Toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid

Verslag van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NVAB

KNMG, Beleid & Advisering,
Utrecht maart 2006

Marjolein Bastiaanssen
Michiel Wesseling

Voorwoord

L.S.

In de loop van 2005 heeft het Kwaliteitsbureau van de NVAB aan de afdeling Beleid & Advisering van de KNMG verzocht een onderzoek te verrichten naar *'De toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid'*. Het resultaat van dat onderzoek ligt voor u. Het is gebaseerd op literatuur en op 23 interviews met vertegenwoordigers van instellingen en branches die nu of in de toekomst een rol spelen als financiers van bedrijfsgezondheidszorg:

- huidige financiers van bedrijfsartsen: werkgevers en verzekeraars
- arbodiensten en zorginstellingen waarin bedrijfsartsen een rol zullen gaan spelen
- organisaties van patiënten/werknemers.

Naast een groot aantal wensen en verwachtingen heeft dit onderzoek een aantal scenario's opgeleverd die perspectief bieden op een heldere positionering in de toekomst en op voortzetting van het kwaliteitsbeleid dat de NVAB al jaren voert. Dat is nodig in een tijd waarin veel verandert op gebied van wetgeving en marktverhoudingen, met als kenmerken deregulering, liberalisering, concurrentie. We noemen slechts:

- de afschaffing van de verplichting voor werkgevers een contract aan te gaan met een arbodienst
- de komende verandering in de arbowetgeving, die zich zal beperken tot doelen en het aan betrokken partijen overlaat welke de daarbij in te zetten middelen dienen te zijn
- de wetgeving ten aanzien van de zorgverzekeringen, die gekenmerkt wordt door meer marktwerking en 'functionele verstrekkingen'
- de ontwikkelingen in de verzekeringswereld waar 'zorg' en 'inkomen' steeds nadrukkelijker in elkaars verlengde komen te liggen
- de zorgverlening zelf, die steeds meer ketenzorg wordt en waarin, als het aan de NVAB ligt, de bedrijfsgeneeskundige expertise prominent deel van uit dient te maken.

Over deze interessante en belangwekkende ontwikkelingen leest u in dit onderzoeksrapport. Samen met de recent door de NVAB uitgebrachte positioneringsnota: *'De bedrijfsarts, zorgverlener en adviseur'* heeft de NVAB daarmee materiaal in handen waarmee een heldere stellingname over de plaats van de bedrijfsarts in de maatschappij anno 2006 mogelijk wordt.

Wij wensen u veel genoegen bij het kennisnemen van de resultaten. Vanzelfsprekend zijn wij geïnteresseerd in uw reactie en kunt u met vragen of opmerkingen bij ons terecht.

P.E. Rodenburg, bedrijfsarts - jurist,
voorzitter NVAB

Dr. C. van Vliet,
directeur NVAB

Inhoudsopgave blz.

Samenvatting 4

1. Inleiding 8

1.1. De positie en financiering van de bedrijfsarts 8
1.2. Het kwaliteitsbeleid van de bedrijfsartsen 8
1.3. Onderzoeksvragen 9
1.4. Literatuuronderzoek en interviews 10
1.5. Opbouw van het rapport 10

2. Literatuuronderzoek 11

2.1. Inleiding 11
2.2. Relevante wet- en regelgeving 11
2.3. Relevante maatschappelijke ontwikkelingen 16
2.4. De ontwikkeling en financiering van het kwaliteitsbeleid bij artsen 21

3. Interviews 23

3.1. Inleiding 23
3.2. De toegevoegde waarde van de bedrijfsarts 24
3.3. De toekomstige werksetting van de bedrijfsarts 28
3.4. De toekomstige financiering van de bedrijfsarts 31
3.5. De toekomstige financiering van het kwaliteitsbeleid 37

4. Conclusies, beschouwing en aanbevelingen 39

4.1. Beantwoording van de onderzoeksvragen: kwalificaties, financiering en scenario's 39
4.2. Beschouwing 45
4.3. Aanbevelingen 49

Bijlagen:
1. Mogelijkheden voor de bedrijfsarts bij zorgverzekeraars 53
2. Producten van zorg- en inkomensverzekeraars gericht op bedrijfsgeneeskundige zorg en reïntegratie 54
3. Voorbeeldvragen 57
4. LHV Bureaus Huisartsen en LHV Huisartsenkringen 59
5. Literatuurlijst 60

Samenvatting

In augustus 2005 heeft de NVAB opdracht gegeven aan de afdeling Beleid & Advisering van de KNMG om een argumentenonderzoek uit te voeren en op basis daarvan een advies uit te brengen over de toekomstige positionering en financiering van bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid. De vraagstelling luidt als volgt:

1. Wat zijn de mogelijke scenario's voor de toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen?
2. Wat zijn de sterkten, zwakten, kansen en bedreigen van deze scenario's (SWOT-analyse)?
3. Wat betekenen deze scenario's voor de mogelijkheden tot financiering van het kwaliteitsbeleid van de bedrijfsartsen?

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een literatuuronderzoek verricht en zijn drieëntwintig interviews afgenomen. Het literatuuronderzoek bestond uit twee delen, namelijk de voorbereiding van de interviews en de bestudering van de tijdens de interviews verkregen documenten.

Uit het onderzoek blijkt dat de NVAB in haar toekomstige beleid niet zozeer zal moeten aansturen op scenario's, maar op de kwalificaties voor de bedrijfsarts. Als bedrijfsartsen aan deze kwalificaties voldoen, volgt zichtbaarheid en wordt de toegevoegde waarde voor alle actoren duidelijk(er). Dat bevordert de financiering van bedrijfsartsen door werkgevers, zorgverzekeraars (met name door het bedrijfsonderdeel *zakelijke markt*) en inkomensverzekeraars, en juiste verwachtingen bij werknemers.

<u>Kwalificaties voor de bedrijfsarts</u>
Uit het onderzoek komt een gewenst profiel met de volgende kwalificaties van de bedrijfsarts naar voren:
- medisch deskundig op het gebied van:
  - arbeid(somstandigheden) en gezondheid(szorg);
  - preventie, diagnostiek en begeleiding van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
  - verzuimbegeleiding en reïntegratie;
- gericht op functioneren en herstel van het functioneren;
- bruggenbouwer tussen werk en gezondheidszorg;
- functioneert in netwerk, zowel met andere arboprofessionals als in een zorgnetwerk;
- voortrekkersrol bij arbeidsgebonden gezondheidsrisico's en -klachten;
- zichtbaar voor werkgever, werknemer, zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- integer en onafhankelijk;
- communicatief sterk richting werknemer, werkgever (leidinggevende) en behandelaars.

Wat betreft de werksetting komen daar de volgende aspecten bij:
- betrokkenheid en committment "kleur van het bedrijf";
- werksetting op locatie, of dichtbij in een health center.

Over de *behandeltaken van de bedrijfsarts* is geen eensluidende conclusie te formuleren. De meningen van de geïnterviewden zijn verdeeld.

Financiering

Werkgevers blijven voorlopig een belangrijke financier van bedrijfsartsen. Financiering door *zorgverzekeraars* via de basis- of aanvullende verzekering van de werknemer zal nog zeker 3-4 jaar duren. Bovendien zullen zorgverzekeraars vanuit de basis- of aanvullende verzekering van de werknemer voornamelijk individuele zorgtaken financieren voor zover het substitutie van reguliere zorg betreft. De inschatting is dat zorgverzekeraars de bedrijfsarts vooral zullen financieren via speciale verzekeringsproducten die de werkgever afsluit bij en betaalt aan de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars bieden deze producten aan vanuit het bedrijfsonderdeel 'zakelijke markt'. Dit bedrijfsonderdeel is relatief klein ten opzichte van het bedrijfsonderdeel 'particulieren'. Vaak zijn er maar weinig onderlinge contacten of werkafspraken tussen deze twee bedrijfsonderdelen. De verzekeringsproducten voor de zakelijke markt zijn gericht op het MKB. Grote werkgevers sluiten deze verzekeringsvormen niet af, maar financieren de kosten van loondoorbetaling bij ziekte, arbozorg en reïntegratie zelf. Inkomensverzekeraars zijn waarschijnlijk potentiële grote financiers, want reïntegratiezorg kan grote kostenbesparingen voor inkomensverzekeraars opleveren. Er zijn echter nog niet veel samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en inkomensverzekeraars. Inkomensverzekeraars en het bedrijfsonderdeel 'zakelijke markt' van de zorgverzekeraar werken steeds meer samen. Het bedrijfsonderdeel 'particulieren' (basis- en aanvullende verzekering van de werknemer) van de zorgverzekeraar is vanwege de vrees voor toename van de zorgconsumptie (en dus kosten) en vanwege alle veranderingen ten gevolge van de Zorgverzekeringswet vaak (zeer) terughoudend in de samenwerking met de bedrijfsonderdelen inkomensverzekeringen van het verzekeringsconcern en 'zakelijke markt' van de zorgverzekeraar.

Scenario's

Op basis van de literatuur en de interviews verwachten de onderzoekers dat twee hoofdscenario's naast elkaar zullen blijven bestaan, omdat er aan beide behoefte is bij werkgevers, werknemers en zorg- en inkomensverzekeraars. De twee scenario's zijn:

1) De bedrijfsarts in dienst van de arbodienst:
    - externe arbodienst;
    - interne arbodienst;
    - detachering bij een bedrijf of organisatie vanuit de arbodienst.
2) De zelfstandig gevestigde bedrijfsarts, met als varianten:
    - éénpitters;
    - mono- of multidisciplinaire maatschap, bijvoorbeeld in ZBC;
    - gezondheidscentrum: eerste lijn of bedrijfsgericht health center.

Het derde scenario dat in de literatuur naar voren komt, namelijk de bedrijfsarts als specialist in een tweede- of derdelijnsgezondheidszorgvoorziening, is in de interviews (ook desgevraagd) niet benoemd door de geïnterviewden.

De NVAB-notitie '*De positie van de bedrijfsarts in de maatschappij. De bedrijfsarts: zorgverlener en adviseur'* schetst ook verschillende scenario's, namelijk de bedrijfsarts werkzaam bij een arbodienst, rechtstreeks werkzaam voor een bedrijf, deel uitmakend van een maatschap of deel uitmakend van een eerstelijnsvoorziening.

Aanbevelingen
Op basis van het onderzoek zijn de volgende aanbevelingen te formuleren:

1. Schets een kwalificatiesysteem voor bedrijfsartsen, en baseer dit systeem op de kwalificaties zoals beschreven in dit onderzoek.

2. Overweeg een NVAB-keurmerk voor bedrijfsartsen die voldoen aan de kwalificaties.
Het visitatieproject kan een basis leggen voor dit keurmerk.

3. Werk een visie uit voor de behandeltaken door de bedrijfsarts.
Uit dit onderzoek blijkt dat geen van de geïnterviewden een duidelijke visie heeft op de behandeltaken die bedrijfsartsen kunnen verrichten. Ook de omschrijving dat de bedrijfsarts arbeidsgerelateerde aandoeningen kan behandelen, is voor de geïnterviewden nog te weinig concreet. Zij geven aan dat zij van de NVAB verwachten dat zij een visie ontwikkelen op de behandeltaken door de bedrijfsarts.

4. Ga in gesprek met zorgverzekeraars, met name bij het bedrijfsonderdeel *zakelijke markt.*
Zorgverzekeraars willen bedrijfsartsen vanuit de particuliere markt (basis- en aanvullende verzekering van werknemers) alleen financieren voor zover het substitutie van onderdelen van reguliere zorg betreft. Vanuit de zakelijke markt worden speciale producten ontwikkeld die gericht zijn op het MKB. Deze markt biedt (via de werkgevers in het MKB) financieringsmogelijkheden voor bedrijfsartsen.

5. Ga in gesprek met inkomensverzekeraars.
Bij inkomensverzekeraars zijn financieringsmogelijkheden voor bedrijfsartsen en arbozorg. Inkomensverzekeraars lijken weerstand te ervaren bij bedrijfsartsen, en dat bevordert de investeringen door inkomensverzekeraars in bedrijfsgeneeskunde of bedrijfsartsen niet.

6. Zet het beleid voort om bedrijfsartsen te stimuleren dat zij een actieve rol spelen bij de onderhandelingen tussen werkgevers en zorg- en inkomensverzekeraars.
Het is belangrijk dat bedrijfsartsen de werkgevers en hun werknemers-vertegenwoordigingen adviseren over producten van de aanbiedende inkomens- en zorgverzekeraars.

7. Ontwerp een structuur voor tarieven.
Financiering, zowel door werkgevers als door zorg- en inkomensverzekeraars, wordt gestimuleerd als duidelijk is welke diensten en producten een bedrijfsarts kan leveren tegen welke prijs.

8. Ga door met de ontwikkeling van innovatieve samenwerkingsconcepten in de eerste lijn.
Zorgverzekeraars zijn bereid te investeren in samenwerkingsconcepten of het overnemen van taken in de reguliere zorg door de bedrijfsarts als duidelijk wordt voor welke taken de bedrijfsarts betere resultaten geeft dan de reguliere eerste- of tweedelijnszorg.

9. Blijf werken aan de basis voor het kwaliteitsbeleid, namelijk de opleiding en registratie tot bedrijfsarts en de visitatie.
Verder overleg met het COBG en de minister van VWS is hiervoor noodzakelijk.
Het visitatieproject vormt een goede bouwsteen om de basis voor het kwaliteitsbeleid verder vorm te geven.

10. Ontwerp prestatie-indicatoren en verricht metingen naar de tevredenheid van patiënten en werknemers.

Maak daarbij gebruik van het aanbod van werknemers- en patiëntenorganisaties die ervaring hebben in de reguliere gezondheidszorg.

11. Onderzoek samen met andere artsenorganisaties de mogelijkheden voor financiering van het kwaliteitsbeleid.

Alle artsenorganisaties en hun richtlijninstituten hebben te maken met het feit dat de overheid zich terugtrekt en subsidies vermindert of intrekt. Tevens is in de context van de regierol van zorgverzekeraars en de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de vraag om kwaliteitssystemen, en -instrumenten actueel.

12. Profileer de NVAB nog nadrukkelijker.

Hoewel de NVAB de afgelopen jaren aan zichtbaarheid en profilering heeft gewonnen, zijn er nog steeds actoren die vinden dat de NVAB zich nederig opstelt. Profileer het vak van bedrijfsarts en maak duidelijk waar je als NVAB naar toe wilt, is de boodschap van deze actoren (door alle groepen geïnterviewden heen).

1. Inleiding

1.1 De positie en financiering van de bedrijfsarts

Het erkende specialisme 'bedrijfsarts' maakt een turbulente periode van organisatorische en financiële veranderingen door. Door de *wet 'Maatwerk arbodienstverlening'* en de nieuwe *Zorgverzekeringswet* ontstaan voor bedrijfsartsen nieuwe mogelijkheden: ze kunnen in loondienst blijven werken, maar kunnen ook besluiten om als vrijgevestigde bedrijfsarts verder te gaan. Daarnaast is de verwachting dat *zorgverzekeringen en inkomensverzekeringen* (verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) in de toekomst steeds minder gescheiden zullen zijn.[4] Verzekeraars bieden vanuit hun divisie zorgverzekeringen en/of inkomensverzekeringen een variatie aan contracten (tussen verzekeraars en werkgevers en tussen verzekeraars en zorgaanbieders) en polissen (voor werkgevers bij inkomensverzekeringen en voor individuele werknemers/verzekerden wat betreft de basis- en aanvullende zorgverzekering). Mogelijk komt ook de traditionele afbakening tussen beroepsgroepen op losse schroeven te staan door de komst van de (functionele verzekeringsaanspraken in de) Zorgverzekeringswet. Andere ontwikkelingen zijn de *verwijsfunctie* voor de bedrijfsarts, pilots waar bedrijfsartsen werkzaam zijn in een *eerstelijnsvoorziening,* en de suggestie voor het ontwikkelingen van transmurale *DBC's* (Diagnose Behandelingscombinaties) voor de belangrijke arbeidsrelevante aandoeningen zoals KANS (klachten van arm, nek en schouder) en psychische klachten. Er kunnen in de toekomst *nieuwe samenwerkingsverbanden* ontstaan in de (bedrijfs)gezondheidszorg, zoals maatschappen van bedrijfsartsen, of bedrijfsartsen die integreren in de eerste- of tweedelijnsgezondheidszorg.

1.2 Het kwaliteitsbeleid van de bedrijfsartsen

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft een aantal aandachtspunten geformuleerd voor *verdere professionalisering van de bedrijfsartsen door richtlijnontwikkeling en -implementatie.*
Het gaat hierbij zowel om de ontwikkeling en implementatie van monodisciplinaire richtlijnen, als om inhoudelijke afstemming met andere richtlijnorganisaties met het oog op multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Verder streeft de NVAB na dat de factor arbeid een vast onderdeel wordt van medische richtlijnen van andere specialismen en dat de wetenschappelijke infrastructuur van de bedrijfsgeneeskunde versterkt wordt.
Vanwege *de veranderingen in de professionele ondersteuning voor arbocuratieve samenwerking* is de NVAB gestart met het project "De factor 'arbeid' binnen de nieuwe ondersteuningsstructuur in de eerste lijn." De komst van de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) biedt een kans om de 'factor arbeid' op de agenda van de eerstelijnsgezondheidszorg te krijgen. De *gelden* voor de infrastructuur van het Kwaliteitsbureau van de NVAB zijn afkomstig van contributies en subsidies. Deze subsidies zijn gegarandeerd tot en met 2006. Een aantal projectsubsidies loopt door tot en met 2007.

1.3 Onderzoeksvragen

In augustus 2005 heeft de NVAB opdracht gegeven aan de afdeling Beleid & Advisering van de KNMG om een argumentenonderzoek uit te voeren en op basis daarvan een advies uit te brengen over de toekomstige positionering en financiering van bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid. De vraagstelling luidt als volgt:

1. Wat zijn de mogelijke scenario's voor de toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen?
2. Wat zijn de sterkten, zwakten, kansen en bedreigen van deze scenario's (SWOT-analyse)?
3. Wat betekenen deze scenario's voor de mogelijkheden tot financiering van het kwaliteitsbeleid van de bedrijfsartsen?

Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen moet aan de volgende punten aandacht worden besteed:

1) Toegankelijkheid van de bedrijfsarts
   De NVAB pleit voor een laagdrempelige toegang tot de bedrijfsarts voor werkenden en (in de toekomst ook) andere populaties, waarvoor de bedrijfsarts zorg kan bieden gericht op het behoud en het herstel van het functioneren.
2) Continuïteit van de financiering van het kwaliteitsbeleid voor de bedrijfsarts
   Het Kwaliteitsbureau kent nu drie financieringsstromen. Allereerst het project richtlijnen dat wordt gefinancierd met projectgelden van de ministeries van SZW en VWS; deze gelden zijn gegarandeerd tot 1 januari 2007. Daarnaast is er financiering vanuit de vereniging NVAB (contributie van de leden), en ten derde zijn er voor een aantal projecten subsidies verkregen voor de duur van die verschillende projecten. De NVAB heeft de ambitie om haar kwaliteitsbeleid in de huidige omvang voort te zetten en zo mogelijk uit te breiden.
3) De bedrijfsarts draagt bij aan de volksgezondheid door zich in te zetten voor gezond werk voor werkenden en (in de toekomst ook) andere populaties.
4) Samenwerking met andere zorgverleners en zorginstellingen, zoals huisartsen, eerstelijns paramedische beroepen, medisch specialisten, enz.
   De arbocuratieve samenwerking kent nog steeds veel belemmeringen. Het is belangrijk om aan te sluiten bij de afspraken die de NVAB heeft met koepelorganisaties van zorgverleners, zoals de LHV, het NHG en de Orde van Medisch Specialisten.

Uit bovenstaande aandachtspunten volgen de toetsingscriteria voor de mogelijke scenario's. Deze zijn:

a) Garandeert het scenario de laagdrempelige toegankelijkheid van de bedrijfsarts, met als onderdeel voldoende kwantiteit = aantal bedrijfsartsen?
b) Realiseert het scenario de continuïteit en financiering van het kwaliteitsbeleid voor de bedrijfsarts?
c) Ondersteunt het scenario de bedrijfsarts om zich in te zetten voor gezond werk?
d) Faciliteert het scenario de samenwerking tussen de bedrijfsarts en andere hulpverleners?

