



Ministerie van Sociale Zaken en  
Werkgelegenheid

> Retouradres Postbus 90801 2509 LV Den Haag

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

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

**Contactpersoon**

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

**Onze referentie**

2013-0000090790

**Bijlagen**

Scenariostudie  
arbeidsgerelateerde zorg.  
KPMG Plexus, februari 2013

Datum **10 JUL 2013**

Betreft Toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg.

Geachte heer Draijer,

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

Op 28 september 2011 zijn de Tweede Kamer en belanghebbende partijen door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek door bureau AStri naar de positie van de bedrijfsarts<sup>1</sup>. Hierin werden ondermeer knelpunten onderkend ten aanzien van zijn onafhankelijkheid en toegankelijkheid en zijn beperkte rol bij de preventie in bedrijven. Daarnaast zijn de geringe samenwerking met de reguliere zorg en het gebrek aan kennis over de factor arbeid in de reguliere zorg punten die verbetering behoeven. De betrokken partijen zijn opgeroepen voorstellen voor verbetering te doen. Door ondermeer de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan (OVAL) zijn suggesties gedaan als het (her)introduceren bij wet van een spreekuur en meer informatie over goede contracten tussen bedrijf en bedrijfsarts of arbodienst. Deze zullen de knelpunten echter maar in beperkte mate oplossen.

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

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

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

**Datum**  
2 juli 2013  
**Onze referentie**  
2013-0000090790

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

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

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

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

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

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

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

**Datum**

2 juli 2013

**Onze referentie**

2013-0000090790

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

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

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

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

Mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,



L.F. Asscher



*cutting through complexity*

PLEXUS

# Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg

Eindrapport

Februari 2013

[kpmgplexus.nl](http://kpmgplexus.nl)



## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Huidige situatie</b>	<b>5</b>
2.1 Definitie “Arbeidsgerelateerde zorg”	5
2.2 Betrokken partijen	6
2.3 Fases en taken	7
2.4 Knelpunten in huidige situatie	8
<b>3. Scenario’s en beoordelingscriteria</b>	<b>11</b>
3.1 Scenario’s	11
3.2 Beoordelingscriteria	15
<b>4. Evaluatie van scenario’s</b>	<b>17</b>
4.1 Scenario 1: Aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem	17
4.2 Scenario 2: Klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn	21
4.3 Scenario 3: Sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg	26
4.4 Scenario 4: Model zonder bedrijfsarts	31
4.5 Scenario 5: Specialisering binnen de eerstelijns	36
<b>5. Conclusies</b>	<b>41</b>
5.1 Conclusies	41
5.2 Tot slot	43
<b>6. Bijlagen</b>	<b>45</b>
Bijlage A. Kosten en betrokken partijen arbeidsgerelateerde zorg	45
Bijlage B. Toelichting fases & taken	50
Bijlage C. Knelpunten	57
Bijlage D. Uitwerking scenario’s	61
Bijlage E. Beoordelingscriteria	82
Bijlage F. Betrokken inhoudelijke experts	87



## 1. Inleiding

### Aanleiding

In binnen- en buitenland heerst brede consensus over het toenemende belang van arbeidsparticipatie in het licht van de internationale concurrentiedruk en de toenemende vergrijzing van de (beroeps)bevolking. Een basisvoorwaarde voor het realiseren van voldoende arbeidsparticipatie is een goede gezondheid en vitaliteit van de beroepsbevolking.

Ondanks deze brede consensus blijkt dat in ons land het adequaat bewaken, ondersteunen en (zoveel mogelijk) herstellen van deze gezondheid en vitaliteit achterblijft bij de mogelijkheden<sup>1</sup>.

In verschillende rapporten<sup>2</sup> is benoemd dat de arbeidsgerelateerde zorg op dit moment onvoldoende doeltreffend werkt, de verbinding met de reguliere zorg niet adequaat wordt ingevuld en er daardoor kansen op optimalisatie van de arbeidsparticipatie blijven liggen.

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft in overleg met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op hoofdlijnen een aantal scenario's geschetst waarbij de arbeidsgerelateerde zorg op verschillende manieren wordt ingericht. SZW heeft vervolgens KPMG Plexus gevraagd een evaluerende studie uit te voeren om in kaart te brengen in welke mate deze scenario's oplossingen bieden voor de gesignaleerde knelpunten. Om hier goed antwoord op te kunnen geven is ook gekeken naar de realiseerbaarheid en financiële effecten van de verschillende scenario's.

In deze studie worden de geschetste scenario's aan de hand van beoordelingscriteria geëvalueerd zodat inzichtelijk wordt in hoeverre de scenario's leiden tot een oplossing voor de problematiek zoals in de verschillende rapporten benoemd. Daarnaast geeft de evaluatie inzicht in de realiseerbaarheid en de financiële effecten die verwacht mogen worden van de geschetste scenario's.

