook betrekking dient te hebben op het reeds genoemd Professioneel Statuut van bedrijfsartsen. De raad gaat ervan uit dat – binnen de kaders van de huidige wet- en regelgeving – een beleidsaanpak welke in hoofdlijnen is gebaseerd op het LHV/NVAB-document en het Professioneel Statuut kan bijdragen tot het oplossen van de thans gesignaleerde knelpunten met betrekking tot de positie van arbo-diensten/bedrijfsartsen (zie paragraaf 4.3.). Dit neemt niet weg dat hij met klem erop aandringt een en ander op korte termijn te evalueren, waarbij naar zijn mening een nieuwe open afweging van beleidsopties mogelijk moet zijn.

Tweedelijs(kennis)infrastructuur arbeidsomstandigheden

Mede in het perspectief van een betere samenwerking tussen gezondheidszorg en arbosector acht de raad vervolgens ook een aanpassing van de tweedelijs-infrastructuur arbeidsomstandigheden wenselijk. Daarbij is overigens ook van belang dat voor alle arbeidsorganisaties sinds begin 1998 de verplichting geldt om voor het arbeidsomstandighedenbeleid gebruik te maken van arbodiensten.

In dit verband verwijst de raad naar het advies *Tweedelijnsinfrastructuur arbeidsomstandigheden* van 1997 van zijn Commissie Arbeidsomstandigheden³⁸. Daarin kwam deze commissie tot het oordeel dat een goede onderzoeks- en adviesinfrastructuur van grote betekenis is voor de toekomstige ontwikkeling van het arbeidsomstandighedenbeleid en dat de overheid een *pri-maire* verantwoordelijkheid heeft voor de instandhouding en ontwikkeling van een tweedelijnsinfrastructuur; in het bijzonder met betrekking tot de aansturing en de financiering van de tweede lijn zal de overheid een structurele rol moeten blijven spelen. Een en ander neemt niet weg dat ook de rol van de andere partijen in de zorg van de tweede lijn kan worden verbeterd.

Met het oog op een verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan vermindering van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers bepleit de raad een zodanige inrichting van de tweedelijnsinfrastructuur arbeidsomstandigheden dat deze een maximale ondersteuning kan bieden aan arbodiensten, gezondheidszorg en bedrijfsleven. Derhalve dient ook de zorg voor arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten daarin op gepaste wijze een plaats te krijgen. Dit moet leiden tot een kwalitatief betere arbozorg die de doelstellingen van preventie, begeleiding en advisering ten aanzien van arbeidsrelevante aandoeningen beter dan thans kan realiseren.

Naast kennisverwerving en -bundeling acht de raad het ook van belang de toegankelijkheid van de beschikbare kennis te vergroten, onder meer door meer mogelijkheden en middelen voor kennisoverdracht. Volgens de raad kan worden gestreefd naar de ontwikkeling van een of meer centra waarin kennis wordt verzameld en ontwikkeld, maar ook optimaal toegankelijk wordt gemaakt voor zorgverleners en bedrijfsartsen. Verder acht de raad het van belang dat een en ander gebeurt in goede samenwerking met de curatieve sector en de AGGZ.

Daarnaast acht hij het wenselijk dat door de overheid meer middelen worden geïnvesteerd in het vakgebied arbeidsgeneeskunde, zoals onderzoek, richtlijnontwikkeling, deskundigheidsbevordering en de creatie van steunpunten voor specialistische vragen.

Ten slotte heeft de raad goede nota genomen van de brief van 5 februari 1998 van de staatssecretaris van SZW aan de Tweede Kamer waarin enkele initiatieven met betrekking tot de tweedelijnsinfrastructuur worden aangekondigd, zoals de oprichting van een platform voor overleg tussen de betrokken partijen, hetgeen ook de SER-Commissie Arbeidsomstandigheden heeft aanbe-

38 SER-Commissie Arbeidsomstandigheden, *Tweedelijnsinfrastructuur arbeidsomstandigheden*, op.cit.

volen. De raad wacht met belangstelling de uitkomsten van deze initiatieven af en gaat ervan uit dat de door hem bepleite aanpassing wordt betrokken bij de verdere invulling van het beleid terzake.

Gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg

Mede met het oog op een bevordering van de kennis en deskundigheid met betrekking tot de relatie patiënt-arbeid acht de raad het – met het kabinet – wenselijk om binnen de reguliere gezondheidszorg de specifieke kennis en ervaring te bundelen voor de diagnose en behandeling van specifieke en redelijk frequent voorkomende al dan niet arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten. Deze zogeheten gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg dient te zijn gericht op het duurzaam gezond houden van mensen die (kunnen) lijden aan specifieke aandoeningen, en daarmee ook op het voorkomen van ziekteverzuim; ook moet deze zorg mede gericht zijn op de terugkeer in het arbeidsproces. Voorts zijn dergelijke voorzieningen niet alleen van direct belang voor de betrokken werknemers, maar kunnen zij ook een kwaliteitsimpuls vormen voor de arbozorg.

De raad acht dergelijke gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg in de eerste plaats omwille van het kennisaspect van belang; zo kan het voor bedrijfsartsen en artsen in de gezondheidszorg duidelijk worden waar zij voor bepaalde complexe problematieken advies kunnen vragen en waarheen zij de patiënt zo nodig kunnen verwijzen.

Daarnaast acht de raad deze gespecialiseerde zorg ook van belang met het oog op de logistieke inrichting van de gezondheidszorg. Deze zorg maakt een meer efficiënte en een betere aanpak van complexere problematieken mogelijk, onder meer doordat de hulpvraag van de patiënt meer integraal en interdisciplinair wordt benaderd in plaats van volgtijdelijk (zie paragraaf 6.7).

De gespecialiseerde zorg kan worden georganiseerd op het raakvlak van de arbozorg/bedrijfsgezondheidszorg en de gezondheidszorg (zowel de curatieve somatische zorg als de AGGZ). De raad is het met het kabinet eens dat deze gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg dient te worden gerealiseerd binnen de reguliere, tweedelijns gezondheidszorg (bijvoorbeeld in samenwerking met arbodiensten en eventueel ook het bedrijfsleven) en dat daarbij kan worden voortgebouwd op reeds bestaande initiatieven. Tevens heeft hij met instemming kennisgenomen van de kabinetsopvatting dat deze zorg toegankelijk moet zijn voor eenieder (werkend of niet-werkend) met de desbetreffende aandoening. Daarnaast bepleit de raad ook de volgende uitgangspunten en randvoorwaarden te hanteren bij de gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg: geen verdringing van andere zorg; openheid naar derden; waarborgen van goede kwaliteit; creatie van de mogelijkheid dat de huisarts weliswaar de centrale verwijzer blijft, maar dat ook kan worden verwezen op initiatief van

de bedrijfsarts in goed overleg met de huisarts (waarbij overigens ook een beslissende stem toekomt aan de werknemer/patiënt).

