

ONTWERPADVIES

Toekomst arbeidsgerelateerde zorg

Dit is een ontwerpadvies. De opvattingen in dit advies zijn die van de commissie van voorbereiding. Dit ontwerp ligt voor ter bespreking in de achterbannen van de organisaties die in de commissie zijn vertegenwoordigd. Na dit achterbanberaad zal een ontwerpadvies gereed worden gemaakt ter behandeling in een openbare raadsvergadering.

Inhoudsopgave

Samenvatting

1.	Inleiding	9
2.	Knelpunten arbeidsgerelateerde zorg	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Overzicht belangrijkste knelpunten	13
3.	Uitgangspunten voor de toekomst	18
3.1	Rekeninghoudend met arbeidsmarktontwikkelingen en wetgevingskader	18
3.2	Kenmerken arbeidsgerelateerde zorg van de toekomst	20
4.	De scenario's van de Plexus-studie	21
5.	Toekomstvisie voor een stelsel van arbeidsgerelateerde zorg	24
5.1	Inleiding	24
5.2	Drie (organisatie-)vormen van arbeidsgerelateerde zorg	24
5.3	Een aantal aspecten van de toekomstvisie nader beschouwd	30
5.4	Afwegingen bij de realisatie van de toekomstvisie	37
5.5	Met betrekking tot de financiële effecten	38
5.6	Verschillende routes naar de toekomst	39
6.	Tot besluit	46

Bijlagen

1. Adviesaanvraag
2. Infografic Trimbosinstituut Ziekteverzuim in Nederland
3. Overzicht relevante wetgeving
4. Lijst geraadpleegde stakeholders en deskundigen
5. Samenstelling commissie ARBO, project toekomst arbeidsgerelateerde zorg

Samenvatting

De raad schetst in dit advies een toekomstvisie voor een kwalitatief betere arbeidsgerelateerde zorg: effectiever, met meer kennis van zaken, met aandacht voor preventie en re-integratie en toegankelijk voor alle werkenden.

Het advies behelst de reactie van de SER op de adviesaanvraag van 10 juli 2013 van de ministers van SZW en van VWS, over de toekomst van arbeidsgerelateerde zorg. Dit is de zorg voor alle werkenden (inclusief zzp'ers) of werkzoekenden die is gericht op behoud, herstel en verbetering van de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van werkenden. Daarbij gaat het niet alleen om de zorg die door bedrijfsartsen en arbodienstverleners wordt geboden, maar ook om de reguliere eerste- en tweede-/derdelijnszorg.

Bij het ontwikkelen van zijn visie heeft de raad gebruik gemaakt van de inbreng van een dertigtal stakeholders en deskundigen die via visiedocumenten, in een hoorzitting en in afzonderlijke gesprekken hun visie op het onderwerp van het advies kenbaar maakten. Verder heeft de raad de vijf toekomstscenario's voor arbeidsgerelateerde zorg gezien (Hoofdstuk 4) die door de minister van SZW in zijn adviesaanvraag aan de SER werden voorgelegd. De raad constateert dat er geen breed gedragen voorkeur bestaat voor één specifiek scenario: noch binnen de raad, noch onder geconsulteerde stakeholders en deskundigen. Veeleer bevatten verschillende scenario's elementen die te samen goede bouwstenen vormen voor een toekomstig stelsel. De raad heeft enkele van deze bouwstenen benut voor een eigen visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg.

In zijn visie schetst de raad (Hoofdstuk 2) allereerst de belangrijkste knelpunten met betrekking tot de arbeidsgerelateerde zorg. Daartoe behoren onder meer: onvoldoende samenwerking tussen de bedrijfsarts en de reguliere zorg, een tekortschietend vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts, het onvoldoende herkennen en melden van beroepsziekten, tekortschietende instroom in de opleiding tot bedrijfsarts en onvoldoende aandacht voor preventie. In de toekomst dienen deze knelpunten te zijn opgelost.

Daarna zet de raad zijn uitgangspunten uiteen (Hoofdstuk 3) voor de arbeidsgerelateerde zorg in de toekomst. De raad is van opvatting dat deze zorg rekening dient te houden met ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Ook de groeiende groep werkenden met een andere arbeidsrelatie dan een vast dienstverband dient toegang te hebben tot adequate en kwalitatief goede arbeidsgerelateerde zorg. Uitgangspunt is voorts dat de betrokken arts in de reguliere zorg ook de werkcontext in de diagnose en de behandeling van de problematiek betreft. Naast artsen kunnen vele andere (arbo-)deskundigen uit de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg een rol vervullen. Kansen voor efficiencywinst door verhoging van doelmatigheid (onder meer door betere samenwerking) en consequente toepassing van bewezen effectieve interventies dienen te worden benut.

In zijn visie (Hoofdstuk 5) beschrijft de raad hoe een kwalitatief betere en effectievere arbeidsgerelateerde zorg er uit kan zien.

In de opvatting van de raad kan goede arbeidsgerelateerde zorg worden geboden door interne arbodiensten of sectorale, dan wel branchegeorganiseerde of regionale organisatievormen. Ook de huisarts of de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen bijdragen aan betere arbeidsgerelateerde zorg door een scherp oog voor de factor arbeid in

diagnose en behandeling en door een betere arbocuratieve samenwerking. De raad staat in dit advies stil bij wat een betere samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts tot stand kan brengen.

Verder is volgens de raad een goed toegankelijke, ondersteunende kennisinfrastructuur een belangrijke voorwaarde voor kwalitatief betere arbeidsgelateerde zorg. De infrastructuur kan inzichten en kennis over arbeidsgelateerde gezondheidsproblemen, diagnose en behandeling samenbrengen en verspreiden. Dit verbetert bovendien de signalering, diagnostiek en preventie van beroepsziekten.

De raad constateert dat vooralsnog niet is vast te stellen wat de financiële gevolgen zullen zijn van realisatie van de visie van de raad. De visie van de raad is open geformuleerd en laat betrokken actoren veel ruimte voor maatwerk bij verdere uitwerking. Wel lijkt het de raad plausibel dat een samenstel van (organisatie-)vormen voor de arbeidsgelateerde zorg zoals in het advies bepleit kostenbesparingen meebrengt. Grotere effectiviteit en efficiency van zorg kunnen minder verzuim, minder uitval en minder zorgkosten meebrengen en daarmee minder kosten voor werkgevers, werknemers en de samenleving.

Binnen de raad leven verschillende opvattingen over de route die gevolgd zou moeten worden om tot de betere arbeidsgelateerde zorg te komen. In het advies worden twee routes beschreven, met de uiteenlopende voorwaarden die daarvoor nodig zijn.

Een deel van de raad benadrukt dat de werkgever, in samenspraak met het medezeggenschapsorgaan, de regie moet blijven voeren op het verzuimmanagement en het verzuim- en duurzame inzetbaarheidsbeleid in de onderneming. In deze opvatting bepalen bedrijven zelf de manier waarop en de deskundigen of arbodiensten met wie zij hun bedrijfsgezondheidszorg vormgeven. Het is aan werkgevers en werknemers op het niveau van de onderneming en op sector- of brancheniveau keuzes te maken ten aanzien van arbodienstverlening.

Dit deel van de raad wijst op een mogelijke consequentie van arbeidsgelateerde zorg via de sector of branche; deze aanpak kan een aanzienlijke financiële last voor bedrijven tot gevolg hebben. Verder hecht het eraan dat de werkgever (met instemming van de OR) een contract blijft sluiten met een bedrijfsarts of arbodienst; het heeft vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en acht een wijziging in diens positie niet noodzakelijk. Dit deel dringt er voorts op aan dat curatieve zorgverleners intensief samenwerken met arbozorgverleners waarbij de onderlinge informatie-uitwisseling snel en drastisch wordt verbeterd.

Een ander deel van de raad is van oordeel dat de ontwikkeling naar de geschetste toekomst gefaciliteerd dient te worden met investeringen en wettelijke ondersteuning. Dit deel van de raad is van mening dat het systeem dat we gebouwd hebben, te veel prikkels heeft als het gaat om verzuim en te weinig prikkels als het gaat om preventie. Dit deel acht het – met het oog op de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts – van groot belang dat de individuele verzuimbegeleiding en de financiering daarvan anders worden vormgegeven. De (bedrijfs)arts dient voor wat betreft de individuele verzuimbegeleiding financieel onafhankelijk van de werkgever te zijn. De regie over de eigen gezondheid moet meer in handen komen van de werknemers zelf.

Dit deel pleit verder voor het opnieuw wettelijk waarborgen van de vrije toegang van werkenden tot een (bedrijfs)arts of andere arbodeskundige en van vrije toegang van de (bedrijfs)arts tot de werkplek. Om meer balans te brengen in het machtsverhouding tussen werkgever en werknemers op bedrijfsniveau en om een impuls te geven aan preventieve arbozorg in bedrijven, bepleit dit deel van de raad dat de preventiemedewerker wordt gekozen door de werknemers in het bedrijf. Een wettelijke

minimale eis aan het contract met arbodienstverleners moet garanderen dat voldoende tijd besteed wordt aan preventie. Met name een sectorale aanpak biedt, mits de randvoorwaarden daarvoor aanwezig zijn, kansen voor de opbouw van specifieke deskundigheid op het gebied van de arbeidsgerelateerde zorg en het ontwikkelen van preventiebeleid. Grotere betrokkenheid van werkgevers én werknemers bij de (aansturing van) arbodiensten helpt daarbij de kwaliteit van de arbeidsgerelateerde zorg in het algemeen te versterken.

Uitgangspunt voor beide routes is dat effectievere, kwalitatief betere arbeidsgerelateerde zorg vooral via groei en ontwikkeling tot stand zal komen.

1. Inleiding

Adviesaanvraag

Met dit advies beantwoordt de SER de adviesaanvraag van de ministers van SZW en van VWS – van 10 juli 2013 – over de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg¹. Dit in vervolg op zijn advies *Stelsel voor gezond en veilig werken* (2012), waarin de raad zich uitsprak over een aantal beleidsthema's die naar zijn oordeel in het bijzonder de aandacht vragen. Dit betrof onder meer de bedrijfsgezondheidszorg.

In het advies van 2012 formuleerde de raad een aantal uitgangspunten voor de bedrijfsgeneeskundige zorg op langere termijn. Hij vroeg het kabinet te laten onderzoeken welke mogelijke scenario's hieraan het meest tegemoet komen. Hij gaf aan zich in een vervolgadvisie te willen uitspreken over het beleid voor arbeidsgelateerde zorg op langere termijn².

Het kabinet legt de raad met de voorliggende adviesaanvraag vijf toekomstscenario's voor. Deze worden beschreven in de *Scenariostudie arbeidsgelateerde zorg* (2013) die KPMG Plexus op verzoek van de minister van SZW heeft opgesteld. Het kabinet merkt op dat de uitvoering van de scenario's niet noodzakelijkerwijs (geheel) door bedrijfsartsen behoeft plaats te vinden. Daarom spreekt de adviesaanvraag over 'arbeidsgelateerde zorg'.

Het kabinet vraagt de raad zich uit te spreken over de wenselijkheid van de scenario's – in het bijzonder de scenario's 2 en 3 –, de nadere invulling ervan en de mogelijke wijze van financiering. Het kabinet merkt daarbij op van opvatting te zijn dat adequate arbeidsgelateerde zorg voor de beroepsbevolking beschikbaar moet zijn. Het stelt daarbij als randvoorwaarden dat a) er per saldo geen kostenstijging mag optreden voor de Zorgverzekeringswet en b) de werkgever de bij wet verplichte bijstand door een bedrijfsarts, en daarmee samenhangende activiteiten in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter en de Arbowet, blijft bekostigen.

Verder vraagt het kabinet de raad de volgende onderwerpen te betrekken in de advisering: de toegang tot de bedrijfsarts, de melding van beroepsziekten en de diagnostiek van beroepsziekten.

Het advies is voorbereid door de SER-Commissie Arbeidsomstandigheden voor het adviestraject Toekomst Arbeidsgelateerde Zorg³. De SER heeft zijn advies vastgesteld in zijn openbare vergadering van⁴.

Opbouw advies

Hoofdstuk 2 schetst de belangrijkste knelpunten in de bestaande arbeidsgelateerde zorg. In *hoofdstuk 3* zet de raad uiteen wat in zijn visie de uitgangspunten zijn voor arbeidsgelateerde zorg in de toekomst. *Hoofdstuk 4* beziet de toekomstscenario's voor de arbeidsgelateerde zorg van onderzoeksbureau Plexus en de bouwstenen die de raad daarin heeft gevonden voor een eigen visie op de toekomst. *Hoofdstuk 5* omvat een visie van de raad op de arbeidsgelateerde zorg in de toekomst en twee mogelijke

¹ De adviesaanvraag is als bijlage 1 aan dit advies toegevoegd. De bijlage bij de adviesaanvraag, de *Scenariostudie arbeidsgelateerde zorg* van KPMG Plexus, is te vinden op de website van de SER (www.ser.nl).

² In het advies uit 2012 sprak de raad over bedrijfsgeneeskundige zorg. In dit advies sluit hij aan bij de terminologie die in de adviesaanvraag wordt gebruikt.

³ De samenstelling van de commissie ARBO-TAZ is opgenomen in bijlage 5.

⁴ Het verslag van de raadsvergadering is te vinden op de website van de SER (www.ser.nl).

routes om deze te bereiken. Tevens worden in dit hoofdstuk financiële aspecten van de toekomstvisie besproken.

2. Knelpunten arbeidsgerelateerde zorg

2.1 Inleiding

Een goede gezondheid vertegenwoordigt een groot maatschappelijk belang: zij bevordert de maatschappelijke participatie en verdien capaciteit van mensen en maakt dat mensen langer en met een hogere productiviteit aan het arbeidsproces kunnen blijven deelnemen. Dit leidt ook tot maatschappelijke baten, zoals een hogere economische groei, meer belastingopbrengsten en minder uitkeringen⁵. Een goede gezondheid is vanzelfsprekend ook van direct belang voor de werkende zelf en voor de arbeidsorganisatie⁶.

Cijfers over gezondheid, werk en verzuim

De volgende cijfers geven een indicatie van de omvang van de groep werknemers met een ziekte of aandoening, het verzuim en de kosten daarvan per jaar. Het gemiddelde verzuimpercentage van werknemers is 4 procent: 3,6 procent voor mannen en 4,4 procent voor vrouwen*. De meeste werknemers verzuimden vanwege psychische klachten, overspannenheid en burn out (34,8 procent), gevolgd door maag- of klachten (7,1 procent) en rugklachten (7,6 procent). Voor de samenleving bedragen de kosten van verzuim voor alle aandoeningen tezamen naar schatting 7,2 miljard per jaar; depressieve stoornissen (1818 miljoen euro) en chronische rugpijn (1748 miljoen euro) waren de grootste kostenposten (zie verder bijlage 2)**.

Van alle werkenden heeft (cijfers voor 2011) 40,6 procent een somatische dan wel een psychische aandoening**. Overigens betekent het hebben van een aandoening of ziekte niet per se verzuim. Zo heeft een meerderheid van de chronisch zieken een baan*** en omgekeerd heeft 38 procent van de werknemers een langdurige ziekte, aandoening of handicap*. Voor een deel zijn dit arbeidsongeschikten. Van de mensen met een gedeeltelijke WGA-uitkering werkte in 2011 50 procent, van de mensen met een volledige WGA-uitkering 13 procent en van de mensen met een WAO-uitkering 21 procent***.

Door de vergrijzing stijgt het aantal mensen met een chronische ziekte. Dat zal ook merkbaar zijn op de arbeidsmarkt. Met het opschuiven van de pensioengerechtigde leeftijd zal de beroepsbevolking een groeiende groep ouderen omvatten met één of meer chronische ziekten****.

In 2012 waren 478.000 werknemers betrokken bij een arbeidsongeval waarbij zij lichamelijk letsel of geestelijke schade opliepen. Dat is bijna 7 procent van alle werknemers. In bijna de helft van de gevallen leidde het ongeval tot één of meer dagen ziekteverzuim. Een arbeidsongeval is daarbij gedefinieerd als een ongeval of voorval dat door of tijdens het werk (bij de uitoefening van de beroepsarbeid of tijdens de uren op het werk) plaatsvindt*****.

In 2012 zijn 6.451 meldingen van beroepsziekten geregistreerd bij het NCvB. De beroepsziekteincidentie wordt (via het Peilstation Intensief Melden) over 2012 geschat op 266 beroepsziekten per 100.000 werknemersjaren. De hoogste incidentiecijfers worden gerapporteerd voor psychische aandoeningen (96) en aandoeningen aan het houding- en bewegingsapparaat (74), gevolgd door gehooraandoeningen (59), huidaandoeningen (4), luchtwegaandoeningen (4), neurologische aandoeningen (3) en infectieziekten (2) *****.

* TNO/CBS (2013) *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden* 2013. Zie: <http://www.monitorarbeid.tno.flink.nl/cijfers/nea>

** Trimbosinstituut (2011) *Infografic Ziekteverzuim in Nederland*.

*** RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie*, tabel 3.1, p. 55 en 52.

**** RIVM (2014) *Een gezonder Nederland. Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014*. Zie ook: http://www.eengezondereNederland.nl/Een_gezonder_Nederland/Highlights/Trends_in_de_volksgezondheid

***** CBS (2014), *Ongelukken op de werkvloer, Sociaaleconomische trends*, mei 2014, 01.

***** NCvB (2013) *Kerncijfers beroepsziekten 2013*, p. 5.

⁵ SER (2012) *Advies Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*, p. 12.

⁶ SER (2012) *Advies Stelsel voor gezond en veilig werken*, p. 36.

De bedrijfsgezondheidszorg is gericht op het voorkomen van beroepsziekten, bedrijfsongevallen, ziekte en verzuim van werknemers⁷. De arbeidsgerelateerde zorg omvat meer dan alleen de bedrijfsgezondheidszorg: het is de zorg voor alle werkenden (inclusief zzp'ers) of werkzoekenden die erop gericht is hun arbeidsparticipatie duurzaam te behouden. Daarbij gaat het ook om de reguliere eerste- en tweede/derdelijnszorg.

De bedrijfsgezondheidszorg omvat een breed scala aan activiteiten variërend van verzuimbegeleiding tot verschillende facetten van preventie. Preventie is een wezenlijk onderdeel van bedrijfsgezondheidszorg: voorkomen moet worden dat mensen door hun werk en/of arbeidsomstandigheden gezondheidsschade oplopen, waardoor zij – al dan niet tijdelijk – uitvallen. Preventie draagt bij aan de duurzame inzetbaarheid van werkenden (zie box).

Het belang van preventiebeleid

De bestendige lijn zoals die blijkt uit eerdere SER-advisering, maar bijvoorbeeld ook uit aanbevelingen van de Stichting van de Arbeid is, dat bevordering van de gezondheid niet kan zonder preventiebeleid. Dat vergt een preventiebeleid in de arbeidsorganisaties dat arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid omvat naast (delen van) HRM-beleid en leefstijlbeleid. Structurele aandacht voor de gezondheid van de werknemers, zo sprak de raad uit in zijn advies in 2009*, veronderstelt voortdurende aandacht voor en controle van de gezondheid en arbeidsomstandigheden van de werkenden. Het inzetten van passende activiteiten en maatregelen op basis van de gevonden resultaten, een permanente *follow up* als het ware, vormt het logische vervolg daarop.

Dat preventie loont, heeft de raad ook al betoogd in zijn stelseladvies**. Preventie bespaart kosten; voor verschillende interventies is onderzocht dat er sprake is van *return on investment*. Ook heeft de raad een aantal instrumenten beschreven waarmee zowel werkgevers als werknemers werk kunnen maken van preventie zoals: preventie in het contract met de arbodienst of bedrijfsarts, de mogelijkheid van een persoonlijk dossier en de introductie van een inzetbaarheidsscan***.

* SER (2009) Advies *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*.

** SER (2012) Advies *Stelsel voor gezond en veilig werken*

*** Zie SER (2012) Advies *Stelsel voor gezond en veilig werken* p. 36 t/m 42.

De raad heeft zich in zijn advies *Stelsel voor gezond en veilig werken* gericht op knelpunten ten aanzien van de bedrijfsgeneeskundige zorg, zoals de toegankelijkheid van de bedrijfsarts voor alle werkenden, de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en de te beperkte aandacht in de bedrijfsgezondheidszorg voor preventie. In dat advies uitte hij opnieuw zijn zorg over het ontbreken van een (goede) relatie tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg en de blinde vlek in de reguliere gezondheidszorg voor de factor arbeid⁸.