1.4 Literatuuronderzoek en interviews

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een literatuuronderzoek verricht en zijn interviews afgenomen. Het literatuuronderzoek bestond uit twee delen, namelijk de voorbereiding van de interviews en de bestudering van de tijdens de interviews verkregen documenten. Het verslag van het literatuuronderzoek staat in hoofdstuk 2 van dit rapport. In overleg met de NVAB is de lijst met te interviewen organisaties/personen opgesteld. De interviewronde richtte zich op huidige en potentiële:

- financiers van bedrijfsartsen (verzekeraars en werkgevers);
- zorginstellingen waar bedrijfsartsen in de toekomst mogelijk kunnen gaan werken;
- patiënten/werknemers.

In hoofdstuk 3 staat het verslag van de interviews. Ten slotte gaat hoofdstuk 4 in op de toekomscenario's voor de toekomstige positionering en financiering van bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid. De scenario's zijn gebaseerd op conclusies en aanbevelingen uit het literatuuronderzoek en de interviews.

1.5 Opbouw van het rapport

De opbouw is als volgt:

- Hoofdstuk 2: Literatuuronderzoek
  - Relevante wet- en regelgeving
  - Relevante maatschappelijke ontwikkelingen
  - Ontwikkeling en financiering van het kwaliteitsbeleid bij artsen
- Hoofdstuk 3: Interviews
  - Werkwijze
  - Verslag
- Hoofdstuk 4: Conclusies, beschouwing en aanbevelingen
  - Beantwoording van de onderzoeksvragen
  - Beschouwing
  - Aanbevelingen
- Bijlagen:
  - Mogelijkheden voor de bedrijfsarts bij zorgverzekeraars
  - Producten van zorg- en inkomensverzekeraars gericht op bedrijfsgeneeskundige zorg en reïntegratie
  - Voorbeeldvragen interviews
  - LHV Bureaus Huisartsen en LHV Huisartsenkringen
  - Literatuurlijst

2. Literatuuronderzoek

Dit hoofdstuk bevat bevindingen uit de literatuur en geen meningen of conclusies van de onderzoekers. Deze komen pas aan bod in hoofdstuk 4 van dit rapport.

2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is in het kort de veranderende context voor bedrijfsartsen beschreven. Dit hoofdstuk gaat verder in op deze veranderingen, zoals die worden beschreven in de literatuur. Zie voor de literatuurlijst bijlage 5.

2.2 Relevante wet- en regelgeving

2.2.1 Arbowet

Voor de toekomstige positionering en financiering van bedrijfsartsen zijn twee veranderingen in de Arbowet van belang, namelijk:
- *De Wet Maatwerk Arbodienstverlening* die per 1 juli 2005 van kracht is geworden;
- Het beleidsvoornemen van de staatssecretaris van SZW om te *schrappen in de 'nationale kop'* in de arbeidsomstandighedenwet. Met 'nationale kop' wordt gedoeld op nationale regelgeving die verder gaat dan Europa voorschrijft.

Wet Maatwerk Arbodienstverlening[1]
Sinds 1998 waren alle werkgevers verplicht zich voor een aantal taken te laten ondersteunen door een arbodienst en hadden alle werknemers in Nederland een bedrijfsarts. Vanaf 1 juli 2005 is de Wet Maatwerk Arbodienstverlening van kracht en is deze verplichting vervallen, mits de werkgever en de OR of PvT schriftelijk overeenstemming bereiken over de maatwerkregeling. Zonder die overeenstemming geldt een 'vangnet': inschakeling van een arbodienst.
De kern van deze liberalisering is dat werkgevers zoveel mogelijk zelf hun arbobeleid gaan opzetten en uitvoeren, en deskundige ondersteuning pas gaan regelen als zij deze zelf niet in huis hebben. Wel blijven zij verplicht om een bedrijfsarts in te schakelen voor de verzuimbegeleiding, het periodiek arbeidsgezondheidskundig spreekuur, het arbeidsomstandighedenspreekuur en de aanstellingskeuringen.

In 2004 gaf eenderde van de bedrijven aan niet bij de eigen arbodienst te blijven.[2] Onderzoek uit het derde kwartaal van 2005[3] laat echter zien dat de liberalisering nog niet tot grote verschuivingen bij werkgevers heeft geleid, maar dat er sprake is van geleidelijke veranderingen. Zo treedt er een verschuiving op van contracten op abonnementsbasis naar meer contracten op verrichtingenbasis.
Omdat de nieuwe wetgeving deskundige ondersteuning bij verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts verplicht stelt, is het voor arbodiensten aantrekkelijk om, ondanks de noodzakelijke bezuinigingen, bedrijfsartsen in dienst te houden.
Voor bedrijfsartsen ontstaan nieuwe mogelijkheden. Ze kunnen in loondienst blijven werken, maar kunnen ook besluiten om als vrijgevestigd specialist verder te gaan.[4]

Schrappen in 'nationale kop' arbeidsomstandighedenwet
Het beleidsvoornemen om te schrappen in de 'nationale kop' in de arbeidsomstandighedenwet[5] is begin november 2005 besproken in de Tweede Kamer. Staatssecretaris Van Hoof[6] stelde dat de nieuwe Arbowet alleen uit doelvoorschriften bestaat en er voor een arbeidsomstandighedenspreekuur (een middel) geen plaats is in de nieuwe Arbowet[a]. De NVAB verzet zich sterk[7] tegen de voorgestelde afschaffing van de wettelijke verankering van het arbeidsomstandighedenspreekuur, omdat zij de wettelijk verankerde vrije toegang tot de bedrijfsarts een onmisbaar instrument vindt voor de bescherming van werknemers en het preventiebeleid. Ook de KNMG is van mening dat iedereen toegang tot de voor hem of haar noodzakelijke zorg dient te hebben. Verder waarschuwt de KNMG voor een tweedeling tussen werknemers waarvan de werkgever bereid en in staat is om een consult bij de bedrijfsarts te vergoeden en werknemers van werkgevers die dit niet kunnen of willen.

2.2.2. Zorgverzekeringswet

Functionele verzekeringsaanspraken
De Zorgverzekeringswet (ZVW) kent functioneel omschreven verzekeringsaanspraken[8]: als het geen voorbehouden handeling uit de Wet BIG betreft, mag iedere persoon of instelling die daartoe bekwaam is bepaalde zorg leveren. Omdat de 'functionele omschrijving van de verzekeringsaanspraken' openlaat wie bepaalde zorg verleent, is er voor het eerst financiering vanuit de zorgverzekering mogelijk voor arbeidsrelevante zorg verleend door bedrijfsartsen. In het *Besluit Zorgverzekering* en de bijbehorende *nota van toelichting* staat hierover[9]:

"**Rechten van verzekerden:**
Het functiegerichte systeem houdt in dat de zorgverzekeraar in zijn zorgpolis vormgeeft aan de poortwachtersfunctie van de huisarts. Die poortwachtersfunctie wordt dus door de functiegerichte omschrijving van de aanspraken niet opgeheven. […..] Daarnaast geldt dat de nieuwe structuur van de avond-, nacht- en weekenddiensten, de taakherschikking binnen de gezondheidszorg en andere ontwikkelingen, met zich brengen *dat de zorg zoals de huisartsen die plegen te bieden lang niet meer uitsluitend door de huisartsen wordt verleend. Praktijkverpleegkundigen, doktersassistenten,* ***bedrijfsartsen****, GGD-artsen zijn taken gaan overnemen.* Daarnaast zijn er de nieuwe beroepsgroepen, de nurse practitioner en de physician assistant, die taken op dit gebied gaan verrichten. Door voorwaarden als wie mag verwijzen en wie mag voorschrijven niet meer bij wettelijk voorschrift te regelen, kan het veld flexibel op de nieuwe ontwikkelingen inspelen en kunnen de voorwaarden flexibel in de zorgpolis worden aangepast."

"**Artikel 2.4**
Het eerste lid regelt waar de geneeskundige zorg uit bestaat. Het gaat om zorg zoals de huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden alsmede om paramedische zorg. […….] *Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het regelt niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen. Zoals gezegd, is dat een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en het hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren te zijn die in de bepaling genoemd worden. Voor de zorg in het eerste lid kunnen dus allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen ingeschakeld worden, bijvoorbeeld een huisarts, een*

[a] Het voorstel voor herziening van de Arbowet wordt in het eerste kwartaal van 2006 naar de Tweede Kamer gestuurd.

verloskundige, een ziekenhuis, een psychiater, een basisarts, ***een bedrijfsarts****, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een gezondheidscentrum.*"

Restitutie- en/of naturapolis
Formeel zijn er zijn twee soorten polissen: de restitutie- en naturapolis. Met een restitutiepolis mag de verzekerde zelf bepalen naar welke behandelaar hij of zij gaat. De verzekerde betaalt rechtsreeks aan de behandelaar en claimt de kosten bij de verzekeraar. De verzekeraar vergoedt de kosten tot een maximumbedrag (vastgelegd in het vergoedingenoverzicht dat bij de polis hoort). Bij de naturapolis betaalt de verzekeraar de rekening rechtstreeks aan de behandelaar, onder voorwaarde dat de zorgverzekeraar een contract heeft met de behandelaar. Is dit niet het geval, dan moet de verzekerde (een deel van) de kosten zelf betalen. In de praktijk bieden zorgverzekeraars meestal (verwarrende) mengvormen van beide polisvormen aan.
Zorgaanbieders, die in aanmerking willen komen voor vergoeding door de zorgverzekeraar van zorgkosten van een verzekerde met een naturapolis, moeten een overeenkomst (contract) hebben met die verzekeraar. Bij een restitutiepolis is dit niet nodig, maar is de vergoeding wel aan een maximum gebonden en hangt het verder af van de overige voorwaarden in de polis voor de verzekerde.

Verwijsfunctie van de bedrijfsarts
Met ingang van 1 januari 2004 heeft de bedrijfsarts een formele verwijsbevoegdheid naar het zorgaanbod dat wordt vergoed op basis van de:
- Ziekenfondswet (ZFW) (op basis van het verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering);
- Particuliere basisziektekostenverzekering (ZKV) (op basis van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden);
- AWBZ (op basis van Regeling zorgaanspraken AWBZ).

Wat door ZFW, ZKV of AWBZ kon worden vergoed, was het zorgaanbod waarnaar de bedrijfsarts de patiënt verwees. De tijdsbesteding van de bedrijfsarts aan een dergelijke verwijzing werd vooralsnog niet vanuit de ZFW, ZKV of AWBZ vergoed.
Voorwaarde voor verwijzing door de bedrijfsarts naar de ZFW, ZKV of AWBZ was, dat de bedrijfsarts hierover een "verwijsafspraak" had met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt. Het Zorgkantoor AWBZ volgde hierin de verwijsafspraken van de zorgverzekeraars.

Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (ZVW) in de plaats gekomen van de ZFW en ZKV. Op basis van het Besluit Zorgverzekering van de ZVW kunnen zorgverzekeraars de verwijsfunctie van de bedrijfsarts in hun basispolis opnemen (zie hierboven).

Bevindingen uit de eindevaluatie van de verwijsfunctie zijn[10]:
- M.b.t. de verwijsfunctie van de bedrijfsarts maken ziekenfondsen over het algemeen verwijsafspraken met alle grote Arbo-diensten en vaak ook met een deel van de zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen.
- Er zijn enkele zorgverzekeraars die de verwijsfunctie beperken, door bijvoorbeeld alleen verwijzingen naar paramedici toe te staan.
- Zorgverzekeraars zijn het er onderling nog niet over eens of de kosten van de verwijzing door de bedrijfsarts in de toekomst voor vergoeding door hen in aanmerking moeten komen.
- Vrijwel alle betrokken partijen zien de bedrijfsarts als een behandelaar in de eerste lijn voor arbeidsrelevante aandoeningen naast de huisarts en geven aan géén negatieve gevolgen van de verwijsfunctie te ervaren (medicalisering en medisch shoppen).

- De beleidsmakers van de Arbo-diensten geven aan dat de reguliere gezondheidszorg (ZFW/ZKV/AWBZ) vaak niet de juiste zorg aanbiedt. Er zijn lange doorlooptijden, er is geen afgestemde rapportage en men heeft onvoldoende oog voor de factor arbeid in de behandeling.
- Werkgevers én zorgverzekeraars vinden dat zij voor tweedelijnsarbozorg die wel is afgestemd op de behoeften, ook een extra prijs (t.o.v. de tarieven in de reguliere zorg) mogen betalen.
- Er is vanuit de Arbodiensten gedurende het afgelopen jaar geen aansluiting met regionale ICT-infrastructuren in de zorg gezocht. Op landelijk niveau heeft geen enkele partij NICTIZ benaderd om de bedrijfsarts aan te laten sluiten.

Overzicht polisvoorwaarden
Om te onderzoeken hoe zorgverzekeraars de mogelijkheden van de Zorgverzekeringswet op het gebied van functionele aanspraken en de verwijsfunctie door de bedrijfsarts hebben ingepast, zijn de voorwaarden van de basispolis van twaalf zorgverzekeraars gescreend. De onderstaande bevindingen hebben betrekking op de twaalf onderzochte verzekeraars:
- Eén zorgverzekeraar noemt in zijn basispolis specifiek dat *huisartsenzorg* wordt vergoed als deze wordt verleend door de bedrijfsarts. Zeven zorgverzekeraars bieden in hun basispolis de mogelijkheid tot vergoeding van huisartsenzorg geleverd door de bedrijfsarts; zonder de bedrijfsarts hierbij expliciet te noemen. Als voorwaarde voor het aanbieden van huisartsenzorg stellen zij: arts of zorgverleners werkzaam in huisartsenvoorziening onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Vier zorgverzekeraars beperken het leveren van huisartsenzorg tot huisartsen.
- Tien zorgverzekeraars bieden de bedrijfsarts de mogelijkheid tot verwijzen naar zowel medisch-specialistische zorg, als fysio- en oefentherapie en verschillende andere behandelingen, zoals logopedie en audiologische zorg. Eén zorgverzekeraar beperkt de verwijsmogelijkheid tot fysio- en oefentherapie. Eén zorgverzekeraar geeft de bedrijfsarts geen mogelijkheid tot *verwijzen*.
- Drie zorgverzekeraars hebben bij *farmaceutische zorg* expliciet benoemd, dat deze vergoed wordt als de bedrijfsarts voorschrijft. Vijf zorgverzekeraars vergoeden farmaceutische zorg als deze wordt voorgeschreven door een arts. Vier zorgverzekeraars beperken de voorwaarden voor de vergoeding van farmaceutische zorg tot specifieke artsendisciplines, en noemen daar de bedrijfsarts niet bij.

2.2.3. Wet verbetering poortwachter

De Wet verbetering poortwachter (Wvp) is op 1 april 2002 ingevoerd en legt de verantwoordelijkheid voor de aanpak van ziekteverzuim nadrukkelijk bij werkgever en werknemer. De processtappen en de bijbehorende verplichtingen voor werkgever, werknemer en arbodienst hebben bijgedragen aan een afname van de instroom in de WAO sinds 2003[11]. Aan deze afname droeg ook de economische recessie bij en voor 2005 de verlenging van de loondoorbetalingsverplichting bij ziekte door de werkgever van 1 naar 2 jaar. De WAO-instroom daalde van 59.100 in 2003 tot 18.500 in 2005.[12]
De Wvp bracht niet alleen een grotere betrokkenheid van werkgever en werknemer tot stand, maar is ook voor de bedrijfsartsen de drijfveer geweest om meer volgens de richtlijnen van de beroepsgroep te adviseren.[13] Aangetoond is dat door het toepassen van de richtlijnen de WAO-instroom voor overspannenheid en aspecifieke rugklachten daalt.[14] [15] Ook in de nieuwe Wet Maatwerk Arbodienstverlening moeten bedrijven een bedrijfsarts blijven contracteren voor een goede uitvoering van de Wvp. Voorspellingen over het benodigd aantal bedrijfsartsen in de toekomst lopen uiteen.[16] [17]

2.2.4. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

De veranderende arbeidsongeschiktheidsregelingen vinden per 1 januari 2006 hun beslag in een grote hervorming van de regelgeving voor langdurig arbeidsongeschikte werknemers. De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) is de opvolger van de WAO en kent twee regelingen. Een voor duurzaam volledig arbeidsongeschikten (IVA) en een voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA). In combinatie met het aangescherpte Schattingsbesluit moet de WIA er toe leiden dat meer mensen aan het werk blijven ondanks een aandoening of ziekte en de beperkingen daarvan.[13]

De artsenorganisaties hebben bij de minister en het parlement herhaald gepleit tegen deze hervorming. Zij waren en zijn voorstander van het afwachten van de effecten van de reeks genomen maatregelen, zoals de Wvp. Daarnaast missen de artsenorganisaties in het kabinetsbeleid visie op en maatregelen voor preventie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de twee jaar voorafgaand aan een WAO-beoordeling. De NVAB benadrukt het **belang van preventie**[18]. Bij de preventie van WIA-instroom spelen bedrijfsartsen een belangrijke rol. Om die rol naar behoren te spelen is het belangrijk dat de invoering van de WIA gepaard gaat met een adequaat flankerend beleid op het gebied van preventie. “Onderdeel daarvan is ondersteuning van het kwaliteitsbeleid voor het handelen van de bedrijfsarts. De wetenschappelijke kennisinfrastructuur op het gebied van arbeid en gezondheid moet worden versterkt.”

De artsenorganisaties zijn ook bezorgd over de gevolgen voor de volksgezondheid, omdat mogelijk groepen ontstaan van met name kwetsbare en kansarme werknemers die niet (langer) in aanmerking komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar ook niet meer aan werk kunnen komen.[19]
Een eerste evaluatie door de Inspectie voor Werk en Inkomen (IWI) van de herbeoordelingsoperatie (waarbij het Schattingsbesluit is gehanteerd dat ook voor de WIA geldt) laat zien dat door het grote aantal verlagingen en intrekkingen de druk op het slagen van de werkhervatting toeneemt. [20] Er is bij direct betrokkenen twijfel of dit zal lukken in de mate die de wetgever had voorzien. De IWI ziet dat als een groot risico voor het bereiken van één van de doelen van de herbeoordelingsoperatie, namelijk werkhervatting (voormalig) arbeidsongeschikten.

2.3. Relevante maatschappelijke ontwikkelingen

2.3.1. Project sociale zekerheid en zorg van de ministeries van SZW en VWS

Dit project is in 2002 van start gegaan met als doelstelling de lacunes ten gevolge van de scheiding tussen sociale zekerheid en zorg te overbruggen. De beleidsagenda betrof vier aandachtsgebieden:

1. Nog meer betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij preventie, reïntegratie en verzuimbegeleiding.
2. De werelden van de verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en curatief werkende artsen inhoudelijk (weer) op één lijn brengen.
3. Een systematische verdere ontwikkeling van de arbo- en reïntegratiemarkt in termen van transparantie, prestatiemeting, toezicht, marktordening, R&D en concurrentieverhoudingen.
4. Ontwikkelen, stimuleren en zichtbaar maken van de mogelijkheden en voordelen van een integrale aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie via combinaties van zorg- en verzuimverzekeringen door verzekeraars.

Eind 2004 is dit project afgerond met de conclusie dat de veldpartijen het realiseren van een integrale keten van preventie, verzuim en reïntegratie verder zelf zullen dragen en dat de regiefunctie van de overheid daarbij niet langer noodzakelijk is.

2.3.2. Ontwikkelingen bij verzekeraars

<u>Zorgverzekeraars</u>
Behalve via de ontwikkeling rond de ZVW, spelen zorgverzekeraars ook via aanvullende verzekeringen en speciale pakketten in op de vraag van werkgevers. Zij bieden met name tweedelijnsinterventies aan, soms zelfs zonder een verwijzing van de bedrijfsarts of de huisarts. Het gaat met name om interventies op het gebied van klachten van het bewegingsapparaat en psychische klachten. Maar ook thuiszorg, mediation en 'taxivergoeding bij immobiliteit van de werknemer' kunnen deel uitmaken van dergelijke pakketten. Wat opvalt is dat slechts een enkele verzekeraar de mogelijkheid biedt om via hen bedrijfsartsen in te huren. Voor zover de gegevens op de websites van die verzekeraars laten zien, is er geen financiering van de bedrijfsarts zelf opgenomen in deze aanvullende en speciale pakketten. Daarvoor moet de werkgever een aparte module 'arbo' erbij kopen, of op een andere wijze extra voor de bedrijfsarts betalen (op verrichtingenbasis rechtreeks of via de verzekeraar). Zorgverzekeraars zetten deze bedrijfsartsen vooral in als procesbegeleiders en niet als behandelaars.[21]

<u>Inkomensverzekeraars</u>
Inkomensverzekeraars bieden verzuimverzekeringen aan in combinatie met interventieverzekeringen en verzuimmodules. Wat opvalt is dat veel inkomensverzekeraars het aanbod doen om werkgevers de zorg uit handen te nemen en pakketten aanbieden met verzuimmeldingen, -administratie, -begeleiding en het voldoet aan de Wvp. Kortom tegen de principes van de Wvp in, namelijk het overnemen van de eigen verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer. Verder is opmerkelijk dat zij de diensten en producten aanbieden die tot voor kort vooral door arbodiensten werden aangeboden.