Vervolgens acht de raad het wenselijk te bevorderen dat in de reguliere zorg ruimte ontstaat om gespecialiseerde zorg ook met betrekking tot arbeidsrelevante aandoeningen (in het bijzonder voor aandoeningen van het 'houdings- en bewegingsapparaat', huidaandoeningen en aandoeningen van de luchtwegen en voor psychosociale klachten) aan te bieden, in eerste instantie experimenteel, en – bij gebleken succes – op termijn structureel. Dit houdt eveneens in dat de nu reeds bestaande vergelijkbare voorzieningen op termijn worden geïntegreerd in de reguliere zorg.

Zorgketenbenadering

Ten slotte stelt de raad vast dat beroepsgroepen, arbodiensten, zorgverzekeraars en eventuele andere betrokkenen (bijvoorbeeld uitvoeringsinstellingen werknemersverzekeringen) – al dan niet op initiatief van het bedrijfsleven – ernaar streven programma's te ontwikkelen gericht op een ongeknipte, onderling afgestemde en 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). Deze zogeheten zorgketenbenadering of ketendienstverlening kan op termijn op zichzelf genomen leiden tot een beperking van de schadelast zowel op het terrein van de sociale zekerheid (reductie ziekteverzuim en WAO-volume) als op het gebied van de gezondheidszorg (beperking beroep op medische voorzieningen). De raad acht dit dan ook een belangrijke ontwikkeling met het oog op de verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Zoals reeds verwoord in paragraaf 6.4 is hij van oordeel dat daarbij geen afbreuk mag worden gedaan aan primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf, met andere woorden dat in afdoende mate moet worden voldaan aan maatschappelijke en zorginhoudelijke randvoorwaarden (onder meer ten aanzien van kwaliteit en toegankelijkheid).

De raad dringt erop aan dat de belemmeringen in wet- en regelgeving die een dergelijke zorgketenbenadering in de weg staan afdoende worden onderzocht en dat oplossingen voor de bestaande knelpunten worden geïnventariseerd. Daarbij dient ook aandacht te worden besteed aan de mogelijke consequenties voor het gegevensverkeer en de daaraan verbonden aspecten met betrekking tot de bescherming van de privacy.

Voorts gaat hij ervan uit dat de vele betrokken partijen in dezen hun verantwoordelijkheden ten volle opnemen en daarbij ook de regie met betrekking

tot de ontwikkeling van deze programma's zorgvuldig zullen vormgeven. De raad realiseert zich dat vele modellen denkbaar zijn met betrekking tot de vraag bij welke actor(en) de regie binnen de zorgketenbenadering zou kunnen worden neergelegd. Hij acht het thans voorbarig daarop een antwoord te geven en gaat ervan uit dat deze thematiek ook aan de orde komt bij de eventuele adviesaanvraag over het stelsel van ziektekostenverzekeringen (zie paragraaf 6.2).

6.7 Verbetering bijdrage gezondheidszorg door doelmatigheidsverhoging

Algemeen

Het toegenomen belang van een effectief beleid gericht op terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid stelt in de ogen van de raad extra eisen aan een doelmatig functionerend stelsel van gezondheidszorg. Dit betekent dat de gezondheidszorg meer efficiënt en meer effectief bijdraagt aan preventie van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers zonder afbreuk te doen aan de – in paragraaf 6.4 geformuleerde – primaire doelstellingen op het terrein van de gezondheidszorg (onder meer ten aanzien van kwaliteit en toegankelijkheid). De recente ontwikkelingen op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid geven met andere woorden 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 beleidsontwikkelingen in de sociale zekerheid.

De gesignaleerde knelpunten in dit verband hebben als gemeenschappelijke achtergrond dat het beleid gericht op een verhoging van de doelmatigheid in de gezondheidszorg zich tot nu toe vooral heeft gericht op de aanbodzijde. Hoewel dit voor een aantal sectoren ook het meest voor de hand liggende en mogelijk ook enige aangrijpingspunt vormt, bestaat er behoefte aan het op meer flexibele wijze opvangen van het uiteenlopen van vraag en aanbod. 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 van werkgevers en werknemers bij preventie en reïntegratie. Bezien zou daarom 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 terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wordt vergroot.

Aanzetten daartoe zijn overigens al terug te vinden in de meest recente beleidsontwikkelingen zoals beschreven in hoofdstuk 5. De raad licht er een aantal uit.

Kanteling van het zorgproces

Op een aantal diagnosevelden is de organisatie van de zorg zodanig dat er onnodig veel contacten met zorgverleners zijn waardoor ook de totale doorlooptijd langer is dan nodig. Naast het wachten op een behandeling is daarbij ook het beloop van diagnostische trajecten (lange doorlooptijden) een belangrijke factor. Dit geldt zeker voor gevallen waarin sprake is van ziekteverzuim in verband met de klachten, maar ook als een snelle diagnostiek of behandeling om andere redenen wenselijk is. Een en ander hangt samen met de inrichting van het zorgproces. Ziekenhuiszorg is bijvoorbeeld in veel gevallen nog steeds georganiseerd rondom de medisch specialist. De patiënt heeft dan bij doorverwijzing van de ene arts naar de andere arts vaak last van overvolle agenda's en dus van aanzienlijke wachttijden. Tegenwoordig wordt daarom steeds vaker gepoogd het zorgproces in het algemene ziekenhuis juist af te stemmen op en te organiseren rondom categorieën patiënten met dezelfde aandoeningen. Daartoe worden op tevoren afgesproken tijden alle benodigde faciliteiten zoveel mogelijk vrij en beschikbaar gehouden. Aldus is een snelle diagnostiek en, zo nodig, behandeling mogelijk.

De raad is er voorstander van dat deze kanteling van het zorgproces met kracht wordt doorgezet en gestimuleerd. Belangrijk vereiste is dat de instellingslogistiek de verandering van het zorgproces volgt zodat een efficiëntere zorgverlening mogelijk wordt. Zo is bij een meer patiëntgerichte zorgorganisatie onder meer een goede planning nodig om ongewenste bedrijfsmatige inefficiëntie te voorkomen. Daarnaast is belangrijk dat de bestaande negatieve incentives in het huidige budgetteringssysteem zo nodig eerst op tijdelijke dan wel experimentele basis worden weggenomen zodat extra productie mogelijk wordt in het kader van een doelmatiger zorgorganisatie.

Budgettering: wegnemen averechtse prikkels voor doelmatig gedrag

De bestaande vormen van budgettering in het eerste en tweede compartiment kunnen leiden tot averechtse prikkels voor doelmatig gedrag. Gevolg hiervan is dat men niet kan plannen en produceren op basis van een reële lokale behoeftebepaling hetgeen een belemmering is voor een adequate aanpak van ongewenste wachttijden en dus voor een effectieve bijdrage van de zorgsector aan het volumebeleid arbeidsongeschiktheid.

In dit licht acht de raad het van groot belang dat er meer budgettaire ruimte wordt gecreëerd waardoor lokale productieafspraken kunnen 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. Ook dienen de averechtse prikkels voor doelmatig gedrag te worden geëlimineerd dan wel te worden vervangen door juist positieve incentives.