In de adviesaanvraag van 10 juli 2013 verwijst het kabinet eveneens naar deze knelpunten.

In paragraaf 2.2 zet de raad de belangrijkste knelpunten op het terrein van de arbeidsgerelateerde zorg op een rij.

⁷ Deze omschrijving is ontleend aan www.cbs.nl.

⁸ Zie ook: SER (2009) Advies *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*.

2.2 Overzicht belangrijkste knelpunten

Deze paragraaf beschrijft wat volgens de raad momenteel de belangrijkste knelpunten zijn met betrekking tot de arbeidsgelateerde zorg. Elk knelpunt heeft negatieve gevolgen: deze worden per knelpunt kort aangeduid.

a. *Onvoldoende kennis van/rekening houden met de factor arbeid in de reguliere zorg*

Reguliere zorgaanbieders (huisartsen, maar ook specialisten) zijn niet altijd en/of onvoldoende alert op de relatie tussen een gezondheidsklacht of aandoening en werk⁹. Zo kan arbeid mede de oorzaak zijn van de klacht. Omgekeerd kan werken juist ook herstel van de klacht of aandoening bevorderen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van Nederlandse huisartsen, onderkent de blinde vlek van huisartsen voor het belang van arbeid voor de gezondheid. Het stelt in zijn toelichting op een van de kernwaarden ('persoonsgericht') van de huisarts: "De huisarts heeft dan ook een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgelateerde gezondheidsproblemen [...]. In de praktijk blijken huisartsen deze taak nog onvoldoende te vervullen"¹⁰.

Onvoldoende kennis van de factor arbeid in de reguliere zorg kan leiden tot het lang uitblijven van de juiste diagnose en behandeling en daardoor tot langer verzuim dan nodig is.

b. *Onvoldoende samenwerking bedrijfsarts en reguliere zorg*

De samenwerking – inclusief de communicatie – tussen bedrijfsartsen en artsen in de reguliere zorg laat te wensen over. Daarbij spelen gebrek aan vertrouwen in elkaars professionaliteit (inclusief onafhankelijkheid) en onbekendheid met elkaars werk en deskundigheid een rol, zo blijkt uit onderzoek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, NIVEL, uit 2012¹¹.

Ook is er van de kant van de artsen in de reguliere zorg sprake van terughoudendheid om informatie te delen, uit vrees dat daardoor de relatie tussen patiënt en arts onder druk komt te staan.

Onvoldoende samenwerking tussen bedrijfsarts en reguliere zorg versterkt de blinde vlek voor de factor arbeid in de reguliere zorg.

Verder is het voor de bedrijfsarts soms lastig om de belastbaarheid van de zieke werknemer goed te beoordelen zonder de inzichten van de reguliere zorgverleners.

c. *Bedrijfsartsen zijn onvoldoende gericht op het opsporen van en hebben onvoldoende kennis van beroepsziekten*

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, NCvB, constateerde in 2012 dat er in Nederland al jarenlang sprake is van onderrapportage van beroepsziekten¹². Het aantal van 6451 in dat jaar gemelde beroepsziekten is volgens het NCvB dan ook een onderschatting. Aandoeningen die veruit het meest worden gerapporteerd, zijn:

⁹ Zie ook: LHV, NHG, NVAB, KNMG, *Consensus Verklaring over Werk en Gezondheid* d.d. 13 februari 2014.

¹⁰ NHG (2011) *Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde*, p. 13. Zie ook B.J.C. van de Gevel (2012) *Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn*, Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Regie aan de poort.

¹¹ NIVEL (2012) *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorg*.

¹² NCvB (2012) *Het melden van beroepsziekten: Weten, willen, kunnen en mogen*.

psychische aandoeningen, aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat en gehoor-aandoeningen.

Bedrijfsartsen melden beroepsziekten niet of nauwelijks. Arbodiensten en bedrijfsartsen zijn echter wettelijk verplicht om beroepsziekten te melden bij het NCvB. De Inspectie SZW en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben daarop onderzoek laten instellen naar de achtergronden hiervan.

Het onderzoek stelt vast dat 46 procent van de bedrijfsartsen nooit een beroepsziekte meldt (de 'chronische nulmelders')¹³. De meldingen van beroepsziekten zijn afkomstig van slechts 30 procent van de bedrijfsartsen (de 'consequente melders'). Deze groep wisselt per jaar.

Bedrijfsartsen in de bouwsector blijken beroepsziekten veel vaker te melden dan bedrijfsartsen in andere sectoren. De bouw is dan ook al jaren verantwoordelijk voor de meerderheid van het aantal beroepsziektemeldingen. In 2013 was 57 procent van de meldingen afkomstig van de bouw. Dat het aantal meldingen in de bouw relatief zo hoog ligt, is een gevolg van het in de bouw ontwikkelde systeem voor het signaleren en voorkomen van beroepsziekten. Onderstaande box beschrijft dit systeem. Daarin speelt het PAGO/PMO een cruciale rol.

Melden van beroepsziekten in de bouw

In de cao voor de bouw is geregeld dat iedere werknemer om de paar jaar recht heeft op een PAGO/PMO. De bedrijfstakorganisatie Arbouw verzorgt hiervoor, onafhankelijk van de werkgever, de logistiek, de uitnodigingen en de financiering uit collectieve middelen van de sector. Het deelnamepercentage aan het PAGO/PMO in de bouw ligt volgens Arbouw rond de 50 procent.

Daarnaast is door Arbouw een eigen registratiesystematiek ontwikkeld. Een arbodienst die een PAGO/PMO afneemt bij een werknemer uit de bouw, krijgt een vergoeding van Arbouw als de uitkomsten van het PAGO op een standaardformulier aan Arbouw worden gemeld. Op dit formulier kunnen ook beroepsgerelateerde aandoeningen (beroepsziekten) worden aangegeven. Op basis van deze ingediende formulieren geeft Arbouw periodiek de verzamelde beroepsziektemeldingen uit de bouw door aan het NCvB. Bedrijfsartsen hoeven daardoor de tijdens het PAGO/PMO geregistreerde beroepsziekten niet zelf te melden aan het NCvB. Bedrijfsartsen die (gaan) werken voor de bouw, worden door Arbouw getraind om te werken volgens deze systematiek. De beroepsziektemeldingen in de bouw zijn voor 91 procent, zo bleek uit onderzoek van het NCvB, gebaseerd op signalering tijdens een preventief medisch onderzoek. In andere sectoren is dit gemiddeld 8 procent. (PAGO/PMO).

Bron: AStri (2014) *Versterken melding beroepsziekten*, p. 40.

Bij de onderrapportage spelen verschillende factoren een rol, zo blijkt uit het onderzoek. Bedrijfsartsen¹⁴ noemen als belemmerende factoren:

- allereerst: *gebrek aan tijd* om te melden en het feit dat de aan melden bestede tijd veelal niet declarabel is. In het contract met de bedrijfsarts zijn hierover vaak geen afspraken opgenomen. Dit komt vaker voor bij externe dan bij interne arbodiensten
- *onzekerheid over de juridische en/of economische consequenties* van melden. Beroepsziektenmeldingen zouden tot een claim van de werknemer bij de

¹³ AStri (2014) *Versterken melding beroepsziekten. Resultaten vragenlijstonderzoek*.

¹⁴ Het betreft hier de antwoorden van de bedrijfsartsen die minder dan gemiddeld (< 2,5 melding per jaar) melden. De factor tijd werd genoemd door 58 procent van de bedrijfsartsen; juridische en/of economische redenen door 36 procent; goede arbeidsomstandigheden door 34 procent en kennisredenen door 31 procent van de bedrijfsartsen. Van de bedrijfsartsen die niet of nauwelijks melden doet 14 procent dat niet om motivationele redenen. Astri (2014), *Versterken melding beroepsziekten*, p. 27 en 28.

werkgever kunnen leiden, met eventuele consequenties voor de relatie en het contract tussen de bedrijfsarts en de werkgever.

- *moeite met het herkennen en vaststellen van beroepsziekten.* Dit geldt voor een deel van de bedrijfsartsen. Zij hebben onvoldoende kennis over de voor melding geldende criteria en over de meldingsprocedure.
- *de arbeidsomstandigheden* bij de bedrijven en instellingen waarvoor zij werken zijn voor een deel van de bedrijfsartsen *goed*, waardoor zij niet hoeven melden. Er is daar voldoende aandacht voor preventie. Dit komt vaker voor bij interne dan bij externe arbodiensten.
- *het belang van melden niet inzien* en daartegen een aversie hebben. Dit is de reden dat een klein deel van de bedrijfsartsen niet meldt. In het licht van de wettelijke verplichting tot melden is dit een opmerkelijke reden voor niet melden.

Het onderzoek laat zien dat het meldingsgedrag van bedrijfsartsen inmiddels verbetert. Het aantal meldingen tussen oktober 2013 en mei 2014 verdubbelde vergeleken met het daaraan voorafgaande jaar. Ook het aantal bedrijfsartsen dat meldde steeg¹⁵.

Dat bedrijfsartsen onvoldoende gericht zijn op het opsporen van beroepsziekten belemmert adequaat preventief beleid binnen het bedrijf en gezondheidsbescherming ten aanzien van beroepsrisico's en vormt daarmee een risico voor de gezondheid van werknemers. Daardoor worden adequate diagnose en behandeling van beroepsziekten bij individuele zieke werknemers vertraagd. Dat brengt met zich dat ook het verzuim langer kan duren dan nodig.

Ook voor de epidemiologie is melding van groot belang: bijvoorbeeld voor onderzoek naar arbeidsgereleerde kanker en naar nieuwe beroepsziekten als gevolg van nieuwe technologieën¹⁶.

d. Tekortschietende instroom in opleiding tot bedrijfsarts

De instroom in de opleiding tot bedrijfsarts is al jaren lager dan nodig is om tegemoet te komen aan de vraag voor dit segment van de arbeidsmarkt¹⁷. Tussen 2010 en 2014 zijn gemiddeld 14 basisartsen per jaar gestart met de opleiding tot bedrijfsarts¹⁸. Om aan de vervangingsvraag te voldoen, is in 2025/2030 bij ongewijzigd beleid een jaarlijkse instroom nodig van circa 130 tot 185 arts. Indien dit laatste aantal niet wordt gehaald, moet worden gevreesd dat op middellange termijn onvoldoende bedrijfsartsen beschikbaar zijn om de verzuimbegeleidingstaken te verrichten die in de Wet

¹⁵ Volgens de minister van SZW is het aantal meldingen van beroepsziekten bij het NCvB en het aantal meldende artsen fors toegenomen door de aandacht voor het melden van beroepsziekten tijdens de onderzoeksperiode. Zie: Brief van de minister van SZW aan de Tweede Kamer bij het aanbieden van het rapport Versterken melding beroepsziekten, dd. 8 juli 2014. In november 2013 kregen alle BIG-geregistreerde bedrijfsartsen in Nederland op hun privéadres een schriftelijke uitnodiging van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om deel te nemen aan het onderzoek; een uitnodiging die in de maanden daarna nog tweemaal werd herhaald. In de brief werd de verplichting om beroepsziekten te melden onder de aandacht gebracht. AStri (2014) *Versterken melding beroepsziekten*, p. 8 en 9.

¹⁶ Zie ook J. Popma (2014) Position Paper ten behoeve van een Rondetafelgesprek met de Vaste Commissie voor SZW, Tweede Kamer, 14 juni 2014.

¹⁷ Volgens het Capaciteitsorgaan (Vierde deelrapport: sociale geneeskunde) waren er in 2013 1.998 geregistreerde bedrijfsartsen, van wie 97 procent werkzaam was. Per bedrijfsarts is de inzet gemiddeld 0.85 fte. Bij continuering van de huidige instroom zal het aantal geregistreerde bedrijfsartsen dalen naar 1.650 in 2020 en 1.300 in 2025.

¹⁸ Brief met bijlage van de Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen aan de minister van SZW, d.d. 29 april 2014.
Het Capaciteitsorgaan heeft voorts op verzoek van de minister van SZW onderzocht wat de vijf Plexusscenario's zouden betekenen voor de vraag naar bedrijfsartsen en of de huidige instroom in de opleiding tot bedrijfsarts daarvoor voldoende is. Het Capaciteitsorgaan stelt dat de huidige instroom in de opleiding volstrekt ontoereikend is om een van deze scenario's te realiseren, met uitzondering van scenario 4 (model zonder bedrijfsarts).

verbetering poortwachter (Wvp) aan bedrijfsartsen zijn opgedragen. Een hogere instroom is voorts vereist omdat veel bedrijfsartsen in de komende 10 jaar zullen uittreden vanwege pensionering. Bovendien zal de vergrijzende beroepsbevolking en daarmee het groeiend aantal werknemers met een langdurige aandoening of chronische ziekte (zie par. 2.1) toenemende aandacht en begeleiding vragen van bedrijfsartsen opdat deze werknemers duurzaam aan het werk kunnen blijven. Echter: terwijl de komende jaren meer bedrijfsartsen nodig zijn, lijkt de belangstelling voor het beroep van bedrijfsarts echter nog verder af te nemen.

Een tekort aan bedrijfsartsen belemmert een optimale uitvoering van de bedrijfsgezondheidszorg en bedreigt indirect het behoud en herstel van de gezondheid en de duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Een tekort aan bedrijfsartsen vermindert de mogelijkheden tot het voorkomen en beperken van verzuim.

Vermelding verdient dat de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) van het ministerie van SZW subsidie heeft gekregen voor het project *De bedrijfsarts werkt!*¹⁹. Dit omvat activiteiten om de instroom in de opleiding van bedrijfsartsen te vergroten. Daarbij vindt ook een nader verkennend onderzoek plaats naar de achtergronden van de tekortschietende instroom in de opleiding voor bedrijfsartsen, zoals de financiering van de opleiding²⁰.

e. Onvoldoende toegankelijkheid bedrijfsgezondheidszorg

In het bestaande stelsel voor bedrijfsgezondheidszorg kan een deel van de werknemers dat nog niet verzuimt maar wel gezondheidsklachten heeft of vreest, zich niet bij hun bedrijfsarts melden voor advies. Het contract van hun werkgever met de bedrijfsarts of arbodienst voorziet niet in deze mogelijkheid.

Zzp'ers kunnen vaak evenmin gebruik maken van de bedrijfsarts of de arbodienst van het bedrijf waarvoor zij opdrachten verrichten, noch is voor hen de toegang tot een bedrijfsarts op een andere manier geregeld. In 2013 ging het in Nederland om ruim 1,1 miljoen zzp'ers²¹. Het ontbreken van een structurele regeling voor deze groep klemmt te meer daar het aantal zzp'ers nog steeds groeit. Verder vormen werklozen (circa 684.000) en vrijwilligers een grote groep die geen toegang heeft tot de bedrijfsarts.

Onvoldoende toegankelijkheid van de bedrijfsgezondheidszorg belemmert adequate zorg voor (behoud en herstel van) de gezondheid en leidt tot hoger verzuim en lagere participatie.

f. Onvoldoende aandacht voor preventie

Bedrijfsartsen komen onvoldoende toe aan preventie: verreweg de meeste tijd besteden ze aan individuele verzuimbegeleiding. In een ledenraadpleging van de NVAB in 2010 gaf 79 procent van de leden aan dat door de nadruk op verzuim de aandacht voor preventie in het takenpakket van de bedrijfsarts naar de achtergrond is geschoven²².

¹⁹ Brief van de minister van SZW aan de Tweede Kamer, d.d. 20 januari 2014, Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 25 883, nr. 228.

²⁰ Het Capaciteitsorgaan is van mening dat, los van de uiteindelijke beleidskeuzes voor de toekomst, door betrokkenen gewerkt moet worden aan randvoorwaarden om de opleiding tot bedrijfsarts aantrekkelijker te maken voor de basisarts die op zoek is naar een opleidingsplaats. Financiering van de vervolgopleiding tot bedrijfsarts uit publieke middelen in plaats van private middelen zou een optie kunnen zijn. Het Capaciteitsorgaan heeft deze suggestie ook in het Capaciteitsplan 2013 en eerder in het Capaciteitsplan 2010 gedaan. Brief van het Capaciteitsorgaan aan de minister van SZW, 29 april 2014.

²¹ CBS, webartikel 4 maart 2014 (zzp'ers en flexwerkers); CBS, webartikel 23 april 2014 (werkloosheid)

²² NVAB (2010) *NVAB Ledenraadpleging*.

Van de bedrijfsartsen die door bureau AStri (2011) werden ondervraagd, was 70 tot 80 procent van mening dat ze meer in de gelegenheid zouden moeten worden gesteld om preventieve activiteiten te ondernemen rond arbeidsrisico's en leefstijl²³.

Waar sprake is van een sectorale of branchegerichte organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg, is er juist veel aandacht voor preventie, zo is de conclusie van Capgemini (2014) in een onderzoek naar sector- en branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg²⁴.

De – door de werkgever aangewezen – preventiemedewerker in bedrijven komt onvoldoende uit de verf. Uit de rapportage *Arbo in bedrijf* (2014) van de Inspectie SZW blijkt dat in 2012 44 procent van alle bedrijven (tezamen 79 procent van alle werknemers) een preventiemedewerker heeft aangesteld²⁵. De Inspectie SZW constateerde in haar rapport *Arbozorg in Nederland* uit 2013 dat de aandacht voor preventie binnen bedrijven afneemt. Nog niet de helft van de bedrijven heeft een preventiemedewerker. Een ri&e, waarin de belangrijkste gezondheidsrisico's voor het bedrijf staan beschreven, ontbreekt in ruim de helft van de bedrijven²⁶. Overigens werkt de meerderheid van de werknemers (als het gaat om de ri&e 83 procent, als het gaat om de preventiemedewerker 79 procent) in een bedrijf waar deze verplichtingen wel worden nageleefd; het zijn vooral de kleinere bedrijven die niet aan deze verplichtingen voldoen²⁷.

Onvoldoende aandacht voor preventie belemmert behoud en herstel van gezondheid van werkenden en leidt indirect tot hoger verzuim en lagere participatie.

g. Onafhankelijkheid bedrijfsarts niet zonder meer gewaarborgd en vertrouwen in de bedrijfsarts schiet tekort

Een deel van de werknemers heeft geen vertrouwen in het onafhankelijk oordeel van de bedrijfsarts over bijvoorbeeld hun belastbaarheid. Onderzoeksbureau Astri meldt daarover in zijn studie uit 2011²⁸, dat een deel (16 procent) van de werknemers²⁹ twijfelt aan de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Daarbij zou vooral een rol spelen dat de bedrijfsarts wordt betaald door de werkgever. Verder wordt de vertrouwensrelatie tussen bedrijfsarts en patiënt niet altijd als optimaal gezien: een beeld dat deels wordt gevoed door de onbekendheid van de bedrijfsarts.

Ook een minderheid van de bedrijfsartsen zegt regelmatig niet geheel onafhankelijk te kunnen werken door de opstelling van de werkgever, de eigen arbodienst of de werknemer. De NVAB meldt dat uit eigen onderzoek onder de leden blijkt dat dit percentage in 2014 ten opzichte van eerder ledenonderzoek in 2010 is gedaald. In een onderzoek van GfK (december 2013) stelt 10 procent van de werknemers (zeer)

²³ AStri (2011) *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*.

²⁴ Capgemini (2014) *Sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg*.

²⁵ Inspectie SZW (2014) *Arbo in bedrijf 2012*. Een onderzoek naar de naleving van arboverplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2012.

²⁶ Deze wettelijke verplichting geldt niet voor bedrijven met minder dan 25 werknemers mits er een erkende branche-ri&e is. Het Steunpunt RI&E, ondergebracht bij de Stichting van de Arbeid, geeft uitvoering aan de taak van sociale partners om te beoordelen of een RI&E-instrument voldoet aan de eisen. Hier moeten brancheorganisaties een aanvraag indienen om hun RI&E-instrument erkend te krijgen voor de genoemde toetsvrijstelling.

²⁷ Inspectie SZW (2013) *Arbozorg in Nederland*, p. 4.

²⁸ AStri (2011) *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*.

²⁹ Ondervraagd is een representatieve steekproef van werknemers die in het voorafgaande jaar contact hadden met een bedrijfsarts. Dit geldt ook voor het onderzoek vermeld in noot 19.

ontevreden te zijn met de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts³⁰. Het FNV-meldpunt Verzuimbegeleiding rapporteert (oktober 2013) een groter percentage werknemers (41 procent) dat de bedrijfsarts of arbo-arts niet als onafhankelijk ervaart³¹. Daarbij zou volgens dit rapport vooral een rol spelen dat de werkgever een financiële relatie heeft met de bedrijfsarts.