Een enkeling biedt ook aan om bij interventies op zoek te gaan naar bijpassende geldstromen, bijvoorbeeld via de Zvw. Ook ontstaan er steeds meer ketenconcepten waarbij inkomens-, zorgverzekeraars en arbodiensten samenwerken.
Bij het screenen van enkele voorbeeldpolisvoorwaarden blijkt dat de inkomensverzekeraar geen vast bedrag of vaste vergoeding verstrekt, maar eerst kijkt of er uit hoofde van een andere regeling aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van geneeskundige behandeling en voorziening ter voorkoming en ter vermindering van ziekte door revalidatie en/of herscholing. Als dat niet het geval is, kan de verzekeraar een door hem vast te stellen bijdrage in deze kosten leveren.

2.3.3. Ontwikkelingen bij arbodiensten

Al in 2004 kwam er een terugval van de omzet bij arbodiensten ten gevolge van de trendmatige verlaging van het ziekteverzuim door de invoering van de Wvp en de economische recessie. De algemene verwachting was aanvankelijk dat de terugval pas in zou treden in 2005 als gevolg van de maatwerkregeling arbodienstverlening. Arbodiensten begonnen pas (te) laat met het omschakelen van de verplichte inschakeling van arbodiensten door werkgevers naar dienstverlening gebaseerd op feitelijke marktbehoeften.[21]

Deze ontwikkelingen hebben grote consequenties voor alle arbodeskundigen[4]. Voor de bedrijfsarts is het de vraag of werken vanuit een arbodienst nog nodig is of dat hij net als in andere landen ook zou kunnen werken als zelfstandig gevestigd arts. Er kunnen dus in de toekomst nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan in de bedrijfsgezondheidszorg, zoals maatschappen van bedrijfsartsen, of bedrijfsartsen die integreren in de eerste of tweede lijn. Arbodiensten onderzoeken inmiddels ook hoe ze kunnen samenwerken met zorg- en inkomensverzekeraars en sommige zijn al tot concrete afspraken over gezamenlijke producten gekomen.

Een andere verwachting is dat de arbodienst zich zal ontwikkelen in de richting van HRM in verband met het besef dat arboverzuim en reïntegratiebeleid integrale onderdelen zijn van een goed personeelsbeleid. Anderzijds zal de arbodienstverlening zich naar verwachting ook ontwikkelen in de richting van zorg vanwege de toenemende integratie tussen sociale zekerheid en zorg .[3] Door de komst van de basisverzekering en de behoefte die daarmee ontstaat aan arbocuratieve pluspakketten zullen zorgverzekeraars de reguliere zorg dwingen om arbocuratief te gaan werken. De bedrijfsgezondheidszorg wordt daarmee een regulier specialisme in de zorg, waarbij de bedrijfsarts en de arbodienst een rol spelen in zowel de eerste als de tweede lijn.

2.3.4. Ontwikkelingen bij werkgevers

Uit gegevens van onderzoeksbureau MarketConcern uit het eerste kwartaal van 2005 blijkt dat grote bedrijven (met 100 of meer medewerkers) waarschijnlijk niet zullen breken met hun arbodienst (56%), maar wel aanpassingen wensen in het contract (16%). Er zijn weinig grote bedrijven die alles zelf gaan doen (9%). Van de bedrijven met 20 tot 99 werknemers blijft 61% bij de eigen arbodienst, al wil 9% het contract aanpassen en wil 8% alles zelf gaan doen. Bij de kleine bedrijven (minder dan 20 werknemers) ligt dat anders: daar wil 21% alles zelf gaan doen en blijft maar 49% bij de huidige arbodienst (7% met een aangepast contract).

De liberalisering heeft nog niet tot grote verschuivingen bij werkgevers geleid, maar zij zijn wel te spreken over de liberalisering. Het maakt het mogelijk dat het vertrouwen tussen

werkgever en arbodienst groeit en dat deze meer samenwerken op arbogebied. Ook zijn er signalen dat de aandacht bij werkgevers geleidelijk verschuift van verzuimbegeleiding en reïntegratie naar het voorkomen van ziekteverzuim. Verder is de verwachting dat de omzet van arbodiensten verder onder druk komt te staan door grotere betrokkenheid van werkgevers bij hun zieke personeel en een verdere toename van het aantal aanbieders op de verzuim- en reïntegratiemarkt. De omzet zou de komende twee jaren een kwart kunnen dalen.[3]

2.3.5. Ontwikkelingen bij werknemers

De visie vanuit werknemersperspectief wordt verwoord door onder andere de FNV en het Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV). De FNV heeft haar visie uiteengezet in 'Arbo werkt!'. [22]

De FNV is van mening dat integer handelen vanuit de arboprofessie niet altijd goed te combineren is met commercieel handelen. Waarborgen voor professionele onafhankelijkheid en integriteit dienen daarom naar het oordeel van de FNV te worden aangescherpt. Ook vindt de FNV dat er in de praktijk te weinig aandacht is voor de intrinsieke waarde van een goed arbeidsomstandighedenbeleid. De nadruk ligt te vaak en te veel op het terugdringen van ziekteverzuim en preventie van arbeidsongeschiktheid. Voorwaarden scheppen voor en een bijdrage leveren aan het arbeidsklimaat, werkomgeving en sfeer op en rondom de werkplek, zaken die mensen plezier in het werk geven, zouden het positieve hoofddoel van het arbeidsomstandighedenbeleid moeten zijn en niet de beperking van de schadelast, een meer negatief geformuleerde aanpak. Verder pleit de FNV voortdurend voor het belang van een integrale, multidisciplinaire bronaanpak van het arbo- en verzuimbeleid.

Het Breed Platform Verzekerden & Werk (BPV) heeft vanuit haar project Ziek en Mondig en haar Landelijke Meldlijn Arbodienstverlening een aantal terugkerende knelpunten vertaald naar kwaliteitseisen van werknemers ten aanzien van bedrijfsartsen: [23]

1) Respect voor, serieus nemen van, gelijkwaardigheid met en zelfbeschikking van de werknemer. Een belangrijke uitwerking hiervan is volgens het BPV de coachende rol van de bedrijfsarts. Een aparte kwaliteit is de inhoudelijke deskundigheid van de bedrijfsarts in het begeleiden en behandelen van arbeidsgerelateerde klachten.
2) Integriteit: correct hanteren van de spanning tussen de soms uiteenlopende eisen van werkgever en werknemer en het voldoen aan de professionele standaarden.
3) Bereidheid tot samenwerking en afstemming met en verantwoording aan collega's betrokken bij de begeleiding en behandeling van de werkende.
4) Het BPV staat positief tegenover de bedrijfsarts in een eerstelijnspraktijk omdat deze dan wint aan postuur als onafhankelijk, laagdrempelig en vast adviseur van de werknemer met arbeidsrelevante klachten. Maar het BPV is wel bezorgd over de toegang tot de werkplek, afstemming met de bedrijfsarts van de arbeidsorganisatie en invulling van de preventieve taak van de bedrijfsarts en de bekostiging.

2.3.6. Ontwikkelingen bij bedrijfsartsen

Als gevolg van bovenstaande ontwikkelingen worden in de literatuur een aantal mogelijkheden[16] geschetst, waarbij het belang van een professioneel netwerk voor de bedrijfsarts benadrukt wordt. In dat netwerk horen deskundigen voor de risico-inventarisatie en -evaluatie, voor reïntegratie en deskundigen uit de curatieve hoek. Mogelijke werksettings voor de bedrijfsarts zijn dan:
- regionale 'arbowerkplaatsen';
- academische centra voor opleiding en onderzoek;
- onder één dak met de huisarts, bij grote bedrijven of branches;
- in gespecialiseerde centra;
- zelfstandig werkend.

Een andere indeling komt uit de eindevaluatie van de verwijsfunctie van de bedrijfsarts:
- huisarts van werkenden in een interne arbodienst;
- eerstelijnszorgaanbieder in een gezondheidscentrum voor werkenden in de zorgregio en gefaciliteerd door een contract tussen de werkgever, een zorgverzekeraar en een arbodienst;
- eerstelijnszorgaanbieder in een zorgboulevard van de regionale geïntegreerde zorg;
- behandelaar van beroepsziekten in tweedelijnsgezondheidszorginstellingen.

Over de financiering van de bedrijfsarts worden ook een aantal voorstellen gedaan, bijvoorbeeld dat de individueel werkende bedrijfsartsen in het basispakket van de zorgverzekeraar opgenomen zouden kunnen worden.[15] "Dat biedt een aantal grote voordelen: de aandacht voor arbeid in de curatie neemt toe en de bureaucratie neemt af. Zo'n systeem zal kostenbesparend zijn en leiden tot één gezondheidszorg."
Een enkele zorgverzekeraar biedt tevens de mogelijkheid om via hen bedrijfsartsen in te huren.[19]

<u>Zelfstandige vestiging van bedrijfsartsen</u>
Bedrijfsartsen komen losser te staan van arbodiensten. Vijf jaar geleden waren er zo'n 40 zelfstandig werkende bedrijfsartsen en inmiddels is dat aantal opgelopen tot zo'n 250. Binnen de NVAB is een landelijk netwerk van zelfstandig en freelance werkende bedrijfsartsen (ZFB).[4] De Raad voor Werk en Inkomen constateert dat toetreding op de markt van nieuwe aanbieders ten gevolge van de liberalisering van de arbodienstverlening nog niet groot is, maar dat wel de opkomst van bedrijfsartsen die zich als eenpitters aandienen opvallend is.[3] Sommige aanbieders vrezen de eenpitters, omdat deze hun diensten een stuk goedkoper aanbieden. Andere aanbieders zijn daar niet bang voor omdat eenpitters in hun ogen geen volledig dienstenpakket kunnen aanbieden. Grote werkgevers willen voor hun arbodienstverlening niet afhankelijk zijn van één persoon.

<u>Bedrijfsarts in de eerste lijn</u>
De NVAB is van mening dat gezien de ontwikkelingen bedrijfsartsen eerder geneigd zullen zijn een eigen praktijk te beginnen of aan te haken bij een huisartsenvoorziening of gezondheidscentrum. De bedrijfsarts wordt daar dan de 'specialist' voor arbeidsrelevante problematiek en:
- adviseert huisartsen en andere disciplines bij arbeidsrelevante problematiek;
- is de schakel tussen curatieve zorg en de werkgever, arbozorg en verzuimverzekeraar;

- coördineert en begeleidt de curatieve zorg bij complexe arbeidsrelevante problematiek;
- behandelt arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Op dit moment verricht de NVAB onderzoek bij zeven pilotprojecten waarbij de bedrijfsarts werkzaam is in een huisartsgeneeskundige voorziening.[4]

In het nieuwe zorgstelsel kunnen zorgverzekeraars hun zorg inkopen bij verschillende aanbieders, dus ook bij arbodiensten en reïntegratiediensten. De verwachting is dat er daardoor geleidelijk meer samenwerking komt tussen arbodienstverlening en reïntegratie enerzijds en de zorg anderzijds als gevolg van de Zorgverzekeringswet. Dit nieuwe stelsel maakt het mogelijk om andere diensten en dienstverleners aan te bieden waardoor het onderscheid tussen de zorgmarkt en de markt voor sociale zekerheid zal vervagen.[3] (Zie ook 'Project sociale zekerheid en zorg' in paragraaf 2.2.1.)

<u>Samenwerking van bedrijfsartsen met huisartsen, medisch specialisten en paramedici.</u>
Artsenorganisaties hebben met behulp van projectsubsidies van de overheid in de afgelopen jaren geïnvesteerd in arbocuratieve samenwerking met wisselend resultaat. Het uitblijven van arbocuratieve samenwerking wordt doorgaans met praktische en sociaal-psychologische argumenten verklaard, terwijl vooral *maatschappelijke en politieke* factoren als determinanten voor de falende afstemming tussen beroepsgroepen kunnen worden aangemerkt. [24]

Wat zijn die <u>*maatschappelijke en politieke*</u> factoren?

1. Scheiding behandeling en controle
   Separate circuits voor medische behandeling en begeleiding van ziekteverzuim, daardoor te weinig oog voor factor arbeid bij curatief werkende artsen.
2. Wijzigingen in de bedrijfsgeneeskundige zorg van de afgelopen 10 jaar
   Privatisering ziektewet, commercialisering bedrijfsgeneeskundige zorg, nadelige gevolgen van commercialisering op continuïteit in de bedrijfsgeneeskundige zorg en de bereikbaarheid van bedrijfsartsen.

2.4. De ontwikkeling en financiering van het kwaliteitsbeleid bij artsen

Wetenschappelijke Verenigingen leggen de professionele standaard vast voor hun achterban. Dit gebeurt in de vorm van richtlijnen of standaarden en deze vormen de basis voor visitatie en bij- en nascholing. De financiering van de kwaliteitsinstituten en -instrumenten verliep tot 2004 grotendeels via het ministerie van VWS en de contributies van de leden. De financiering van VWS is de laatste jaren steeds minder geworden.

Huisartsen

Dit betekent bijvoorbeeld dat het NHG haar begroting en werkplan heeft aangepast. Via een CTG-maatregel krijgt het NHG nog € 0,10 per inwoner voor haar werkplan. Deze gelden lopen via de verzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland). De contributie voor leden van het NHG is in de periode van 2004 tot 2006 toegenomen (hoogste inkomensklasse: € 378,- in 2004, € 599,- in 2006).

Ook is in 2005 de bestaande ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn herzien vanwege het besluit van VWS om de financiering (Districts- & Ondersteuningsgelden) van het grootste deel van de activiteiten van de DHV'en per 1 januari 2005 naar de verzekeraars over te brengen.

De preferente zorgverzekeraar in de regio's hebben van de minister van VWS de opdracht gekregen de ondersteuning van professionals in de eerste lijn vorm te geven. De meeste zorgverzekeraars sluiten hiertoe een contract met een zogenoemde regionale ondersteuningsstructuur (ROS). Via een CTG-maatregel is geregeld dat deze ROS'en € 1,25 (tarief 2006) per inwoner krijgen om hun werkplan uit te voeren.

De LHV heeft op deze ontwikkeling geanticipeerd en gereageerd met het opzetten van een nieuwe infrastructuur. Dat betekent dat voor de uitvoering van de belangenbehartiging en ledenservice (de taken van de LHV) een geheel nieuwe werkorganisatie is opgezet, met een nieuwe infrastructuur die geheel uit contributie wordt gefinancierd. Er zijn drieëntwintig Huisartsenkringen (de besturen in het land) opgericht en zeven regionale LHV-Bureaus Huisartsen (resultaatverantwoordelijke werkorganisaties). De Huisartsenkringen nemen diensten af van de LHV-Bureaus Huisartsen en sluiten daarvoor overeenkomsten met het LHV-Bureau in de regio.

LHV-Bureaus bieden basis- en aanvullende diensten aan:

- Basis:
  - positionering en representatie;
  - continuïteit huisartsenzorg;
  - regionale contractonderhandelingen;
  - secretariaat en beleidsadvies.
- Aanvullend:
  - HOED-vorming;
  - klachtenregeling;
  - SCEN.

Bij de dienst 'positionering en representatie' worden de volgende activiteiten benoemd [25]:

- overleg en samenwerking met regionale staven en besturen binnen en buiten de zorg;
- uitbreiding samenwerking en werkafspraken met de tweede lijn;
- (her) positionering van de huisarts(enzorg);
- stimuleren kwaliteitsmanagement binnen de huisartsenpraktijk.

Een overzicht van de indeling van de regionale LHV-Bureaus en de Huisartsenkringen is opgenomen in bijlage 4.

Medisch specialisten

Monodisciplinaire richtlijnontwikkeling vindt plaats door de Wetenschappelijke Verenigingen. Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO ontwikkelt multidisciplinaire richtlijnen en kent een groot aantal andere activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering in de medisch specialistische zorg. Ook het CBO krijgt minder subsidie van VWS dan voorheen. Het ministerie heeft recent met het CBO afspraken gemaakt over een meerjarig subsidieprogramma: 'Kwaliteitskennis met publiek belang'. [26]

Uit het onderzoek dat de KNMG verrichte naar kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering kwam de volgende aanbeveling naar voren: [27]
"De stormachtige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsafspraken door zorgverzekeraars met het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf nopen tot het ontwikkelen van een visie vanuit de medische beroepsgroep op de (mogelijk landelijke) financiering van niet-productiegebonden kwaliteitsactiviteiten, zoals bij- en nascholing, visitatie, onderzoek, etc."

Bedrijfsartsen

De ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten voor bedrijfsartsen kent een achterstand ten opzichte van curatief werkende artsen. De Raad voor Gezondheidsonderzoek constateerde in 2003 deze achterstand in een onderzoek naar de kwaliteit en doelmatigheid van de bedrijfsgeneeskundige dienstverlening en adviseerde om een stimuleringsprogramma hiervoor op te zetten [28]. De aanbevelingen van dit onderzoek zijn slechts ten dele overgenomen door het ministerie van VWS ten gevolge van de economische recessie. Ook de veranderende visie van het ministerie, namelijk een voorkeur voor investeringen in multidisciplinaire richtlijnontwikkeling boven de monodisciplinaire richtlijnontwikkeling, speelt hierbij een rol. Het ministerie van SZW investeert momenteel meer dan VWS in de kwaliteitsontwikkeling van bedrijfsartsen (Kwaliteitsbureau NVAB, projecten als de implementatie van de verwijsfunctie, periodiek medisch onderzoek, arboconvenanten en visitatie).[29]

3B-richtlijnen

In juli 2005 bracht de Gezondheidsraad haar advies uit genaamd ' Beoordelen, behandelen, begeleiden'[30]. Hierin adviseert zij om voor lange termijn zogenaamde 3B-richtlijnen op te stellen. Dit zijn multidisciplinaire richtlijnen gericht op curatieve en sociaal-geneeskundige aspecten van ziektes, waarbij aandacht wordt gegeven aan de factor 'arbeid'. Voor de korte termijn adviseerde de Gezondheidsraad om verzekeringsgeneeskundige protocollen te ontwikkelen. De ministers van VWS en SZW hebben dit advies overgenomen. Inmiddels zijn er twee protocollen ontwikkeld en is een interdepartementale werkgroep bezig om de ontwikkeling van 3B-richtlijnen voor te bereiden. De artsenorganisaties en hun richtlijninstituten (CBO, NHG, Kwaliteitsbureau NVAB, NVVG) hebben verzocht om nauwe betrokkenheid bij deze processen.

3. Interviews

Dit hoofdstuk gaat in op bevindingen uit de interviews. De gegevens in dit hoofdstuk bevatten de elementen die *in de interviews naar voren* zijn gekomen, en zijn *geen conclusies of meningen* van de onderzoekers. Deze komen aan bod bij de beschouwing en aanbevelingen in hoofdstuk 4 van dit rapport.

3.1. Inleiding

De lijst van te interviewen personen en organisaties is tot stand gekomen in overleg met de NVAB. De volgende organisaties hebben hun medewerking verleend:

1) Patiënten- en werknemersorganisaties:
- Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV);
- NPHF;
- Unie MHP;
- FNV.

2) Werkgevers en organisaties van werkgevers:
- MKB Nederland;
- VNO-NCW;
- KLM;
- Akzo Nobel;
- Stichting Arbouw.

3) Organisaties van verzekeraars:
- CVZ;
- Agis;
- Menzis;
- CZ;
- Delta Lloyd.

4) Arbodiensten:
- Arboned;
- KLM Health Services;
- Akzo Nobel;
- BOA (Branche Organisatie Arbodiensten).

5) Reïntegratiebedrijven:
- BOREA (Branche Organisatie Reïntegratiebedrijven).