De raad juicht toe dat de eerste stappen hiertoe reeds zijn gezet nu het COTG mede op verzoek van de minister van VWS een aantal beleidsregels heeft aangepast waardoor financiële belemmeringen voor (tijdelijke) extra productie zijn weggenomen. Zeker zolang er sprake is van zorgvernieuwing die gericht is op vergroting van de doelmatigheid, ligt het niet in de rede en kan het zelfs contraproductief werken om de winst daarvan direct in mindering te brengen op het budget. Gedacht kan voorts worden aan regionale experimenten met een aangepaste bekostigingssystematiek, waarbij door zorgverzekeraars gericht voor hun verzekerden zorg kan worden 'ingekocht', op basis van reële behoeften en vraag.

Ten slotte vraagt de raad ook bijzondere aandacht voor de verbetering van de doelmatigheid in de AGGZ-sector. Het traject dat nu voor de Riagg's is uitgezet beschouwt de raad als een eerste stap. Op grond van de aanbevelingen van de Commissie Doelmatigheid Riagg-activiteiten zal in de komende jaren aan de ene kant geïnvesteerd worden in verbeteringstrajecten voor organisaties die op dit moment nog onvoldoende doelmatig functioneren en zal aan de andere kant een beloningstraject worden uitgezet voor instellingen die door hun actieve en innovatieve benadering op dit moment al zeer doelmatig werken.

Aanpassing verzekeraarsbudgettering en revitalisering overeenkomstenstelsel

Voor de zorginkoopmarkt geldt dat er ondanks maatregelen om de positie van verzekeraars te versterken, nog altijd sprake is van onvoldoende *countervailing power* ten opzichte van zorgaanbieders, en dan met name de medische beroepsbeoefenaars. Zo beperken de huidige maximumtarieven in combinatie met de sterke (regionale) positie van de organisatie van beroepsbeoefenaars de mogelijkheden voor verzekeraars om de gepaste zorg in te kopen waarmee kan worden tegemoetgekomen aan de vraag naar specifieke zorgvoorzieningen die mede door het recente beleid met betrekking tot de sociale zekerheid en de arbeidsomstandigheden is gewijzigd en toegenomen. Met het oog op preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers acht de raad het noodzakelijk dat zorg kan worden ingekocht die kan leiden tot een algemene beperking van de wacht- en doorlooptijden en die voldoet aan voorwaarden die betrekking hebben op de deskundigheid van actoren ten aanzien van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten, evenals op hun attituden ten aanzien van patiënten die werknemer zijn. Daarnaast geeft het systeem van verzekeraarsbudgettering ziekenfondsen op dit moment onvoldoende prikkels om doelmatig handelen van zorgverleners

te stimuleren. Mede daardoor is er thans geen sprake van een optimale bijdrage van de gezondheidszorg aan beperking van ziekteverzuim en aan reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

De raad beveelt 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 (bijvoorbeeld het inbouwen van een prikkel voor het beheersen van de gemiddelde kosten van verstrekkingen per verzekerde) en op een herziening van de verhouding tussen vaste en variabele ziekenhuiskosten (bijvoorbeeld het vergroten van het aandeel van de variabele kosten onder overeenkomstige verkleining van het aandeel vaste kosten).

Ook zou moeten worden onderzocht of via verdergaande aanpassing van het overeenkomstenstelsel alsnog een meer evenwichtige 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. In dit verband wacht de raad met belangstelling de komende beleidsvoornemens af welke ter advisering aan de Ziekenfondsraad zullen worden voorgelegd.

Integratie medisch-specialistisch bedrijf

Teneinde ziekenhuizen beter in staat te stellen 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 acht de raad het – met het oog op een adequaat preventie- en reïntegratiebeleid – nodig dat zij meer beleidsvrijheid krijgen. Daartoe is naast een versoepeling van regelgeving onder meer nodig dat overeenkomstig de aanbevelingen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg wordt gekomen tot een integratie van het medisch-specialisme in het ziekenhuisbedrijf. De eerste stappen daartoe zijn inmiddels gezet maar in de ogen van de raad is het van groot belang dat de komende periode het verdere implementatietraject met kracht wordt voortgezet. Dit moet ertoe leiden dat ziekenhuizen alerter, vraaggerichter en vanuit een eenduidige positiebepaling kunnen inspelen op de ontwikkelingen in de zorgmarkt. Twee punten zijn daarbij volgens de raad in het bijzonder van belang.

In de eerste plaats is belangrijk dat verzekeraars in het kader van de jaarlijkse productieafspraken inspraak krijgen bij de bepaling van het aantal assistenten-opleiding en het aantal opleidingsplaatsen voor nieuwe specialisten (door-

breking *closed-shop*-karakter). Daarnaast zou eraan kunnen worden gedacht de contracteerverplichting voor medisch-specialistische zorg te beperken tot een aantal basisfuncties, zodat over de overige vormen van zorg vrij kan worden onderhandeld. Dit kan specialisatie van ziekenhuizen bevorderen, hetgeen van belang kan zijn voor een doelmatige inzet van middelen in het kader van de overgang naar aandoenings- en patiëntgerichte zorg.

Den Haag, 19 juni 1998

K.G. de Vries
voorzitter

N.C.M. van Niekerk
algemeen secretaris

Bijlagen bij Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg

Samenstelling van de Commissie Sociale Zekerheid*leden**plaatsvervangende leden***Onafhankelijke leden**

prof.dr. A.H.J. Kolnaar (voorzitter)
mevrouw prof.mr. I.P. Asscher-Vonk
prof.mr. W.J.P.M. Fase
prof.dr. K.P. Goudswaard
mevrouw drs. L.S. Groenman
dr. K. Groenveld
prof.dr. F. Leijnse
R.L.O. Linschoten

Ondernemersleden

mr. J.W. van den Braak
(Vereniging VNO-NCW)
vacature (MKB-Nederland)
drs. M.W. Dijkshoorn
(Vereniging VNO-NCW)
mevrouw mr. C.S. Frenkel
(Vereniging VNO-NCW)
ing. A. Hekman (LTO-Nederland)
ir. H.M. Smets (LTO-Nederland)
mevrouw mr. Th.M. Snelders
(Vereniging VNO-NCW)
mr. E.M.G.Ph. Tielens (MKB-Nederland)

drs. G. Verheij
drs. M.W.Ch. Udo

Werknemersleden

drs. C.C.H.J. Driessen (FNV)
mr. T.W. Duijst (CNV)
drs. E.R. Haket (MHP)
drs. F.G. van den Heuvel (FNV)
mevrouw drs. A.M. Jongerius (FNV)
drs. M. Kastelein (CNV)
drs. E. Tasma (FNV)
J.S. Vroon (MHP)

mevrouw drs. C.H. Hagen

mevrouw drs. L.W. Bijleveld
W.W. Muller

Adviserende leden

drs. P.J. Besseling (CPB)

A.J. Mulder (LISV)

drs. J. Seidel (CTSV)

mr. J.L.P.G. van Thiel (ZFR)

Ministeriële vertegenwoordigers

J.G. Breit (VWS)

drs. M.P.R.M. Camps (Fin)

drs. J.H.M. Kok (SZW)

drs. C. Kortleve (EZ)

mr. P.F. van Loo (SZW)

drs. W. Smid (SZW)

drs. P.A.R. Spoorendonk (VWS)

Secretariaat

mr. D.B. Modderman

Samenstelling van de Werkgroep Sociale Zekerheid en Zorg

leden

plaatsvervangende leden

Onafhankelijke leden

R.L.O. Linschoten (voorzitter)
prof.dr. K.P. Goudswaard
mevrouw drs. L. Groenman
prof.dr. A.H.J. Kolnaar
prof.dr. F. Leijnse