Het gebrek aan vertrouwen is zowel een perceptieprobleem als een probleem in de praktijk; klachten over gebrek aan onafhankelijkheid van de bedrijfsarts in de praktijk en gevallen van privacyschending versterken de negatieve perceptie van de bedrijfsarts bij werknemers. Deze perceptie bestaat ondanks de eed die de bedrijfsarts als arts heeft afgelegd en – indien hij/zij werkzaam is in een arbodienst – de protocollen en regels ter bevordering van de kwaliteit, waaraan hij gehouden is.

Een (gepercipieerd) tekort aan onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en daardoor een gebrek aan vertrouwen in diens oordeel bemoeilijken de communicatie in de driehoek werknemer-werkgever-bedrijfsarts c.q. een vruchtbaar overleg over werkhervatting tussen bedrijfsarts, werkgever en werknemer.

Daarnaast leiden de knelpunten tezamen – direct of indirect – tot non-participatie. Het project *Kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie* (2010) maakte een voorzichtige inschatting van de totale kosten die met non-participatie zijn gemoeid³². De onderzoekers vatten onder non-participatie: verzuim, uitstroom uit arbeid (WIA), presenteïsme (aanwezig zijn op het werk maar door verminderde gezondheid minder presteren) en gezondheidszorg. Deze worden tezamen geschat op bijna 26 miljard euro per jaar. Naar verwachting zullen deze kosten de komende jaren sterk stijgen als gevolg van de vergrijzing van de beroepsbevolking en het langer doorwerken: die zorgen voor een toename van de prevalentie van gezondheidsproblemen en verzuim. Uit TNO-onderzoek blijkt dat een deel van deze kosten vermijdbaar is door verbeteringen in de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg, bij werkgevers en werknemers³³. Het verzuimpercentage bijvoorbeeld zou daardoor met 21,5 procent kunnen worden verminderd.

3. Uitgangspunten voor de toekomst

3.1 Rekeninghoudend met arbeidsmarktontwikkelingen en wetgevingskader

Gegeven de bestaande kaders van wet- en regelgeving dient de arbeidsgerelateerde zorg van de toekomst rekening te houden met belangrijke ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Andere arbeidsrelaties dan een vast dienstverband met een werkgever-werknemer relatie zijn steeds gebruikelijker. Ook de werkenden in deze andere arbeidsrelaties moeten toegang hebben tot adequate en kwalitatief goede

³⁰ GfK (2013) *Cliënttevredenheidsonderzoek Arbodiensten*, Benchmarkmeting 2013, onderzoek in opdracht van Organisatie voor Vitaliteit en Loopbaan (OVAL).

³¹ FNV (2013) *Verzuimbegeleiding: een corrupt systeem*. Dit betreft een onderzoek onder ruim 6.000 werknemers die sinds 1 januari 2012 contact hadden met een bedrijfsarts, arboarts, arbodienst en/of verzuimbedrijf.

³² Het onderzoeksproject maakte deel uit van het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg van Stichting Instituut Gak, uitgevoerd door Plexus, TNO en de Universiteit Maastricht. De kosten van non-participatie (exclusief de kosten van presenteïsme) zijn het hoogst voor klachten van het bewegingsapparaat (3,7 miljard euro), psychische klachten/ aandoeningen (2,5 miljard euro) en hart- en vaatziekten (1,5 miljard euro). TNO (2010) *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan*.

³³ TNO (2010) *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan*.

arbeidsgerelateerde zorg. Het gaat daarbij om grote groepen werkenden die nu nog niet bediend worden.

Uit een studie van CBS en TNO (2013) blijkt dat de afgelopen tien jaar het aandeel werknemers met een flexibele arbeidsrelatie is gestegen van 12 procent (2001) tot 16 procent (2012)³⁴. In 2012 hadden 400.000 werknemers meer dan in 2001 een flexibele arbeidsrelatie³⁵. Deze toename is vooral een gevolg van de stijging van het aantal werknemers met tijdelijke contracten met uitzicht op een vast dienstverband en van het aantal oproepkrachten. Daarnaast is toenemende flexibilisering ook te zien aan de stijging van het aandeel zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers); dat groeide tussen 2001 en 2012 van 7 naar 10 procent. Daarnaast is relevant dat de beroepsbevolking langer moet doorwerken. De AOW-leeftijd wordt sinds 1 januari 2013 stapsgewijs verhoogd van 65 jaar naar 67 jaar in 2023. Het huidige kabinet heeft in het Regeerakkoord afgesproken om deze verhoging te versnellen: 67 jaar in 2021. De raad plaatst het onderhavige advies daarom nadrukkelijk in de context van een veranderende arbeidsmarkt en de noodzaak van duurzame inzetbaarheid.

Preventie en werken aan duurzame inzetbaarheid vormen wezenlijke elementen van arbeidsgerelateerde zorg. Een toekomstgericht stelsel van arbeidsgerelateerde zorg is dan ook veel meer dan thans het geval is, gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen (waaronder beroepsziekten), verzuim en uitval. Niet alleen zijn individuele werknemers en werkgevers hierbij gebaat, maar ook kunnen op deze manier hoge maatschappelijke kosten worden vermeden.

Met het oog op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg formuleert de raad in de volgende paragraaf een aantal uitgangspunten die hij van belang acht bij het oplossen van knelpunten. Daarbij beschouwt hij de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) en het Arbobesluit alsmede de Wet Verbetering Poortwachter (WVP), in samenhang met de Wet uitbreiding Loondoorbetaling bij Ziekte (WULBZ), als voor de arbeidsgerelateerde zorg relevante wetgeving.

De Arbowet en het Arbobesluit regelen de verplichtingen van de werkgever met betrekking tot zijn zorg voor de veiligheid en gezondheid van werknemers. De WVP en de WULBZ bevatten de verplichtingen van werkgever, werknemer en bedrijfsarts in de eerste twee jaar na ziekmelding respectievelijk de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever tijdens deze periode³⁶.

In 2005 is de Arbowet veranderd: een verandering met consequenties die voor dit advies relevant zijn. In onderstaande box worden de belangrijkste veranderingen geschetst.

Ontwikkelingen op het terrein van arbodienstverlening na 2005

Maatwerkregeling en vangnetregeling

De Arbowet is in 2005 veranderd waar het gaat om de verplichting van de werkgever om zich bij zijn arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid te laten ondersteunen door deskundigen. Vóór 2005 waren dat gecertificeerde arbodiensten, na 2005 geldt een maatwerkregeling dan wel de vangnetregeling. De maatwerkregeling maakt het mogelijk dat een bedrijf voor de ondersteuning bij wettelijke arbo-taken kiest voor gecertificeerde kerndeskundigen in plaats van voor een

³⁴ CBS en TNO (2013) *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt. De focus op flexibilisering*.

³⁵ Zie: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3743-wm.htm>

³⁶ Zie bijlage 3 voor een uitgebreidere beschrijving van deze wetgeving.

arbodienst. Dit is een mogelijkheid als er overeenstemming is op cao-niveau of op bedrijfsniveau tussen werkgever en medezeggenschapsorgaan. Komen partijen niet tot overeenstemming dan geldt de vangnetregeling en dient een contract te worden gesloten met een arbodienst.

Ontwikkelingen aanbodkant

Panteia (2014) constateert in het onderzoek *De markt en kwaliteit van de arbodienstverlening* een aantal belangrijke ontwikkelingen aan de aanbodkant van de arbodienstverlening:

- *Nadruk op reduceren van verzuim*: dit accent in arbodienstverlening komt naar voren uit interviews met dienstverleners, werkgevers- en werknemersorganisaties.
- *Selectief uitbestede taken*: door de toegenomen mogelijkheden voor maatwerkcontracten kiest een deel van de werkgevers voor selectiviteit in taken die extern worden uitgevoerd.
- *Werken als zelfstandige*: een deel van de kerndeskundigen, met name bedrijfsartsen en veiligheidsdeskundigen kiest daarvoor, soms in samenwerkingsverbanden of kleine bedrijven.
- *De casemanager is in opkomst*: binnen arbodiensten, binnen specifieke casemanagementorganisaties en in samenwerking met zelfstandige bedrijfsartsen en samenwerkingsverbanden van bedrijfsartsen.
- *De rol van verzuimverzekeraars groeit*: hun invloed neemt toe waar ze als voorwaarde voor hun verzekering eisen dat de werkgever gebruikmaakt van een specifieke arbodienstverlener.
- *Toenemende concurrentie en prijsdruk*: een gevolg van de invoering van de maatwerkregeling (dit trok nieuwe dienstverleners) en de verslechterde economische omstandigheden in de afgelopen jaren.

Bron: Panteia (2014) *De markt en kwaliteit van de arbodienstverlening*.

3.2 Kenmerken arbeidsgerelateerde zorg van de toekomst

Arbeidsgerelateerde zorg is in de toekomst niet alleen beschikbaar en toegankelijk voor (flex-) werknemers, maar ook voor zzp'ers, werkzoekenden en mantelzorgers of vrijwilligers. Deze categorieën worden hierna samengenomen onder de noemer 'werkenden'.

Arbeidsgerelateerde zorg - waaronder begrepen preventieve zorg - is gericht op behoud, herstel en verbetering van de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van werkenden. Deze zorg wordt geboden in de reguliere zorg en door de bedrijfsgezondheidszorg die is gericht op het voorkomen van beroepsziekten, bedrijfsongevallen, ziekte en verzuim van werknemers.

Bij (dreigende) gezondheidsklachten betreft de betrokken arts in de reguliere zorg ook de werkcontext in de diagnose/analyse en behandeling van de problematiek.

Voor het bereiken van gezondheid en duurzame inzetbaarheid zijn werkgevers en werknemers samen verantwoordelijk. Binnen deze gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben werkgevers en werknemers een eigen verantwoordelijkheid.

In de arbeidsgerelateerde zorg spelen vele deskundigen een rol. Dat kunnen in de bedrijfsgezondheidszorg naast de bedrijfsarts ook de arbeidshygiënist, A&O-deskundige en veiligheidskundige³⁷, een fysiotherapeut, een psychotherapeut, een ergonoom of een arbeidsdeskundige zijn. In de reguliere zorg kunnen huisartsen, medisch specialisten, klinisch arbeidsgeneeskundigen, paramedici en psychologen of psychiaters een bijdrage leveren aan de arbeidsgerelateerde zorg.

³⁷ De arbeidshygiënist, A&O-deskundige en veiligheidskundige vormen samen met de bedrijfsarts de vier kerndeskundigen die volgens de wet bij het arbobeleid betrokken moeten worden.

Net als voor de reguliere zorg geldt voor de arbeidsgerelateerde zorg dat het van groot belang is dat de patiënt in casu de werkende vertrouwen heeft in de zorgprofessional/arts.

Er zijn kansen voor aanzienlijke efficiencywinsten (orde van grootte: enkele miljarden euro's) door verhoging van de doelmatigheid en de consequente toepassing van bewezen effectieve interventies in de keten van de arbeidsgerelateerde zorg³⁸. Deze winsten betreffen zowel lagere kosten in de zorg als vermindering van arbeidsuitval en verdere terugdringing van ziekteverzuim als verbetering van de arbeidsproductiviteit.

De werkgever blijft – in samenspraak met het medezeggenschapsorgaan – de regie voeren op het verzuimmanagement en het verzuim- en duurzame inzetbaarheidsbeleid.

4. De scenario's van de Plexus-studie

Bij het denken over de gewenste toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg heeft de raad zich allereerst gebogen over de scenariostudie die het onderzoeksbureau Plexus in opdracht van de minister van SZW heeft verricht. In de adviesaanvraag van de minister zijn deze scenario's aan de raad ter overweging meegegeven.

Dit hoofdstuk beschrijft in het kort de vijf door Plexus onderzochte scenario's.

Toekomstscenario's Plexus

Plexus heeft vijf scenario's onderzocht:

1. aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem
2. klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn
3. sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg
4. model zonder bedrijfsarts
5. specialisering binnen de eerste lijn.

In *scenario 1* vinden er ten opzichte van de huidige situatie geen taakverschuivingen tussen de arbozorg en de reguliere zorg plaats, maar wel veranderingen in de uitvoering van taken. De belangrijkste zijn;

- herintroductie verplichting vrij toegankelijk arbo-spreekuur;
- meer aandacht voor de factor 'arbeid' in de reguliere zorg door de introductie van een module 'arbeid';
- introductie van kwaliteitsindicatoren (proces- en uitkomstindicatoren) en financiële prikkels voor de bedrijfsarts en in de reguliere zorg.

Scenario 2 voorziet evenmin in een verschuiving tussen de arbozorg en de reguliere zorg. Wel komt er binnen de arbeidsgerelateerde zorg een professional bij: de klinisch arbeidsgeneeskundige. Deze krijgt een volwaardige plaats in de tweedelijns reguliere gezondheidszorg, wordt betaald vanuit de Zvw en opgenomen in de DBC/DOT-systematiek. De huisarts en de bedrijfsarts kunnen naar de klinisch arbeidsgeneeskundige verwijzen.

Scenario 3 behelst een andere inrichting van de bedrijfsgezondheidszorg. De bedrijfsgezondheidszorg wordt collectief georganiseerd en gefinancierd op regio- dan wel sectorniveau. Uitvoering geschiedt in een regionale en/of sectorale infrastructuur.

³⁸ Zie onder meer: Panteia (2013) *Aandacht voor arbeid in de zorg. Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten.*

In *scenario 4* komt de functie van bedrijfsarts te vervallen. Alle bedrijfsgezondheidstaken die nu op de individuele werknemer zijn gericht, verschuiven naar de reguliere zorg (voornamelijk naar de huisarts) en komen onder de Zvw.

De kern van *scenario 5* is de vorming van eerstelijns of anderhalvelijns praktijken die zich toeleggen op de behandeling van arbeidsgerelateerde klachten en aandoeningen in combinatie met reguliere zorg. Alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu binnen de bedrijfsgezondheidszorg worden uitgevoerd en waarvoor arbeidsgeneeskundige expertise is vereist, verschuiven naar de reguliere zorg. Dit gebeurt met inzet van gespecialiseerde huisartsen met kennis van de factor arbeid, arbeidsgeneeskundigen en andere arbodeskundigen.

Het kabinet heeft de SER gevraagd zich uit te spreken over de wenselijkheid van deze scenario's (in het bijzonder de scenario's 2 en 3), de nadere invulling ervan en de mogelijke wijze van financiering.

Inbreng vanuit de kring van stakeholders en externe deskundigen

Ten behoeve van zijn oordeelsvorming heeft de SER-commissie die het advies heeft voorbereid diverse stakeholders en deskundigen uitgenodigd hun visie te geven op de scenario's. Een groot aantal van hen (circa 30) heeft hieraan gevolg gegeven. Ook anderen hebben op eigen initiatief hun visie ter kennis van de commissie gebracht. Vervolgens is de commissie van voorbereiding aan het begin van het adviestraject door middel van een hoorzitting en in de loop van het traject via enkele afzonderlijke gedachtewisselingen met een aantal van deze partijen in gesprek gegaan³⁹.

Het geheel aan visies en commentaar overziende, valt op dat stakeholders en deskundigen niet wijzen naar één van de Plexus-scenario's als het meest wenselijke. Ook zijn er aanzienlijke verschillen in de visies van stakeholders op het functioneren van het huidige stelsel voor de arbeidsgerelateerde zorg.

Er lijkt weinig steun te bestaan voor de scenario's 4 (model zonder bedrijfsarts) en 5 (specialisering binnen de eerste lijn) vanwege de vrees voor medicalisering van gezondheidsklachten van werkenden. Van de zijde van de huisartsen is opgemerkt dat de huisarts de bedrijfsarts niet kan vervangen. Het belang van meer kennis van de factor arbeid bij huisartsen wordt echter veelvuldig benadrukt.

Diverse stakeholders staan positief tegenover elementen van scenario's dan wel een combinatie van bepaalde scenario's. Daarbij komen met name elementen van de scenario's 1 (aanpassingen binnen het huidige systeem), 2 (klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn), en 3 (sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg) in beeld. Ook wordt de mogelijkheid van maatwerk (niet één uniform model maar keuzemogelijkheden voor bedrijven) naar voren gebracht.

De raad constateert dat er geen breed gedragen voorkeur bestaat voor één specifiek scenario, noch binnen de raad, noch onder de geconsulteerde stakeholders en deskundigen.

³⁹ Bijlage 4 bij dit advies bevat een overzicht van de stakeholders en deskundigen die een visiedocument hebben toegezonden. Daarbij is ook aangegeven wie van hen heeft deelgenomen aan de hoorzitting van de SER-commissie.

Scenario's bevatten goede bouwstenen

Verschillende scenario's bevatten volgens de raad goede bouwstenen voor een stelsel van arbeidsgerelateerde zorg waarin bestaande knelpunten worden verholpen en dat tevens tegemoet komt aan veranderingen op de arbeidsmarkt.

In het hiernavolgende hoofdstuk 5 schetst de raad een toekomstvisie voor de arbeidsgerelateerde zorg. Na een inleidende paragraaf 5.1. schetst paragraaf 5.2 drie typen (organisatie-)vormen van arbeidsgerelateerde zorg. In paragraaf 5.3 wordt een aantal aspecten van deze organisatievormen nader beschouwd. Paragraaf 5.4 staat kort stil bij een aantal overwegingen en keuzes die bij het realiseren van de organisatievormen kunnen worden gemaakt. Mogelijke financiële effecten worden besproken in paragraaf 5.5. Paragraaf 5.6 laat zien dat binnen de raad verschillende opvattingen leven over de vraag welke route gevolgd zou moeten worden. Uitgangspunt is echter dat – welke route ook wordt gevolgd – de gewenste toekomst via groei en ontwikkeling tot stand zal komen.

5. Toekomstvisie voor een stelsel van arbeidsgerelateerde zorg

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetst de raad een toekomstvisie voor een kwalitatief betere arbeidsgerelateerde zorg. Uitgangspunt is dat de arbeidsgerelateerde zorg van de toekomst aansluit bij de arbeidsmarkt van de toekomst. Dit impliceert dat rekening wordt gehouden met ontwikkelingen als: veranderende arbeidsrelaties zoals een groeiend aantal zzp'ers en werknemers met een flexibel contract, toenemende arbeidsmobiliteit, langer doorwerken, een verouderende beroepsbevolking en een toenemend belang van duurzame inzetbaarheid.

De geschetste toekomstvisie beoogt de bestaande knelpunten zoals beschreven in paragraaf 2.2. op te lossen. Dit is nodig voor de effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg in de nabije én de verdere toekomst.

Meer concreet gaat het dan met name om:

- verbetering van de toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg (vooral voor zzp'ers en werknemers met een flexibel contract);
- verbetering van de kwaliteit van de arbeidsgerelateerde zorg;
- het (beter) waarborgen van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts;
- verbetering van de arbo-curatieve samenwerking;
- een betere signalering en diagnostiek van beroepsziekten.

Dit betekent dat ook met betrekking tot het consolideren en het verder opbouwen en ontwikkelen van kennis over arbeidsgerelateerde zorg een belangrijke omslag zal moeten plaatsvinden.

In de hierna te beschrijven toekomstvisie wordt niet alleen gebruik gemaakt van bestaande structuren voor arbeidsgerelateerde zorg, maar ook worden effectief gebleken elementen van het bestaande stelsel verder uitgebreid en aangevuld.

5.2 Drie (organisatie-)vormen van arbeidsgerelateerde zorg

In de toekomstvisie worden *drie (organisatie-)vormen van arbeidsgerelateerde zorg* nader onderzocht die een oplossing kunnen vormen voor de gesignaleerde knelpunten:

- binnen het bedrijf (interne arbodiensten);
- binnen branche/sector en/of regio;
- door de huisarts/in de eerstelijns gezondheidszorg.

Deze drie (organisatie-)vormen van arbeidsgerelateerde zorg kunnen in de toekomst gebruikmaken van een robuust *ondersteuningssysteem met een kennisinfrastructuur*.

5.2.1 Arbeidsgerelateerde zorg via interne arbodiensten

Arbeidsgerelateerde zorg krijgt binnen grote bedrijven en instellingen vorm via interne arbodiensten, gebaseerd op internationale standaarden zoals ILO Conventie 161. Deze conventie beschrijft de organisatie en het takenpakket van een dergelijke dienst. Het gaat daarbij om eenvoudige, multidisciplinaire arbodiensten, specialistisch, met een oriëntatie op zowel preventie als verzuimbegeleiding.