6) Organisaties van zorgaanbieders:
- Parnassia (GGZ);
- Revalidatie Friesland;
- Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG).

7) Werkgroep zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen.

Aan de geïnterviewden is anonimisering van de interviewverslagen toegezegd. Daarom worden uitspraken van geïnterviewden in het verslag niet toegeschreven aan personen of afzonderlijke organisaties, maar aan “patiënten- en werknemersorganisaties”, “werkgevers”, “arbodiensten”, etc. De geïnterviewden hebben de gesprekken op persoonlijke titel gevoerd. De voorbeeldvragenlijst die bij de interviews is gebruikt, is opgenomen als bijlage 3.

Om geen informatie verloren te laten gaan (geïnterviewden brachten extra informatie in naast de antwoorden op de vragen) is het verslag van de interviews gebaseerd op een logische ordening van de verkregen gegevens en informatie. De interviews hebben geleid tot veel waardevolle informatie op basis waarvan de onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden.

3.2. De toegevoegde waarde van de bedrijfsarts

Bijna alle geïnterviewden geven aan dat zij het voor de toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsarts vooral belangrijk vinden, dat hij of zij een toegevoegde waarde heeft en die waarde ook zichtbaar maakt. Het imago van de bedrijfsartsen kan beter, zowel wat betreft de deskundigheid, communicatieve vaardigheden, als onafhankelijkheid. Wat betreft de deskundigheid bestaat bij diverse geïnterviewden met name twijfel over de competenties van bedrijfsartsen voor behandel- of curatieve taken. Wat betreft de communicatieve vaardigheden geeft een van de werkgevers aan, dat het voorkomt dat werkgevers *"verdwijnen in de mist"* als zij een vraag stellen aan de bedrijfsarts. Met name werknemers- en patiëntenorganisaties hebben vragen over de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts.

Bij de geïnterviewden bestaat <u>consensus</u> over de volgende kwalificaties van een 'goede' bedrijfsarts, die toegevoegde waarde biedt:

- medisch deskundig op het gebied van:
  - arbeid(somstandigheden) en gezondheid(szorg);
  - preventie, diagnostiek en begeleiding van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
  - verzuimbegeleiding en reïntegratie;
- gericht op functioneren en herstel van het functioneren;
- bruggenbouwer tussen werk en gezondheidszorg;
- functioneert in netwerk; zowel met andere arboprofessionals, als in een zorgnetwerk;
- voortrekkersrol bij arbeidsgebonden gezondheisrisico's en -klachten;
- zichtbaar voor werkgever, werknemer, zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- integer en onafhankelijk;
- communicatief sterk richting werknemer, werkgever (leidinggevende) en behandelaars.

Er bestaat bij de geïnterviewden <u>geen consensus</u> over de kwalificaties voor een <u>behandelfunctie voor de bedrijfsarts.</u> Een werkgeversorganisatie vraagt zich af of de bedrijfsarts voldoende medische kennis heeft. Een tweetal zorgverzekeraars heeft die vraag ook en ziet de bedrijfsarts vooral als bemiddelaar en niet als behandelaar. Weer een andere werkgeversorganisatie ziet graag een andere structuur in de eerste lijn: eerstelijnsartsen die zich gespecialiseerd hebben in ouderen, jeugd, werkenden, sportgeneeskunde of gezinsarts/huisarts. De regie ligt in deze structuur bij de patiënt, die op grond van zijn of haar persoonlijke kenmerken of klachten de keuze maakt naar welke eerstelijnsarts hij of zij toe gaat. Op deze manier kunnen ook de functionele aanspraken in de zorgverzekeringswet beter tot hun recht komen. Grote werkgevers met interne arbodiensten zijn juist van mening dat bedrijfsartsen behandeltaken kunnen en moeten verrichten en organiseren hun arbodiensten ook zo en/of zetten bedrijfsgerichte health centers in de markt, waar werknemers dicht bij hun werkplek terecht kunnen voor medisch advies of een medisch onderzoek kunnen ondergaan (keuring).

Twee van de geïnterviewden doen de suggestie voor een NVAB-keurmerk voor 'goede' bedrijfsartsen. Een nuancerend signaal kwam van één van de arbodiensten: *"Mogelijk zijn we met al die kwalificaties teveel op zoek naar een schaap met vijf poten. Daar bestaan er niet zoveel van"*.

De overwegingen voor bovengenoemde kwalificaties zijn hieronder verder uitgewerkt aan de hand van een aantal thema's.

3.2.1. Generalist of specialist

De geïnterviewden zien allen de bedrijfsarts in de rol van generalist bij de verzuimbegeleiding, en bij de preventie, diagnostiek en begeleiding van arbeidsgerelateerde aandoeningen, ongeacht de voorkeur van de geïnterviewde voor de werksetting. Werkgevers, werknemers en arbodiensten benoemen het belang van specialisatie, zowel wat betreft arbeidsgerelateerde aandoeningen, als kennis van branchespecifieke arbeidsomstandigheden en gezondheidsrisico's. Daarvoor moet de bedrijfsarts wel de spreekkamer uit komen, vinden deze organisaties. Essentieel is, volgens werkgevers, werknemers en arbodiensten, dat de bedrijfsarts communiceert over wat zich in de spreekkamer heeft afgespeeld. Verder vinden zij het essentieel dat de bedrijfsarts gerichte adviezen geeft aan werknemer en werkgever en communiceert over het begeleidings- of behandeltraject met behandelaars. Een vertegenwoordiger van de arbodiensten verwoordt dat als volgt: *'Bedrijfsartsen zijn inwisselbaar als het gaat om basiseisen als beheersing van de inhoudelijke relatie gezondheid en arbeid, integriteit en het afwegen van belangen. Een bedrijfsarts is pas echt succesvol als hij hierover goed communiceert, zowel met de werknemer als de werkgever en daardoor resultaat kan neerzetten.'* Een van de organisaties van zorgaanbieders geeft aan dat er kansen liggen voor substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn bij arbeidsgerelateerde aandoeningen. Als huisartsen en bedrijfsartsen elkaar aanvullen bij arbeidsrelevante aandoeningen kunnen ze een succesvol concept bieden voor aandoeningen die nu (soms ten onrechte) in de tweede lijn belanden.
Voor zowel de generalistische als de specialistische rol zijn vooral de medische kennis en inbreng die de bedrijfsarts kan bieden vanuit zijn arts-zijn belangrijk en vormen een meerwaarde. En voor beide rollen heeft hij een set aan basiscompetenties nodig. Sommige geïnterviewden vinden dat deze competenties uitwisselbaar zijn tussen huisartsen en bedrijfsartsen (dit melden een aantal zorgverzekeraars). De meerderheid van de geïnterviewden vindt dit echter specifieke competenties van de bedrijfsarts. Een van de arbodiensten merkt in dit kader nog op dat in de opleiding de aandacht voor bedrijfskundige kennis groter moet worden. Deze kennis is van toegevoegde waarde voor bedrijfsartsen. Daarmee kunnen zij zich onderscheiden van artsen die alleen over medische expertise beschikken.

3.2.2. Individugericht of organisatiegericht

Wat betreft individugerichte taken voor de bedrijfsarts onderscheiden alle geïnterviewden de zogenaamde 'spreekkamerdokter', en de pro-actieve coachende[b] bedrijfsarts. Dit geldt zowel voor bedrijfsartsen op locatie van het bedrijf en bij de interne arbodienst, als voor bedrijfsartsen werkzaam bij een externe arbodienst of op een andere locatie (bijvoorbeeld gezondheidscentrum) op afstand. De eerste rol zien alle geïnterviewden als onwenselijk omdat deze bedrijfsarts vaak onvoldoende communiceert over zijn of haar bevindingen en

[b] Met een coach bedoelen zij dat de bedrijfsarts de werknemer en leidinggevende goed informeert, uitleg geeft over handelingsalternatieven, en ondersteuning biedt bij de uitvoering van deze alternatieven.

adviezen, en omdat ze zich afvragen of zijn of haar kennis van de werkomstandigheden toereikend is. Immers, deze bedrijfsarts is niet zichtbaar in het bedrijf noch op de werkvloer. Ook voor zorgaanbieders is deze bedrijfsarts op grote afstand en zij geven aan dat door deze afstand vaak overleg of afstemming ontbreekt over het begeleidings- of behandelingstraject. Toch denken alle geïnterviewden dat deze rol wel zal blijven bestaan. Enerzijds omdat er werkgevers zullen blijven die deze dienstverlening af zullen blijven nemen, bijvoorbeeld omdat ze zo goedkoop mogelijk uit willen zijn, anderzijds omdat er bedrijfsartsen zijn die deze rol willen blijven invullen en met moeite buiten de spreekkamer kunnen of willen functioneren. Werkgevers en werknemers vragen echter steeds meer om een coach, werkgevers met name voor hun leidinggevenden. Met een coach bedoelen zij dat de bedrijfsarts de werknemer en leidinggevende goed informeert, uitleg geeft over handelingsalternatieven, en ondersteuning biedt bij de uitvoering van deze alternatieven. Individugerichte behandeltaken kunnen volgens een aantal geïnterviewden prima gecombineerd worden met individugerichte (verzuim)begeleidingstaken. Deze geïnterviewden komen uit alle geïnterviewde organisaties. Een aantal andere geïnterviewden vinden dat individugerichte zorgtaken en individugerichte (verzuim)begeleidingstaken niet te combineren zijn, bijvoorbeeld omdat zij van mening zijn dat de bedrijfsarts in de positie van adviseur van de werkgever niet tegelijkertijd als behandelaar op kan treden (mening van een zorgverzekeraar). Een andere belemmering vormt volgens een aantal zorgverzekeraars en werknemersorganisaties dat lang niet alle bedrijfsartsen voldoende medische kennis en vaardigheden bezitten voor het verrichten van behandeltaken. Desondanks stelt een van de zorgverzekeraars dat het belangrijk is dat de bedrijfsarts zorgtaken op zich neemt in de eerste lijn. De andere verzekeraars zijn daar terughoudender in. Volgens een van deze verzekeraars moet de rol van de bedrijfsarts in de eerste lijn zelfs beperkt blijven tot consulent en bemiddelaar. Werkgevers benadrukken dat de meerwaarde van de bedrijfsarts juist zit in de medische kennis over de relatie arbeid en gezondheid, en dat bedrijfsartsen juist deze kennis moeten gebruiken. Individuele behandeltaken kunnen zij er dan in sommige situaties, bij arbeidsgerelateerde aandoeningen, wel bij doen, maar belangrijker is de communicatie en uitwisseling met behandelaars. De verwachting bij de geïnterviewden is overigens dat de individugerichte verzuimbegeleidingstaken af zullen nemen, omdat het verzuim daalt en werkgevers de regie steeds meer in eigen hand gaan nemen.
Werkgevers, werknemers en arbodiensten zijn ook duidelijk over de organisatiegerichte taken van de bedrijfsarts: deze horen bij diens basistaken. Werkgevers, arbodiensten, zorgverzekeraars en zelfstandig werkende bedrijfsartsen noemen ook nog een andere ontwikkeling, namelijk dat vanwege de afname van het verzuim en de toenemende regie door werkgevers de nadruk steeds meer komt te liggen op gezondheidsbeleid binnen ondernemingen.

Deze geïnterviewden verwachten ook dat er bedrijfsartsen zullen blijven die de individugerichte begeleidings- en behandeltaken combineren, naast bedrijfsartsen die zich verder ontwikkelen en specialiseren als organisatieadviseur.

3.2.3. Medische kennis of kennis van arbeidsomstandigheden

In de twee besproken thema's (generalist of specialist; individu- of organisatiegericht) zijn ook al een aantal aspecten van dit thema aan de orde gekomen. Breed gedragen is het standpunt dat in de wereld van arbeid en gezondheid de bedrijfsarts de functionaris bij uitstek is om de medische aspecten te analyseren, te benoemen, en daarover te adviseren en eventueel te behandelen. Werknemers en verzekeraars vragen zich af of de medische kennis van bedrijfsartsen voor individugerichte behandeltaken voldoende is. Enkele andere

geïnterviewden geven echter aan dat, juist vanwege het feit dat de bedrijfsarts de opleiding geneeskunde heeft gevolgd en arts is, hij of zij de aangewezen professional is om vragen of klachten van werknemers te demedicaliseren: hij of zij is de juiste persoon om aan te geven dat verzuim of klachten niet-medisch zijn en hij dient de juiste oplossingsrichting te adviseren. De geïnterviewden vinden ook dat voor de kennis van arbeidsomstandigheden (in een organisatie of een branche) voor de bedrijfsarts de medische invalshoek het belangrijkste is.

3.2.4. Huisarts voor werknemers of alleen behandelaar van arbeidsgerelateerde aandoeningen

De meningen van de geïnterviewden lopen uiteen. Het ene uiterste wordt verwoord door een van de verzekeraars die geen individugerichte behandeltaken of andere huisartsgeneeskundige taken voor een bedrijfsarts ziet weggelegd. De bedrijfsarts kan wel meer aansluiting zoeken bij de huisarts, maar dan als consulent en bemiddelaar. Andere verzekeraars zien voor de toekomst wel mogelijkheden om bedrijfsartsen huisartsgeneeskundige taken te laten verrichten en deze dan ook te vergoeden, maar gezien alle drukte rond de nieuwe Zorgverzekeringswet is dit geen prioriteit voor hen. Twee zorgverzekeraars juichen innovatie toe, en willen regionale initiatieven ondersteunen waarbij bedrijfsartsen huisartsgeneeskundige taken in samenspraak met de huisarts gaan uitvoeren. Verzekeraars vinden allemaal dat de behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen niet uit de basisverzekering betaald moet worden, maar door werkgevers, ofwel rechtstreeks, ofwel via de aanvullende verzekeringen die de werkgevers als collectiviteit afsluiten. Zorgverzekeraars merken dat werkgevers in de onderhandelingen over de collectiviteiten steeds vaker de vergoeding van de behandeling van arbeidsgerelateerde klachten eisen. Voor alle duidelijkheid: het gaat dan vaak om behandelingen die door derden (reïntegratiebedrijven of andere behandelcentra voor arbeidsgerelateerde aandoeningen) worden uitgevoerd. Deze behandelingen worden door de verzekeraars (zowel zorg- als inkomensverzekeraars) ‘reïntegratiezorg’ genoemd. Opvallend is dat de verrichtingen door de bedrijfsarts zelf niet in deze pakketten zijn opgenomen. Voor de financiering van deze verrichtingen verwijzen de zorgverzekeraars naar de werkgever.
Arbodiensten en werkgevers zijn bezig met initiatieven als Health Centers, eerstelijnszorg (bedrijfsartsen, huisartsen, fysiotherapeuten, soms psychologen en maatschappelijk werk), zowel binnen de eigen organisatie als op locatie ten behoeve van één of meerdere bedrijven. Een aantal argumenten worden daarbij genoemd: een werknemer met klachten kan dichtbij zijn werkplek terecht en is geen reistijd kwijt aan een huisartsbezoek.

Dubbel doktersbezoek (zowel aan huisarts als bedrijfsarts) neemt af, en er is een gerichte behandeling/interventie bij arbeidsrelevante aandoeningen mogelijk. Werkgevers staan open voor initiatieven waarbij de bedrijfsarts functioneert binnen een eerstelijns gezondheidscentrum onder voorwaarde dat de bedrijfsarts goed aanspreekbaar is voor de werkgever. In dit centrum kan de bedrijfsarts individugerichte verzuimbegeleiding en individugerichte behandeltaken verrichten volgens de werkgevers. Welke behandeltaken dat dan precies zouden moeten zijn, weten werkgevers niet. Zij geven aan dat dit door de beroepsgroepen van bedrijfsartsen en huisartsen onderling bepaald moet worden. Voor vertrouwelijke en niet-arbeidsrelevante klachten vinden werkgevers de huisarts de meest aangewezen hulpverlener. Werknemers en patiënten benadrukken dat het voor hen vooral belangrijk is dat de bedrijfsarts integer en onafhankelijk te werk gaat. Als dat zo is, zien zij ook mogelijkheden voor individugerichte behandeltaken voor bedrijfsartsen, en dan met name voor arbeidsgerelateerde klachten.

3.2.5. Behandelaar of bemiddelaar

Alle geïnterviewden zijn van mening dat de bedrijfsarts een sleutelrol heeft om ervoor te zorgen dat een werknemer/patiënt een adequate behandeling krijgt bij arbeidsrelevante klachten. De geïnterviewden verschillen wel van mening over de behandeltaken van de bedrijfsarts zelf. Sommigen zien alleen een rol bij de behandeling van arbeidsgerelateerde psychische klachten, anderen bij enkelvoudige algemene aandoeningen, en weer anderen bij alle arbeidsgerelateerde klachten maar niet voor enkelvoudige algemene aandoeningen. Deze meningen lopen door alle geïnterviewde organisaties heen. Werknemers- en patiëntenorganisaties, maar ook werkgevers benadrukken de vertrouwelijkheid die nodig is voor een behandelrelatie. Zorgaanbieders geven aan dat zij geen duidelijk beeld hebben van de behandelmogelijkheden en -competenties van de bedrijfsarts. Daarom vinden ze het moeilijk om aan te geven welke rol de bedrijfsarts het best zou kunnen spelen. Zij hebben tot nu toe nog weinig gemerkt van de bemiddelende (verwijzende) rol van de bedrijfsarts.
De huisarts moet volgens alle geïnterviewden wel de centrale rol blijven houden. Dat betekent dat de huisarts het overzicht moet blijven houden over wat er met zijn of haar patiënt gebeurt. Gegevensuitwisseling met de huisarts als er sprake is van behandeling dan wel bemiddeling (verwijzen of andere interventie) door de bedrijfsarts is daarvoor essentieel. Dit zou ingebouwd moeten worden in de ontwikkelingen rond het elektronisch patiëntendossier (EPD).

3.3. De toekomstige werksetting van de bedrijfsarts

De geïnterviewden belichten verschillende mogelijkheden voor de toekomstige werksetting van de bedrijfsarts. Deze mogelijkheden worden hieronder verder toegelicht. Bij werkgeversorganisaties, werknemers- en patiëntenorganisaties en zorgaanbieders is de tendens dat zij de ontwikkelingen van verschillende werksettings afwachten en zich nog niet uit kunnen spreken over een voorkeur. Of zoals een tweetal geïnterviewden zei: ‘Laat duizend bloemen bloeien.” Wel gaven zij aan dat het belangrijk is dat een bedrijfsarts zowel fysiek als wat betreft betrokkenheid dicht bij de werkplek is. Een werkgeversorganisatie en de werknemers- en patiëntenorganisaties spraken zich positief uit over de werksetting in de eerste lijn, omdat daardoor de drempel voor werknemers lager is en het vertrouwen in de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts toeneemt. Zij gaven geen oplossing aan voor de afstand die er dan kan ontstaan tussen de bedrijfsarts en het bedrijf, of voor het probleem dat er dan twee bedrijfsartsen (een binnen de eerstelijnsvoorziening en een binnen het bedrijf) bij de begeleiding en behandeling betrokken kunnen zijn. Enkele grote werkgevers spraken zich duidelijk uit voor de werksetting binnen het bedrijf.