Ondernemersleden

mr. J.W. van den Braak
(Vereniging VNO-NCW)
ing. A. Hekman (LTO-Nederland)
drs. R.N. van der Plank
(Vereniging VNO-NCW)
mevrouw mr. Th.M. Snelders
(Vereniging VNO-NCW)
drs. M.W.Ch. Udo (MKB-Nederland)

mr. E.M.G.Ph. Tielens

Werknemersleden

mr. T.W. Duijst (CNV)
drs. E.R. Haket (MHP)
drs. F.G. van den Heuvel (FNV)
A. Regeer (FNV)
dr. H. van der Velden (FNV)

drs. M. Kastelein
J.S. Vroon

Adviserende leden

S. Knepper (LISV)
J.W.J. Siebers (ZFR)
drs. H.P. Tamerus (CPB)
dr. E.W.N.T. Westerhout (CPB)

drs. P.A. ten Cate (CPB)

Waarnemend lid

mr. J.M. Hamaker (Stichting van de Arbeid)

Ministeriële vertegenwoordigers

J.G. Breit (VWS)

drs. H.W.J. Rensen (SZW)

Secretariaat

drs. A. Devreese

mr. D.B. Modderman

Communicatie en samenwerking in het kader van de sociaal-medische begeleiding: historische plaatsbepaling

Algemeen

Reeds vele jaren wordt de gebrekkige samenwerking tussen behandelend artsen en sociaal-geneeskundigen (bedrijfs- en verzekeringsartsen) bij de sociaal-medische begeleiding gerekend tot een van de oorzaken van onnodig ziekteverzuim en langer durende arbeidsongeschiktheid¹. Gesteld wordt dat de scheiding tussen behandeling en controle (zie kader), waardoor behandelend artsen zich dienen te onthouden van controle of claimbeoordeling bij arbeidsongeschiktheid van hun eigen patiënten, mede ertoe heeft bijgedragen dat de gezondheidszorg slechts beperkte betrokkenheid, interesse en deskundigheid toont voor de factoren 'arbeid' en 'sociale zekerheid' bij de patiënt; ook heeft dit geleid tot tegenstrijdige adviezen, op elkaar wachten en beperkte communicatie. Een deel van het arbeidsverzuim zou aan deze kwesties kunnen worden toegeschreven.

Scheiding behandeling en controle

Rond de eeuwwisseling, te weten na de invoering van de Ongevallenwet in 1901, zag de KNMG zich steeds meer geconfronteerd met de noodzaak tot regels te komen voor het invullen van verklaringen voor allerlei verzekeringsinstanties inzake ziekengelduitkeringen. Dat resulteerde in 1902 in het advies om het afgeven van dergelijke verklaringen door praktiserende huisartsen geheel te staken. Dit vond brede instemming in de curatieve gezondheidszorg en sindsdien is de scheiding van behandeling en controle een feit. Het bezorgde Nederland een bijzondere plaats te midden van andere landen zoals België, Duitsland, Frankrijk, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Hoewel in deze landen geen formele scheiding van behandeling en

controle bestaat, kan worden opgemerkt dat daar ook in de praktijk veelal geen sprake is van een optimale samenwerking tussen de (medische) actoren. Van belang is voorts dat het begrip 'scheiding van behandeling en controle' in de loop der jaren verschillend is ingevuld.

Als belangrijkste voordelen van de scheiding worden beschouwd het garanderen van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en het belang van een integrale benadering en behandeling van de patiënt. Als een van de belangrijkste nadelen geldt, dat daardoor de arbeidsrelatie (te) lang buiten beeld blijft.

Op basis van: Th.M.G. van Berkestijn, *Scheiding van behandeling en controle: vanuit een historisch overzicht naar een nieuw inzicht*, in: R. Prins en M. Koster, *Scheiding van behandeling en controle. Verslag van een symposium*, Leiden 1996, pp. 8-13.

1 Op basis van onder meer: R.J. van Amstel en P.C. Buijs, *Voor verbetering vatbaar. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding*, onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS, NIA/TNO, Amsterdam 1997.

Een en ander werd in de – in de loop der jaren gepleegde – analyses en onderzoeken van de achtergronden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in Nederland zo vaak bevestigd dat er sprake was van een *déjà-lu*-effect bij het beschrijven van de (non-)samenwerking tussen de curatieve en de sociaal-geneeskundige sectoren². De noodzaak van een betere samenwerking tussen de genoemde sectoren was daarmee afdoende onderbouwd. Dit kwam ook tot uiting in de beleidsdiscussie en -ontwikkeling vanaf het begin van de jaren tachtig.

Beleidsontwikkelingen sociaal-medische begeleiding

Reeds in 1983 stelde het toenmalige kabinet voor – met het oog op de verbetering van de samenwerking van artsen bij sociaal-medische begeleiding – de twee relevant geachte coördinatieprocessen (de behandeling en de werkherleving) te leggen in één (medische) hand, hetzij in die van de huisarts, de bedrijfsarts of de verzekeringsgeneeskundige³. Op de achtergrond hiervan speelde de beleidsmatige discussie over de toedeling van de regiefunctie bij de sociaal-medische begeleiding: komt deze bij de bedrijfsarts (tot dan voornamelijk gericht op arbeidsomstandigheden en meer collectief georiënteerd) of bij de verzekeringsarts (wel betrokken bij het individuele verzuim, maar in controlerende zin) en welke rol speelt de huisarts in dit geheel?

In haar advies van 1987 verwierp de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) deze drie modellen met betrekking tot de regiefunctie, vooral omdat zij een doorbreking betekenden van de diep verankerde scheiding van behandeling en controle; de NRV formuleerde een alternatief dat een optimalisering inhield van de toenmalige praktijk⁴.

Tegen de achtergrond van de maatschappelijke en politiek-beleidsmatige discussie naar aanleiding van de omvang van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheidsvolume, plaatste het toenmalige kabinet in juni 1992 de sociaal-medische begeleiding in een context die later zou worden uitgewerkt in twee wetten die per 1 januari 1994 van kracht werden, met name de wet Terugdringing ziekteverzuim (Wet-Tz) en de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet

2 C.A.P. Schröer, *Verzuim wegen overspanning: een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop*, proefschrift Universitaire Pers Maastricht, Maastricht 1993.

3 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (thans: VWS) en Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Adviesaanvraag inzake de sociaal-medische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen*, gericht aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Den Haag 18 juli 1983.

4 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake sociaal-medische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen*, Zoetermeer/Den Haag 1987.

(Arbowet)⁵. Als uitgangspunten daarbij golden het verleggen van de eerste verantwoordelijkheid voor (preventie van) verzuim van de bedrijfsverenigingen naar de werkgevers, en in het verlengde daarvan het wettelijk verplichten van werkgevers om zich te laten ondersteunen door Arbodiensten, zowel bij het klassieke arbobeleid als bij het beleid inzake ziekteverzuim en sociaal-medische begeleiding. Dat betekende onder meer een verschuiving van het medische aandeel bij de sociaal-medische begeleiding van de verzekeringsgeneeskundigen naar de bedrijfsartsen.