Dit type arbodiensten bestaat in Nederland al geruime tijd, onder andere in een aantal grote bedrijven, grote ziekenhuizen, universiteiten en banken. De zorg is over het

algemeen van hoge kwaliteit. De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts wordt geborgd via een ontslagbeschermingsconstructie (vgl. de ontslagbescherming van OR-leden)⁴⁰.

Interne arbodiensten

Het CBS verzamelt cijfers over de branche 'Arbobegeleiding en re-integratie'. Dit zijn bedrijven met als activiteit 'begeleiding van zowel de werkgever als de werknemer met betrekking tot het voorkomen en bestrijden van beroepsziekten en de terugkeer van mensen in een arbeidsomgeving'. Het gaat daarbij om arbodiensten, (zelfstandig) bedrijfsartsen en andere arbodeskundigen, arbo-adviesbureaus en re-integratiebedrijven. In 2012 telde deze branche de volgende aantallen bedrijven: 350 arbodiensten en arbodeskundigen; 490 arbo-adviesbureaus; 370 re-integratiebedrijven en 500 bedrijven onder de categorie anders*. In hetzelfde jaar waren er 12.180 mensen werkzaam in deze branche en bedroeg de netto-omzet 874 miljoen euro.

In hoeveel van de bovengenoemde 350 bedrijven het om een interne arbodienst gaat, is onbekend. Interne arbodiensten bedienen in elk geval maar een klein deel van de Nederlandse bedrijven. In het onderzoek van Panteia (2014) *De markt en kwaliteit van de arbodienstverlening* maakte 1 procent van de bedrijven gebruik van een interne arbodienst. Wel is uit de registratie van de Stichting Beheer Certificatieregeling Arbodiensten duidelijk dat er in 2014 25 gecertificeerde interne arbodiensten zijn. Het betreft met name interne bedrijfsdiensten van universitair medische centra, een aantal grote bedrijven zoals Heineken, Siemens en KLM en een paar banken (RABO en ING).

Van alle bedrijven in Nederland had in 2012 73 procent een contract met een arbodienst en/of andere arbodienstverleners.

De tevredenheid van bedrijven met hun arbodienstverlener is het hoogst voor interne arbodiensten en interne kerndeskundigen (85 procent tevredenheid), gevolgd door casemanagementorganisaties/verzuimbedrijven (79 procent), zelfstandige externe deskundigen (71 procent) en externe gecertificeerde of niet-gecertificeerde arbodiensten (rond 60 procent). Ook de tevredenheid over de prijs-kwaliteitverhouding is voor interne arbodiensten en kerndeskundigen het hoogst. Vooral de kennis van de sector, de flexibiliteit, kleinschaligheid en prijs zijn redenen om voor de interne arbodienst of interne kerndeskundigen te kiezen.

* Een bedrijf kan meerdere activiteiten uitvoeren en daarom onder meerdere categorieën worden meegeteld. De som van het aantal hier vermelde bedrijven kan daardoor groter zijn dan het werkelijk aantal bedrijven.

Bronnen : <http://statline.cbs.nl/>;
 : <http://www.sbca.nl/Gercertificeerde-Arbodiensten>;
 : Inspectie SZW (2013) *Arbozorg in Nederland*.
 : Panteia (2014) *De markt en kwaliteit van de arbodienstverlening*.

5.2.2 Arbeidsgerelateerde zorg via branche of sector en/of regio

Grote bedrijven en instellingen die geen interne arbodienst hebben, middelgrote bedrijven en mkb-bedrijven organiseren hun arbeidsgerelateerde zorg branche- dan wel sectorgewijs, met een geïntegreerde aanpak van preventie- en verzuimbeleid. Ook zzp'ers werkzaam in de desbetreffende branche of sector kunnen daar terecht. Onderstaande box laat zien hoe een geïntegreerde aanpak van preventie en verzuim door een sectororganisatie er uit kan zien.

Stigas: voorbeeld van geïntegreerde aanpak preventie en verzuim

De agrarische en groene sector omvat veel relatief kleinschalige bedrijven. Om hen te helpen met de zorg voor goede arbeidsomstandigheden en verzuimpreventie heeft de sector een ketenaanpak ontwikkeld. Stigas (Stichting Gezamenlijke Arbo Service). vervult hierin een driedelige rol, te weten:

- kenniscentrum op het gebied van arbeidsomstandigheden en verzuimpreventie;
- uitvoerder van preventiediensten;

⁴⁰ Art.7:670a lid 1 sub c BW jo artt. 13, leden 1 en 2 en art. 14 lid 1 Arbowet.

- regisseur van verzuimpreventie.

Belangrijke participanten in Stigas zijn werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers uit de agrarische sector.

Integrale ketenaanpak

De overtuiging van Stigas is dat duurzame re-integratie niet mogelijk is zonder preventie, dat wil zeggen zonder na te gaan hoe gezondheidsproblemen als gevolg van het werk nu en in de toekomst voorkomen kunnen worden. De voordelen van deze ketenaanpak komen in de visie van Stigas alleen tot uiting als agrarische werkgevers de verzuimbegeleiding bij Stigas onderbrengen.

De integrale aanpak kenmerkt zich door:

- De inzet van volledig in onze sector gespecialiseerde preventieadviseurs;
- De inzet van gespecialiseerde bedrijfsartsen voor zowel preventieve taken (bijvoorbeeld het Preventief Medisch Onderzoek) als voor verzuimbegeleiding;
- Integrale samenwerking tussen preventieadviseur, bedrijfsarts en re-integratieadviseur in klantenteams;
- Het richten van algemene preventiediensten naar de kennis en informatie die uit de verzuimbegeleiding wordt opgedaan en;
- andersom de inzet - waar nodig - van preventiediensten in de verzuimbegeleiding.

De verzuimbegeleiding gebeurt in nauwe samenwerking met arbodienst ArboVitale.

Deze samenwerking houdt onder meer in dat wordt gewerkt met re-integratieadviseurs en bedrijfsartsen die in de sector zijn gespecialiseerd. Zij bezoeken bedrijven en zijn daardoor goed op de hoogte van de relatie tussen werk en gezondheid. Bovendien werken zij nauw samen met de Stigas preventieadviseurs.

Diensten van Stigas

Stigas biedt ondersteuning op een aantal terreinen en op verschillende manieren. De dienstverlening omvat onder meer:

- hulp bij opstellen ri&e;
- preventief medisch onderzoek;
- preventiesprekkuur;
- werkplekonderzoek;
- veiligheidscheck en vitaliteitsscan van het bedrijf;
- voorlichting over bijvoorbeeld gezond bewegen, hygiëne en lawaai.

Beroepsziekten

De werknemer wordt gevraagd het vermoeden dat een ziekte of gezondheidsklacht wordt veroorzaakt door het werk, te melden tijdens het spreekuur van de bedrijfsarts of tijdens het Preventief Medisch Onderzoek (PMO). De bedrijfsarts verzamelt vervolgens zo veel mogelijk gegevens over de werkomstandigheden. Doel is na te gaan of de oorzaak van de klachten inderdaad in het werk ligt. Als dat inderdaad zo is, stelt de bedrijfsarts de werknemer hiervan op de hoogte.

Verder moeten bedrijfsartsen op grond van de Arbowet beroepsziekten melden aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Dit gebeurt anoniem (zonder vermelding van de naam van de werknemer en werkgever; sector en soort bedrijf worden wel vermeld). Ook 'lichte' gevallen van beroepsziekten en ziektegevallen die niet tot verzuim leiden worden gemeld.

Verzuimdesk en planbureau

Door de inzet van preventie probeert Stigas verzuim door het werk te voorkomen. En als een werknemer toch ziek wordt, zorgt de Verzuimdesk er samen met het Planbureau voor dat de verzuimbegeleiding en re-integratie snel worden opgepakt.

Verzuimdesk

Als een werknemer ziek is, is het belangrijk om zo snel mogelijk met werkhervatting aan de slag te gaan. Zodra een verzuimmelding bij Stigas binnenkomt, neemt de Verzuimdesk direct telefonisch contact op met de werkgever en - als dat nodig blijkt te zijn - met de werknemer. Samen wordt bekeken wat er aan de hand is en wat de beste eerste actie is.

Planbureau

Zodra een afspraak moet worden gemaakt met de re-integratieadviseur of de bedrijfsarts van de arbodienst, wordt deze direct door het planbureau ingepland. De medewerkers van het planbureau hebben rechtstreeks inzicht in de agenda's van de artsen en re-integratieadviseurs. Dit bespaart niet alleen tijd, maar geeft ook minder rompslomp voor werkgever en werknemer.

Verzuimverzekeraar SAZAS

De verzuimregierol wordt onder andere uitgevoerd voor bedrijven die bij verzuimverzekeraar SAZAS zijn aangesloten, maar ook individuele bedrijven kunnen zich aansluiten. SAZAS is een onderlinge waarborgmaatschappij zonder winstoogmerk en opgericht door werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers vanuit de agrarische en groene sector. SAZAS is dan ook gespecialiseerd in deze sector en biedt voor deze sector specifieke producten en diensten, ook voor werknemers en ZZP-ers/gezinsbedrijven. De vertegenwoordigers uit de sector vormen samen het bestuur. De winst die SAZAS maakt wordt rechtstreeks geïnvesteerd in de producten en diensten of gebruikt om de premie te verlagen.

Bron: www.stigas.nl

Indien de organisatie van de arbeidsgerelateerde zorg niet op branche- of sectorniveau mogelijk is, vindt deze plaats op regionaal niveau al dan niet gecombineerd met sectorale elementen. Deze bieden ook zzp'ers die niet bij een branche- of sectororganisatie terecht kunnen en werkzoekenden arbeidsgerelateerde zorg. De ervaringen die zijn opgedaan met op sector- en brancheniveau georganiseerde bedrijfsgezondheidszorg laten zien dat deze leidt tot meer aandacht voor preventie. Er wordt kennis ontwikkeld over de risico's met betrekking tot veiligheid, gezondheid en duurzame inzetbaarheid binnen sectoren en er worden communicatiemiddelen en preventieactiviteiten ontwikkeld waarvan werkgevers en werknemers gebruik kunnen maken om deze risico's te beperken of voorkomen. Dat blijkt uit een onderzoek van Capgemini Consulting (mei 2014), in opdracht van het ministerie van SZW en ten behoeve van het onderhavige SER-advies, naar de meerwaarde van sector- en branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg en de randvoorwaarden voor het realiseren ervan. Met de term bedrijfsgezondheidszorg wordt zowel verwezen naar verzuimbegeleiding en re-integratie als naar preventie. Onderstaande box bevat een korte weergave van de onderzoeksbevindingen.

Aandacht voor preventie en beroepsziekten in sector- en branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg

Het onderzoek beschrijft de organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg in zes sectoren en branches.

- Gezond Transport in de transport en logistiek sector;
- Arbouw in de bouw sector;
- Stigas in de agrarische en groene sectoren.
- Uitzendbranche (Stichting ArboFlexbranche (STAF));
- Jeugdzorg (Fonds Collectieve Belangen (FCB));
- Horeca (Koninklijke Horeca Nederland (KHN); Bedrijfschap Horeca & Catering).

De kwantitatieve meerwaarde van deze organisatievorm komt tot uiting in:

- *Meer aandacht voor preventie.* Een belangrijk deel van de toegevoegde waarde ontstaat doordat sociale partners geld vrijmaken ten behoeve van preventie van verzuim. Hierdoor zijn er middelen voor de ontwikkeling van sectorgeoriënteerde producten, diensten en kennis ten behoeve van het voorkomen van verzuimuitval. Ook kunnen preventiediensten 'voordeliger' worden aangeboden door de grotere inkoopkracht en schaalvoordelen;
- *Sectorspecifieke kennis* en de mogelijkheden die dit schept om sectorspecifieke producten en diensten te ontwikkelen, die op hun beurt bijdragen aan effectievere preventie en verzuimbegeleiding;
- *Inzicht in arbeidsrisico's en verzuim op sectorniveau.* De sectorinstellingen gebruiken de arbo- en verzuimdata die zij tot hun beschikking hebben vanuit hun dienstverlening (verzuimbegeleiding en keuringen) om de kennis over arbeidsrisico's en de aard en oorzaken van verzuim in de sector te vergroten.

De belangrijkste baten zijn:

- *Betere gezondheid en leefomstandigheden* voor werknemers.
- *Hogere productiviteit*;
- *Reductie van verzuim* leidt tot lagere vervangingskosten.
- *Reductie WIA instroom* leidt tot besparingen op WIA-premies.
- *Lagere recruitmentkosten* door een beter imago van de sector of branche;

En daarnaast:

- *Meer aandacht voor bedrijfsgezondheidszorg onder werkgevers.* De sectorinstellingen die betrokken zijn in de business cases hebben aangegeven dat zij, door middel van het bieden van (financiële) inzichten, in veel gevallen werkgevers over de streep weten te halen om te investeren in bedrijfsgezondheidszorg (werkplekaanpassingen, aanschaf nieuwe machines e.d.).
- *Ontzorgen werkgevers.* De sectorinstelling is een vertegenwoordigende partij voor werkgevers en werknemers. Met hun dienstverlening beogen de sectorinstellingen te voldoen aan de behoefte van beide partijen.
- *Toegankelijkheid.* De sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg maakt preventie op grote schaal voor bedrijven en werknemers toegankelijk. Sectorinstellingen geven aan dat zonder het sector- of branche-initiatief de inzet van preventie bij met name kleine bedrijven beperkt zou blijven.

Om een sector- of branchegerichte organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg te realiseren is, zo concluderen de onderzoekers, een aantal voorwaarden van belang:

- Allereerst: *draagvlak voor het onderwerp van gezond en veilig* onder sociale partners.
- *een hoge organisatiegraad van zowel werkgevers als werknemers* en een goede overlegcultuur in de sector dragen bij aan het ontstaan van de sectoraanpak voor gezond en veilig werken. Partijen binnen de sector hebben daardoor op meerdere fronten een gezamenlijk doel voor ogen. Dit effent de weg om ook op het gebied van bedrijfsgezondheidszorg afspraken te maken.
- *een (paritaire) partij binnen de sector bij wie de regie belegd* is en die als doel heeft gezondheid en veiligheid in de sector te stimuleren. Deze partij is degene die partijen bij elkaar brengt, nieuwe activiteiten initieert, sector- en bedrijfsgezondheidszorg kennis ontwikkelt en de financiën beheert.
- *structurele financiering.* Uit de casussen komt naar voren dat (een belangrijk deel van) de financiering voortkomt uit cao-afdrachten en/of bijdragen uit het opleiding- en ontwikkelfonds. Door deze financiering kan de organisatie producten en diensten blijven ontwikkelen en aanbieden aan de bedrijven in de sector.

Bron: Capgemini Consulting (2014) *Sector- en branchegeorganiseerde Bedrijfsgezondheidszorg Zes casussen van sectoren en branches.*

5.2.3 Arbeidsgerelateerde zorg via de huisarts/in de eerstelijns gezondheidszorg

Aan werkenden die niet (zonder meer) terecht kunnen bij de bovengenoemde organisaties voor arbeidsgerelateerde zorg binnen bedrijven, branches, sectoren of regio's biedt de huisarts de eerste arbeidsgerelateerde zorg. Het betreft in het bijzonder de groeiende groep zzp'ers en werknemers met een flexibel contract; daarnaast gaat het om werkzoekenden en andere potentieel werkenden met gezondheidsvragen in relatie tot hun inzetbaarheid.

Ondersteuning huisarts en beschikbaarheid kennisinfrastructuur

In de huidige situatie is de huisarts ook voor werkenden vaak de eerste die zij consulteren bij vragen over hun gezondheid en gezondheidsklachten. De huisarts krijgt op zijn spreekuur werknemers (al dan niet met een flexibel contract), zzp'ers, werkzoekenden en andere potentieel werkenden. In de toekomstvisie krijgt de huisarts voor het onderkennen van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen ondersteuning van een artsconsulent en/of een verpleegkundige voor werk en gezondheid die het team in de eerste lijn versterken. Daarnaast vervullen kaderartsen arbeidsgeneeskunde binnen huisartsenorganisaties een rol in het overdragen van kennis en inzichten die voor arbeidsgerelateerde zorg belangrijk zijn.

Voor de verdere ondersteuning is eveneens een multidisciplinaire kennisinfrastructuur beschikbaar en een derdelijnsvoorziening waarnaar verwezen kan worden bij complexe problematiek (zie hierna).

De huisarts stimuleert werknemers om zich met hun gezondheidsklacht of -vraag (ook) bij de eigen bedrijfsarts te melden. Zzp'ers verwijst de huisarts door naar een ter zake kundige bedrijfsarts⁴¹: voor een dergelijke verwijzing kan de huisarts gebruikmaken van een register waarin alle bedrijfsartsen met hun eventuele specifieke deskundigheid zijn opgenomen. Verder staan de huisarts een helpdesk en andere verwijzingsmogelijkheden ter beschikking (zie par. 5.2.4 *Helpdesk en verwijzingsmogelijkheden*).

De huisarts neemt evenwel de functie van de bedrijfsarts niet over⁴². Het is de taak van de bedrijfsarts om de werkgever en de verzuimende werknemer te ondersteunen in het proces van preventie en terugkeer naar het werk.

Daarnaast houdt de preventiemedewerker zicht op de werkvloer en werkomstandigheden en op de ziektegevallen die zich in een bedrijf voordoen. Zo verwerft hij kennis over mogelijke risicofactoren en kan hij de werkgever adviseren over passend preventiebeleid; op individueel en organisatieniveau.

Met het inbrengen van arbeidsgeneeskundige expertise in de eerstelijns gezondheidszorg, kan 'de factor arbeid' bij de reguliere zorg meer in het vizier komen. Nu zijn reguliere zorgaanbieders niet altijd voldoende alert op de mogelijke relatie tussen gezondheidsklachten en werk, zij het dat onder huisartsen het besef van het belang van de factor arbeid groeit.

5.2.4 Helpdesk en verwijzingsmogelijkheden

In de toekomst zijn in de visie van de raad de zorgverleners van arbeidsgerelateerde zorg voorzien van een ondersteuningssysteem met een kennisinfrastructuur ten behoeve van de verschillende typen van arbeidsgerelateerde zorg. Ook de sector- en branchegerichte arbeidsgerelateerde zorg kan bijdragen aan versterking van de infrastructuur op het gebied van preventie. De infrastructuur staat niet alleen ten dienste aan de zorgverleners in de eerstelijnszorg, maar is beschikbaar voor algemeen gebruik in de gehele zorg. Daarbij gaat het om inhoudelijke ondersteuning vanuit klinisch arbeidsgeneeskundige centra (bijvoorbeeld met een helpdesk) en organisatorische ondersteuning van de verwijzing naar bijvoorbeeld medische, technische en sociale experts. Ten behoeve van deze algemene helpdesk met Q & A-faciliteiten is er een efficiënte IT-kennistransfer met de (meer specialistische) Helpdesk Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.

Verder is er de mogelijkheid tot verwijzing naar een derdelijnsvoorziening. Daarbij kan worden gedacht aan klinisch arbeidsgeneeskundige centra vergelijkbaar met klinieken voor Occupational en Environmental Medicine in bijvoorbeeld Scandinavië en Frankrijk. In een dergelijk centrum werken klinisch arbeidsgeneeskundigen, arbeidshygiënist, ergonomen, psychologen en andere deskundigen nauw samen met medisch specialisten in hetzelfde (academische of regionale) ziekenhuis.

In de ondersteuningsstructuur vervult de klinisch arbeidsgeneeskundige een belangrijke rol. Deze arbeidsgeneeskundige is gespecialiseerd in complexe arbeidsgerelateerde ziektegevallen op een bepaald medisch specialistisch vakgebied, zoals oncologie,

⁴¹ De term 'bedrijfsarts' wordt hier gebruikt als een (algemene) aanduiding van een arts met een arbeidsgeneeskundige specialisatie. Deze kan op verschillende manieren en plaatsen werkzaam zijn, bijvoorbeeld als zelfstandig bedrijfsarts, in dienst van een arbo-dienst, bij een ziekenhuis of een universiteit.