3.3.1. De arbodienst

De arbodiensten zullen volgens alle geïnterviewden een van de werkomgevingen voor bedrijfsartsen blijven, omdat werkgevers producten en diensten af zullen blijven nemen van deze arbodiensten. Zij regelen dit dan of rechtstreeks met de arbodienst of via een inkomensverzekeraar die de arbodienst inschakelt. De Wet Maatwerk arbodienstverlening heeft vooralsnog geen grote verschuivingen opgeleverd volgens werkgevers en arbodiensten. De arbodiensten zien wel een toename van maatwerkcontracten met werkgevers met bijvoorbeeld SLA-afspraken, en meer op verrichtingenbasis dan op abonnementsbasis. Een aantal werkgevers(organisaties) vinden de arbodienst nog steeds de beste werkomgeving voor

bedrijfsartsen, omdat de werkgever dan verzekerd is van multidisciplinaire samenwerking met andere professionals en de bedrijfsartsen functioneren binnen een netwerk. Ook de continuïteit van dienstverlening en de aansprakelijkheidsvraagstukken noemen zij als belangrijke voordelen. Voorwaarde is wel dat de arbodiensten hun dienstverlening meer afstemmen op de vraag van de werkgevers. Een andere voorwaarde is dat bedrijfsartsen meer aansluiting zoeken bij zorgaanbieders, en dan met name bij huisartsen. Werknemers- en patiëntenorganisaties vinden het commerciële karakter van arbodiensten een groot nadeel. Dit heeft volgens hen een nadelige invloed op de mogelijkheden voor een bedrijfsarts om deskundig te kunnen werken, omdat zij bij adviezen vooral aan de belangen van werkgevers zouden denken. Werkgevers zijn immers de financiers van de arbodienst. Werknemers en patiënten zijn op de hoogte van het Professioneel Statuut voor de bedrijfsarts en de artikelen die over de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts zijn opgenomen in de Arbowet en de Wvp, maar desondanks blijven zij bezwaar houden tegen de constructie werkgever-arbodienst-bedrijfsarts. Deze bezwaren zijn gebaseerd op signalen van en onderzoek bij de eigen achterban, onder andere via de meldlijn arbodienstverlening van het BPV. Werknemers vinden de arbodienst een beter alternatief dan zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen, die rechtstreeks door de werkgever betaald en gecontracteerd worden. Werknemers- en patiëntenorganisaties benoemen evenals de werkgever de multidisciplinaire samenwerking een voordeel van arbodiensten. De interne arbodiensten kennen geen terugloop in het aantal bedrijfsartsen. Dit geldt wel voor externe arbodiensten, met name vanwege de teruglopende omzet sinds 2003 en reorganisaties, niet vanwege de maatwerkregeling benadrukken zij. Over aantallen bedrijfsartsen die bij arbodiensten werkzaam zullen blijven hebben de geïnterviewden geen gegevens gemeld. Een tussenvorm tussen de zelfstandig gevestigde bedrijfsarts en de arbodienst is inmiddels ook ontwikkeld. Enkele externe arbodiensten bieden een concept aan waarbij de bedrijfsarts gedetacheerd is bij een bedrijf.

3.3.2. Zelfstandig gevestigd

<u>Eénpitters</u>
Werkgevers, arbodiensten, werknemers- en patiëntenorganisaties en verzekeraars benoemen met name nadelen van deze werkomgeving:
- gevaar voor discontinuïteit;
- ontbreken van netwerk/samenwerking met andere arboprofessionals;
- onafhankelijkheid en integriteit in het geding vanwege rechtstreeks contract werkgever-bedrijfsarts.

Aan de andere kant geven werkgevers, arbodiensten, werknemers- en patiëntenorganisaties en verzekeraars aan dat juist competente bedrijfsartsen zich zelfstandig zijn gaan vestigen. Het gaat om bedrijfsartsen die meer willen en kunnen dan de routine-producten die arbodiensten aan werkgevers aanbieden. Een werkgeversorganisatie en een aantal organisaties van zorgaanbieders geven aan dat het de verantwoordelijkheid van de zelfstandig gevestigde bedrijfsarts is om bovengenoemde nadelen zelf goed te ondervangen. Concreet betekent dit een adequaat netwerk opbouwen, zowel voor de continuïteit als de samenwerking met en verwijzing naar arboprofessionals en zorgaanbieders. Wat betreft de contracten met werkgevers vinden de geïnterviewden het belangrijk dat er duidelijke afspraken met de werknemersvertegenwoordiging gemaakt worden en dat het Professioneel Statuut voor bedrijfsartsen in het contract wordt opgenomen. Verder geeft een van de zorgaanbieders aan dat het belangrijk is dat bedrijfsartsen zich realiseren dat in de zorg juist steeds meer in samenwerkingsverbanden gewerkt wordt, en steeds minder als solist.

Maatschap of andere samenwerkingsvorm, zoals ZBC (Zelfstandig Behandel Centrum)
Deze samenwerkingsvorm kent bij de geïnterviewden nog niet veel bekendheid. Met name het ZBC, waar bijvoorbeeld bedrijfsartsen, huisartsen, revalidatie-artsen, psychologen en fysiotherapeuten zijn gevestigd, is een nieuw concept. Werkgevers geven aan dat zij de samenwerking tussen bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen op prijs stellen zoals die in een aantal maatschappen is gerealiseerd.

3.3.3. In dienst van inkomens- of zorgverzekeraar

Deze ontwikkeling is vooralsnog niet aan de orde. Zorgverzekeraars hebben geen plannen om bedrijfsartsen in dienst te nemen. In hun producten voor de zakelijke markt (werkgevers) bieden zij wel bedrijfsartsen aan via een intermediair of de arbodienst die onder het concern valt. Ook inkomensverzekeraars hebben tot op heden geen bedrijfsartsen in dienst, maar bieden bedrijfsartsen op de beschreven manier aan.

3.3.4. In dienst van eerstelijnsvoorziening (gezondheidscentrum)

Ook hiervan is nog geen sprake. Bedrijfsartsen vestigen zich nu sporadisch als zelfstandige in een eerstelijns gezondheidscentrum. Zorgverzekeraars spelen hier een afwachtende rol. Bij de pilots waar bedrijfsartsen werkzaam zijn in de eerstelijn is nog sprake van een experiment. Alle geïnterviewden bekijken deze projecten met belangstelling, maar wachten de effecten af en gaan dan bekijken of dit zal leiden tot structurele ondersteuning van of investering in deze werkomgeving voor bedrijfsartsen. Enkele zorgverzekeraars financieren een dergelijk project in het kader van innovatie. Andere zorgverzekeraars geven aan dat zij deze initiatieven via de ROS in hun regio gaan stimuleren.

3.4. De toekomstige financiering van de bedrijfsarts

3.4.1. Zorgverzekeringen

Alle geïnterviewden geven aan dat er zowel via de basis- als aanvullende zorgverzekeringen mogelijkheden zijn om de bedrijfsarts te financieren voor een aantal individugerichte behandeltaken. De geïnterviewden specificeren (ook desgevraagd) niet om welke taken dat dan precies zal gaan. Zij vinden dat de beroepsgroepen dat zelf moeten uitwerken; met name welke huisartstaken bedrijfsartsen kunnen gaan verrichten. De zorgverzekeraars geven aan dat zij voorlopig afwachten en bedrijfsartsen niet actief gaan benaderen of contracteren. Twee zorgverzekeraars geven aan dat zij vooralsnog zeer terughoudend zullen blijven: zij zijn van mening dat de huisarts de arbeidsgerelateerde klachten kan behandelen. De aandacht van de huisarts voor arbeidsrelevante klachten zal volgens deze verzekeraars toenemen als de bedrijfsarts een actieve consulent- en bemiddelende functie krijgt in de eerste lijn. Voor de financiering van individugerichte taken van de bedrijfsarts die voortvloeien uit arbeidsrelevante aandoeningen (zowel preventie, reïntegratie als behandeling) verwijzen alle geïnterviewden naar de werkgevers.
Een van de zorgaanbieders is van mening dat transparantie in de tarieven van bedrijfsartsen zou helpen om financiering via de zorgverzekering (zowel via het basispakket als de aanvullende verzekering) mogelijk te maken. CTG-tarieven van de huisartsen vormen dan de basis voor individugerichte behandeltaken. Volgens deze zorgaanbieder is het ook belangrijk dat bedrijfsartsen een transparant tarievensysteem hebben voor taken die door de werkgevers betaald worden, zoals individugerichte Wvp- en reïntegratie-activiteiten.

3.4.2. Zorg-verzuimpakketten van zorg- en inkomensverzekeraars

De verzekeraars geven aan dat deze pakketten vooral de behandelingen en interventies vergoeden die voortvloeien uit het advies of de verwijzing van de bedrijfsarts. De activiteiten en verrichtingen van de bedrijfsarts zelf komen voor rekening van de werkgever, omdat hij de bedrijfsarts of diens arbodienst betaalt, of omdat hij via een arbomodule in het zorg-verzuimpakket de kosten voor de bedrijfsarts voor zijn rekening neemt.
Omdat na het literatuuronderzoek en de interviews een aantal vragen over de financiering door zorg- en inkomensverzekeraars niet goed beantwoord konden worden, is bij een verzekeraar een diepte-interview afgenomen en de literatuur over met name inkomensverzekeringen nader bestudeerd. Zorg- en inkomensverzekeraars hanteren het begrip reïntegratiezorg voor tweedelijnsarbozorg en andere behandelingen en interventies die gericht zijn om de reïntegratie van zieke werknemers te bevorderen. Verrichtingen van de bedrijfsarts zouden daar, bleek desgevraagd, ook onder kunnen vallen, maar er zijn weinig contacten tussen inkomensverzekeraars en bedrijfsartsen.
Bij inkomensverzekeraars zijn potentieel grote financieringsmogelijkheden voor arbozorg. Reïntegratiezorg kan namelijk grote kostenbesparingen voor inkomensverzekeraars opleveren. Een zorgverzekeraar ziet hierbij als probleem dat naar zijn mening bedrijfsartsen de inkomensverzekeraars vaak als hun natuurlijke tegenstanders zien: *"Dat helpt inkomensverzekeraars niet om tot investeringen in de bedrijfsgeneeskundige zorg te komen."*
Met name het MKB neemt zorg-verzuimpakketten af bij zorg- en inkomens-verzekeraars.
Meer resultaten van het verdiepende literatuuronderzoek en het diepte-interview zijn te lezen bij in paragraaf 3.4.5 (overzicht financieringsmogelijkheden voor de bedrijfsarts).

3.4.3. Werkgevers

De werkgevers zelf en de andere geïnterviewden zien werkgevers als de belangrijkste financier van bedrijfsartsen, omdat het gaat om medische expertise in relatie tot het werk. Wel stellen werkgevers het op prijs als de bedrijfsarts, de arbodienst, de servicedesk van de verzekeraar of het reïntegratiebedrijf op zoek gaan naar financieringsmogelijkheden van bedrijfsgeneeskundige activiteiten via bijvoorbeeld de zorgverzekeringen. Vaak is dit in collectiviteiten tussen werkgevers en zorgverzekeraars een belangrijk onderhandelingspunt. Werkgevers stellen daarin ook steeds meer eisen aan zorgverzekeraars, zeggen beide partijen. Daarom is de druk op zorgverzekeraars toegenomen om te onderzoeken wat werkgevers precies willen en daarop in te spelen in hun collectieve aanvullende pakketten. Werknemers- en patiëntenorganisaties vinden ook dat werkgevers verantwoordelijk zijn voor financiering van de aanpak van gezondheidsklachten die met het werk te maken hebben, maar hebben bezwaren tegen de huidige rechtstreekse (via de arbodienst) financieringsstroom. Zij hebben echter geen oplossing voor dit probleem. Mogelijk zouden er fondsen opgericht kunnen worden (zoals nu onder andere het geval is voor Arbouw), dit als vervanging voor de financiële relatie werkgever-arbodienst/bedrijfsarts. Werkgevers vinden die rechtstreekse relatie juist een voordeel, omdat ze dan diensten op maat kunnen afspreken met de arbodienst of de bedrijfsarts.

3.4.4. Fondsen

Zoals hierboven beschreven, is deze mogelijkheid wel geopperd tijdens de interviews, maar is er nog geen nadere uitwerking hiervan gegeven.

3.4.5. Financieringsmogelijkheden voor de bedrijfsarts

Zie schema en toelichting, vanaf de volgende pagina.

Overzicht financieringsmogelijkheden voor de bedrijfsarts

Tabel 1: financiering van arbozorg door verzekeraars

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="3"></td><td colspan="3">Risicodrager = kostendrager</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Inkomens-verzekeraar</td><td colspan="2">Zorgverzekeraar</td></tr>
<tr><td>Zakelijk (bedrijven)</td><td>Zorg (particulieren)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Betaalt de premie aan de verzekeraar en ontvangt de vergoeding</td><td rowspan="3">Werkgever</td><td>1.Loondoorbetalings-verzekering</td><td></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Verzuimmanagement
- regelen en bemiddelen
- arbozorg*, reïntegratiezorg** (interventies)</td></tr>
<tr><td></td><td>3. Verzuimmanagement
- regelen en bemiddelen
- arbozorg, reïntegratiezorg (interventies)</td></tr>
<tr><td>Werkgever en werknemer</td><td></td><td colspan="2">4. Aanvullende verzekering met reïntegratiezorg (= 3 + 6)
- regelen en bemiddelen
- arbozorg, reïntegratiezorg (interventies)
- aanvullende verzekering</td></tr>
<tr><td>Werknemer</td><td></td><td></td><td>5. Zorgverzekeringswet
6. Aanvullende verzekering
7. Aanvullende verzekering met reïntegratiezorg (= 3 + 6)</td></tr>
</table>

*** arbozorg** : zorg zoals die nu bij arbodiensten gebruikelijk is
**** reïntegratiezorg** : tweedelijnsarbozorg en andere behandelingen en interventies die gericht zijn om de reïntegratie van zieke werknemers te bevorderen.

Toelichting op tabel 1 (zie vorige pagina)

Het perspectief van de zorgverzekeraar
In het kader van de Zorgverzekeringswet zijn alle zorgverzekeraars formeel schadeverzekeraars geworden, waarbij individuen en collectiviteiten (o.a. bedrijven) zich kunnen verzekeren tegen ziektekosten. De zorgverzekeraar kan in geval van ziekte uitkeren in geld of in natura. Om de kosten van de verzekeringsaanspraken te dekken, brengt de zorgverzekeraar een premie in rekening. Het rendement (de winst) voor zorgverzekeraars bestaat uit 'premie-inkomsten uit zorgverzekeringen' minus 'zorguitgaven t.b.v. zorgverzekerden'. Zo bezien levert gespecialiseerde psychologische hulp á € 5000,-, waardoor het ziekteverzuim van een werknemer een half jaar kan worden bekort, de zorgverzekeraar enkel een verlies op van € 5.000,-. De winst van de verzuimreductie komt ten goede aan de werkgever en/of inkomensverzekeraar. Voor de zorgverzekeraar is het goedkoper de betreffende patiënt een half jaar thuis te laten uitrusten, mits hij in dat half jaar voor minder dan € 5000,- zorg consumeert.

Wat de zorgverzekeraar kan doen is een afzonderlijke verzekering voor arbo- en reïntegratiezorg (3. verzuimmanagementverzekering) in het leven roepen, of arbo- en reïntegratiezorg toevoegen aan aanvullende verzekeringen (7. aanvullende verzekering met reïntegratiekosten) en de premie voor deze verzekeringen navenant verhogen. Helaas voor zorgverzekeraars blijken deze verzekeringsproducten in de praktijk nauwelijks verkoopbaar:

- Waarom kopen werkgevers geen afzonderlijke (3) verzuimmanagementverzekering?
  - Grote werkgevers (VNO NCW) betalen de kosten van verzuimmanagement liever zelf, dan dat ze zich hiervoor verzekeren.
  - Kleinere werkgevers (MKB) hebben meestal ook een (1) loon-doorbetalings-verzekering afgesloten en wentelen de kosten van het verzuim daarmee af op de inkomensverzekeraar. Zij redeneren dat de inkomensverzekeraar de kosten van verzuimmanagement zelf maar moet betalen.
- Waarom kopen werknemers geen (7) aanvullende verzekering met reïntegratiezorg?
  - Als zij ziek worden van hun werk, zien werknemers dat als de verantwoordelijkheid van de werkgever. Die moet dan ook maar voor de kosten van het verzuim en de reïntegratie opdraaien.

Zorgverzekeraars hebben de volgende oplossingen voor deze onverkoopbare verzekeringsproducten bedacht:

- De (3) verzuimmanagementverzekering wordt aangeboden in samenwerking met de inkomensverzekeraar, waarbij de inkomensverzekeraar van de betreffende werkgever kan meebetalen aan de premie voor de verzuimmanagementverzekering, waardoor deze onder de kostprijs van de zorgverzekeraar kan worden aangeboden. De inkomensverzekeraar hoopt deze investering terug te verdienen door te besparen op loon-doorbetaling bij verzuim. Vaak neemt de inkomensverzekeraar bij deze constructie (2) een deel van het regelen en bemiddelen voor zijn rekening.
- De premiekosten voor de aanvullende verzekering met reïntegratiezorg worden gedeeld door de werkgever en de werknemer (4), waarbij de werkgever de premiekosten toe te rekenen aan arbozorg betaalt, en de werknemer de premiekosten toe te rekenen aan de reguliere aanvullende zorg.

Deze verzekeringsproducten (2. verzuimmanagement en 4. aanvullende verzekering met reïntegratiezorg) blijken wel te verkopen en worden verkocht aan werkgevers via het bedrijfsonderdeel "Zakelijke markt" van de zorgverzekeraar.

Een nadeel van verzekeringsproduct "(4) aanvullende verzekering met reïntegratiezorg" kan zijn, dat iedere werknemer afzonderlijk kan beslissen of hij een dergelijke aanvullende zorgverzekering wil afsluiten. Een voordeel voor een zorgverzekeraar kan zijn, dat men dit product onafhankelijk van een inkomensverzekeraar kan aanbieden (prettig voor voormalig ziekenfondsen zonder nauwe banden met een inkomensverzekeraar). Een voordeel voor een werkgever kan zijn, dat (een groot deel van de) werknemers worden verzekerd, zonder dat ook een inkomensverzekering (bij hetzelfde verzekeringsconcern) hoeft te worden afgesloten.

Het gebruikmaken van functionele verzekeringsaanspraken binnen de (5) Zorgverzekeringswet of (6) aanvullende zorgverzekeringen, is voor zorgverzekeraars alleen interessant als dit leidt tot substitutie c.q. minimaal een evenredige bezuiniging op reguliere zorg en niet als dit per saldo leidt tot extra zorguitgaven. Zoals eerder toegelicht: ook niet als deze extra zorguitgaven leiden tot een substantiële afname van het ziekteverzuim van verzekerden, want de lasten (extra zorguitgaven) zijn dan voor de zorgverzekeraar en de lusten (minder loondoorbetaling bij verzuim) voor de inkomensverzekeraar. Zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars vormen ook binnen één verzekeringsconcern afzonderlijke resultaatverantwoordelijke eenheden, die hun resultaten onderling niet (mogen) verevenen.

Het perspectief van de inkomensverzekeraar
Vanuit het oogpunt van schadelastbeheersing is het voor inkomensverzekeraars heel interessant als werkgevers zich goed verzekeren voor verzuimmanagement en reïntegratiezorg. Alle arboverzekeringen van werkgevers en alle uitgaven van zorgverzekeraars aan arbozorg zijn mooi meegenomen. Inkomensverzekeraars proberen zorgverzekeraars en werkgevers er toe over te halen om "(2 of 3) verzuimmanagement-verzekeringen" of "(4) aanvullende verzekeringen met reïntegratiezorg" af te sluiten. Dit lukt lang niet altijd, omdat de zorgverzekeraar er niet genoeg op kan verdienen, of meent te veel financieel risico te lopen, en/of de werkgever de geboden premiekorting te laag vindt. In dat geval betalen inkomensverzekeraars reïntegratiezorg - op basis van de beoordeling van individuele gevallen - regelmatig uit eigen zak.

Beschouwing
Het grote probleem voor verzekeraars is dat inkomensverzekeraars en zorgverzekeraars binnen grote verzekeringsconcerns <u>afzonderlijke resultaatverantwoordelijke eenheden</u> zijn en het wettelijk verboden is om per individuele werknemer informatie over meerkosten op reïntegratiezorg en besparingen op inkomensverzekeringen uit te wisselen ("ook artsen houden dit tegen"). Het enige moment dat een integrale 'inkomensverzekering–zorgverzekering-deal' aan de werkgever kan worden aangeboden is bij het afsluiten van de polis. Daarna kan de inkomensverzekeraar de zorgkosten niet meer goed volgen en de zorgverzekeraar kan de verzuimkosten niet meer goed volgen.

Voor de reïntegratiezorg die is verzekerd (dit geldt maar voor een beperkt deel van deze zorg), wordt waarschijnlijk maar 10% via verzuimmanagement (2, 3) verzekerd en 90% via een aanvullende verzekering met daarin opgenomen reïntegratiezorg (4). Het overgrote deel van de arbozorg in Nederland wordt niet vanuit zorgverzekeringen, maar rechtstreeks door (grote) werkgevers of inkomensverzekeraars betaald.