Het streven naar een betere ‘arbo-curatieve’ samenwerking kwam tot uiting in het derde uitgangspunt, te weten het creëren van een ‘open en doelmatige communicatie’ tussen de curatieve sector en de sociaal-medische begeleider, in casu de bedrijfsarts⁶.

Ten slotte was het kabinet voorstander van een functionele scheiding tussen bedrijfsarts (begeleider en adviseur) en de verzekeringsgeneeskundige (claim-beoordelaar).

Aldus impliceerde het kabinetsstandpunt een keuze voor de bedrijfsarts als centrale figuur in de verzuimbegeleiding. Daarmee komt een koppeling tot stand tussen preventie en verzuimbegeleiding en een ontkoppeling tussen sociaal-medische begeleiding en claimbeoordeling. Een en ander werd mede gemotiveerd op basis van de vertrouwensrelatie tussen werknemer en verzuimbegeleider en van de gewenste open en functionele communicatie tussen bedrijfsarts en curatieve sector.

Bovenstaand kabinetsstandpunt van 1992 inzake sociaal-medische begeleiding is nog steeds actueel. Het werd door de bevoegde bewindspersonen geheel van kracht verklaard bij de behandeling in het najaar 1995 van het wetsvoorstel-Wulbz in de Tweede Kamer⁷.

Ontwikkelingen curatieve sector

Mede naar aanleiding van de beleidsmatige discussie over de sociaal-medische begeleiding en genoemd kabinetsstandpunt van 1992 zijn in de eerste helft van de jaren negentig beleidsinitiatieven ontwikkeld om de medische wereld te stimuleren eigen bijdragen te formuleren en om beleidsonderbouwend on-

5 Zie: P.C. Buijs, De wetsvoorstellen TZ/Arbo en hun betekenis voor sociaal-geneeskundigen, in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1994, 1, pp. 47-50.

6 Het kabinetsstandpunt van juni 1992 bevatte geen nadere omschrijving van de termen ‘sociaal-medische begeleiding’ en ‘open communicatie’.

7 Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 28 november 1995, 31-2382.

derzoek te entameren⁸. Doelstellingen daarbij waren de vergroting van de betrokkenheid van de curatieve sector en de bevordering van de samenwerking tussen de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector bij de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers. Deze samenwerking dient gebaseerd te zijn op respect voor de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts en op de verschillende taken van respectievelijk de behandelend arts en de begeleidend arts.

Verondersteld wordt dat een beter op elkaar afstemmen van de werkzaamheden zal leiden tot een toename van de kwaliteit en effectiviteit van het genezingsproces en van de sociaal-medische begeleiding.

Tegen deze achtergrond gaf het Ministerie van VWS de opdracht tot een vijfjarig programma van projecten, experimenten en onderzoek ter ondersteuning van het streven naar meer samenwerking tussen de curatieve en de sociaal-geneeskundige sector bij de sociaal-medische begeleiding. Dit programma richt zich op deskundigheidsbevordering en de ontwikkeling van protocollen en afspraken, en van meer organisatorische afstemming.

Voorts werd steun verleend aan conferenties van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) over 'Artsen en arbeidsongeschiktheid'⁹ en over 'Wachttijden in de zorg' en van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) over 'GGZ en arbeid'¹⁰. Hierbij werden zowel behandelaars als sociaal-geneeskundigen nadrukkelijk geconfronteerd met de problematiek van samenwerking rond arbeid en gezondheid. In het verlengde hiervan hebben de beroepsorganisaties voor bedrijfsartsen, respectievelijk bedrijfsartsen het streven naar een betere onderlinge samenwerking tot beleidsdoel verheven¹¹.

Ten slotte verdienen vermelding de KNMG-initiatieven gericht op een duidelijke afbakening van posities, taken en verantwoordelijkheden van bedrijfsartsen en huisartsen bij de sociaal-medische begeleiding, evenals van hun

8 Zie in dit verband: P.C. Buijs, red., *Sociaal-medische begeleiding: een model voor ziekteverzuim-beleid in de praktijk*, Algemene WerkgeversVereniging en Industriebond FNV, Haarlem/Amsterdam 1994.

9 Dit refereert aan het concept van 'één arts voor arbeid en gezondheid' (AAG) van de Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskundigen (NVVG) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfs-geneeskundigen (NVAB), waarmee wordt gestreefd naar nieuwe, meer geïntegreerde taken van de arts in de arbeidssituatie (NVVG/NVAB, *Eén arts voor arbeid en gezondheid*, Utrecht/Amsterdam 1993).

10 Zie: A.L.J.E. Martens en P.C. Buijs, Artsen en arbeidsongeschiktheid: KNMG organiseert 'invitationale conference', in: *Medisch Contact*, 1991, 4, pp. 1503-1506; P.C. Buijs en W.G.L. Mossink, Artsen en arbeidsongeschiktheid: van knelpunten naar oplossingen, in: *Medisch Contact*, 1993, 48, pp. 459-462.

11 Het betreft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de reeds genoemde NVAB.

afstemming onderling en met andere betrokkenen bij de sociaal-medische begeleiding.

Ter operationalisering daarvan heeft de zogeheten Domus-commissie 'Artsen en arbeidsongeschiktheid' van de KNMG voorstellen neergelegd in de discussienotitie *Taken en samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsarts en verzuimbegeleiding door de huisarts*¹².

In deze discussienotitie – die is gebaseerd op documenten (met daarin onder meer taakomschrijvingen) van de verschillende beroepsgroepen¹³ – wordt de discussie over de relatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen uitdrukkelijk in de context van de sociaal-medische begeleiding geplaatst. Uitgegaan wordt van de wenselijkheid van een goede verzuimbegeleiding, en van de vaststelling dat bedrijfsgeneeskunde en huisartsgeneeskunde een aanvullende rol hebben bij sociaal-medische begeleiding, ook al bestaan er in algemene zin verschillen in benadering, in deskundigheid, in taken en vaardigheden tussen disciplines¹⁴. Gegeven die onderling aanvullende rol wordt het noodzakelijk geacht te komen tot het wederzijds versterken en ondersteunen van elkaars werkzaamheden, hetgeen samenwerking, afstemming en overleg, en derhalve een 'open communicatie' inhoudt. Samenwerking zal bijdragen tot de kwaliteit van ieders handelen en tot een toename van het onderlinge vertrouwen. Herstel van de gezondheid van de patiënt en reïntegratie in het arbeidsproces zijn daarmee gebaat. Het belang van de patiënt eist derhalve een optimalisering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

12 Gepubliceerd in: *Medisch Contact*, 12 juli 1996, pp. 937-940.

13 Het betreft het NVAB-bestuursstandpunt inzake het verrichten van curatieve handelingen door de bedrijfsarts (oktober 1995) en de LHV-notities *Huisarts en begeleiding ziekteverzuim* (oktober 1995) en *Huisarts en werkverzuimende patiënt* (januari 1996).