⁴² De LHV merkt in haar positionpaper van 14 november jl. op dat de huisarts in het kader van de contextuele geneeskunde aandacht schenkt aan werkomstandigheden, maar dat de huisarts niet de functie van de bedrijfsarts kan overnemen. Dit is opnieuw naar voren gebracht in een gedachtewisseling van de LHV en ook de NVAB met de commissie van voorbereiding op 28 mei 2014.

dermatologie, longziekten, toxicologie. Zowel bij dermatologie als bij longziekten is al een aantal artsen gespecialiseerd in arbeidsgerelateerde aandoeningen. De klinisch arbeidsgeneeskundige diagnosticeert, beoordeelt en adviseert primair over de oorzaak van de arbeidsgerelateerde klachten en aandoeningen en over de geschiktheid van de zieke voor eigen of ander werk en eventuele noodzakelijke werkaanpassingen. Daarnaast kan de klinisch arbeidsgeneeskundige adviseren over behandelingen voor functioneel herstel en re-integratie in werk. De klinisch arbeidsgeneeskundige werkt bijna altijd in samenwerking met een medisch specialist op hetzelfde vakgebied, vaak in een multidisciplinair team.

In de toekomst kan in de visie van de raad niet alleen de huisarts complexe ziektegevallen waarbij een relatie met de arbeid wordt vermoed doorverwijzen naar de klinisch arbeidsgeneeskundige; ook de bedrijfsarts heeft deze doorverwijsmogelijkheid. Dit veronderstelt dat voor de zorg van de klinisch arbeidsgeneeskundige zodanige financiering wordt gezocht dat deze zorg voor alle werknemers die dat nodig hebben, toegankelijk is.

Het ligt in de rede om bij het tot stand brengen van een kennisinfrastructuur de branches/sectoren nadrukkelijk te betrekken. Zij verkeren in de positie om branche-specifieke kennis over arbeidsrelevante klachten, behandelwijzen en preventie te genereren en te organiseren.

De beschikbaarheid van een goed toegankelijke kennisinfrastructuur is ook van belang voor verbetering van de signalering en diagnostiek van beroepsziekten.

5.3 Een aantal aspecten van de toekomstvisie nader beschouwd

Onderlinge verhouding tussen de drie organisatievormen van arbeidsgerelateerde zorg

Bij ziekte of gezondheidsklachten zoeken mensen in de regel eerst hulp bij hun huisarts (laagdrempelige toegang). Dat geldt zeker voor zzp'ers en werkzoekenden die geen toegang hebben tot een bedrijfsarts. Ook bij werkgebonden gezondheidsproblemen en gezondheidsproblemen die relevant zijn voor het werk is de gang naar de bedrijfsarts meestal niet vanzelfsprekend. Daarom is het van het grootste belang dat huisarts en bedrijfsarts waar nodig en met instemming van de patiënt contact met elkaar hebben en onderling informatie uitwisselen.

Daaraan kan het volgende bijdragen:

- een voldoende waarborg voor onafhankelijkheid van de bedrijfsarts;
- de bedrijfsarts meldt huisarts doorverwijzingen naar de tweede lijn;
- betere monitoring van kwaliteit en deskundigheid van de bedrijfsarts (accreditatie);
- ‘principals’ / teamregels waaraan werkgevers en werknemers de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts kunnen toetsen;
- een uitbreiding van de zorgkaart van Nederland met de beroepsgroep van bedrijfsartsen, zodat helderder wordt wat de (ervaren) kwaliteit is van bedrijfsartsen;
- een aanscherping van de systematiek van het certificeren van bedrijfsartsen;
- een register van gecertificeerde bedrijfsartsen ten behoeve van doorverwijzing door huisartsen;
- een voldoende waarborg voor bescherming van persoonlijke en medische gegevens⁴³.

De huisarts zal bij meer kennis van de arbeidsgeneeskunde (daarbij geholpen door een helpdesk en ondersteuningsstructuur) en betere kennis van de ‘sociale kaart’ van de bedrijfsgezondheidszorg patiënten eerder kunnen verwijzen naar een ter zake deskundige bedrijfsarts of arbodienst, of naar de tweede- en derdelijns klinische arbozorg.

Voorwaarden voor adequate arbeidsgelateerde zorg via branche, sector of regio

Wil de arbeidsgelateerde zorg in de branche, sector of regio zich goed kunnen ontwikkelen, dan moet een aantal voorwaarden zijn vervuld. Dat zijn:

- een versterking van de zorgvraag (vraagarticulatie) van de zijde van werkgevers en werknemers. Het verbeteren van de governance op sector-, branche of regionaal niveau kan daaraan bijdragen, zoals blijkt uit onderzoek van CapGemini (zie par. 5.2.2). Effectieve invloed van werkgevers en werknemers op de arbeidsgelateerde zorg van de sector, branche of regio kan op verschillende manieren gestalte krijgen, zoals via paritaire deelname van werkgevers en werknemers aan het (sectorale, branche- of regionale) bestuur of door een adviescomité met vertegenwoordigers van aangesloten werkgevers en hun werknemers.
- een versterking van de kennis over relevante (deels sector- of branchespecifieke) gezondheidsrisico’s, hun behandeling en preventie, de toegang tot deze kennis en het gebruik ervan. Daarbij kan gedacht worden aan het verzamelen en verspreiden via websites of app’s van evidence-based kennis en het ontwikkelen van tools (zie ook het aspect *Ondersteuningssysteem en kennisinfrastructuur* in deze paragraaf).

Voor een regionaal georganiseerde arbeidsgelateerde zorg is van belang dat deze zorg goed bereikbaar is: een grote fysieke of psychologische afstand tot de zorg werkt drempelverhogend. Dit kan worden bereikt met:

- een 30- tot 40-tal regio’s in het land, met regionale vestigingen van de arbeidsgelateerde zorg en regionale adviescomités.

Arbo-spreekuur en spreekuur werk en gezondheid

Het is van groot belang gezondheidsproblemen die een relatie hebben met het werk (veroorzaakt zijn door of gevolgen hebben voor het werk) zo vroeg mogelijk te signaleren, liefst voordat deze problemen tot verzuim leiden. Met name met het oog op

deze preventieve functie verdient volgens de raad vroegtijdige signalering van gezondheidsproblemen meer aandacht. Dit vraagt om een gewaarborgde toegang tot arbodeskundigen. De interne arbodienst dan wel de sectorale, branchegeorganiseerde of regionale arbeidsgerelateerde zorg biedt deze gewaarborgde toegang aan. Ook zzp'ers en werkzoekenden kunnen hiervan gebruikmaken.

In paragraaf 5.2.3 (Arbeidsgerelateerde zorg via de huisarts) is beschreven dat momenteel de huisarts veelal het eerste aanspreekpunt is bij gezondheidsvragen en -klachten; ook als die arbeidsgerelateerd zijn. Deze vragen en klachten worden eveneens voorgelegd tijdens het algemene huisartsensprek uur.

Vermelding in dit verband verdient een voorstel dat Richting, adviesorganisatie op het terrein van arbeidsgerelateerde zorg, tijdens de adviesvoorbereiding heeft gepresenteerd⁴⁴. Eén van de door Richting voorgestelde verbeteringen in het huidige stelsel is een spreekuur werk en gezondheid in de eerste lijn. Daarvoor zouden pilots kunnen worden gestart bij gezondheidscentra (buiten de arbodienst). De raad ziet als voordeel van deze optie dat het algemene spreekuur van de huisarts wordt ontlast en effectievere diagnose, behandeling en doorverwijzing van arbeidsgerelateerde problematiek mogelijk zijn door arbeidsgeneeskundige deskundigen in de eerste lijn (zoals artsconsulenten, arbeidsdeskundigen, fysiotherapeuten, arbeidspychologen). Op basis van de opgedane ervaring met en de resultaten van dergelijke pilots kan worden bezien of en onder welke voorwaarden een dergelijk spreekuur zoveel meerwaarde biedt dat structurele invoering ervan gewenst is.

Inrichting arbeidsgerelateerde zorg via de huisarts

Binnen regionale huisartsenorganisaties kan de aandacht voor arbeidsrelevante problematiek worden vormgegeven door een combinatie van praktijkondersteuning, introductie van een bedrijfsarts- of arbeidsgeneeskundig consulent, een huisarts-kaderarts⁴⁵ bedrijfsgezondheidszorg, arboverpleegkundigen en preventiedeskundigen/ praktijkondersteuners. Dit naar analogie van de diabeteszorg in de huisartsenorganisatie⁴⁶. De precieze inrichting van deze zorg in de eerstelijns zorgcentra kan in overleg met de huisartsenorganisaties worden vormgegeven.

⁴³ Conform afspraken met het College bescherming persoonsgegevens.

⁴⁴ Richting bepleit verbeterprogramma's ten aanzien van: 1) samenwerking 2) toegankelijkheid 3) beschikbaarheid bedrijfsartsen 4) betrouwbaarheid verzuiminformatie 5) privacy.

⁴⁵ Een kaderhuisarts is een huisarts die zich heeft bekwaamd in een speciaal deelgebied van de huisartsgeneeskunde. Dergelijke kaderhuisartsen zijn er al op verschillende deelgebieden zoals urologie, diabetes, hart- en vaatziekten, maar nog niet op het deelgebied arbeidsgeneeskunde. De kaderhuisarts speelt een belangrijke rol bij het opstellen van regionale en landelijke richtlijnen, vormt een schakel tussen de eerste- en tweede lijn en vervult een consultatieve functie voor collega huisartsen en praktijkondersteuners. De NHG is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en kwaliteit van kaderopleidingen huisartsgeneeskunde.

⁴⁶ Bij wijze van voorbeeld wordt hier gewezen op Huisartsen Organisatie Noord Kennemerland (HONK), een samenwerkingsverband van 130 huisartsen in genoemde regio. Op het deelgebied diabetes werkt HONK met een expertteam, bestaande uit onder meer twee kaderartsen diabetes; aan dit team kunnen consultatievragen worden voorgelegd. Daarnaast haalt HONK ook tweedelijns expertise in huis. Zie hierover: www.honk.nu

Toegang tot de tweede- en derdelijnsarbeidsgeneeskunde

Voor een aantal werkgebonden aandoeningen (bijvoorbeeld beroepshuidaandoeningen, beroepslongaandoeningen en mogelijke nieuwe arbeidsrisico's) zal bij complexe problematiek naar de tweede- of derdelijnsarbeidsgeneeskundigen worden verwezen. Dit kan vanuit de drie verschillende organisatievormen van arbeidsgerelateerde zorg, door een bedrijfsarts, een huisarts of een medisch specialist. Onderlinge afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts bij een verwijzing moet vanzelfsprekend worden.

Opleiding, capaciteit en taakherschikking bedrijfsartsen

Opleiding. In de opleiding van medici zou meer aandacht moeten worden besteed aan de relatie werk-gezondheid en de relatie gezondheid-ziekteverzuim, met blijvende participatie als uitgangspunt. Klachten, aandoeningen of ziekte betekenen niet per se verzuim. In de huisartsenopleiding zou een module 'arbeid en gezondheid' geïntroduceerd moeten worden. Bedrijfsartsen moeten in hun opleiding meer kennis krijgen van beroepsziekten. Cursussen voor bedrijfsartsen over de specifieke arbeidsrisico's in de sector(en) waarin zij werkzaam zijn, kunnen eraan bijdragen dat beroepsziekten tijdig worden onderkend en gediagnosticeerd en dat hierop preventie plaatsvindt. Een dergelijke cursus zou moeten worden aangetekend in de BIG-registratie van de bedrijfsartsen.

Er bestaat in Nederland geen opleiding voor klinisch arbeidsgeneeskundigen. Zo'n opleiding zou moeten worden opgezet. De NVKA heeft hiervoor samen met het VUMC een initiatief genomen.

Capaciteit en taakherschikking. De raad onderschrijft (gelet op par. 2.2 onder d) het oordeel van het Capaciteitsorgaan dat de instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts een majeure impuls vereist. Optimale uitvoering van de verzuimbegeleidingstaken van de bedrijfsarts volgens de Wvp, een toenemend aantal oudere werknemers met een chronische aandoening, uitstroom van bedrijfsartsen door pensionering en tegelijkertijd weinig animo bij artsen om zich als bedrijfsarts te specialiseren: deze factoren tezamen maken dat een dergelijke impuls volgens de raad snel nodig is.

Voor de langere termijn is een vergroting van de instroom temeer noodzakelijk indien de arbeidsgerelateerde zorg in de toekomst kwalitatief beter moet zijn en de bedrijfsarts dan ook aan preventie en signalering en diagnostiek van beroepsziekten voldoende aandacht moet schenken. Het Capaciteitsorgaan stelt dat het beroep van bedrijfsarts aantrekkelijker kan worden als financiering van de opleiding van basisarts tot bedrijfsarts geschiedt uit publieke middelen in plaats van - zoals nu - uit private middelen⁴⁷. De raad sluit zich bij deze suggestie aan.

Zonder aan de noodzaak tot vergroting van de instroom van nieuwe bedrijfsartsen te willen afdoen, kan worden opgemerkt dat een deel van de zorg die thans door bedrijfsartsen wordt geleverd, door arboverpleegkundigen (via de zogeheten verlengde armconstructie, waarbij de bedrijfsarts de verantwoordelijkheid heeft en behoudt) kan worden geboden. In zijn advies van december 2013 heeft de raad dan ook bepleit waar mogelijk (opnieuw) arboverpleegkundigen in te zetten⁴⁸.

Verder moet de inzet van breed opgeleide preventiemedewerkers worden bevorderd. Bij wijze van voorbeeld kan worden gewezen op de bouwsector waar oudere bouwvakkers zijn omgeschoold tot preventiemedewerker; zij staan ook in contact met arbodiensten.

⁴⁷ Brief van het Capaciteitsorgaan aan de minister van SZW, d.d. 29 april 2014.

⁴⁸ SER (2013), Advies stelsel voor gezond en veilig werken, p. 46.

Ondersteuningssysteem en kennisinfrastructuur

Dit betreft een nieuw element in het stelsel, dat onder meer moet bijdragen aan een kwaliteitsverbetering en efficiëncyverhoging van de arbeidsgerelateerde zorg, mede door een bundeling, verdere ontwikkeling en grotere toegankelijkheid van kennis. Daarnaast is ook het behoud en de ontwikkeling van bestaande kennis van bedrijfssectoren van belang, zeker vanuit het perspectief van preventie. Naar verwachting gaat door sectorale en regionale dienstverlening de opgebouwde kennis minder verloren en zullen personele wisselingen bij de bedrijfsartsen en andere arbodeskundigen minder van invloed zijn op de vergaarde kennis binnen de sector, branche en/of regio.

Signalering en melding van beroepsziekten

In de toekomst is in de visie van de raad de signalering en melding van beroepsziekten op verschillende punten verbeterd: betere melding door bedrijfsartsen, grotere alertheid van huisartsen ten aanzien van arbeidsgerelateerde problematiek, betere diagnostiek van beroepsziekten door versterking van de klinische arbeidsgeneeskunde.

Het eerdergenoemde onderzoek⁴⁹ van AStri (2014) *Versterken melding beroepsziekten* laat zien wat bedrijfsartsen motiveert om wel te melden⁵⁰. De meest genoemde redenen zijn⁵¹:

- de *professionele taakopvatting*: bedrijfsartsen die meer dan gemiddeld melden, willen hun werk goed doen en melden is een onderdeel daarvan;
- het onderkende *belang van melden voor signalering en preventie* van beroepsziekten;
- (meer) melden is opgenomen in het *individuele verbeterplan* (IVP) van de bedrijfsarts ;
- melden is een *wettelijke plicht* en/of opgenomen in het *contract* met werkgever;
- *kennis hebben* over beroepsziekten en de meldingsprocedure.

Het onderzoek staat ook stil bij de aard van de ondersteuningsbehoefte van bedrijfsartsen. Zij hebben voor het vaker melden van beroepsziekten vooral behoefte aan:

- *meer duidelijkheid over de criteria* voor het vaststellen van beroepsziekten; zeker waar het gaat om psychische klachten;
- *meer kennis over beroepsziekten* (vooral over de meest voorkomende beroepsziekten in de eigen sector), te ontwikkelen met opleidingen, trainingen, workshops, maar ook via een online te raadplegen databank;
- *meer tijd* om zich te verdiepen in de relatie tussen werken en klachten en declarabele tijd om een beroepsziekte te melden;
- overleg met andere bedrijfsartsen door bijvoorbeeld *intercollegiale toetsing* en *inhoudelijke ondersteuning* door het NCvB;
- *meer zicht op de arbeidsomstandigheden* binnen bedrijven; hierbij speelt onder meer een rol dat de bedrijfsarts niet altijd de mogelijkheid heeft om de werkplek te bezoeken;
- *meer draagvlak onder werkgevers en werknemers*: daarvoor is nodig dat het bedrijfsbeleid minder focust op verzuimbeleid en meer op preventie.

⁴⁹ Zie par. 2.2 onder c).

⁵⁰ Het betreft de antwoorden van bedrijfsartsen die meer dan gemiddeld (2,5 melding per jaar) melden.

⁵¹ De reden professionele taakopvatting werd door 86 procent van de bedrijfsartsen genoemd; het belang van melden en preventie door 66 procent; individuele verbetering 62 procent; wettelijke of contractuele verplichting 55 procent en kennis over beroepsziekten en meldingsprocedure 50 procent. AStri (2014), a.w., p. 30.

Voorts draagt periodiek preventief onderzoek onder de werknemers (PAGO of PMO) sterk bij aan het kunnen signaleren van beroepsziekten (zie par. 2.2 onder c).

Bovenstaande bevindingen zijn voor de raad reden voor de volgende aanbevelingen.

- Melding van beroepsziekten is een vast onderdeel van het takenpakket van bedrijfsartsen, zoals ook in de 'kernwaarden' van de NVAB tot uitdrukking komt. Om de melding te verbeteren dienen bedrijfsartsen van het belang van dit taakonderdeel *doordrongen te zijn en bekend* te zijn met de procedures voor melding. Arbodiensten en beroepsverenigingen van bedrijfsartsen kunnen daarin een belangrijke rol vervullen. Ook het middel van het persoonlijke verbeterplan voor bedrijfsartsen die niet of nauwelijks melden zouden arbodiensten vaker moeten inzetten om melding te bevorderen.
- Voorts verdient het aanbeveling om *declarabele tijd* voor melding van beroepsziekten in het contract tussen arbodienst of bedrijfsarts en werkgever op te nemen.
- Aan betere melding zal ook de in par. 5.2.4 voorgestelde uitbreiding van de *kennisinfrastructuur* bijdragen: arbeidsgeneeskundige centra in de tweede en derde lijn waarnaar de bedrijfsarts bij het vermoeden van een beroepsziekte kan doorverwijzen; een helpdesk bij het NCvB en overleg met deskundige arbeidsgeneeskundigen.
- Verder is *aandacht* van werkgevers voor preventie en vooral voor het *PAGO of PMO* belangrijk voor betere melding van beroepsziekten. De werkgever is wettelijk verplicht (art. 18 Arbo-wet, zie ook bijlage 3) om de werknemer periodiek in de gelegenheid te stellen om een preventief onderzoek te ondergaan om de risico's van arbeid voor de gezondheid zoveel als mogelijk te voorkomen of beperken. Uit het onderzoek *Markt en kwaliteit van de arbo-dienstverlening* van Panteia (2014) blijkt evenwel dat slechts 11 procent van de bedrijven in de afgelopen twee jaar door interne deskundigen of externe dienstverleners een PAGO of PMO heeft laten uitvoeren. Het verdient aanbeveling dat bedrijven – met het oog op verbeterd zicht op en melding van beroepsziekten – streven naar een forse verhoging van dit percentage. Verder geldt dat deelname aan een PAGO/PMO voor werknemers vrijwillig is. Het is raadzaam werknemers te wijzen op het individuele en maatschappelijke belang (signalering van beroepsziekten) van deelname; hierin zouden werknemersorganisaties een rol kunnen vervullen.
- Daarnaast vraagt volgens de raad het feit dat 46 procent van de bedrijfsartsen een 'chronische nultmelder' is en 14 procent van de bedrijfsartsen niet gemotiveerd is om te melden (zie par. 2.2 en noot 14) terwijl melding voor bedrijfsartsen een wettelijke plicht is, om *meer toezicht en handhaving* door de Inspectie SZW op de melding van beroepsziekten. Daarbij wijst de raad op zijn eerdere pleidooi om aan niet naleving door bedrijfsartsen van hun wettelijke meldingsplicht een sanctie te verbinden⁵².