Met name bij inkomensverzekeraars ligt nog geld braak, dat nog in arbozorg geïnvesteerd zou kunnen worden. Reïntegratiezorg kan namelijk grote kostenbesparingen voor inkomensverzekeraars opleveren. Een zorgverzekeraar ziet hierbij als probleem dat bedrijfsartsen de inkomensverzekeraars als hun natuurlijke tegenstanders zien: *"Dat helpt inkomensverzekeraars niet om tot investeringen in de bedrijfsgeneeskundige zorg te komen."*

Conclusies

1) De kansen binnen de zorgverzekeringen lijken te liggen bij:
   a Functionele verzekeringsaanspraken van de Zorgverzekeringswet (5) en aanvullende verzekeringen (6). Het kan hierbij echter alleen om substitutie van reguliere zorg gaan.
   b Aanvullende zorgverzekeringen inclusief arbozorg (4) voor het MKB. Naarmate het financiële risico van verzuim voor werkgevers toeneemt, zou deze zorgverzekeringsvorm sterk kunnen groeien.
2) Werkgevers zijn en blijven waarschijnlijk de grootste financiers van arbozorg en vinden "de kleur van het bedrijf aannemen" en vestiging in of dichtbij het bedrijf belangrijk.
3) Potentiële grote financiers zijn inkomensverzekeraars, maar daarvoor moet er veel in de onderlinge omgang tussen bedrijfsartsen en inkomensverzekeraars veranderen.

3.5. De toekomstige financiering van het kwaliteitsbeleid

3.5.1. Overheid

Meerdere geïnterviewden uit verschillende soorten organisaties (werkgevers, werknemers, arbodiensten, zorgverzekeraars) vinden dat er voor de overheid, en dan met name het ministerie van VWS, een rol is weggelegd voor de financiering van medisch-inhoudelijke kwaliteitsinstrumenten voor bedrijfsartsen.

3.5.2. Verzekeraars

Verzekeraars vinden dat de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten bij de beroepsgroep ligt. Zij zien geen rol voor zichzelf in de financiering hiervan. Wel zijn een aantal zorgverzekeraars bereid om lokaal en regionaal te investeren in innovatieve projecten, als deze kunnen leiden tot positieve effecten voor de zorgverzekeraar. Voorbeelden van die effecten zijn afname in (verkeerde) zorgconsumptie, bewezen kwaliteitsverbetering of ontlasten van de (in de ogen van de zorgverzekeraar) steeds zwaarder belaste huisarts.

3.5.3. Bedrijfsartsen (contributies)

Alle geïnterviewden verwachten van de bedrijfsartsen een eigen bijdrage aan de ontwikkeling van hun eigen kwaliteitsbeleid, zowel wat betreft de inhoudelijke inbreng als de financiële bijdrage.

3.5.4. Tarieven

De mogelijkheid om via de tarieven het landelijk kwaliteitsbeleid te financieren hangt samen met het ontwikkelen van een tarievensysteem (zie bij 3.4.1.) door bedrijfsartsen zelf. Zorgverzekeraars geven aan dat zij niet investeren in het kwaliteitsbeleid van beroepsgroepen. Wel zijn enkelen van hen bereid om te investeren in lokale en regionale innovatieprojecten.

3.5.5. Arbodiensten

De arbodiensten geven aan vooral te investeren in het opleidingstraject (inclusief na- en bijscholing en bedrijfsgerichte opleidingen) voor hun bedrijfsartsen. Financiering van het landelijk kwaliteitsbeleid zien zij niet als hun taak, maar als verantwoordelijkheid van de bedrijfsartsen zelf. Wel willen zij daar inhoudelijke en immateriële bijdragen aan leveren (zie ook werkgevers en werknemers hieronder). Een groot aantal arbodiensten levert bovendien al een bijdrage aan STECR (Expertisecentrum voor reïntegratie) dat gericht is op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten voor alle arboprofessionals.

3.5.6. Werkgevers

Een van de werkgeversorganisaties ziet mogelijkheden om kwaliteitsinstrumenten gericht op branchespecifieke dienstverlening financieel te ondersteunen. Ook geeft een van de arbodiensten aan dat grote bedrijven vaak bereid zijn tot financiering en hun medewerking willen verlenen aan bedrijfsgeneeskundig onderzoek als dat leidt tot betere producten of bedrijfsgeneeskundige zorg voor hun werknemers. Andere werkgeversorganisaties hebben geen financieringsmogelijkheid, maar willen wel bijdragen door in bijvoorbeeld begeleidings-commissies inbreng te leveren of andere inhoudelijke en immateriële bijdragen te bieden.

3.5.7. Werknemers

Werknemers- en patiëntenorganisaties hebben geen financieringsmogelijkheid, maar willen wel bijdragen door in bijvoorbeeld begeleidingscommissies inbreng te leveren of andere inhoudelijke en immateriële bijdragen te bieden. Specifiek doen zij nog de suggestie om samen met hen prestatie-indicatoren te ontwikkelen en tevredenheidsmetingen uit te voeren.

3.5.8. Fondsen

Deze vormen een bron voor incidentele financiering van specifieke projecten, maar niet voor structurele financiering van landelijk kwaliteitsbeleid.

4. Conclusies, beschouwing en aanbevelingen

In paragraaf 4.1. worden de onderzoeksvragen beantwoord en de scenario's geschetst. De beschreven conclusies en scenario's zijn gebaseerd op de bevindingen uit de literatuur en de interviews en bevatten geen mening van de onderzoekers. In de beschouwing (paragraaf 4.2) leggen de onderzoekers een relatie tussen de notitie *'De positie van de bedrijfsarts in de maatschappij. De bedrijfsarts: zorgverlener en adviseur'* van de NVAB en de bevindingen uit dit onderzoek. Ook komen in deze beschouwing actuele ontwikkelingen aan bod die niet meegenomen konden worden bij de interviews. Ten slotte volgen de aanbevelingen (paragraaf 4.3).

4.1. Beantwoording van de onderzoeksvragen: kwalificaties, financiering en scenario's

4.1.1. Kwalificaties van de bedrijfsarts

Uit het onderzoek komt een gewenst profiel met de volgende kwalificaties van de toekomstige bedrijfsarts naar voren:
- medisch deskundig op het gebied van:
  - arbeid(somstandigheden) en gezondheid(szorg);
  - preventie, diagnostiek en begeleiding van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
  - verzuimbegeleiding en reïntegratie;
- gericht op functioneren en herstel van het functioneren;
- bruggenbouwer tussen werk en gezondheidszorg;
- functioneert in netwerk, zowel met andere arboprofessionals als in een zorgnetwerk;
- voortrekkersrol bij arbeidsgebonden gezondheidsrisico's en -klachten;
- zichtbaar voor werkgever, werknemer, zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- integer en onafhankelijk;
- communicatief sterk richting werknemer, werkgever (leidinggevende) en behandelaars.

Wat betreft de werksetting komen daar de volgende aspecten bij:
- betrokkenheid en committment "kleur van het bedrijf";
- werksetting op locatie, of dichtbij in een health center.

Over de *behandeltaken van de bedrijfsarts* is geen eensluidende conclusie te formuleren. De meningen van de geïnterviewden zijn verdeeld en ze vinden het zaak dat de beroepsgroep van bedrijfsartsen duidelijk maakt welke competenties bedrijfsartsen moeten bezitten om behandeltaken te kunnen uitvoeren. Verder vinden zij dat bedrijfsartsen samen met de huisartsen een invulling moeten geven aan behandeltaken die door de bedrijfsarts verricht kunnen worden.

Uit de interviews komt naar voren dat het gewenste profiel de basis vormt voor een sterke positionering van de bedrijfsarts in de toekomst. Vanuit deze basis zijn de kansen op financiering van de bedrijfsarts het grootst, omdat de bedrijfsarts dan zichtbaar is en toegevoegde waarde heeft voor werkgevers, werknemers en verzekeraars. Wat betreft de werkomgeving vinden de geïnterviewden het van belang dat de toegankelijkheid van de bedrijfsarts goed moet zijn: *laagdrempelig en dicht bij de werkplek.*

4.1.2 De financiering van de bedrijfsarts en het kwaliteitsbeleid

Werkgevers
Werkgevers zijn en blijven voorlopig de grootste financiers van arbozorg en vinden "de kleur van het bedrijf aannemen" en vestiging in of dicht bij het bedrijf belangrijk.

Zorgverzekeraars
Op basis van dit onderzoek blijkt dat de verwachtingen van financiering vanuit de Zorgverzekeringswet hoger zijn bij bedrijfsartsen, werkgevers en arbodiensten dan bij zorgverzekeraars zelf. Zorgverzekeraars geven aan dat zij in 2006 (de polissen voor de individuele basis- en aanvullende zorgverzekeringen zijn inmiddels voor het gehele kalenderjaar vastgesteld) geen veranderingen meer kunnen realiseren. Een aantal van hen is wel bereid om innovatieve ontwikkelingen te steunen en te overwegen, bij gebleken gunstige effecten voor de verzekeraar, deze producten in de toekomst in hun polissen op te nemen. De kansen voor financiering van arbo- en/of bedrijfsgeneeskundige zorg door zorgverzekeraars liggen bij (zie paragraaf 3.4.5):

1) Het bedrijfsonderdeel van de zorgverzekeraar gericht op de zakelijke markt
   a dat in samenwerking met een inkomensverzekeraar (van het eigen concern) een verzuimmanagementverzekering (eerste- en tweedelijnsarbozorg) aanbiedt;
   b dat in samenwerking met het bedrijfsonderdeel van de zorgverzekeraar gericht op de particuliere markt (basis- en aanvullende zorgverzekeringen) een aanvullende zorgverzekering met reïntegratiezorg (eerste- en tweedelijnsarbozorg) aanbiedt.
2) Het bedrijfsonderdeel van de zorgverzekeraar gericht op de particuliere markt, dat op basis van functionele verzekeringsaanspraken polissen opstelt en zorg inkoopt voor de Zorgverzekeringswet en aanvullende zorgverzekeringen.

Zorgverzekeraar: zakelijke markt
Zowel bij 1a als 1b is sprake van een collectiviteit van werknemers, die in de onderhandelingen wordt vertegenwoordigd door de werkgever. Door de invoering van de Zorgverzekeringswet groeit het marktaandeel van collectieve zorgverzekeringen sterk, omdat nu ook voormalig ziekenfondsverzekerden aan 'bedrijfscollectiviteiten' (kunnen) deelnemen. De markt voor 1a en 1b zou hierdoor sterk kunnen groeien. Grootste afnemer van 1a en 1b wordt waarschijnlijk het MKB. Naarmate het financiële risico van verzuim voor werkgevers toeneemt, zouden deze verzekeringsvormen sterk kunnen groeien. Grote werkgevers (VNO NCW) kunnen zelf de kosten van loondoorbetaling bij verzuim en de kosten van reïntegratiezorg dragen en hebben minder behoefte om zich hiervoor te verzekeren.

Zorgverzekeraar: particuliere markt
Deze markt lijkt zich voorlopig te beperken tot substitutie (goedkoper en/of lagere vervolgkosten) van onderdelen van de reguliere gezondheidszorg.

Inkomensverzekeraars
Potentiële grote financiers van arbozorg/ bedrijfsgeneeskundige zorg zouden inkomensverzekeraars kunnen zijn, maar er zijn nog niet veel samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en inkomensverzekeraars. Inkomensverzekeraars en het bedrijfsonderdeel 'zakelijke markt' van de zorgverzekeraar werken steeds meer samen.

Het bedrijfsonderdeel 'particulieren' (basis- en aanvullende verzekering van de werknemer)

van de zorgverzekeraar is vanwege de vrees voor toename van de zorgconsumptie (en dus kosten) en vanwege alle veranderingen ten gevolge van de Zorgverzekeringswet vaak terughoudend in de samenwerking met de bedrijfsonderdelen inkomensverzekeringen van het verzekeringsconcern en 'zakelijke markt' van de zorgverzekeraar.

Financiering en continuïteit van het landelijk kwaliteitsbeleid
De financiering en continuïteit van het landelijk kwaliteitsbeleid hangen niet zozeer samen met de twee hoofdscenario's (zie paragraaf 4.1.3). Daarvoor zijn met name profilering en zichtbaarheid van het Kwaliteitsbureau van de NVAB van belang. Werkgevers en werknemers zijn bereid om hier een bijdrage aan te leveren als het gaat om gerichte producten (gericht op branches, arbeidsomstandigheden, gezond werken). Werkgevers zijn bereid tot financiering en immateriële/inhoudelijke bijdragen, werknemers kunnen alleen het laatste bieden. Werknemers en patiënten bieden bovendien aan om prestatie-indicatoren voor de zorg aan werknemers/patiënten te helpen ontwikkelen en de tevredenheid onder deze groep te meten.
Medisch-inhoudelijke richtlijnen vinden de geïnterviewden een verantwoordelijkheid voor de beroepsgroep zelf en voor financiering verwijzen zij dan ook naar de leden van de beroepsgroep, maar ook naar de overheid. Andere beroepsorganisaties zijn overigens op dit moment ook bezig (vanwege de terugtredende overheid) naar een systeem voor structurele financiering van hun kwaliteitsbeleid, mede in het kader van kwaliteitsafspraken in de contractering met zorgverzekeraars.

4.1.3. Scenario's

In de literatuur worden de volgende scenario's benoemd:
- regionale 'arbowerkplaatsen';
- academische centra voor opleiding en onderzoek;
- onder één dak met de huisarts, bij grote bedrijven of branches;
- in gespecialiseerde centra;
- zelfstandig werkend;
- huisarts van werkenden in een interne arbodienst;
- eerstelijns zorgaanbieder in een gezondheidscentrum voor werkenden in de zorgregio en gefaciliteerd door een contract tussen de werkgever, een zorgverzekeraar en een arbodienst;
- eerstelijnszorgaanbieder in een zorgboulevard van de regionale geïntegreerde zorg;
- behandelaar van beroepsziekten in tweedelijnsgezondheidszorginstellingen.

Een ander algemeen aspect is de financiering van de bedrijfsarts door zorgverzekeraars. De verwachtingen die hierover worden beschreven in de literatuur, en die leven bij geïnterviewde werkgevers, arbodiensten en zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen zijn hoger dan de geïnterviewde zorgverzekeraars kunnen of willen realiseren. Zorgverzekeraars zijn terughoudend en reactief. Zij hebben hun handen vol aan de invoering van de Zorgverzekeringswet en hebben onvolledig beeld van de competenties van de bedrijfsarts op het gebied van op het individu gerichte behandeltaken. Ook vrezen zorgverzekeraars de verdeling van het (schaarse) geld over nog meer zorgaanbieders en zorgconsumptie.

Op basis van de literatuur en de interviews komen de onderzoekers uiteindelijk tot een *tweetal hoofdscenario's*.

1) De bedrijfsarts in dienst van de arbodienst
- externe arbodienst;
- interne arbodienst;
- detachering bij een bedrijf of organisatie vanuit de arbodienst.

2) De zelfstandig gevestigde bedrijfsarts, met als varianten:
- éénpitters;
- mono- of multidisciplinaire maatschap, bijvoorbeeld in ZBC;
- in gezondheidscentrum: eerste lijn of bedrijfsgericht health center.

Het derde scenario dat wel in de literatuur naar voren komt, namelijk de bedrijfsarts als specialist in een tweede- of derdelijnsgezondheidszorgvoorziening, is in de interviews (ook desgevraagd) niet benoemd door de geïnterviewden.

De bedrijfsarts in dienst van de arbodienst
Zowel de literatuur als de interviews laten zien dat dit scenario ook in de toekomst veel voor zal komen. Er zijn nog geen grote verschuivingen ten gevolge van de maatwerkregeling en bedrijven zonder personeelsvertegenwoordiging en die niet onder CAO-afspraken vallen, blijven hun diensten van een arbodienst afnemen. Ook inkomens- en zorgverzekeraars blijven gebruikmaken van de arbodienst voor hun zorg-verzuimpakketten. Bovendien spelen arbodiensten in op de vraag van de klanten (werkgevers) om meer betrokkenheid en zichtbaarheid van de bedrijfsarts door concepten als "arts in bedrijf" aan te bieden.

De rollen die bedrijfsartsen bij arbodiensten kunnen vervullen zijn:
- verzuimbegeleiding vanuit de spreekkamer;
- pro-actieve en coachende verzuimbegeleiding voor werknemer en leidinggevende;
- preventieve advisering aan werkgever en werknemer;
- organisatie-adviseur, met medische kennis van het bedrijf / de organisatie en de branche;
- verzekeringsgeneeskundige;
- individuele behandeltaken, met name in het kader van een snelle eerste blik dicht bij de werkplek;
- spil in netwerk van arboprofessionals en curatieve zorg (met name de huisarts).

Vanwege de verwachte afname van verzuim en het feit dat werkgevers meer de eigen regie gaan voeren zal de omzet van externe arbodiensten verder dalen, met mogelijke gevolgen voor het aantal bedrijfsartsen dat daar werkzaam kan zijn. Andere en innovatieve producten van arbodiensten op het gebied van preventie en gezondheidsmanagement vragen echter weer om de inzet van bedrijfsartsen. Interne arbodiensten hebben al langer ingespeeld op de veranderende vraag van werkgevers en kennen noch de uitloop van bedrijfsartsen, noch de omzetdaling. Het concept van "arts in bedrijf" combineert het voordeel van werkzaamheden in dienstverband met vraaggericht werken en betrokkenheid bij de klant / werkgever en diens werknemers.
Arbodiensten kennen vooral financiering door werkgevers. Vanwege de verwijsfunctie voor de bedrijfsarts zijn er wel contacten tussen zorgverzekeraars en arbodiensten, maar die staan op dit moment op een laag pitje.
Enkele (zowel externe als interne) arbodiensten zijn met zorgverzekeraars in gesprek over zorgconcepten, waarbij een aantal zorgtaken die verricht kunnen worden door de bedrijfsarts

mogelijk vergoed zouden kunnen worden. Vooralsnog verloopt dit moeizaam, geven de arbodiensten aan, en komen de gelden uit aanvullende collectieve verzekeringen of pakketten en niet uit de basisverzekering.

In relatie tot de toetsingscriteria kent dit scenario de volgende kansen en bedreigingen:

- de toegankelijkheid van de bedrijfsarts is meestal laagdrempelig bij interne arbodiensten en bij "arts in bedrijf". Bij externe arbodiensten is dit vaak lastiger vanwege de fysieke en figuurlijke afstand tussen de bedrijfsarts en de werkgever en diens werknemers. Wat betreft kwantiteit is de verwachting dat het aantal bedrijfsartsen bij interne arbodiensten gelijk zal blijven en bij externe arbodiensten verder af zal nemen, tenzij ze erin slagen voldoende nieuwe producten op de markt te brengen;
- de financiering en continuïteit van het kwaliteitsbeleid voor bedrijfsartsen zullen in dit scenario weinig veranderen aan de huidige financieringsstructuur; arbodiensten investeren in de opleiding en bij- en nascholing van hun eigen bedrijfsartsen, en in de implementatie van NVAB-richtlijnen binnen de arbodienst, ook omdat deze zijn opgenomen in de toetsingscriteria voor de Wvp;
- van bedrijfsartsen wordt verwacht dat zij zich pro-actiever opstellen ten opzichte van gezond werken; dat betekent dat zij een voortrekkersrol moeten vervullen bij de preventie, diagnostiek, begeleiding en behandeling van arbeidsgebonden klachten; zowel in de literatuur als uit de interviews komt naar voren dat dit aspect gezien wordt als een taak/missie voor bedrijfsartsen zelf, onafhankelijk van hun werkomgeving;
- samenwerking met andere arboprofessionals is een van de positieve elementen van arbodiensten; samenwerking met behandelaars, met name huisartsen, in de zorg moet verder verbeteren; in de literatuur en uit de interviews komt naar voren dat dit door bedrijfsartsen en arbodiensten verder moet worden verbeterd. Zowel werkgevers, werknemers als zorgverzekeraars vinden dit belangrijk.

De zelfstandig gevestigde bedrijfsarts

Uit de literatuur en de ervaring van de geïnterviewden blijkt dat dit scenario de belangrijkste verschuiving is in de afgelopen drie jaar. Zowel in de literatuur als tijdens interviews komen een aantal bedreigingen naar voren, maar gezien de verschuiving wordt dit scenario in de praktijk als kansrijk ervaren. Die kansen liggen voornamelijk op drie gebieden, namelijk meer betrokkenheid bij en zichtbaarheid voor de werkgever en diens werknemers, meer maatwerk mogelijk en kortere lijnen.