14 De *bedrijfsgeneeskunde* concentreert zich rond het behoud en herstel van de balans tussen belasting en belastbaarheid in de arbeidssituatie; daarbij wordt ervan uitgegaan dat de specialisatie van bedrijfsartsen ligt in de relatie tussen *arbeid en gezondheid* van de werknemer. Binnen het domein van de bedrijfsarts liggen de mogelijkheden om arbeidstherapie en aangepast werk te bespreken en te begeleiden met het oog op reïntegratie. De *huisartsgeneeskunde* concentreert zich op het behoud en herstel van de integrale gezondheid. De huisarts komt in aanraking met sociaal-medische begeleiding vanuit enerzijds de verantwoordelijkheid voor een persoonlijke, continue en integrale zorg en anderzijds de poortwachtersfunctie.

Arbo-infrastructuur en de zorg voor arbeidsrelevante aandoeningen

1. De huidige situatie; eerstelijns- en tweedelijnsarbodienstverlening¹

De zorg voor goede arbeidsomstandigheden is volgens de Arbeidsomstandighedenwet een taak voor de leiding van iedere arbeidsorganisatie, zowel in de sfeer van het particuliere bedrijfsleven als in de sfeer van de overheid. Daarbij zijn werkgever en werknemers op het niveau van de arbeidsorganisatie gehouden samen te werken in de uitvoering van het arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid. Ter uitvoering van hun verplichting hebben partijen behoefte aan een brede ondersteuning waarin wordt voorzien door de arbo-infrastructuur.

Binnen deze infrastructuur wordt een onderscheid gemaakt in de eerstelijns- en tweedelijnsarbodienstverlening.

De eerstelijnsdienstverlening wordt voornamelijk verzorgd door de Arbodiensten. Voor arbeidsorganisaties geldt sinds 1 januari 1998 de verplichting voor het arbeidsomstandighedenbeleid gebruik te maken van Arbodiensten. De belangrijkste functies van de Arbodienst richten zich op de ondersteuning bij de risico-inventarisatie en -evaluatie, de begeleiding van zieke werknemers, de uitvoering van het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek en de instelling van een arbeidsgezondheidskundig spreekuur.

De tweedelijnsdienstverlening wordt verzorgd door een aantal universitaire en niet-universitaire organisaties² welke kwalitatief hoogwaardig onderzoek en ondersteunende dienstverlening verrichten op het terrein van arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim. In dit verband is een zestal producten en diensten van de eerste lijn te onderscheiden: onderzoek, ontwikkeling, opleiding, overdracht, voorlichting/informatie en monitoring.

2. SER-advies *Tweedelijnsinfrastructuur arbeidsomstandigheden*

Op 15 april 1996 heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de SER verzocht hem te adviseren over zijn nota *Heroriëntatie arbobeleid en Arbowet*. Centraal in deze nota staat dat werkgevers en werknemers meer verantwoordelijkheid krijgen voor de vormgeving en de invulling van het arbeidsomstandighedenbeleid in ondernemingen en andere arbeidsorganisaties.

1 Zie in dit verband meer uitgebreid het advies van de SER-Commissie Arbeidsomstandigheden *Tweedelijnsinfrastructuur arbeidsomstandigheden*, op.cit.

2 Een – overigens niet uitputtende – opsomming van deze organisaties wordt gegeven in bijlage 4 van het in de vorige noot genoemde advies.

Om dit te bereiken dienen volgens de nota wel de nodige condities te worden geschapen, – onder meer – betrekking hebbend op de arbo-infrastructuur. De staatssecretaris verzocht in dit verband de raad zijn visie te geven op “de rol van sociale partners en de mogelijke rol van anderen, waaronder de overheid, ten aanzien van de ontwikkeling en instandhouding van een goede onderzoeks- en adviesinfrastructuur”.

In haar advies van 3 juli 1997 (zie voetnoot 1) heeft de Commissie Arbeidsomstandigheden namens de raad een reactie gegeven op de genoemde vraagstelling.

De commissie constateert in algemene zin dat de ondersteuning van bedrijven bij het arbo- en verzuimbeleid vanuit de tweede lijn niet helder is georganiseerd. Daarbij wijst zij erop dat:

- er geen duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling is tussen de afnemers van de producten en diensten van de tweede lijn;
- er sprake is van een veelheid van financieringsvormen;
- er een gebrek is aan afstemming met betrekking tot de diensten en de producten van de tweede lijn;
- er onduidelijkheid bestaat over de wijze van voorlichting inzake arbeidsomstandigheden aan werkgevers en werknemers;
- niet duidelijk is welke producten zich lenen voor marktwerking en welke producten een publieke aansturing nodig (blijven) hebben.

De commissie constateert dat deze algemene knelpunten er uiteindelijk toe kunnen leiden dat het niveau van de arbozorg in Nederland onder druk kan komen. Voorts signaleert de commissie nog een aantal meer bijzondere knelpunten. De knelpunten overziende moet de commissie concluderen dat de organisaties in de tweede lijn veel te weinig samenwerken, hetgeen een gefragmenteerd en weinig samenhangend pakket van diensten en producten oplevert. Ook is de commissie van oordeel dat de afnemers van producten en diensten van de tweede lijn onvoldoende samenwerken.

Voor een verbetering van de tweede lijnsinfrastructuur acht de commissie het van belang de beantwoording van een aantal vragen die samenhangen met de primaire verantwoordelijkheid voor het instandhouden en uitbouwen van de (tweede lijns)infrastructuur, de financiële verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de overheid en van andere partijen, de samenwerking tussen de afnemers en de samenhang tussen de onderscheiden producten en diensten.

Met de staatssecretaris is de commissie van oordeel dat voor de toekomstige ontwikkeling van het arbeidsomstandighedenbeleid een goede onderzoeks- en adviesinfrastructuur van grote betekenis is. Anders dan de adviesaanvraag meent de commissie evenwel dat de overheid, als eindverantwoordelijke voor

het arbeidsomstandighedenbeleid op nationaal niveau, een primaire verantwoordelijkheid heeft voor de instandhouding en ontwikkeling van een tweede lijnsinfrastructuur. Juist met betrekking tot de aansturing en de financiering van de tweede lijn zal de overheid een structurele rol moeten blijven spelen. Deze visie op de rol van de overheid steunt volgens de commissie mede op de overweging dat het ruimte geven aan en het stimuleren van activiteiten in de tweede lijnsinfrastructuur past in het algemene overheidsbeleid dat is gericht op vermindering van het beroep op sociale zekerheid, beperking van de inactiviteit en het beheersen of waar mogelijk beperken van het beroep op de gezondheidszorg. De commissie meent voorts dat de rol van de andere partijen in de zorg van de tweede lijn kan worden verbeterd. De verplichte aansluiting van de arbeidsorganisaties bij de Arbodiensten zal hieraan kunnen bijdragen. Verder kan de overheid bevorderen dat andere partijen via projectfinanciering hun bijdrage leveren aan de tweede lijnsinfrastructuur. Daartoe worden een aantal mogelijkheden in het advies verkend. Ten slotte benadrukt de commissie de wenselijkheid dat partijen (financiers/gebruikers en de organisaties in de tweede lijn) met elkaar kunnen overleggen en zich op elkaar kunnen afstemmen. Daartoe zou naar haar oordeel een platform van overleg dienen te worden opgericht, dat geen executieve bevoegdheden krijgt, maar zich primair zal richten op het op gang brengen van de communicatie over en de coördinatie van de activiteiten in de tweede lijn.