Ook het volgende draagt aan betere melding bij. In het takenpakket van bedrijfsartsen is de melding van beroepsziekten een vast onderdeel, zoals ook al in de 'kernwaarden' van de NVAB tot uitdrukking komt. In het contract tussen arbodienst en bedrijven zou hierover een bepaling moeten worden opgenomen. Bij de certificering van Arbodiensten en bedrijfsartsen wordt gecontroleerd of de melding van beroepsziekten serieus wordt uitgevoerd⁵³. Daarbij gaat het overigens niet alleen om melding bij het NCvB, maar ook

⁵² SER (2012) *Advies Stelsel voor gezond en veilig werken*, p. 64.

⁵³ Zie ook: M.H.W. Frings-Dresen (2014) Position Paper ten behoeve van een Rondetafelgesprek met de Vaste Commissie voor SZW, Tweede Kamer, 14 juni 2014

om melding bij de werkgever en bij het medezeggenschapsorgaan⁵⁴. Daarnaast ontstaat door meer accent op een sector/branche-gewijze aanpak meer kennis over beroepsziekten en kunnen programma's voor vroege opsporing en preventie worden ontwikkeld, zoals nu reeds in de bouw gebeurt voor silicose en bij bakkers voor bakkersastma. Verder heeft het NCvB in samenwerking met de NVAB een nieuw stappenplan ontwikkeld voor het melden van beroepsziekten: dit in antwoord op de vraag van bedrijfsartsen om meer duidelijkheid over de criteria voor het vaststellen van beroepsziekten. Het stappenplan ondersteunt het verzamelen en ordenen van informatie, het verhelderen van het beslissingsproces (wel of geen beroepsziekte?) en het op gang brengen van preventieve activiteiten⁵⁵.

Huisartsen krijgen nog meer aandacht voor arbeidsgerelateerde problematiek, waardoor ze dit zullen bespreken met patiënten en ze waar nodig zullen doorverwijzen naar bedrijfsarts of arbeidsgeneeskundig consultant. Te overwegen valt een pilotonderzoek te entameren naar een signalerende taak voor wat betreft beroepsziekten door huisartsen.

Door versterking van de klinische arbeidsgeneeskunde zal de diagnostiek van beroepsziekten worden verbeterd, vooral waar het gaat om specifieke beroepshuid- en luchtwegaandoeningen, maar ook om psychische arbeidsgebonden aandoeningen en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. Bij het opsporen van mogelijk nieuwe arbeidsgerelateerde aandoeningen kunnen klinisch arbeidsgeneeskundigen een belangrijke ondersteunende rol spelen.

Rol zorg- en verzuim-/inkomensverzekeraars

In de toekomst vervullen in de visie van de raad ook zorg- en inkomensverzekeraars een belangrijke rol in de arbeidsgerelateerde zorg. Zij kunnen preventie van gezondheidsklachten op het individuele niveau van de werknemer en op het niveau van bedrijven en organisaties stimuleren. Verder kunnen zij bij zorgaanbieders het gebruik van effectief gebleken (evidence based) behandelingen en interventies bevorderen; dit ter verhoging van de doelmatigheid en beperking van de kosten van zorg, verzuim en arbeidsongeschiktheid (zie ook par. 3.2). Zorg- en verzuim-/inkomensverzekeraars dienen daarmee ook een eigen belang. Een collectieve zorgverzekeraar heeft er belang bij dat de medische kosten van de bij hem verzekerde werknemers laag blijven en het is in het belang van de verzuim-/inkomensverzekeraar (langdurig) ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Interessant in dit verband is een initiatief-in-ontwikkeling van onderzoeksbureau KPMG/Plexus. Dit bureau stelt dat zorgverzekeraars ten behoeve van kwalitatief betere (effectievere) zorg integrale zorgproducten zouden kunnen 'afdwingen' bij door hen gecontracteerde zorgaanbieders.

Voorstel van KPM/Plexus voor 'integrale zorgproducten'

'Integrale zorgproducten' zijn zorgproducten waarin de factor arbeid in de behandeling is verdisconteerd. Er is niet zozeer aandacht voor de factor arbeid naast of na afloop van het zorgtraject, zoals momenteel in de reguliere zorg wel gebeurt, maar de aandacht voor arbeid is verweven met het zorgtraject.

⁵⁴ Bijlage IIb behorend bij Artikel 2.8 Arbeidsomstandighedenregeling, Werkveldspecifiek certificatieschema voor de Dienstverlening door Arbodiensten, DEEL II: NORMEN, 6. Werkveldspecifieke eisen, 6. Communicatie met de klant.

⁵⁵ Zie persbericht van NCvB, *Melden beroepsziekten: test met nieuw stappenplan*, 8 augustus 2014. In september 2014 zal het stappenplan in de praktijk worden getest door bedrijfsartsen.

Het 'afdwingen' van een integraal zorgproduct kan, zo stelt Plexus, via de zorginkoopspecificatie. Daarin beschrijft de verzekeraar ten behoeve van de zorgaanbieder onder meer de doelstelling van de behandeling, de voorwaarden voor het contract en uitkomstindicatoren.

Tot de voorwaarden kan bijvoorbeeld behoren dat de zorgaanbieder gebruik maakt van voor deze aandoening effectieve interventies, de zorgstandaard arbeid en richtlijnen van de beroepsgroep. Uitkomstindicatoren kunnen gericht zijn op het percentage patiënten dat na behandeling weer aan het werk kan/is.

Op deze manier kan de zorgverzekeraar ook grip houden op de kwaliteit van de zorg. Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders (extra) aanzetten tot het bieden van integrale zorgproducten via de bekostigingsstructuur: een zorgaanbieder krijgt bijvoorbeeld extra betaald als een integraal in plaats van een regulier zorgproduct is geboden.

Bron: gesprek met Femke van der Voort, adviseur bij KPM/Plexus.

Het voorstel van Plexus richt zich alleen op de zorgverzekeraars. Naast zorgverzekeraars zouden echter ook verzuim-/ en inkomensverzekeraars (van werkgevers eigenrisicodragers) via inkoopspecificaties sturing kunnen geven aan de begeleiding- en behandeling van zieke werknemers. Verder kunnen verzekeraars ook met andere initiatieven preventie ondersteunen en snelle re-integratie in het werk bevorderen.

Andere initiatieven van verzekeraars

Om de effectiviteit van arbeidsgeneeskunde in de tweedelijns nog beter inzichtelijk te maken is Achmea samen met het Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde Nederland (IKA Nederland) in 2012 een pilot gestart. Daarin worden werknemers gevolgd die klachten hebben waarbij het werk een rol speelt bij het ontstaan van de ziekte of waarbij ziekte een belemmering is voor terugkeer naar werk. Daarnaast onderzoeken zij de meest optimale vorm van samenwerking tussen de (bedrijfs-)arts in de eerste lijn en de klinische arbeidsgeneeskunde in de tweedelijns.

Verder heeft Achmea in samenwerking met gespecialiseerde zorgaanbieders, zoals onder meer de ICARA Maartenskliniek en de Polikliniek Mens en Arbeid AMC het Medisch Expertise Centrum Vervoer opgericht. Dit expertisecentrum is bedoeld voor medewerkers uit de vervoerssector met risico op lang verzuim (onder meer fysieke klachten, metaboolsyndroom of slaapapneu) en biedt ondersteuning bij diagnose, behandeling en het bepalen van de gevolgen voor het werk. Ook in andere sectoren werkt Achmea samen met bijvoorbeeld brancheorganisaties aan maatwerkoplossingen

Een ander voorbeeld is dat verzekeraar MOVIR verzekerden (veelal hoogopgeleide professionals) bij vragen over hun psychische gezondheid en/of over het omgaan met hun klachten een coachings- en counselingsservice biedt die dag en nacht telefonisch bereikbaar is. Verzekerden kunnen anoniem contact opnemen, waardoor de drempel om zo vroeg mogelijk hulp te vragen zo laag mogelijk wordt gehouden. De preventie van MOVIR is erop gericht (groepen) verzekerden inzicht te geven in hun eigen situatie, laten (h-)erkennen dat zij onder druk staan en te stimuleren om hulp te zoeken.

Bron: visiedocumenten van Achmea en MOVIR, in het najaar van 2013 aangeboden aan de voorbereidingscommissie van dit advies.

5.4 Afwegingen bij de realisatie van de toekomstvisie

In de toekomstvisie beschrijft de raad de mogelijke ontwikkeling van het stelsel voor arbeidsgerelateerde zorg. Het betreft nadrukkelijk een groeimodel waarbij nadere keuzen nodig zijn. Dit geldt in elk geval ten aanzien van de organisatie van de branche-/sectorgerichte/regionale arbodiensten, de arbeidsgerelateerde zorg via de huisarts en voor het ondersteuningssysteem via een kennisinfrastructuur.

Organisatie sector/branchegerichte en/of regionale arbodiensten

Een algemeen punt van afweging betreft de vraag of ten aanzien van deze arbodiensten op sector-/branche- of regionaal niveau al dan niet sprake zou moeten zijn van verplichting tot een bepaalde organisatievorm en aspecten van governance.

In samenhang hiermee is het van belang dat wordt gewerkt aan verbetering van de kwaliteit van de zorg die arbodiensten leveren. Daarbij valt te denken aan kwaliteitsgaranties door een minimumpakket of een Service Level Agreement (SLA) voor deze diensten met onder meer bepalingen over toegankelijkheid van de zorg en preventietaken⁵⁶, re-integratie terug naar het werk en verzuimbegeleiding. Te overwegen is om een minimumtijd af te spreken die aan preventie wordt besteed⁵⁷. Om te komen tot kwaliteitsverbetering, heeft OVAL onder meer voorgesteld te komen tot een wettelijk certificaat/kwaliteitseisen voor alle arbodienstverleners. Met het oog op het bevorderen van het vertrouwen van werknemers in de bedrijfsarts, kan verder worden overwogen werknemers recht te geven op een second opinion wanneer zij het niet eens zijn met het oordeel van de bedrijfsarts. Van de zijde van OVAL is het voorstel gedaan te komen tot een beroepsmogelijkheid bij een in te stellen onafhankelijke Raad voor Bedrijfsartsen.

Ook op het vlak van de aansturing van arbodiensten zijn er mogelijkheden denkbaar voor een kwaliteitsimpuls van de dienstverlening.

5.5 Met betrekking tot de financiële effecten

Ten behoeve van het onderhavige advies heeft de SER een ambtelijke werkgroep van de ministeries van VWS en SZW verzocht om zo mogelijk een objectieve doorrekening op te stellen van de financiële effecten van de voorstellen in het SER-advies.

De ambtelijke werkgroep is op grond van de beschikbare informatie en de mate van uitwerking van het advies tot de conclusie gekomen dat op de belangrijkste onderdelen van het advies geen kwantitatieve duiding mogelijk is.

De mogelijkheid van doorrekening is afhankelijk van de mate van uitwerking van de voorgestelde maatregelen, beschikbare informatie waarmee de verwachte effecten kwantitatief geduid kunnen worden en de mogelijkheid om eventuele wisselwerkingen tussen de voorgestelde maatregelen vast te stellen.

De visie van de raad op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg is evenwel open geformuleerd en biedt betrokken actoren veel ruimte voor maatwerk bij verdere uitwerking. Voor een kwantitatieve duiding van de financiële gevolgen van de visie zouden de open onderdelen van het advies ingevuld moeten worden met veronderstellingen, met name waar het gaat om de drie (organisatie-)vormen van arbeidsgerelateerde zorg die in het advies worden beschreven.

Wel kan een indicatieve duiding worden gemaakt van de mogelijke financiële gevolgen van de volgende twee kleinere onderdelen van het advies.

In het advies (par. 5.3) geeft de raad in overweging de opleiding tot bedrijfsarts uit publieke middelen te financieren teneinde deze opleiding aantrekkelijker te maken. Voor de daarmee gemoeide kosten zijn, afhankelijk van de kostenposten die worden

⁵⁶ Presentatie OVAL tijdens adviesvoorbereiding, 16 april 2014. OVAL spreekt in dat verband van een "basiscontract arbodienstverlening voor alle werkenden".

⁵⁷ Dit naar analogie van bijvoorbeeld de wettelijke regeling in Frankrijk die de bedrijfsarts verplicht een derde van zijn tijd te besteden aan werkplekbezoek en overleg op de werkvloer (Tiers Temps). Zie ook: Prevent (2014) *Vergelijkend onderzoek bedrijfsgezondheidszorg in 8 Europese landen*, p.44 en 45. De onderzoekers wijzen erop dat monitoring en handhaving nodig zijn om van een dergelijke verplichting een praktische realiteit te maken.

meegenomen, drie varianten bezien. De kosten daarvan zouden uitkomen op 6,75 respectievelijk 20, respectievelijk 56 miljoen euro⁵⁸.

Daarnaast vraagt de raad (par. 5.3) meer aandacht voor vroegtijdige signalering van gezondheidsproblemen en bepleit daartoe een gewaarborgde toegang tot arbodeskundigen. Voor een schatting van de daarmee gemoeide additionele kosten is de situatie bezien dat iedereen die nu geen toegang heeft tot een bedrijfsarts deze toegang wel heeft⁵⁹. In de berekening zijn twee varianten onderscheiden: een variant exclusief de zelfstandigen en een variant inclusief de zelfstandigen. Dit leidt tot additionele kosten van 2,3 miljoen euro respectievelijk 4,0 miljoen euro. Het effect van een dergelijke maatregel zit vooral in het mogelijk effectievere vervolgtraject, maar deze opbrengst is niet te kwantificeren.

Gelet op het bovenstaande is vooralsnog niet vast te stellen of realisatie van de visie van de raad per saldo tot een kostenstijging voor de Zorgverzekeringswet zal leiden. Wel lijkt het de raad plausibel dat een samenstel van (organisatie-)vormen voor de arbeidsgelerateerde zorg zoals in het advies bepleit, als gevolg van grotere effectiviteit en efficiency van zorg kostenbesparingen meebrengt. Effectievere zorg en betere samenwerking tussen alle verschillende zorgprofessionals zullen de zorgkosten verminderen, het ziekteverzuim kunnen bekorten en uitval van zieke werknemers beperken. Daarmee dalen de kosten voor werkgevers, werknemers en de samenleving.

5.6 Verschillende routes naar de toekomst

Inleiding

In de voorgaande paragrafen zijn met het oog op de toekomst drie organisatievormen van arbeidsgelerateerde zorg nader onderzocht. Deze visie omvat uiteenlopende elementen die voor een verbetering van de kwaliteit van de arbeidsgelerateerde zorg nodig zijn, waaronder meer aandacht voor preventie en de signalering en behandeling van beroepsziekten.

Om het beoogde resultaat te bereiken zijn verschillende routes mogelijk. Binnen de raad leven verschillende opvattingen over de route die gevolgd zou moeten worden. Uitgangspunt is echter dat – welke route ook wordt gevolgd – de gewenste toekomst via groei en ontwikkeling tot stand zal komen.

Een deel van de raad is van mening, dat uitgaande van de Wet Verbetering Poortwachter, de werkgever, in samenspraak met het medezeggenschapsorgaan, de regie moet blijven voeren op het verzuimmanagement en het verzuim- en duurzame inzetbaarheidsbeleid in de onderneming.

In deze opvatting bepalen bedrijven zelf de manier waarop en de deskundigen of arbodiensten met wie zij hun bedrijfsgezondheidszorg vormgeven. Het is aan werkgevers en werknemers op het niveau van de onderneming en op sector- of brancheniveau keuzes te maken ten aanzien van kwalitatieve arbodienstverlening,

⁵⁸ De kosten voor de collectieve financiering van de opleiding van bedrijfsartsen zijn afhankelijk van de kosten waarvoor compensatie wordt geboden. In totaal zijn drie varianten doorgerekend: 1) vergoeding studiekosten; 2) vergoeding studiekosten, begeleiding en overhead en huisvesting; 3) vergoeding studiekosten, begeleiding en overhead en huisvesting en salariskosten.

⁵⁹ In deze berekening zijn drie groepen onderscheiden: 1) de groep werknemers bij een werkgever zonder contract met een arbodienstverlener; 2) de groep werknemers bij een werkgever met een contract waarvan (vrije) toegang tot de bedrijfsarts geen onderdeel uitmaakt; 3) de groep zelfstandigen die op zich wel toegang heeft, maar deze toegang momenteel zelf betalen.

waarbij goede voorbeelden (zoals beschreven in het in par. 5.2.2 vermelde Capgemini rapport) een stimulans vormen om tot sectorale of regionale (organisatie-)vormen te komen. Hierbij passen geen verplichte aansluiting van bedrijven en (verplichte) tripartiete sturingsvormen. Werknemers oefenen op het niveau van de onderneming invloed uit op de keuze van een arbodienst en de inhoud van het arbo-dienstverleningscontract via het medezeggenschapsorgaan. Werknemersorganisaties zouden zich sterk kunnen maken voor het optimaal benutten van deze mogelijkheid om de kwaliteit van de arbeidsgelateerde zorg te verbeteren.

In deze opvatting blijft de werkgever (met instemming van de OR) een contract sluiten met een bedrijfsarts of arbodienst. Zo blijft (conform de Wvp) de regie op de verzuimbegeleiding bij de werkgever liggen. Dat is voor dit deel van de raad des te meer van belang gelet op de doorbetalingsplicht van de werkgever bij ziekte van de werknemer en de risico's die de werkgever draagt met betrekking tot het verzuim. Werkgevers moeten van de bedrijfsarts bij verzuim dan ook duidelijke en heldere informatie krijgen over de aard van de medische beperkingen, de adviezen/richtlijnen van de bedrijfsarts aan de werknemer en de prognose van de verzuimduur.

De bedrijfsarts is in principe ook toegankelijk voor zzp-ers, waarbij de kosten door de zzp-er zelf gedragen worden. Of de toegang van zzp-ers tot de bedrijfsgezondheidszorg in de toekomst anders moet worden ingericht zou moeten worden bezien in het bredere perspectief van de positie van zzp-ers in het stelsel van sociale zekerheid.

Dit deel van de raad constateert, dat er in de perceptie van sommigen (10 procent van de werknemers, Gfk-onderzoek uit 2013 zie par. 2.2 onder g voetnoot 30) twijfel bestaat over de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts, hetgeen op zichzelf niets zegt over de feitelijke onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. In enkele gevallen hebben zich ook schendingen van de privacy door bedrijfsartsen voorgedaan. Het betreft hier echter betreuenswaardige incidenten, waarvan ondernemingen zich hebben gedistantieerd en die geen fundamentele wijziging in de positie van de bedrijfsarts in het stelsel van arbeidsgelateerde zorg rechtvaardigen. De professionaliteit en professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts worden langs drie wegen gegarandeerd. Op de eerste plaats door hun verplichting om de professionele richtlijnen van hun beroepsgroep na te leven. Op de tweede plaats door de wettelijke registratie als arts (de BIG-registratie). En op de derde plaats door de werking van het medisch tuchtrecht. Overigens komt in die gevallen waarin over het oordeel van de bedrijfsarts een second opinion wordt gevraagd dit oordeel voor 95 procent overeen met de eerst gegeven diagnose.

Dit deel van de raad constateert verder, dat de gezondheidszorg voor werkenden op twee manieren is georganiseerd. De eerste is de bedrijfsgezondheidszorg en de tweede is de reguliere gezondheidszorg. Bedrijfsgezondheidszorg en reguliere zorg werken nu overwegend in gescheiden domeinen. Werkgevers betalen voor zowel de bedrijfsgezondheidszorg als, samen met werknemers, voor de reguliere zorg, terwijl zij op de reguliere zorg geen invloed hebben. In de reguliere gezondheidszorg is een tekort aan aandacht voor 'werk', waardoor werkenden onnodig (lang) buiten het arbeidsproces raken. Dit is niet alleen slecht voor hun gezondheid, maar het is ook niet in het belang van bedrijven en hun concurrentiepositie. In zijn advies *Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* (2009) stelde de raad het grote belang aan de orde van adequate zorgverlening met aandacht voor de werksituatie van werkenden met (dreigende) gezondheidsproblemen.