### De scenariostudie

Om de gevraagde evaluatie uit te voeren, is de studie opgebouwd uit 4 stappen:



#### 1. Uitwerking scenario's en criteria door KPMG Plexus

Nader uitwerken van de op hoofdlijnen door SZW en VWS geschetste scenario's en criteria. Onder andere op basis van literatuurstudie.

Resultaat: concept omschrijving scenario's en beoordelingscriteria.

<sup>1</sup> Zie voor meer informatie de website [www.arbeidenzorg.com](http://www.arbeidenzorg.com), waarop u publicaties vindt van het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg van Stichting Instituut GAK (KPMG Plexus werkt in dit onderzoeksprogramma samen met TNO Arbeid en de Universiteit van Maastricht).

<sup>2</sup> Zie deelrapport 1C: *de aanbodzijde, ontwikkelingen en best practices* van het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheid en het ASTri Eindrapport *onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*.

**2. Aanscherpen scenario's en criteria met experts in het veld**

In een aantal interviews met inhoudelijke experts verder aanscherpen van de concept omschrijving van de scenario's en beoordelingscriteria.

Resultaat: tussenrapportage met definitieve beschrijving scenario's en criteria die de input vormt voor de stappen 3 en 4.

**3. Evaluatie scenario's op basis van input inhoudelijke experts**

Evalueren van de scenario's op basis van de input uit een interactieve beoordelings sessie met inhoudelijke experts.

Resultaat: evaluatie van scenario's aan de hand van vastgestelde beoordelingscriteria.

**4. Rapportage**

In rapportage vastleggen van de bevindingen uit de stappen 1, 2 en 3.

Resultaat: eindrapportage met evaluatie van scenario's.

**Leeswijzer**

Dit document betreft de eindrapportage van de scenariostudie. Dit document is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige situatie van de arbeidsgerelateerde zorg in Nederland. Ook worden hier de knelpunten benoemd ten aanzien van de arbeidsgerelateerde zorg.
- In hoofdstuk 3 worden de mogelijke toekomstige scenario's beschreven die we in deze studie geëvalueerd hebben en de beoordelingscriteria.
- De evaluatie van de scenario's op basis van de interactieve sessie met inhoudelijke experts is in hoofdstuk 4 weergegeven.
- Tot slot worden in hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies en aanbevelingen beschreven.



## 2. Huidige situatie

In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de huidige arbeidsgerelateerde zorg in Nederland. Hierbij gaan we in op de definitie van arbeidsgerelateerde zorg, de betrokken partijen en fasen en taken binnen de arbeidsgerelateerde zorg. Tot slot worden de knelpunten ten aanzien van de arbeidsgerelateerde zorg benoemd.

### 2.1 Definitie “Arbeitsgerelateerde zorg”

Arbeitsgerelateerde zorg betreft allereerst de zorg welke door bedrijfsarts, arbeidsdeskundigen, re-integratiespecialisten en andere arbeidsspecifieke professionals wordt aangeboden. Dit deel van de arbeidsgerelateerde zorg wordt vaak met de term ‘bedrijfsgezondheidszorg’ aangeduid. Daarnaast wordt er arbeidsgerelateerde zorg geleverd door zorgaanbieders in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn van de reguliere zorg, die meer of minder expliciet op arbeidsgerelateerde problematiek gericht zijn.

Onder het begrip ‘arbeitsgerelateerde zorg’ verstaan we:

*“Zorg gericht op het voorkomen c.q. behandelen<sup>3</sup> van arbeidsrelevante<sup>4</sup> of arbeidsgerelateerde<sup>5</sup> klachten en ziekten van de werknemer, inclusief re-integratie, met als doel behoud c.q. herstel van duurzame inzetbaarheid van de werknemer in het belang van de werknemer zelf en de maatschappij waarin hij leeft, alsook de organisatie waarin de werknemer werkt.”*

De arbeidsgerelateerde zorg richt zich op beroepsziekten en arbeidsrelevante klachten en aandoeningen.

Jaarlijks zijn er naar schatting 20.000 nieuwe gevallen van werkenden met een beroepsziekte<sup>6</sup>. De groep met arbeidsrelevante aandoeningen is aanzienlijk groter<sup>7</sup>. Een derde van de werknemers (ruim 3 miljoen personen) heeft last van één of meerdere chronische aandoeningen. Ongeveer de helft van deze werknemers met een chronische aandoening geeft aan door de aandoening beperkt te worden bij de uitvoering van het werk<sup>8</sup>. De totale kosten per jaar in Nederland als gevolg van arbeidsrelevante aandoeningen worden geschat op 25,8 miljard euro (zie Bijlage A).