3. De kabinetsreactie op het advies

In zijn brief van 5 februari 1998 aan de Tweede Kamer geeft de staatssecretaris van SZW zijn visie op het advies van de SER³.

Bij het formuleren van zijn beleid ten aanzien van de tweede lijnsinfrastructuur laat de staatssecretaris zich leiden door drie uitgangspunten, te weten:

- het bevorderen van marktconforme ontwikkelingen waarbij financiële prikkels worden ingebouwd;
- de verantwoordelijkheid van de overheid (waar de markt tekortschiet, dient de overheid voor het instandhouden en uitbouwen van de kennisinfrastructuur de juiste voorwaarden te scheppen; de overheid is derhalve medeverantwoordelijk);
- de betrokkenheid van anderen (werkgevers, werknemers, Arbodiensten, maar ook organisaties zoals verzekeraars, bedrijfstakorganisaties en de overheid hebben alle belang bij een goede tweedelijns-kennisinfrastructuur. Dit houdt in dat op termijn van andere partijen verwacht wordt dat

3 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 883, nr. 1.

deze verantwoordelijkheid dragen voor, in de zin van mede vormgeven aan en mee financieren van, de infrastructuur).

De staatssecretaris ondersteunt de suggestie voor een op te richten overleg-platform. Een dergelijk platform zou de communicatie moeten bevorderen en de informatie over bestaande ontwikkelingen bij met name de afnemers van kennis uit de tweede lijn moeten vergroten. Het draagvlak en het takenpakket voor zo'n platform zal vanuit het Ministerie van SZW worden onderzocht. Indien er sprake blijkt te zijn van voldoende draagvlak en betrokkenheid van anderen zal het platform vanuit dit ministerie worden opgericht.

Vanuit de verantwoordelijkheid van het Ministerie van SZW voor de arbo-infrastructuur wordt in de kabinetsreactie vervolgens een aantal initiatieven genoemd.

- om de bestaande gebrekkige toegankelijkheid van informatie tegen te gaan, is de staatssecretaris voornemens structureel bij te dragen aan de bibliotheek- en documentatiefunctie in de tweede lijn. Hiermee is een bedrag gemoeid van 1,2 miljoen gulden per jaar;
- gelet op het belang van voldoende aandacht voor arbeidsomstandigheden-vraagstukken in het beroepsonderwijs zal in overleg worden getreden met het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OC&W). Het voorstel daarbij is in eerste instantie via een inventariserend onderzoek na te gaan wat nu de feitelijke aandacht voor arbeidsomstandigheden in het beroepsonderwijs is;
- via een monitoringsstelsel, dat in ontwikkeling is, zal op drie niveaus informatie worden gegenereerd: de arbo-risico's, de activiteiten gericht op het terugdringen of beheersen van die risico's en de arbo-effecten, zoals ziekte-verzuim. Vanaf het moment van inwerkingtreding van de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet zal voor monitoring jaarlijks een budget beschikbaar worden gesteld van 450 duizend gulden;
- het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten zal, gelet op de belangrijke rol die het verzorgt in de infrastructuur voor arbozorg en de verbinding die het legt met de informatiestromen uit de curatieve sector, in de periode 1998-2002 een jaarlijkse subsidie van 300 duizend gulden ontvangen;
- Vanaf dit jaar zal jaarlijks een budget van 600 duizend gulden beschikbaar komen voor onderzoek dat bijdraagt aan de versterking van de kennisinfrastructuur rond arbeidsomstandigheden.

Regelgeving en regelingen met betrekking tot de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts

1. Ziekteverzuimbeleid en bijstand op het gebied van preventie en bescherming

Ingevolge (het per 1 januari 1994 ingevoerde) artikel 4a Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) is de werkgever gehouden binnen het algemene ondernemingsbeleid een beleid te voeren met betrekking tot het ziekteverzuim van de werknemer. Dit beleid omvat in ieder geval:

- het zoveel mogelijk voorkomen of beperken van ziekte van de werknemer;
- het begeleiden van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten.

In de artikelen 17 e.v. Arbowet zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot de deskundige bijstand op het gebied van preventie en bescherming. Het verlenen van bijstand bij de uitvoering van de verplichtingen op grond van de Arbowet houdt (volgens artikel 18 lid 1) in elk geval in:

- a. het verlenen van medewerking aan het verrichten en opstellen van de risico-inventarisatie en -evaluatie;
- b. de bijstand bij de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten;
- c. het uitvoeren van het arbeidsgezondheidskundig onderzoek;
- d. het adviseren en samenwerken met de werkgever, de werknemers en de ondernemingsraad inzake maatregelen, gericht op een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en het bevorderen van het welzijn van de werknemers;
- e. de uitvoering van de onder d. bedoelde maatregelen dan wel de medewerking daaraan;
- f. het houden van een arbeidsgezondheidskundig spreekuur.

Het 'basispakket' aan bijstand, gevormd door de onderdelen a,b,c en f, moet ingevolge artikel 18 lid 2 worden betrokken van een gecertificeerde Arbo-dienst. De overige taken kunnen ook door een of meer deskundige werknemers of andere deskundige personen, als bedoeld in artikel 17 lid 1, worden verricht. De taakstelling van de Arbodienst moet schriftelijk worden vastgelegd (artikel 18 lid 3 onder a. en b.); een afschrift hiervan wordt aan de uitvoeringsinstelling gezonden (artikel 39a ZW).

In artikel 19 Arbowet zijn eisen gesteld ten aanzien van deskundigheid, uitrusting en organisatie van de deskundige bijstand. Lid 2 van bedoeld artikel

bepaalt: “De in artikel 17 bedoelde werknemers verlenen hun bijstand met behoud van hun zelfstandig oordeel op het gebied van hun deskundigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van de werkgever. Zij mogen uit hoofde van een juiste taakuitoefening niet worden benadeeld in hun positie in het bedrijf of inrichting. (...)” Deze bepaling kwam ook al in de Arbowet van vóór 1994 voor. De bedoeling is dat de deskundigen vanuit hun eigen deskundigheid adviezen uitbrengen en zich daarbij niet laten leiden door bijvoorbeeld overwegingen van bedrijfseconomische of personele aard. Dat bedoeld is niet alleen over het zelfstandig oordeel en de onafhankelijkheid van deskundige werknemers te waken, maar een en ander ook te waarborgen voor andere deskundige personen en Arbodiensten moge blijken uit de brief van de staatssecretaris van SZW aan de Tweede kamer van 14 februari 1997 (zie verder onder punt 2) en het Wetsvoorstel Arbowet 1998⁴. De in dit wetsvoorstel voorkomende overeenkomstige bepaling (artikel 13 lid 2) luidt: “De in het eerste lid bedoelde werknemers, andere personen en diensten verlenen hun bijstand met behoud van hun zelfstandigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van de werkgever. De in het eerste lid bedoelde werknemers mogen uit hoofde van een juiste taakuitoefening niet worden benadeeld in hun positie in het bedrijf of de inrichting. (...)” In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven dat de bepalingen betreffende deskundige bijstand, gelet op het feit dat de overgangsfase van invoering praktisch is afgerond en de ontwikkelingen zijn uitgekristalliseerd, duidelijker zijn gestructureerd, vereenvoudigd en gebundeld geformuleerd. Naar de inhoud zijn de bepalingen, aldus de memorie, in hoofdzaak ongewijzigd gebleven.