Uit onderzoek blijkt, dat werkenden zich met gezondheidsklachten veelal als eerste tot de reguliere gezondheidszorg wenden⁶⁰. Dan zijn vragen aan de orde als: gaat de reguliere zorg efficiënt met die problemen om, met aandacht voor en kennis van 'werk' als mogelijke oorzaak van ziekte, maar ook als aanpasbare omstandigheid waardoor mensen met een (chronische) aandoening toch kunnen (blijven) werken. Ook de vraag of voldoende wordt afgestemd met de arbozorg. De oorzaak van problemen wordt niet goed herkend en ook wordt het (tijdelijk) niet deelnemen aan arbeid gezien als oplossing van de ziekte en/of het verzuimprobleem, terwijl lang verzuim het risico op blijvend buiten het arbeidsproces geraken sterk verhoogt met bewezen negatieve gevolgen voor gezondheid en welzijn van de werkende persoon. Dit betekent dat er winst te behalen is met reguliere zorg die oog heeft voor arbeidsgerelateerde aspecten van gezondheidsproblemen. Waar die domeinen nu nog overwegend gescheiden opereren, is er mede door de ontgroening en vergrijzing, de verhoging van de pensioenleeftijd, de verwachte sterke toename van chronische en lifestyleaandoeningen, alle aanleiding en belang dat bedrijfsgezondheidszorg en reguliere zorg in elkaars verlengde opereren. Gewezen kan hierbij worden op de Landelijke Nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*⁶¹.

Concreet betekent dit, dat de curatieve zorgverleners intensief samenwerken met de arbozorgverleners waarbij de informatie-uitwisseling tussen beiden snel en drastisch wordt verbeterd. Uitgangspunt daarbij is dat de kosten voor de Zvw niet omhoog gaan: dit is een door de minister van SZW gestelde voorwaarde waaraan dit deel van de raad sterk hecht. Verder moet in de opleidingen van medische beroepen meer aandacht komen voor de relatie werk-gezondheid en de relatie met het ziekteverzuim.

De randvoorwaarde bij de adviesaanvraag is dat de Wet Verbetering Poortwachter in stand moet blijven. Zoals hiervoor reeds gesteld, betekent dit, dat de regie op de verzuimbegeleiding bij de werkgever moet blijven liggen via de door hem te contracteren deskundigen, hetgeen des te meer geldt zo lang en voor zover de wettelijke plicht tot loondoorbetaling bij ziekte geldt. Daaruit volgt, dat de bedrijfsarts moet blijven functioneren op basis van een contract met de werkgever. Een (vorm van) collectieve branche- of sectorfinanciering zou de prikkel tot het voeren van die regie wegnemen en daarmee het met elkaar samenhangende systeem van de Wet Verbetering Poortwachter en de loondoorbetaling bij ziekte onderuit halen.

De invoering van de marktwerking in de arbodienstverlening heeft geleid tot een aanzienlijke reductie van het ziekteverzuim en een verlaging en betere allocatie van de kosten ervan. Branches en sectoren zullen zelf de afweging moeten maken of het uitvoeren op branche- of sectorniveau van arbeidsgerelateerde zorg tot voordelen leidt. Wat de kosten betreft zal het uitvoeren van arbeidsgerelateerde zorg via een branche- of sectoraanpak een aanzienlijke financiële last voor de betreffende sector of branche tot gevolg hebben. Voor een substantieel aantal sectoren of branches gaan de met de sector- of brancheaanpak gemoeide financiële lasten hun draagkracht te boven. Redenen waarom veel sectoren of branches niet voor een branche- of sectoraanpak kiezen. Een wettelijke verplichting tot het voeren van een branche- of sectoraanpak zou dan ook desastreuze financiële gevolgen hebben.

Wanneer de huisarts taken van de bedrijfsarts zou overnemen, zal eveneens een financiële verzwarende van lasten het gevolg zijn. Dit vindt met name zijn oorzaak in het

⁶⁰ TNO (2014) *Zorg voor werk. Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?*, p. 80.

⁶¹ Tweede Kamer (2011) Landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*.

door de huisarts moeten kunnen beschikken over specifieke competenties. De Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV) heeft daarop ook afwijzend gereageerd. Dit laat overigens de noodzaak van een goede efficiënte samenwerking tussen reguliere zorg en bedrijfsgezondheidszorg onverlet.

Een **ander deel van de raad** benadrukt het belang van overtuiging en draagvlak, maar acht voor het realiseren van de geschetste toekomstvisie en het oplossen van de in paragraaf 2.2 beschreven knelpunten enige sturing onontbeerlijk.

Faciliteren met investeringen en wettelijke ondersteuning

Ook dit deel van de raad acht de ontwikkeling naar de geschetste toekomst een proces dat tijd vergt. Dit deel van de raad heeft echter de opvatting dat deze ontwikkeling gefaciliteerd dient te worden met investeringen en wettelijke ondersteuning. Daarbij lijkt een overgangstermijn van 5 jaar na vaststelling van de bedoelde, hierna te noemen wetswijzigingen redelijk. De diverse stakeholders, waaronder de huidige arbodiensten, hebben dan de mogelijkheid om zich bijtijds naar de geschetste toekomst te richten, zonder dat er kennis verloren gaat.

Onafhankelijkheid bedrijfsarts

Als gevolg van een doorgeschoten marktwerking en een fixatie op terugdringing van verzuimkosten, is er veel te weinig aandacht voor preventie, duurzame re-integratie en de menselijke maat. In de visie van dit deel van de raad zouden in de arbeidsgerelateerde zorg de gezondheid en de veiligheid van werknemers voorop moeten staan, zoals ook in de reguliere zorg de gezondheid van de patiënt voorop staat. Dat betekent dat net als in de reguliere gezondheidszorg, mensen met gezondheidsklachten, maar nu in relatie tot de arbeid, toegang moeten hebben tot een (bedrijfs)arts, waarin zij vertrouwen hebben⁶². In deze opvatting is het van groot belang dat de individuele verzuimbegeleiding en de financiering daarvan anders wordt vormgegeven. Daarbij dient de regie over de eigen gezondheid meer in handen te komen van de werknemers zelf.⁶³

⁶² In de zorg, ook in de arbeidsgerelateerde zorg, is het vertrouwen van de patiënt/ werknemer in zijn arts een absolute randvoorwaarde voor een goede (behandel)relatie. In het huidige stelsel van arbeidsgerelateerde zorg kan een werknemer niet spreken van 'zijn' arts. Het is de arts van de werkgever, waaraan hij gevoelige informatie over zijn welbevinden en gezondheid moet verstrekken. Relevant is in dit verband ook AStri (2011) *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*.

⁶³ Dit deel van de raad is bezorgd over de kwaliteit en de toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg. Uit het onderzoek *De markt en kwaliteit van arbodienstverlening* (Panteia, maart 2014) blijkt dat nog slechts 69% van de bedrijven een contract sluit met een arbodienstverlener en/ of gebruik maakt van losse diensten. In 2003 was dat nog bij 98% van de bedrijven het geval. Vooral kleine bedrijven met minder dan 20 werknemers maken geen gebruik van dienstverlening op het gebied van arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie en hebben in veel gevallen ook geen contract met een arbodienstverlener. Daarnaast neemt het aantal casemanagementorganisaties/verzuimbedrijven toe.

Dit deel van de raad is van oordeel dat de (bedrijfs-)arts financieel onafhankelijk van de werkgever zijn vak moet kunnen uitoefenen. Een onafhankelijke (bedrijfs-)arts is voor dit deel van de raad essentieel voor *en* betere verzuimbegeleiding *en* betere preventie. Die financiële onafhankelijkheid bevordert het vertrouwen van de werknemer in zijn (bedrijfs-)arts; bevordert de privacy van de werknemer; bevordert ook dat bijvoorbeeld een goed en goedbedoeld advies van die (bedrijfs-)arts aan de werknemer om met het oog op diens gezondheid en duurzame inzetbaarheid een andere werkgever te zoeken, door die werknemer serieus wordt overwogen en niet beschouwd wordt als een teken dat zijn werkgever van hem af wil; bevordert de goede relatie en uitwisseling van relevante informatie in het belang van de werknemer tussen artsen uit de reguliere zorg (huisarts, cardioloog, neuroloog, enz.) en de (bedrijfs-)arts van de werknemer; bevordert bovendien een gelijkwaardiger positie tussen werknemer en werkgever waar het gaat om herstel en re-integratie, met zeer waarschijnlijk een forse besparing op maatschappelijke kosten als gevolg; vergemakkelijkt zowel de toegang van de werknemer tot zijn arts als de toegang van die onafhankelijke arts tot de werkplek en bevordert bovendien de melding door deze arts van eventueel aanwezige beroepsziekten en bevordert ook nog eens de aandacht van de werkgever voor primaire (en secundaire) collectieve preventie.

Voorzien in individuele verzuimbegeleiding op één van drie manieren

In de visie van dit deel van de raad dient de ontwikkeling in de richting van de door de raad geschetste toekomstvisie zodanig te worden gestuurd, dat uiteindelijk⁶⁴ elke organisatie voor zijn werknemers op een van de volgende wijzen in de individuele verzuimbegeleiding voorziet, door middel van:

- 1) een eigen interne arbodienst, zoals bedoeld in artikel 14a, tweede lid, Arbowet of
- 2) gemeenschappelijke aansturing van een arbodienst in een sector/ branche of regio of
- 3) de huisarts / eerstelijnsgezondheidszorg eventueel aangevuld met de door Richting voorgestelde verbeteringen, zoals het spreekuur werk en gezondheid in de eerste lijn (zie hierover par. 5.3)⁶⁵.

Sociale partners kunnen het initiatief nemen tot een regionale voorziening (gemeenschappelijke arbodienst), maar ook via de huisarts-/ eerstelijnsgezondheidszorg (het spreekuur werk en gezondheid van Richting) kunnen regionale centra worden opgezet. In een mix van vraag- en aanbodsturing kunnen op die manier gespreid over het land zo'n 30 tot 40 regiodiensten tot stand komen. Die kunnen voor sector- en branchespecifieke kennis terecht bij aanwezige sectorale diensten. Andersom kunnen sectorinstellingen de bedrijfsgeneeskundige zorg ook inkopen bij de regionale centra.

Arbeidsgerelateerde zorg via de huisarts

In deze visie is de arbeidsgerelateerde zorg via de huisarts bedoeld als een vangnet voor werkenden die nu geen directe toegang hebben tot arbeidsgerelateerde zorg en voor werkenden die in de toekomst geen toegang tot verzuimbegeleiding hebben via de bedoelde interne arbodienst, of via de bedoelde gemeenschappelijk aangestuurde arbodiensten⁶⁶. De huisarts bepaalt in het eerste of wel de eerste consulten of hij verwacht dat de werkende langer dan zes weken gaat verzuimen. Als dat het geval is, dan verwijst hij met behulp van een register de werkende direct door naar de arbeidsgeneeskundige (bijvoorbeeld een regionale arts voor gezondheid en werk). Deze arts houdt zich bezig met de verzuimbegeleiding en daarmee met de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP). In bedoeld register kunnen specifieke expertises

⁶⁴ Het aan het slot van par. 5.4 genoemde voorstel voor Service Level Agreements (SLA's) ziet dit deel van de raad als een voorstel voor de korte termijn. Datzelfde geldt voor de daar genoemde overweging werknemers recht te geven op een second opinion en een beroepsmogelijkheid bij een in te stellen onafhankelijke Raad voor Bedrijfsartsen; immers, in de visie van dit deel van de raad bevordert diens gewaarborgde onafhankelijkheid bij de verzuimbegeleiding het vertrouwen van werknemers in hun (bedrijfs-)arts.

⁶⁵ In een dergelijk gesloten stelsel is voor de huidige maatwerkregeling geen plaats. Die functioneert in de praktijk vooral als een soort van ontsnappingsventiel om wettelijke waarborgen te omzeilen, hetgeen bevordert wordt door het gebrek aan handhaving.

⁶⁶ Dit impliceert dus dat alleen interne arbodiensten en arbodiensten die gemeenschappelijk worden aangestuurd, zich met individuele verzuimbegeleiding mogen bezighouden.

worden vermeld. Op deze manier wordt onnodig lang verzuim voorkomen, kan de huisarts niet de weg kwijt raken in te complexe arbeidsgerelateerde problematiek en hoeft hij niet af te stemmen met werkgevers. De huisarts en de arbeidsgeneeskundige zijn onafhankelijk en het is ondenkbaar dat zij met de werkgever (indien van toepassing) medische en andere privacygevoelige gegevens delen of daarmee anderszins een relatie aangaan. Daarentegen kan de werkgever er vanuit gaan dat de werknemer deskundig begeleid wordt naar een snelle werkhervatting. Over de eisen van het werk en de mogelijkheid van (gedeeltelijke) werkhervatting vindt wel overleg plaats met de werkgever via een zogenaamd herstelplan.

Focus van verzuim naar preventie

De focus van de activiteiten van werkgevers en arbodiensten dient in de visie van dit deel van de raad te verschuiven van verzuim naar preventie. Dat dient te worden bevorderd door het stellen van wettelijke minimumeisen aan het contract voor arbodienstverlening met daarin preventie als standaardonderdeel, bijvoorbeeld via het Belgische systeem van minimumprijzen of het Oostenrijkse systeem van wettelijk gewaarborgde Präventionszeit (artikel 82a ArbeitnehmerInnenschutzgesetz), en door ratificatie van ILO Conventie 161. Arbodiensten krijgen daardoor meer het karakter van de in artikel 7 van de Europese Kaderrichtlijn betreffende veiligheid en gezondheid op het werk⁶⁷ bedoelde beschermings- en preventiediensten.

Er zijn voorbeelden van sectoren (bouw, vervoer, agrarische sector) die preventie succesvol aanpakken. Een dergelijke sectorale aanpak verdient navolging.

Vrije toegang tot de werkplek voor bedrijfsarts en andere arbodeskundigen

Vrije toegang van de werkende tot een (bedrijfs)arts of andere arbodeskundige dient opnieuw wettelijk gewaarborgd te worden. Ook periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek (PAGO), preventief medisch onderzoek (PMO) en onderzoek naar de duurzame inzetbaarheid van werknemers zijn instrumenten, die in het algemeen (meer) zouden moeten worden benut voor preventie.

Daarnaast dient wettelijk gewaarborgd te zijn dat elke (bedrijfs)arts en ondersteunende arboprofessional voor nader onderzoek toegang heeft tot de werkplek van de werknemer die hij overeenkomstig de inrichting van het nieuwe stelsel van arbeidsgerelateerde zorg begeleidt.

Door werknemers gekozen preventiemedewerker

Dit deel van de raad bepleit voorts dat de preventiemedewerker niet langer wordt aangewezen door de werkgever (zoals nu wettelijk is bepaald), maar wordt gekozen door de werknemers in het bedrijf. Dit om zowel het draagvlak voor preventie onder werknemers te vergroten als het evenwicht tussen werkgever en werknemers te herstellen. De gekozen preventiemedewerker kan een aanjaagfunctie op het gebied van preventie vervullen, de werknemers(vertegenwoordiging) meer bij het arbobeleid en de organisatie van de deskundige bijstand betrekken, meer aandacht vestigen op preventie van beroepsziekten, het recht op toegang tot de arbodeskundige(n) en beter samenwerken met externe deskundigen. Daarmee kan tevens de invloed van het medezeggenschapsorgaan op de inrichting van de deskundige bijstand worden verbeterd⁶⁸.

⁶⁷ Richtlijn 89/391/EEG van de Raad van 12 juni 1989 betreffende de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers op het werk.

⁶⁸ Dat die invloed thans te wensen overlaat blijkt onder meer uit AStri (2011) *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts* (par. 3.2). Het rapport Arbozorg in Nederland, Inspectie SZW (september 2013) maakt duidelijk dat het met die arbozorg momenteel droevig gesteld is.

Grotere betrokkenheid werkgevers en werknemers bij arbodiensten

Een grotere betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij de arbodiensten is daarnaast nodig voor het versterken van de kwaliteit van de arbeidsgerelateerde zorg in het algemeen. Met name een sectorale aanpak biedt, mits de randvoorwaarden daarvoor aanwezig zijn, wat dit betreft kansen zowel waar het gaat om opbouw van specifieke deskundigheid als om ontwikkelen van preventiebeleid en het daarna terugverdienen van investeringen in preventie.

Financiering

Een punt van afweging ten aanzien van de toekomst betreft de financiering en de mogelijke financiële effecten (meer/minder kosten, mogelijke kostenverschuivingen). Het kabinet noemt in dit verband twee randvoorwaarden voor het aan de SER gevraagde advies: het mag per saldo geen kostenstijging voor de Zvw inhouden; de werkgever blijft de verplichte bijstand door een bedrijfsarts en daarmee samenhangende activiteiten in het kader van de WVP en de Arbowet bekostigen.

Dit deel van de raad onderschrijft de genoemde randvoorwaarden en acht voldoende mogelijkheden aanwezig om daaraan in de door de raad geschetste toekomstvisie en binnen de kaders van de door dit deel van de raad geschetste sturing vast te houden. En wel op een zodanige wijze dat de (bedrijfs-)arts (of diens arbodienst) voor verzuimbegeleiding van zieke werknemers niet financieel afhankelijk is van de werkgever van die werknemers.

6. Tot besluit

De raad schetst in dit advies een toekomstvisie voor een kwalitatief betere arbeidsgerelateerde zorg: effectiever, met meer kennis van zaken, met aandacht voor preventie en re-integratie en toegankelijk voor alle werkenden in ieder geval waar het gaat om behoud en herstel van hun gezondheid en hun duurzame inzetbaarheid.

Voor het ontwikkelen van zijn visie heeft de raad allereerst de vijf toekomstscenario's voor arbeidsgerelateerde zorg gezien die door de minister van SZW in zijn adviesaanvraag aan de SER werden voorgelegd. De raad constateert dat er geen breed gedragen voorkeur bestaat voor één specifiek scenario: noch binnen de raad, noch onder geconsulteerde stakeholders en deskundigen. Veeleer bevatten verschillende scenario's elementen die te samen goede bouwstenen vormen voor een toekomstig stelsel. De raad heeft enkele van deze bouwstenen benut voor een eigen visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg.

In deze visie wordt goede arbeidsgerelateerde zorg niet alleen geboden door interne arbodiensten of sectorale, dan wel branchegeorganiseerde of regionale organisatievormen. Ook de huisarts of de eerstelijnsgezondheidszorg leveren een bijdrage aan arbeidsgerelateerde zorg door een scherp oog voor de factor arbeid in diagnose en behandeling en door een betere arbo-curatieve samenwerking. De raad staat in dit advies stil bij wat kan bijdragen aan betere samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts. Verder is volgens de raad een goed toegankelijke, ondersteunende kennisinfrastructuur een belangrijke voorwaarde voor kwalitatief betere arbeidsgerelateerde zorg. De infrastructuur kan inzichten en kennis over arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen, diagnose en behandeling samenbrengen en verspreiden. Dit draagt eveneens bij aan een betere signalering en diagnostiek van beroepsziekten.

Binnen de raad leven verschillende opvattingen over de route die gevolgd zou moeten worden om tot de betere arbeidsgerelateerde zorg te komen. In het advies worden twee routes beschreven, met de uiteenlopende voorwaarden die daarvoor nodig zijn. Uitgangspunt voor beide routes is dat effectievere, kwalitatief betere arbeidsgerelateerde zorg vooral via groei en ontwikkeling tot stand zal komen.

Den Haag,

voorzitter

algemeen secretaris

Adviesaanvraag



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

Bijlage 1

> Retouradres Postbus 90801 2509 LV Den Haag

Aan de voorzitter van de Sociaal Economische Raad
Ir. W. Draijer
2509 LK DEN HAAG
Postbus 90405

Postbus 90801
2509 LV Den Haag
Anna van Hannoverstraat 4
T 070 333 44 44
F 070 333 40 33
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon
dhr. drs. M.G. den Held
T 070 333 61 93
MdiHeld@minszw.nl

Onze referentie
2013-0000090790

Bijlagen
Scenariostudie
arbeidsgerelateerde zorg.
KPMG Plexus, februari 2013

Datum **10 JUL 2013**

Betreft Toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg.

Geachte heer Draijer,

De arbeidsmarkt verandert. Andere vormen van arbeidsrelaties dan een vast dienstverband tussen werkgever en werknemer, zijn steeds gebruikelijker. De beroepsbevolking moet langer doorwerken. Een goede en voor alle werkenden toegankelijke bedrijfsgezondheidszorg kan daaraan bijdragen. Deze adviesaanvraag moet gezien worden tegen de achtergrond van een veranderende arbeidsmarkt en de noodzaak van een duurzame inzetbaarheid van de beroepsbevolking.