In de literatuur en bij de geïnterviewden leeft een voorkeur voor maatschappen of andere samenwerkingsvormen boven éénpitters vanwege de continuïteit en risicospreiding bij aansprakelijkheid. Heel belangrijk vindt men de samenwerking met andere arboprofessionals en behandelaars uit de reguliere zorg. Wat betreft dit laatste zijn geïnterviewden ook benieuwd naar de resultaten en effecten van de pilots waar bedrijfsartsen werkzaam zijn in de eerste lijn.

Concepten waar bedrijfsartsen werkzaam zijn in andere, bedrijfsgerichte, gezondheidscentra, zijn tot nu toe vooral opgezet door arbodiensten. Er zijn tijdens dit onderzoek nog geen gegevens gevonden over zelfstandige vestiging in een dergelijk centrum. Wel is bij de interviews naar voren gekomen dat er in ieder geval één ZBC actief is, opgericht door bedrijfsartsen, waarin ook huisartsen, medisch specialisten en paramedici werkzaam zijn.

De vraag komt op of het succes van de zelfstandige vestiging is gelegen in het scenario zelf, of in de kwalificaties en competenties van bedrijfsartsen die deze stap naar ondernemerschap maken. Hier geven noch de literatuur noch de geïnterviewden een antwoord op. Nader onderzoek hiernaar is dan ook gewenst.

Als we de toetsingscriteria voor dit scenario uitwerken, blijkt het volgende:

- de toegankelijkheid van de bedrijfsarts is bij zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen, die vaak op locatie van de werkgever werken, meestal laagdrempelig. Wat betreft kwantiteit is de verwachting dat het aantal bedrijfsartsen dat zich zelfstandig zal vestigen verder toe zal nemen;
- de financiering en continuïteit van het kwaliteitsbeleid voor bedrijfsartsen zullen in dit scenario weinig veranderen aan de huidige financieringsstructuur; zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen en/of de maatschappen investeren in de eigen opleiding en bij- en nascholing en in de implementatie van NVAB-richtlijnen, enerzijds omdat deze zijn opgenomen de toetsingscriteria voor de Wvp, maar anderzijds omdat deze groep bedrijfsartsen zich wil (en moet) onderscheiden als ondernemer;
- van bedrijfsartsen wordt verwacht dat zij zich pro-actiever opstellen ten opzichte van gezond werken; zowel in de literatuur als uit de interviews komt naar voren dat dit aspect gezien wordt als een taak/missie voor bedrijfsartsen zelf, onafhankelijk van hun werkomgeving; zoals gezegd lijkt het erop dat de bedrijfsartsen die zich tot op heden zelfstandig hebben gevestigd 'van nature' deze pro-actieve houding hebben;
- samenwerking met andere arboprofessionals kan moeilijker zijn bij het zelfstandig ondernemerschap dan binnen een arbodienst; samenwerking met behandelaars, met name huisartsen, kan juist gemakkelijker vanuit de zelfstandige (en in de beeldvorming van behandelaars in de reguliere zorg onafhankelijke) positie; zowel werkgevers, werknemers als zorgverzekeraars vinden dit belangrijk;

Op basis van de literatuur en de interviews verwachten de onderzoekers dat beide scenario's naast elkaar zullen blijven bestaan, omdat er behoefte is aan beide scenario's bij werkgevers, werknemers en zorg- en inkomensverzekeraars.

4.2. Beschouwing

1. Individugerichte behandeltaken van de bedrijfsarts

In dit onderzoek is in het kader van behandeltaken van de bedrijfsarts aan de geïnterviewden gevraagd of zij het wenselijk vinden dat de bedrijfsarts taken overneemt van de huisarts, en zo ja welke. Zoals is beschreven, lopen de meningen bij de geïnterviewden hierover uiteen. De NVAB-notitie *'De positie van de bedrijfsarts in de maatschappij. De bedrijfsarts: zorgverlener en adviseur'* beschrijft behandeltaken als het medisch handelen gericht op preventie, behoud en herstel van gezondheid in het algemeen en functionaliteit en inzetbaarheid in arbeidsprocessen in het bijzonder (i.c. werkgerelateerde aandoeningen). Deze brede context is in de interviews nog niet besproken. De geïnterviewden maakten een onderscheid tussen bedrijfsartstaken die rechtstreeks met het werk van de patiënt/werknemer te maken hebben (deze moeten volgens de geïnterviewden gefinancierd blijven door de werkgever) en algemene aandoeningen, die het best behandeld kunnen worden door de huisarts, tenzij het gaat om enkelvoudige algemene aandoeningen. Daarvoor zouden werknemers volgens deze geïnterviewden ook naar de bedrijfsarts (die dicht bij de werkplek is gesitueerd) kunnen gaan, onder voorwaarde van goede informatie aan de huisarts.

De visie van alle geïnterviewde organisaties op de individugerichte zorgtaken van de bedrijfsarts volgens de NVAB-notitie en de precieze wensen van de geïnterviewden in dit kader, zouden nader onderzocht kunnen worden.

2. Financiering: werkgevers, zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars

De NVAB-notitie *'De positie van de bedrijfsarts in de maatschappij. De bedrijfsarts: zorgverlener en adviseur'* stelt voor om de individuele bedrijfsgezondheidszorg voor werknemers op termijn te laten betalen door diens zorgverzekeraar. Onder individuele bedrijfsgezondheidszorg wordt verstaan:

a. Het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van werkenden.
b. Het bij een werkende herkennen, diagnosticeren en behandelen van (dreigende) arbeidsgerelateerde klachten of van een (dreigende) beroepsziekte of arbeids-ongeschiktheid.
c. Het actief volgen en begeleiden van werkenden die (dreigen te) verzuimen naar herstel, gericht op behoud van werk en (re)integratie van die werkenden.
d. Het preventief bewaken van de gezondheid van werkenden en het signaleren van ongezond werk.
e. Het adviseren aan de individuele werknemer.

Deze NVAB-visie wordt op dit moment nog niet door alle geïnterviewden onderschreven, en de zorgverzekeraars stellen zich hierin het meest terughoudend op. Wel nemen zorgverzekeraars de vergoeding van deze taken op in speciale pakketten (reïntegratieverzekering, of aanvullende verzekering met reïntegratie). Deze pakketten worden gefinancierd door de werkgever, maar niet via de individuele basis- of aanvullende verzekering van de werknemer.
Als de NVAB spreekt over 'op termijn' wat betreft de financiering via de basis- of aanvullende verzekering van de werknemer, dan is de inschatting van de onderzoekers op basis van de interviews dat deze termijn nog zeker 3-4 jaar zal duren. Bovendien zullen zorgverzekeraars vanuit de basis- of aanvullende verzekering van de werknemer alleen individuele zorgtaken financieren voor zover het <u>substitutie</u> van onderdelen van reguliere zorg betreft.

De inschatting is dat zorgverzekeraars de bedrijfsarts vooral zullen financieren via speciale verzekeringsproducten die de werkgever afsluit bij en betaalt aan de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars bieden deze producten aan vanuit het bedrijfsonderdeel 'zakelijke markt'. Dit bedrijfsonderdeel is relatief klein ten opzichte van het bedrijfsonderdeel 'particulieren'. De onderlinge contacten en werkafspraken tussen deze bedrijfsonderdelen lijken vaak nog beperkt. De verzekeringsproducten voor de zakelijke markt lijken primair gericht op het MKB. Grote werkgevers sluiten deze verzekeringsvormen niet vaak af, maar financieren de kosten van loondoorbetaling bij ziekte, van de arbozorg en van de reïntegratie zelf.

Omdat zorgverzekeraars belangstelling hebben voor innovatieve concepten die effectief (kostenbesparend) zijn, is het raadzaam om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan, met name het bedrijfsonderdeel *'zakelijke markt'*. Onderwerpen zouden kunnen zijn:
- behandelproducten waar bedrijfsartsen effectief in zijn (bijvoorbeeld de aanpak bij psychische klachten);
- het te ontwerpen kwalificatiesysteem;
- tarieven;
- financiering.

Met de vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars die zich bezig houden met de *particuliere markt* is het belangrijk om te spreken over de functionele aanspraken en de mogelijkheden voor de bedrijfsarts. Speciale aandacht is nodig voor de discrepantie bij een aantal verzekeraars tussen beleidsvoornemens en de uitwerking daarvan in de polisvoorwaarden wat betreft de functionele aanspraken en de mogelijkheden voor de bedrijfsarts.

Bij inkomensverzekeraars liggen logischerwijs financieringsmogelijkheden voor bedrijfsartsen. Reïntegratiezorg kan namelijk grote kostenbesparingen voor inkomensverzekeraars opleveren. Een zorgverzekeraar ziet hierbij als probleem dat naar zijn waarneming bedrijfsartsen de inkomensverzekeraars als hun natuurlijke tegenstanders zien: *"Dat helpt inkomensverzekeraars niet om tot investeringen in de bedrijfsgeneeskundige zorg te komen."*
Het grote probleem voor verzekeraars is dat inkomensverzekeraars en zorgverzekeraars binnen grote verzekeringsconcerns afzonderlijke resultaatverantwoordelijke eenheden zijn en het wettelijk verboden is om per individuele werknemer informatie over meerkosten op reïntegratiezorg en besparingen op inkomensverzekeringen uit te wisselen en gelden over te hevelen ("ook artsen houden dit tegen"). Het enige moment dat een integrale 'inkomensverzekering–zorgverzekering-deal' aan de werkgever kan worden aangeboden is bij het afsluiten van de polis. Daarna kan de inkomensverzekeraar de zorgkosten niet meer (integraal) volgen en de zorgverzekeraar kan de verzuimkosten niet meer (integraal) volgen. Inkomensverzekeraars zijn waarschijnlijk potentiële grote financiers, maar er zijn nog niet veel samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en inkomensverzekeraars. Inkomensverzekeraars en het bedrijfsonderdeel 'zakelijke markt' van de zorgverzekeraar werken steeds meer samen. Het bedrijfsonderdeel 'particulieren' (basis- en aanvullende verzekering van de werknemer) van de zorgverzekeraar is vanwege de vrees voor toename van de zorgconsumptie (en dus kosten) en vanwege alle veranderingen ten gevolge van de Zorgverzekeringswet vaak terughoudend in de samenwerking met de bedrijfsonderdelen inkomensverzekeringen van het verzekeringsconcern en de 'zakelijke markt' van de zorgverzekeraar.

3. Afscheid van de 'controlerende' taakstelling

In de interviews kwam de 'controlerende' rol van de bedrijfsarts slechts een enkele maal naar voren, met name bij een zorgverzekeraar en een werknemersorganisatie. Deze geïnterviewden ervaren de rollen van de bedrijfsarts als adviseur van de arbeidsmogelijkheden van een werknemer enerzijds en als behandelaar anderzijds onverenigbaar. Gezien de literatuur over de gevolgen van de scheiding tussen behandeling en controle, over de knelpunten die zowel werknemers/patiënten als hulpverleners ervaren en over de reikwijdte van het beroepsgeheim van de bedrijfsarts, verdient dit onderwerp meer aandacht dan in dit onderzoek mogelijk was.

Nadere discussie, ook in KNMG-verband, is nodig. De beeldvorming rond de 'controlerende' taakstelling van de bedrijfsarts is hardnekkig, en bovendien zijn er gezondheidsrechterlijke aspecten die in de discussie grondig beschouwd en uitgewerkt moeten worden, zoals bijvoorbeeld de bepalingen in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) die van toepassing (kunnen) zijn op het handelen van de bedrijfsarts.

Deze bepalingen betreffen het beroepsgeheim en voorwaarden voor gegevensverstrekking aan anderen, patiëntenrechten en het blokkeringsrecht, bewaartermijn van persoonsgegevens[c] en de bepalingen in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Ingevolge de Wbp mogen bijvoorbeeld (medische) persoonsgegevens die voor een bepaald doel worden verwerkt (zoals voor behandeling van een arbeidsgerelateerde aandoening) niet zonder toestemming van de werknemer gebruikt worden voor een ander doel (zoals advies aan de werkgever over de arbeidsmogelijkheden). In de Handleiding 'Privacywetgeving en het omgaan met patiëntgegevens' van de KNMG (2001) zijn de consequenties van de Wbp ook voor bedrijfsartsen beschreven (zie met name de onderdelen A, C en D). Het voorgaande is uiteraard van belang gelet op de toepasselijkheid van het tuchtrecht op het individueel handelen van artsen (ook van bedrijfsartsen) ingevolge de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

4. Nieuwe doelgroepen

Aan deze ontwikkeling is in de interviews nog geen aandacht besteed. Een van de werkgeversorganisaties heeft aangegeven dat zij de ontwikkeling van een eerstelijnsvoorziening voorstaat, waarbij de patiënt kiest voor de discipline die het best bij zijn of haar klacht/probleem past. In deze geschetste ontwikkeling kan ook de niet-werknemer met klachten die zijn/haar functioneren belemmeren terecht bij de bedrijfsarts.

Uit de pilots van het project 'bedrijfsarts in de eerste lijn' komen waarschijnlijk bevindingen naar voren die gebruikt kunnen worden bij verdere ontwikkelingen ten aanzien van nieuwe doelgroepen.

5. Visitatie

In het late najaar van 2005 heeft de NVAB financiering gevonden voor het opzetten van visitaties. Dit sluit goed aan bij de bevindingen uit het onderzoek, die te maken hebben met kwalificaties, competenties en eventueel een keurmerk voor bedrijfsartsen.

---

[c] Wgbo en de bedrijfsarts

6. Opleiding

De NVAB heeft bij het ministerie van VWS aandacht gevraagd voor de opleiding tot bedrijfsarts in het kader van het advies van de Stuurgroep MOBG. Zij pleit voor het opnemen van de bedrijfsartsopleiding in de nieuwe medische opleidingstructuur, zeker nu de opleidingsmogelijkheden bij de arbodiensten ernstig gereduceerd zijn vanwege de verminderde omzet bij deze werkgevers van bedrijfsartsen. Dit is een groot zorgpunt, mede omdat de opleiding en registratie in het register van bedrijfsartsen de basis vormen voor de kwaliteit van de beroepsgroep.

In het onderzoek is dit punt niet belicht, maar het verdient in de ogen van de onderzoekers en de NVAB een hoge prioriteit, omdat opleiding en registratie de 'bodem' vormen van het kwaliteitsbeleid voor bedrijfsartsen.

4.3. Aanbevelingen

Uit het onderzoek blijkt dat de NVAB in haar toekomstig beleid niet zozeer zal moeten aansturen op scenario's, maar op de kwalificaties voor de bedrijfsarts. Als bedrijfsartsen aan deze kwalificaties voldoen, volgt zichtbaarheid en wordt de toegevoegde waarde voor alle actoren duidelijk(er). Dat bevordert de financiering van bedrijfsartsen door werkgevers, zorgverzekeraars (met name door het bedrijfsonderdeel *zakelijke markt*) en inkomensverzekeraars, en het bevordert de juiste verwachtingen bij werknemers.

Op basis van het onderzoek zijn de volgende aanbevelingen te formuleren:

1. Schets een kwalificatiesysteem voor bedrijfsartsen met als kenmerken:
- medisch deskundig op het gebied van:
  - arbeid(somstandigheden) en gezondheid(szorg);
  - preventie, diagnostiek en begeleiding van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
  - verzuimbegeleiding en reïntegratie;
- gericht op functioneren en herstel van het functioneren;
- bruggenbouwer tussen werk en gezondheidszorg;
- functioneert in netwerk, zowel met andere arboprofessionals als in een zorgnetwerk;
- voortrekkersrol bij arbeidsgebonden gezondheidsrisico's en -klachten;
- zichtbaar voor werkgever, werknemer, zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- integer en onafhankelijk;
- communicatief sterk richting werknemer, werkgever (leidinggevende) en behandelaars.

Wat betreft de werksetting komen daar de volgende aspecten bij:
- betrokkenheid en committment, "kleur van het bedrijf";
- werksetting op locatie, of dicht bij in een health center.

2. Overweeg een NVAB-keurmerk voor bedrijfsartsen die voldoen aan deze kwalificaties.

Het visitatieproject kan een basis leggen voor dit keurmerk.

3. Werk een visie uit voor de behandeltaken door de bedrijfsarts.

Uit dit onderzoek blijkt dat geen van de geïnterviewden een duidelijke visie heeft op de behandeltaken die bedrijfsartsen kunnen verrichten. Met name bij zorgverzekeraars, maar ook bij een aantal werkgeversorganisaties, en bij patiënten en werknemers bestaat onduidelijkheid over de competentie van de bedrijfsartsen voor individugerichte behandeltaken. De omschrijving van behandeltaken uit de NVAB-notitie *'De positionering van de bedrijfsgeneeskunde anno 2006'* luidt: *'het medisch handelen gericht op preventie, behoud en herstel van gezondheid in het algemeen en functionaliteit en inzetbaarheid in arbeidsprocessen in het bijzonder (i.c. werkgerelateerde aandoeningen)'*. Deze omschrijving is nog niet algemeen gangbaar bij de geïnterviewden. Werknemers en patiënten vragen zich bovendien af of de vertrouwensrelatie, die belangrijk is bij een behandelovereenkomst, wel goed tot stand kan komen. Ook de omschrijving dat de bedrijfsarts arbeidsgerelateerde aandoeningen kan behandelen, is voor de geïnterviewden nog te weinig concreet. Zij geven aan dat zij van de NVAB verwachten dat zij een visie ontwikkelen op de behandeltaken door de bedrijfsarts.

4. Ga in gesprek met zorgverzekeraars, met name bij het bedrijfsonderdeel *zakelijke markt.*

Dit geldt zowel voor het NVAB-bestuur als de NVAB-kringen. Zorgverzekeraars willen bedrijfsartsen vanuit de particuliere markt (basis- en aanvullende verzekering van werknemers) voornamelijk financieren voor zover het substitutie van onderdelen van reguliere zorg betreft. Vanuit de zakelijke markt worden speciale producten ontwikkeld die gericht zijn op het MKB. Deze markt biedt (via de werkgevers in het MKB) financieringsmogelijkheden voor bedrijfsartsen. Voor zorgverzekeraars (zowel bij het bedrijfsonderdeel zakelijke markt, als het bedrijfsonderdeel particulieren) zijn de competenties van bedrijfsartsen onduidelijk. Zij zijn nu reactief, vanwege die onduidelijkheid en vanwege de veranderingen die de Zorgverzekeringswet met zich meebrengt. Bij de gesprekken is het belangrijk om aan te sluiten bij de begrippen en het taalgebruik van de zorgverzekeraars.

Gespreksonderwerpen zouden kunnen zijn:
- het effectieve behandelprogramma door bedrijfsartsen (bijvoorbeeld bij psychische klachten);
- het te ontwerpen kwalificatiesysteem;
- tarieven;
- financiering;
- de discrepantie bij een aantal verzekeraars tussen beleidsvoornemens en de uitwerking in de polisvoorwaarden wat betreft de functionele aanspraken en de mogelijkheden voor de bedrijfsarts.

5. Ga in gesprek met inkomensverzekeraars.

Bij inkomensverzekeraars zijn financieringsmogelijkheden voor bedrijfsartsen en arbozorg. Reïntegratiezorg kan namelijk grote kostenbesparingen voor inkomensverzekeraars opleveren. Inkomensverzekeraars lijken weerstand te ervaren bij bedrijfsartsen, en dat bevordert de investeringen door inkomensverzekeraars in bedrijfsgeneeskunde of bedrijfsartsen niet. Bij de gesprekken is het belangrijk om aan te sluiten bij de begrippen en het taalgebruik van de inkomensverzekeraars.

Gespreksonderwerpen zouden kunnen zijn:
- samenwerkingsmogelijkheden;
- financieringsmogelijkheden.

6. Zet het beleid voort om bedrijfsartsen te stimuleren dat zij een actieve rol spelen bij de onderhandelingen tussen werkgevers en zorg- en inkomensverzekeraars.

Uit de aanbevelingen over de zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars blijkt dat er financieringsmogelijkheden voor de bedrijfsarts zijn vanuit de producten (zorg-verzuimpakketten, reïntegratiezorg) die zorgverzekeraars (vanuit het bedrijfsonderdeel ‘zakelijke markt’) en inkomensverzekeraars aanbieden aan werkgevers. Daarom is het belangrijk dat bedrijfsartsen de werkgevers en hun werknemersvertegenwoordigingen adviseren over producten van de aanbiedende verzekeraars.