De bepaling van artikel 18 lid 1 Arbowet is enigszins gewijzigd in het wetsvoorstel Arbowet 1998 ondergebracht in artikel 13 lid 3. Deze bepaling luidt: “Het verlenen van bijstand bij de uitvoering van verplichtingen op grond van deze wet houdt in ieder geval in:

- a. het verlenen van medewerking aan het verrichten en opstellen van een inventarisatie en evaluatie als bedoeld in artikel 5, waaronder mede begrepen het toetsen ervan en het adviseren daaromtrent;
- b. de bijstand en de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn om hun arbeid te verrichten;
- c. het uitvoeren van:
 1. het arbeidsgezondheidskundig onderzoek bedoeld in artikel 17;
 2. de aanstellingskeuring, indien de werkgever deze laat verrichten;
- d. het houden van een arbeidsomstandighedensprekkuur.

4 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 879, nrs. 1-3.

De werkgever laat zich met betrekking tot de onder a. tot en met d. bedoelde taken bijstaan door een Arbodienst, ten behoeve waarvan, overeenkomstig artikel 19, een certificaat is afgegeven.”

De in het huidige artikel 18 lid 1 onder d. en e. opgenomen – niet verplichte, niet tot het ‘basispakket’ behorende – taken (het adviseren over en meewerken aan de uitvoering van maatregelen) zijn in de voorgestelde bepaling vervallen. In de memorie van toelichting wordt hiervoor geen bijzondere reden aangegeven. Wel wordt opgemerkt dat het de Arbodienst uiteraard vrij staat om andere verwante diensten te verrichten dan alleen de wettelijk verplichte.

2. Positie bedrijfsartsen

Volgens de staatssecretaris van SZW wordt de professionele onafhankelijke advisering door Arbodiensten op verschillende wijzen gewaarborgd⁵.

Zo dragen de Arbowet en de daarop gebaseerde nadere regels (Arbobesluit en Arboregeling) de bedrijfsarts in dienst van de Arbodienst op de wettelijk opgedragen taak bij de begeleiding van zieke werknemers in onafhankelijkheid te vervullen. Daartoe stelt de regelgeving inhoudelijke eisen aan de taakvervulling van de bedrijfsarts. Van een behoorlijke taakvervulling kan slechts sprake zijn indien de bedrijfsarts zich houdt aan een professionele standaard, die onder meer inhoudt dat hij het gezondheidsbelang van de werknemer voorop dient te stellen en dit bij eventueel conflicterende belangen niet ondergeschikt mag maken aan een ander belang, in casu de werkgever. Die standaard is verankerd in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), in de KNMG-gedragsregels en in de NVAB-beroepscode van de bedrijfsartsen. Uit een en ander blijkt dat de onafhankelijkheid van de arts een onmisbaar en essentieel bestanddeel is van het beroepsprofiel.

Voorts wordt er door middel van de certificatie preventief en repressief op systematische wijze op toegezien dat de genoemde inhoudelijke eisen ook daadwerkelijk in de praktijk worden geïmplementeerd. De verplichte bijstand bij de begeleiding van zieke werknemers kan immers alleen worden verleend door gecertificeerde Arbodiensten. Aan een certificaat kunnen voorschriften worden verbonden die een Arbodienst verplicht is na te leven. Zo is bij de certificatie van Arbodiensten de eis van onafhankelijkheid feitelijk een belangrijk aspect van de te toetsen punten.

Vervolgens is ook de wetgeving op het terrein van de volksgezondheid van belang. De *Wet beroepen individuele gezondheidszorg (wet-BIG)* regelt onder

5 Op basis van: Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 22 187, nr. 49.

meer de registratie en titelbescherming, de vrijheid van geneeskundig handelen in relatie tot de zogenoemde voorbehouden handelingen, de erkenning van specialismen en het tuchtrecht. Volgens de definities van de wet verricht de arts van de Arbodienst in het kader van zijn functie handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg en is op die grond het tuchtrecht op hem van toepassing. Laatstgenoemd recht betreft handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg, waaronder het beoordelen van de gezondheidstoestand. Onder deze norm valt ook een beoordeling van de gezondheidstoestand in relatie tot verzuim die tegen het belang van de betrokken werknemer ingaat. Derhalve kan worden gesteld dat ook de wet-BIG de onafhankelijkheid van de arts van de Arbodienst ondersteunt en middels het tuchtrecht een mogelijkheid geeft tot sanctionering en correctie.

Op grond van de WGBO bevat het Burgerlijk Wetboek een aantal patiëntenrechten, waaronder het toestemmingsvereiste en het omgaan met medische gegevens, et cetera. Artikel 7:453 geeft algemene normen, zoals “de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen” en “handelen in overeenstemming met de verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de professionele standaard”. De beginselen van deze wet zijn ook van toepassing op medisch handelen buiten de sfeer van de behandelingsovereenkomst voorzover de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet, zoals bijvoorbeeld in de socialeverzekeringssector en arbosector.

Behalve de bovenstaand vermelde wetgeving wordt gewezen op het *Professioneel statuut van Arbodiensten* vastgesteld door de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) waarbij alle Arbodiensten direct of indirect zijn aangesloten. In dat statuut zijn de plichten van diensten en de kerndeskundigen (onder meer de bedrijfsarts) ten opzichte van elkaar en ten aanzien van het werk vastgelegd. Het statuut bevat een aantal bepalingen die rechtstreeks zijn gericht op de onafhankelijkheid van de deskundigen. Zo dient de Arbodienst de onafhankelijkheid van de deskundigen ten aanzien van de advisering en de beoordeling te respecteren en erop toe te zien dat deze onafhankelijkheid wordt gewaarborgd. Ook dient de Arbodienst te waarborgen dat er geen onoorbare druk door de werkgever wordt uitgeoefend op de integriteit, deskundigheid en vakkundigheid van de deskundige. Daarnaast dient de Arbodienst erop toe te zien dat de deskundige alleen opdrachten aanvaardt indien zijn/haar positie als onafhankelijke deskundige is gewaarborgd.

De staatssecretaris van SZW acht het statuut een belangrijke ondersteuning van de onafhankelijke advisering door de Arbodiensten en stelt dat het als onderdeel van het kwaliteitssysteem van de diensten voorwerp van toetsing kan

zijn bij de certificering van Arbodiensten. De inhoud van het certificeringsinstrument zal in die zin worden aangepast.

Ten slotte wijst de staatssecretaris van SZW ook op de mogelijkheden voor belanghebbenden om in verweer te komen tegen een eventuele onjuiste behandeling of beoordeling door de arts. Gewezen wordt op de klachtmogelijkheden alsook op de mogelijkheid van een 'second opinion' (bij een geschil tussen werkgever en werknemer over het al dan niet door ziekte verhinderd zijn, waaraan in de regel een advies van de Arbodienst ten grondslag zal liggen, kan zowel de werknemer als de werkgever een 'second opinion' vragen aan de uitvoeringsinstelling).