Op 28 september 2011 zijn de Tweede Kamer en belanghebbende partijen door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek door bureau ASTri naar de positie van de bedrijfsarts¹. Hierin werden ondermeer knelpunten onderkend ten aanzien van zijn onafhankelijkheid en toegankelijkheid en zijn beperkte rol bij de preventie in bedrijven. Daarnaast zijn de geringe samenwerking met de reguliere zorg en het gebrek aan kennis over de factor arbeid in de reguliere zorg punten die verbetering behoeven. De betrokken partijen zijn opgeroepen voorstellen voor verbetering te doen. Door ondermeer de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan (OVAL) zijn suggesties gedaan als het (her)introduceren bij wet van een spreekuur en meer informatie over goede contracten tussen bedrijf en bedrijfsarts of arbodienst. Deze zullen de knelpunten echter maar in beperkte mate oplossen.

De Sociaal Economische Raad besteedde in zijn advies 'Stelsel voor gezond en veilig werken' aandacht aan de knelpunten in de bedrijfsgezondheidszorg. Gezien de complexiteit van de materie achtte de raad het niet mogelijk om zich op dat moment nader uit te spreken over de 'bedrijfsgezondheidszorg op langere termijn'. De raad gaf aan dat in de vorm van een vervolgadvisie te willen doen. In het advies noemt de raad wel de uitgangspunten waarmee bij een herziening van de bedrijfsgezondheidszorg rekening moet worden gehouden, zoals de toegankelijkheid en de preventietaken van de bedrijfsarts, en het voorkomen van

¹ Kamerstukken II, 2011/12, 25 883, nr. 196

lastenverzwaring voor bedrijven. De raad verzocht mij ook te onderzoeken welke mogelijke toekomstscenario's het meest aan de genoemde uitgangspunten tegemoet komen. Zelf noemt de raad, bij wijze van voorbeeld, twee scenario's. Het eerste betreft de sector- en branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg. Het tweede scenario houdt in dat de huisarts nauw samenwerkt met de (private) bedrijfsarts, de specialist en een klinisch arbeidsgeneeskundige in de reguliere zorg. In de kabinetsreactie van 11 april 2013 is aangegeven dat het kabinet gebruik wil maken van het aanbod van de raad tot het doen van een vervolgadvisie.

Datum
2 juli 2013
Onze referentie
2013-0000090790

Ik heb in 2012 door KPMG Plexus een verkenning laten verrichten naar vijf mogelijke toekomstscenario's voor de organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg. De vijf scenario's zijn beoordeeld aan de hand van criteria. De criteria omvatten ook de knelpunten die in de rapportage van bureau AStri genoemd worden. De scenario's betreffen:

1. Kleine aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem (ondermeer herintroductie van het arbospreekuur).
2. Het huisarts-specialist model met meer kennis over de factor arbeid in de reguliere zorg en een klinisch arbeidsgeneeskundige. Dit model is gericht op tijdige signalering van (ernstige) arbeidsrelevante gezondheidsproblemen, en adequate behandeling in of verwijzing naar de curatieve zorg.
3. Extra inspanningen door sectorale/regionale organisaties wat betreft bedrijfsgezondheidszorg, inclusief preventief beleid.
4. Model zonder bedrijfsarts. In dit scenario verschuiven alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu door de bedrijfsarts worden uitgevoerd, naar de reguliere zorg.
5. Specialisering binnen de eerste lijn. De kern van dit scenario is de vorming van gespecialiseerde eerstelijns (huisartsen) of anderhalve lijns praktijken die zich toelagen op behandeling van werkgerelateerde klachten in combinatie met de reguliere zorg.

De studie wijst uit dat scenario's twee en drie het grootste effect sorteren en op draagvlak kunnen rekenen. Zowel de preventieve als de curatieve componenten van de bedrijfsgezondheidszorg worden ermee versterkt. Deze twee scenario's komen overeen met de scenario's die de raad eerder in zijn advies 'Stelsel voor gezond en veilig werken' noemde. In de kabinetsreactie op dit advies heb ik aangegeven in beide scenario's, en met name een combinatie ervan, goede mogelijkheden te zien. De uitvoering van de scenario's behoeft niet noodzakelijkerwijs (geheel) door bedrijfsartsen te gebeuren. Ik spreek daarom vanaf hier over 'arbeidsgerelateerde zorg'.

Het kabinet verzoekt de raad zich in een advies over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg uit te spreken over de wenselijkheid van de scenario's en dan in het bijzonder de scenario's twee en drie, de nadere invulling ervan en de mogelijke wijze van financiering. Het advies dient in ieder geval de knelpunten zoals genoemd in het begin van deze brief aan te pakken. Het kabinet is verder van opvatting dat adequate arbeidsgerelateerde zorg voor de beroepsbevolking beschikbaar moet zijn. Het kabinet stelt als randvoorwaarden dat:

- o er per saldo geen kostenstijging mag optreden voor de Zorgverzekeringswet;

- en dat de werkgever de bij wet verplichte bijstand door een bedrijfsarts, en daarmee samenhangende activiteiten in het kader van de Wet verbetering Poortwachter en de Arbowet, blijft bekostigen.

Datum
2 juli 2013

Onze referentie
2013-0000090790

In zijn advies over het 'Stelsel Gezond en Veilig werken' heeft de SER aangegeven zich in een vervolgadvisie ook te willen richten op enkele urgente knelpunten. Het betreft de toegang tot de bedrijfsarts, de melding van beroepsziekten en de diagnostiek van beroepsziekten. Ik nodig de SER uit deze punten in zijn advies te betrekken.

De raad heeft in zijn advies van december 2012 het kabinet verzocht bij het College van Zorgverzekeringen na te gaan of de diagnostiek van beroepsziekten in de Zorgverzekeringswet kan worden opgenomen zonder dat dit leidt tot hogere kosten. Ik heb een ambtelijke SZW-VWS werkgroep ingesteld die de financiële aspecten rondom onderhavige adviesaanvraag, waaronder de diagnostiek van beroepsziekten, in beeld brengt. Ik zal u over de uitkomsten informeren zodat u deze bij het advies kan betrekken.

Deze adviesaanvraag heeft betrekking op zowel het beleidsterrein van de werknemersbescherming als die van de gezondheidszorg. Ik geef de raad in overweging om samenwerking te zoeken met de expertise van het secretariaat van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Ik verzoek de raad het advies uiterlijk 1 maart 2014 aan mij te doen toekomen. Na ontvangst zal een kabinetsstandpunt worden geformuleerd.

Ter ondersteuning van uw werkzaamheden treft u hierbij het verslag van de 'Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg' van KPMG Plexus als bijlage aan.

Mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,



L.F. Asscher

Bijlage 2

Infographic Trimbosinstituut Ziekteverzuim in Nederland

Ziekteverzuim in Nederland

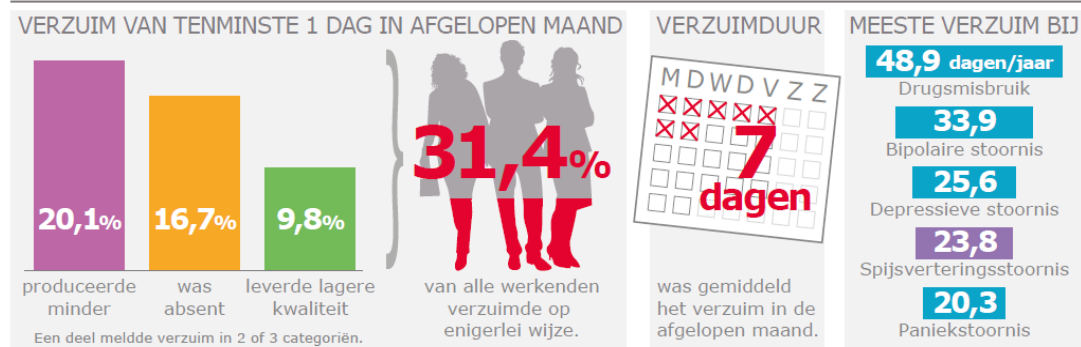
Psychische en somatische aandoeningen bij werkenden



AANDOENINGEN



VERZUIM



DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

ABSENTIE IN AFGELOPEN JAAR



AANDOENINGEN MET DE HOOGSTE VERZUIMKOSTEN VOOR DE SAMENLEVING



Bijlage 3**Overzicht relevante wetgeving****Arbeidsomstandighedenwetgeving**

De Arbeidsomstandighedenwet bepaalt onder meer het volgende

- de werkgever zorgt voor de veiligheid en gezondheid van de werknemers en voert hiertoe een arbeidsomstandighedenbeleid (Art 3). De basis voor dit beleid is de verplichte inventarisatie en evaluatie van risico's (RI&E) en een bijbehorend plan van aanpak (Art 5).
- de werkgever heeft de plicht om zich bij een aantal taken te laten bijstaan door een of meer deskundige personen ten behoeve van wie een certificaat (Art 20) is afgegeven of die als bedrijfsarts zijn ingeschreven in een erkend specialistenregister.
- de werkgever moet de werknemer periodiek in de gelegenheid stellen om een preventief onderzoek te ondergaan om de risico's van arbeid voor de gezondheid zoveel als mogelijk te voorkomen of beperken (Art 18).
- de deskundigen die bijstand verlenen aan de werkgever, waaronder de bedrijfsarts, doen dit met behoud van hun zelfstandigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van de werkgever (Art 12).
- bedrijfsartsen of de arbodienst moeten beroepsziekten melden aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (Art 9).

Het Arbobesluit regelt onder meer dat:

- ziekteverzuimbegeleiding en begeleiding in het kader van de WIA en het uitvoeren van een arbeidsgezondheidskundig onderzoek door een bedrijfsarts worden verricht (art. 2.14a) .

Wet Verbetering Poortwachter en Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht bij Ziekte

De Wet Verbetering Poortwachter (WVP) is ingevoerd in 2002 als een verbetering van de tot dan toe bestaande wetgeving met betrekking tot arbeidsongeschiktheid die tot te veel aanspraken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering leidde. De WVP verbetert de procesgang in het eerste ziektejaar van werknemers en bevat nieuwe regels voor de ziekmelding, de re-integratie en de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever.

De WVP ligt primair in handen van de werkgever. De wet schrijft duidelijk tijdsgebonden acties voor die door de werkgever in samenwerking met werknemer moeten worden uitgevoerd. Werkgever en zieke werknemer zijn in de eerste twee ziektejaren samen verantwoordelijk voor de re-integratie. De werkgever is eindverantwoordelijk voor de uitvoering en bewaking van de re-integratie. Het UWV is verantwoordelijk voor de begeleiding en re-integratie van de zieken zonder werkgever, zoals uitzendkrachten en werklozen.

De verplichtingen van werkgever, werknemer en bedrijfsarts: het eerste ziektejaar

- uiterlijk binnen 1 week na de eerste ziektedag een melding van het ziektegeval bij de arbodienst of bedrijfsarts.
- 6 weken na de ziekmelding: de arbodienst of de bedrijfsarts maken een probleemanalyse. Hierin staat waarom de werknemer niet meer kan werken, wat zijn mogelijkheden tot herstel zijn en wanneer hij het werk weer denkt te kunnen hervatten.
- binnen 8 weken na de ziekmelding: de werkgever stelt in overleg met de werknemer een Plan van Aanpak (PvA) op met daarin wat beiden gaan doen om de werknemer weer aan het werk te krijgen. Het PvA is een onderdeel van het re-integratiedossier.

- bij dreigend langdurig verzuim: de werkgever houdt een re-integratiedossier bij met daarin het verloop van de ziekte en alle activiteiten die beiden hebben ondernomen om terugkeer naar werk mogelijk te maken.
- iedere 6 weken: de werkgever bespreekt met de werknemer de voortgang.
- samen met de werknemer kiest de werkgever een casemanager die de uitvoering van het PvA controleert en de werknemer begeleidt.
- in de 42e week moet de werkgever de werknemer ziek melden bij het UWV;
- de bedrijfsarts heeft voor een tussentijdse evaluatie of bijstelling van de probleemanalyse in principe elke 6 weken een vervolgspraak⁶⁹.

Na een jaar

- Blijft de werknemer onverhoopt lang ziek, dan volgt tussen week 46 en 52 een eerstejaarsevaluatie. Werkgever en werknemer stellen vast welk re-integratieresultaat ze in het tweede ziektejaar willen behalen en hoe.
- Is de werknemer na 20 maanden nog niet volledig aan de slag, dan stelt de werkgever in overleg met de werknemer een re-integratieverslag op. Hierin staan alle afspraken en concrete resultaten van de geplande werkhervatting.
- Hebben alle inspanningen niet geleid tot terugkeer naar het werk, dan ontvangt de werknemer in de 87e week een WIA-aanvraagformulier van het UWV. Het UWV beoordeelt het re-integratieverslag, voert een WIA-keuring uit en start de WIA-uitkering indien aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.

Indien noodzakelijk moet de werkgever het werk, de werkplek en/of de arbeidsmiddelen van de werknemer aanpassen.

Beoordelen van de situatie

Naast wettelijke verplichtingen hebben werkgevers ook een aantal mogelijkheden om de situatie te beoordelen :

- De werkgever mag de werknemer niet vragen wat hem scheelt, maar wel wanneer hij verwacht weer aan het werk te kunnen.
- De werkgever kan de werknemer vragen een bezoek te brengen aan de bedrijfsarts. Die beoordeelt of de werknemer in staat is aangepast werk te doen en hoe lang het verzuim kan gaan duren.
- De werkgever kan de werknemer weer met het werk laten beginnen op arbeidstherapeutische basis. Officieel is de werknemer dan nog wel ziek en moet zijn loon doorbetaald worden.
- Als de werkgever met de werknemer en/of arbodienst van mening verschilt over de re-integratie, dan kan hij bij het UWV een deskundigenoordeel aanvragen.
- Een re-integratiebedrijf kan de werkgever en de werknemer begeleiden bij de terugkeer naar het werk of naar ander werk in hetzelfde bedrijf of naar een andere werkgever.

Loondoorbetaling

Werknemers die ziek zijn, krijgen hun loon doorbetaald. Werkgevers zijn verplicht om maximaal twee jaar het loon door te betalen. Hiervoor gelden de volgende wettelijke bepalingen:

- Het eerste jaar: werkgevers betalen minimaal 70% van het loon door. Het loon mag niet onder het minimumloon uitkomen.
- Het tweede jaar: werkgevers betalen minimaal 70% van het loon door. Het loon mag wel onder het minimumloon uitkomen, maar kan eventueel worden aangevuld met een toeslag.

⁶⁹ Zie artikel 4, lid 4 en 5 van de Procesgang WvP. Zie ook http://www.uwv.nl/Particulieren/ik_ben_ziek/ik_ben_ziek_en_heb_een_werkgever/reintegratie_tijdens_ziekte/voortgangsgesprekken.aspx

- Na twee jaar stopt de verplichting tot doorbetaling. De zieke werknemer krijgt dan in principe een WIA-beoordeling. Als een werkgever te weinig heeft gedaan aan de re-integratie kan hij verplicht worden tot verdere loondoorbetaling van maximaal een jaar.

Bron: <http://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arbetwet--en--regelgeving/verzuim/ziekteverzuim.html>

Bijlage 4**Lijst van geraadpleegde stakeholders en deskundigen**

Onderstaande organisaties/deskundigen leverden met een visiedocument en/of gesprekken een bijdrage aan de gedachtevorming tijdens de voorbereiding van het advies.

<i>Naam</i>	<i>Afkorting</i>
AkzoNobel Sustainability Corporate Health	
Arbeidsongeschiktheidsverzekeraar MOVIR	
ArboUnie Expertise Centrum Toxische Stoffen/ Institute for Risk Assessment Sciences / Division Environmental Epidemiology, Utrecht University	ArboUnie/ IRAS UU
Arbouw	
Beroepsorganisatie Arboverpleegkunde	BAV
Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC/ UvA (em. hoogleraar Frank van Dijk)	
Falke & Verbaan ism Yellow Factory	
Hogeschool Rotterdam Kenniscentrum Zorg-Innovatie van de Hogeschool Rotterdam	HR
Hugo Sinzheimer Instituut	HSI
Landelijke Huisartsen Vereniging	LHV
Maatschappelijke Gezondheidszorg	ErasmusMC / (MGZ)
Ned. Centrum voor Beroepsziekten	NCB
Ned. Patiënten Consumenten Federatie	NPCF
Ned. Ver. van Klinisch Arbeidsgeneeskundigen	NVKA
Ned. Ver. voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde	NVAB
Nederlands Instituut voor Psychologen	NIP
Ned. Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde	NVVG
Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen	NVvA
Ondernemersorganisatie Schoonmaak- en Bedrijfsdiensten	OSB
Onderzoeksbureau KPM/Plexus, (dr. Femke van der Voort)	

Organisatie voor Vitaliteit en Loopbaan; brancheorganisatie arbodiensten én re-integratiebedrijven	OVAL
Richting BV (dhr. Lars Scheurer)	
Sociale Verzekeringsgeneeskunde (em. Hoogleraar Han Willems)	
Stichting Preventie Projectmanagement	PPM
Stigas	
TNO Innovation for Life	TNO
TNO, divisie Gezond Leven, innovatiegebied Arbeid (dr. P. Buijs)	TNO
Vakgroep Sociale Geneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, UM, onderzoeks- programma en Zorg)	UM/ Sociale Geneeskunde
Verbond van verzekeraars, Sector Zorgverzekering	
Zelfstandige Bedrijfsartsen Genootschap	ZBG
Zilveren Kruis Achmea / bedrijven	Achmea

Uitgenodigd voor de hoorzitting op 28 oktober 2013 zijn:

- De heer J.H.B.M. Willems, emeritus hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde, EUR
- De heer F.J van Dijk, emeritus hoogleraar Gezondheidkunde / Arbeid en Milieu, AMC/UvA
- ARBOUW: de heer J.M Warning (directeur) en de heer J.K Golsteijn (hoofd bedrijfsgezondheidszorg)
- OVAL: de heer W. Schimmel (CEA ArboUnie) en mw. P. van de Goorbergh (directeur OVAL)
- NIP: de heer F.R.H Zijlstra, hoogleraar Arbeid- en Organisationspsychologie, Maastricht University en voorzitter sector Arbeid & Organisatie van het NIP, en mw A.M van Zijl, secretaris sector Arbeid & Organisatie NIP
- MOVIR: de heer L. van Drunen (directeur) en de heer F. Schmidt, teammanager Medisch Advies Movir.
- ACHMEA Zorg & Gezondheid: de heer O.S van der Veen (manager Beleid & Ontwikkeling) en de heer E. Voorn (beleidsadviseur)

Bijlage 5**Samenstelling commissie Arbeidsomstandigheden (ARBO)**

voor het adviestraject Toekomst arbeidsgerelateerde zorg (TAZ)

*leden**plaatsvervangende leden***Onafhankelijke leden**

prof.mr. F.B.J. Grapperhaus (voorzitter)
 mw. prof. dr. L.J. Gunning
 mw. prof. dr. A. Nauta
 prof.dr. G.I.J.M. Zwetsloot

prof. dr. E. Verhulp
 prof. dr. W.R.F. Notten

Ondernemersleden

mw. drs. M.S.M. Grondhuis (VNO-NCW)
 ir. H.J.H. Koehorst (LTO-Nederland)
 mr. W.M.J.M. van Mierlo
 (MKB-Ned./VNO-NCW)
 mr. A.P.M.G. Schoenmaeckers
 (MKB-Ned./VNO-NCW)

P.A. Schoormans

Werknemersleden

mw. S. B. Baljeu-Veenstra Eur.Erg. (CNV)
 mw. mr. C.C. de Boer (VcP)
 R. M. Kuin (FNV)
 drs. W. van Veelen (FNV)

R. van der Woud
 W.B.M. Treu/mr. W.J. Lubbers
 mw. drs. R.A. Jurriëns
 mr. H. van Steenberg

Adviserende leden

G. van der Laan M.D.

uit de kring van overheidswerkgevers (VSO):

mr.drs. P. du Bois
 ir. R.T.M. Cornelissen

Agendalid

mw. dr. A.S.A.M. van der Burght (Commissie GBBS, GR)

Ministeriële vertegenwoordigers

P.J. Butz (Def)
 mw. L. den Hartog MSc (EL&I)
 mw. F. Salimans (V&J)
 mw. I.E.J. Vanhecke (SZW)
 ir. P. van Veen (I&M)
 mw. L.J.A. Verweij (VWS)

E.G. ten Oever MSc (V&J)
 drs. M.G. den Held

Vertegenwoordiger van RVZ

drs. B.J.C. van de Gevel

Secretariaat

mw. mr. B.P.F.D. Hendrikx
 mw. dr. H.J. Groenendijk
 mw. mr.drs. T.D. Riemens