7. Ontwerp een structuur voor tarieven.

Financiering, zowel door werkgevers als door zorg- en inkomensverzekeraars, wordt gestimuleerd als duidelijk is welke diensten en producten een bedrijfsarts kan leveren tegen welke prijs; bij behandeltaken die voor financiering via de Zorgverzekeringswet in aanmerking kunnen komen, moeten de tarieven passen in de CTG-structuur; voor taken die gelieerd zijn aan bedrijfs- en organisatiegerichte taken (zowel gericht op individuen als op organisatieniveau) zullen de tarieven variëren vanwege de marktwerking, maar kan de NVAB wel een basis voor de tarievenstructuur ontwikkelen, samen met de werkgroep zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen.

8. Ga door met de ontwikkeling van innovatieve samenwerkingsconcepten in de eerstelijn.

Zorgverzekeraars zijn bereid om (al dan niet via de ROS in hun thuisregio's) te investeren in deze samenwerking als het een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorg en de zorgconsumptie. Een zorgverzekeraar wil ook investeren in samenwerkingsconcepten of het overnemen van taken in de eerste en/of tweede lijn door de bedrijfsarts als duidelijk wordt voor welke taken de bedrijfsarts betere resultaten geeft dan de reguliere eerste- of tweedelijnszorg.

9. Blijf werken aan de basis voor het kwaliteitsbeleid, namelijk de opleiding en registratie tot bedrijfsarts en de visitatie.

De 'uitloop' van bedrijfsartsen (vrijwillig of door reorganisatie gedwongen) bij arbodiensten en de afnemende bereidheid/mogelijkheid van arbodiensten om de opleiding tot bedrijfsarts te financieren en faciliteren, maken het dringend om naar andere financieringsmogelijkheden te gaan zoeken. Verder overleg met het COBG en de minister van VWS is hiervoor noodzakelijk.
Het visitatieproject vormt een goede bouwsteen om de basis voor het kwaliteitsbeleid verder vorm te geven.

10. Ontwerp prestatie-indicatoren en verricht metingen naar de tevredenheid van patiënten en werknemers.

Maak daarbij gebruik van het aanbod van werknemers- en patiëntenorganisaties. Deze organisaties verrichten al tevredenheidsmetingen in de reguliere gezondheidszorg en samenwerking met hen kan dus bijdragen aan de door de NVAB gewenste verschuiving naar die zorg.

11. Onderzoek samen met andere artsenorganisaties de mogelijkheden voor financiering van het kwaliteitsbeleid.

Alle artsenorganisaties en hun richtlijninstituten hebben te maken met het feit dat de overheid zich terugtrekt en subsidies vermindert of intrekt. Tevens is in de context van de regierol van zorgverzekeraars en de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de vraag om een kwaliteitssystemen, en -instrumenten actueel. De vraag is hoe de financiering moet gaan lopen van niet rechtstreeks bij de productiegerichte activiteiten, zoals bijvoorbeeld opleiding, bij- en nascholing en visitatie.

Zorgverzekeraars geven in ieder geval aan dat zij wel financieel kunnen en willen bijdragen aan lokale en regionale innovatie en kwaliteitsontwikkeling, maar niet gaan investeren in landelijke kwaliteitsinstrumenten.

12. Profileer de NVAB nog nadrukkelijker.

Hoewel de NVAB de afgelopen jaren aan zichtbaarheid en profilering heeft gewonnen, zijn er nog steeds actoren die vinden dat de NVAB zich nederig opstelt. Profileer het vak van bedrijfsarts en maak duidelijk waar je als NVAB naar toe wil, is de boodschap van deze actoren (door alle groepen geïnterviewden heen).
Bij deze profilering is ook een verdere discussie en besluitvorming over (het opheffen van) de scheiding tussen controle en behandeling noodzakelijk. Gezondheidsrechterlijke expertise is voor deze discussie en besluitvorming onmisbaar.

Bijlage 1. Mogelijkheden voor de bedrijfsarts bij zorgverzekeraars.

Verzekeraar	Huisartsen-zorg	Verwijzen med.spec.zorg	Verwijzen fysio/oefen	Verwijzen overig [4]	Farmaceutische zorg
Achmea	+ [1]	-	+	+	+ [2]
Aegon	+ [1]	+	+	+	+
Agis	+ [1]	+	+	+	+ [2]
CZ	+ [1]	+	+	+	+ [3]
DSW	+ [1]	+	+ [2]	+ [2]	-
De Friesland	-	+	+	+	+ [2]
Menzis	-	-	-	-	-
Ohra	-	+	+	+	-
ONVZ	+ [1]	+	+	+	+
OZ	+ [1]	+	+	+	+ [2]
Univé[5]	+	+	+	+	+
VGZ	-	+	+	+	-

\+ De polisvoorwaarden bieden de bedrijfsarts deze mogelijkheid wel.
\- De polisvoorwaarden bieden de bedrijfsarts deze mogelijkheid niet.

1 De bedrijfsarts wordt niet expliciet genoemd. De polis stelt de volgende voorwaarden: arts of zorgverleners werkzaam in huisartsenvoorziening onder verantwoordelijkheid van de huisarts.
2 De bedrijfsarts wordt niet expliciet genoemd. De polis stelt als voorwaarde: arts.
3 De bedrijfsarts wordt niet expliciet genoemd. De polis stelt als voorwaarde: arts die door CZ is aangewezen.
4 De polissen geven als mogelijkheden: revalidatie (4x), dieetpreparaten (8x), trombosedienst (6x), logopedie (8x), ergotherapie (8x), audiologische zorg (5x).
5 Univé stelt als voorwaarde dat er een contract moet zijn tussen Univé en de bedrijfsarts.

Bijlage 2. Producten van zorg- en inkomensverzekeraars gericht op bedrijfsgeneeskundige zorg en reïntegratie.

Verzekeringsmaatschappij	I, Z*	Produkt	Partners	Arbodienst	Pakket	Opmerkingen
De Goudse	I	VerzuimVizier (één loket)	Capability (Verzuim Expertise centrum)	Onderdeel produkt	- Z&H-meldingen (Click & Claim) - 4e dag tel. controle - wettelijke regeling (Wvp) - verzuim(beleid)scan - reïntegratiekostenvergoeding, - loondoorbetalingsverzekering	'Geen dubbele dekking, geen dubbele premie, preventie en reïntegratie optimaal geregeld en vallen vaak onder zorgverzekering; daardoor premie verzuimverzekering lager' volgens de info van De Goudse
	Z	De Goudse Zorg Polis Collectief (aanvullend)	Trias/VGZ		- fysiotherapie - psychologische zorg - griepvaccinaties - taxivervoer immobiele werknemer - bedrijfsmaatschappelijk werk	
AXA	I	VerzuimGrip (één loket)	Hudson	In produkt	- preventie - interventie - reïntegratie en -kosten - gegevensuitwisseling - wettelijke verplichtingen - loondoorbetalingsverzekering	
Interpolis	I	WerkAttent (één loket)		Onderdeel produkt (Commit)	- loondoorbetalingsverzekering - verzuimbegeleiding - preventie - reïntegratie - poortwachterverplichtingen - voorgestelde behandelingen door BA 100% vergoed - arbeidsomstandighedenspreekuur - servicedesk	Speciaal voor MKB; maatwerk bij > 100 wn.
Aegon	I	Gezond Werkplan (één loket)		In produkt	- verzuimregistratie - begeleiding - inschakelen BA - poortwachtergarantie (evt. boete voor Aegon) - reïntegratiekosten	

Verzekeringsmaatschappij	I, Z*	Produkt	Partners	Arbodienst	Pakket	Opmerkingen
Ohra	I en Z	ZorgDirect		Arboned; 4% korting op abonnement bij meeverzekeren arbodienstverlening	- wachtlijstbemiddeling - Verzuim Management centrale - alle reïntegratiekosten - Netmelder (één keer melden) - loondoorbetalingsverzekering	Pakketkorting bij meerdere modules; geen visie of toelichting op voordelen combinatie zorginkomen in brochure
Delta Lloyd	I en Z	Zorg Garant Collectief module Verzuim Effect			- psychologische hulp - paramedische hulp - BA voor consulten en verwijzingen - arbeidsmarkttoeleiding - tijdsgaranties	
Nationale Nederlanden	I	Verzuimkompas		In produkt; Keuze uit ArboDuo, ArboNed of Maetis	- loondoorbetalingsverzekering - MeldVerzuim (één loket) - verzuimbegeleiding, Wvp via arbodienst - Keerpunt (reïntegratie) bij langerdurend verzuim - optioneel: inventarisatie + analyse arbeidsomstandigheden, preventie	
Loyalis (ABP) (ook advisering over arbobeleid, -dienstverlening en verzuimbeleid)	-	Bestemming WERK (één loket)			Ziektepreventie, ziekteverzuim, reïntegratie, loopbaanadvies	Advies over verzuimbeleid: - werkgever regie - arbeidskundige en niet BA doet eerste analyse verzuim
VGZ	Z	Bedrijfszorgpakket (verzekering Basis, Plus of Optimaal, min 200 werknemers, of verrichtingen vanaf 400 werknemers)	Falke en Verbaan	Bedrijfsarts Verzuimcoach: “een veelzijdige, professionele en actieve spil in uw verzuim- en reïntegratiebeleid”; via Immediator detacheringsbureau (zelfst. gevestigde BA-en);	- interventies - inzet BA - advies over arbodienstverlening - eigen zorgnetwerk - bedrijfsmaatschappelijk werk - management coaching - (exit-) mediation - psychologische zorg - trauma opvang en nazorgadvies - fysiek (5 modules) - zorgbemiddeling - expertise	Inhoudelijke en financiële afstemming op collectieve ziektekostenverzekering rekenvoorbeelden (1 euro investering levert € 5 op; 1 verzuimdag kost € 200 leidinggevenden kunnen soms zonder tussenkomst van BA direct verwijzen naar zorg- en hulpverleners

Verzekeringsmaatschappij	I, Z*	Produkt	Partners	Arbodienst	Pakket	Opmerkingen
Achmea	I	Present - basis - arbo basis - arbo plus - VOL of op maat		Achmea Arbo voor arbo en arbo plus pakket	- verzuimbegeleiding, Wvp - Verzuimmanager Online - contacten met zorgaanbieders en uitzoeken financieringsmogelijkheden - preventie en reïntegratie (vnl. korting op trajecten/interventies, 25%) - zorgbemiddeling, adviesgesprekken, managementinfo, korting op trainingen, verzuimscans, verzuimprocesadviseur	Sluit aan bij collectieve inkomens- of zorgverzekering; 'naadloos' indien deze verzekeringen bij Achmea zijn afgesloten; afstemming tussen zorg, inkomenszekerheid en arbodienstverlening
Agis	Z	Fit in bedrijf en Verzuimreductiepolis		Arbodienst werkgever	Preventie, verzuimbegeleiding en reïntegratie Agis Verzuim Expert	Primair zorg die door ziektepolis wordt vergoed → geen dubbele betaling meer
Menzis	Z	WerkGezond		Ardyn, maar ook samenwerking met arbodienst werkgever	Modulair: - bemiddeling, casemanagement - ziek-hersteldmeldingen - arbodienstverlening - reïntegratie - interventie verzekering (antistresscursus, bedrijfsmaatschappelijk werk, bedrijfsfysiotherapie, multidisc. diagnostiek, psychologische hulp, ergotherapie, check up, verzuimaudit, mediation, second opinion, preventie buitenlandse reizen, advies arbeidsdeskundige, kinderopvang) - verzuimverzekering	

* I = Inkomensverzekeraar
Z = Zorgverzekeraar

Bijlage 3. Voorbeeldvragen

Vragen:

1) Hoe beoordeelt u de huidige inhoud, organisatie en financiering van de werkzaamheden van bedrijfsartsen:
– voor uw eigen organisatie/ achterban?
– binnen de arbeidsrelevante zorg in Nederland?

2) Welke gevolgen verwacht u van de nieuwe Zorgverzekeringswet voor de inhoud, organisatie en financiering van de werkzaamheden van bedrijfsartsen:
– voor uw eigen organisatie/ achterban?
– binnen de arbeidsrelevante zorg in Nederland?

3) Welke gevolgen verwacht u van de nieuwe Maatwerkregeling arbodienstverlening voor de inhoud, organisatie en financiering van de werkzaamheden van bedrijfsartsen:
– voor uw eigen organisatie/ achterban?
– binnen de arbeidsrelevante zorg in Nederland?

4) Wat zijn uw wensen voor de toekomstige inhoud, organisatie en financiering van de werkzaamheden van bedrijfsartsen:
– voor uw eigen organisatie/ achterban?
– binnen de arbeidsrelevante zorg in Nederland?

5) Welke kansen en bedreigingen kunt u benoemen bij de toekomstige rol van bedrijfsartsen:
– m.b.t. uw eigen organisatie/ achterban?
– binnen de arbeidsrelevante zorg in Nederland?

6) Welke rol ziet u voor zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars m.b.t. het verzekeren van bedrijfsgeneeskundige zorg:
– voor grote en kleine bedrijven?
– voor zelfstandige beroepsbeoefenaren, winkeliers, uitzendkrachten, vrijwilligers, enz.?

7) Levert de zorg zoals bedrijfsartsen die plegen te bieden een wezenlijke toevoeging die past bij de behoefte van uw eigen organisatie/achterban?

8) Stelt u het op prijs als de bedrijfsarts huisartsentaken overneemt? Om welke taken gaat het dan in uw

visie?

9) Bent u van mening dat het opnemen van de bedrijfsarts in een eerstelijnsvoorziening een instrument is om de kwaliteit van de zorg door de bedrijfsarts te verbeteren?
Verwacht u dat het opnemen van de bedrijfsarts in een eerstelijnsvoorziening positief of negatief zal zijn voor de positionering van de bedrijfsarts?

10) Welke eisen stellen zorg- of inkomensverzekeraars aan het kwaliteitsbeleid van bedrijfsartsen die zij contracteren? Zijn zij bereid om in de kwaliteit van zorg van bedrijfsartsen te investeren?

11) Welke eisen stellen werkgevers c.q. koepelorganisaties van werkgevers aan de kwaliteit van de zorg van bedrijfsartsen? Zijn zij bereid om in de kwaliteit van zorg van bedrijfsartsen te investeren?

12) Welke eisen stellen werknemers c.q. koepelorganisaties van werknemers aan de kwaliteit van de zorg van de bedrijfsartsen? Zijn zij bereid om in de kwaliteit van zorg van bedrijfsartsen te investeren?

Bijlage 4. LHV-Bureaus Huisartsen en LHV Huisartsenkringen

LHV-Bureau
Noordwest-Nederland
A Amsterdam/Almere
B Noord-Holland Noord
C Noord-Holland Midden

LHV-Bureau
West-Nederland
D Rotterdam e.o.
E Haaglanden
F Rijnland & Midden-Holland
G Westland/Schieland/Delfland

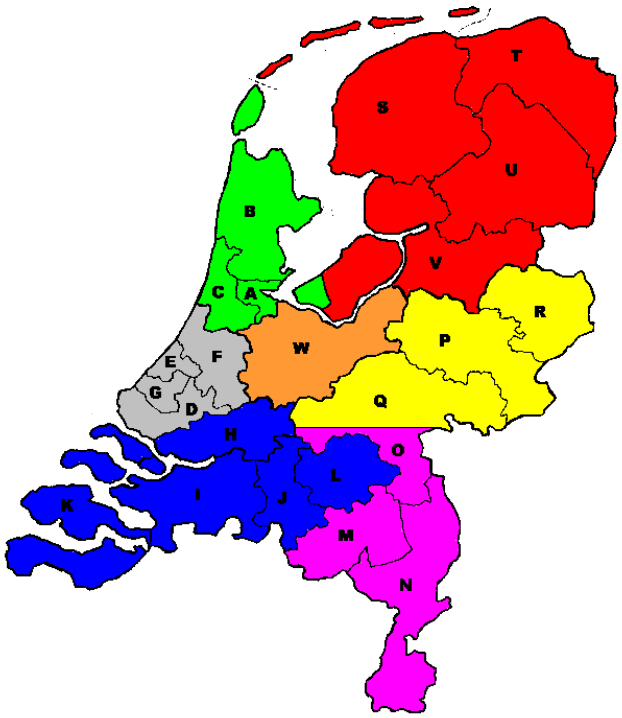
LHV-Bureau
Zuidwest-Nederland
H Zuid-Holland Zuid
I West-Brabant
J Midden-Brabant
K Zeeland
L Noord-Brabant Noordoost

LHV-Bureau
Zuidoost-Nederland
M Zuidoost-Brabant
N Limburg
O Nijmegen

LHV-Bureau
Oost-Nederland
P Gelre-IJssel
Q De Gelderse Rivieren
R Twente

LHV-Bureau
Noord-Nederland
S Friesland
T Groningen
U Drenthe
V Zwolle/Flevoland

LHV-Bureau
Midden-Nederland
W Midden-Nederland



Bijlage 5: Literatuurlijst

[1] Ministerie van SZW. Maatwerk in arbodienstverlening. Voorjaar 2005

[2] IFOH. Valk M., Oostrom L. Bent u daar nog? Liberalisering van de Arbomarkt, wat gaat er allemaal veranderen? Den Haag: International Forum of Organizational Health 2004

[3] Raad voor Werk en Inkomen. Tussenrapportage Reïntegratiemarkt, december 2005

[4] Bedrijfsarts en de eerste lijn, NVAB, maart 2005

[5] Brief van staatssecretaris Van Hoof over beperking van de nationale 'kop' op de Europese arboregels bij de aanstaande herziening van de Arbowet, 4 oktober 2005

[6] Kort verslag van het Algemeen Overleg tussen de staatssecretaris van SZW en de Vaste Tweede Kamercommissie van SZW op 2 november 2005, gepubliceerd op de website van de NVAB op 7 november 2005

[7] Brief van de NVAB mede namens de KNMG aan staatssecretaris Van Hoof, 24 oktober 2005

[8] Ministerie van VWS. Zorgverzekeringswet. Voorjaar 2005

[9] Nota van toelichting bij het Besluit zorgverzekering (gepubliceerd in de Staatscourant op 1 augustus 2005)

[10] CVZ Eindevaluatie verwijsfunctie bedrijfsarts. Brief aan minister van VWS, 22 december 2005

[11] UWV jaarverslag 2003

[12] UVW derde kwartaalrapportage 2005

[13] Hoedeman R.H. WAO-traject onder de maat. MC 2006; 61 (3) 116-119

[14] Klink J.J.L. van der, Blonk R.W., Schene A.H., Dijk F.J. van. Reducing long term absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup Environ Med 2002; 60: 429-37.

[15] Staal B., Hlobil H., Mechelen W. van, Smid T., Wal G. van der. Graded activity for low back pain in occupational health: a randomised controlled trial. Medicine and Science in Sports and Exercise 2001; 32 (Suppl 5): S100

[16] Cluijtmans J.H.M. Heeft de bedrijfsarts een arbodienst nodig? TBV 2005; 13(1) 27-8

[17] Bruins Slot J.H.W. Bedrijfsgeneeskunde moet integreren. MC2006; 61 (6) 248-251

[18] Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde – Position Paper WIA 2, 14-4-2005

[19] KNMG. Brieven in de periode 2003-2005 aan de minister en de Eerste en Tweede Kamer

[20] Opnieuw beoordeeld. Inspectie Werk en Inkomen, november 2005

[21] Steenbeek R., Kool R.B., Visser E., Putten D.J. van. De juiste verwijzing. TNO Kwaliteit van Leven, Pismant, MarketConcern, juni 2005

[22] FNV. Arbo werkt! Juni 2004

[23] Veer G. Betrouwbaar, samenwerkingsbereidheid en vraaggericht. Eisen vanuit het werknemersperspectief aan dienstverlening door de bedrijfsarts. BPV, november 2005 (ter publicatie aangeboden)

[24] Bakker R. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. Dissertatie. Groningen, oktober 2005

[25] LHV. Notitie LHV Nieuwe Stijl. November 2004

[26] Ministerie van VWS. Tijdpad implementatie beleidsvoornemens kennisinfrastructuur. December 2005

[27] Orde van Medisch Specialisten/KNMG. Kans of risico voor de zorg. Kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering. Utrecht, juni 2005

[28] Raad voor gezondheidsonderzoek. Advies onderzoek arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Den Haag, mei 2003

[29] Zie de projectbeschrijvingen op de website van de NVAB

[30] Gezondheidsraad. ‘Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag, juli 2005