<sup>3</sup> Met ‘behandelen’ wordt het uitvoeren van de taken zoals omschreven in bijlage B bedoeld. De behandeling binnen de arbeidsgerelateerde zorg zal zich in veel gevallen richten op behoud en herstel van duurzame inzetbaarheid.

<sup>4</sup> Aandoeningen die de inzetbaarheid / productiviteit van de medewerker negatief beïnvloeden of waarbij het werk invloed heeft op de klachten.

<sup>5</sup> Aandoeningen die (deels) veroorzaakt worden door arbeid.

<sup>6</sup> Bron: <http://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arboret-en--regelgeving/arbozorg/beroepsziekten.html>

<sup>7</sup> De behandeling van deze aandoeningen is niet gericht op curatie, maar op klachtenverlichting en preventie van achteruitgang. De arbeidsgerelateerde zorg besteed daarbij specifiek aandacht aan het zo goed mogelijk functioneren binnen de werkomgeving, rekening houdend met de aandoening van de werknemer.

<sup>8</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

## 2.2 Betrokken partijen

Om aan te geven welke partijen er betrokken zijn bij de arbeidsgerelateerde zorg, maken we onderscheid tussen de vraagzijde en de aanbodzijde:

- **Vraagzijde: werkgever en werknemer**  
De vraagzijde bestaat uit de werkgever en de werknemer. Zij formuleren (al dan niet samen) een zorgvraag. Deze vraag wordt (direct of via een verzekeraar) 'neergelegd' bij de zorgaanbieders die zich aan de aanbodzijde bevinden.
- **Aanbodzijde: diverse partijen, georganiseerd in 2 'kolommen'**  
De verzekeraars, reguliere zorgaanbieders, bedrijfsartsen en andere arbodeskundigen, arbediensten en re-integratie bedrijven vormen de aanbodzijde. De aanbodzijde is georganiseerd in twee kolommen, die op verschillende manieren worden gefinancierd. De ene kolom wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)<sup>9</sup>, welke valt onder de verantwoordelijkheid van VWS. De andere kolom – de bedrijfsgezondheidszorg wordt door de werkgevers betaald. In sommige gevallen betrekken aanbieders financiering van beide kolommen. Het beleid ten aanzien van de reguliere zorg wordt ontwikkeld door VWS, terwijl de bedrijfsgezondheidszorg een aandachtsgebied is van SZW.

### **Bedrijfsarts of (klinisch) arbeidsgeneeskundige<sup>10</sup>?**

*'Bedrijfsarts' is een beschermde titel voor sociaal geneeskundige specialisten die de 4-jarige specialisatie 'Arbeid en gezondheid – bedrijfsgeneeskunde' hebben gevolgd na hun arts-examen. Zij moeten 5-jaarlijks herregistreren en hebben tevens verplichtingen in nascholing, visitatie en kwaliteitsborging (bron: website Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde).*

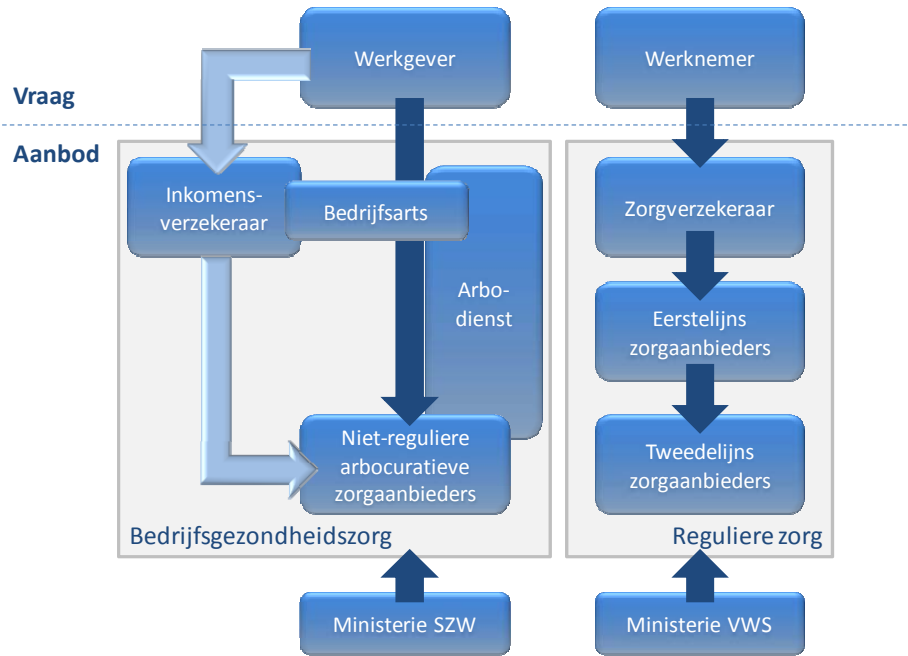
*In dit rapport wordt de bedrijfsarts in de scenario's op diverse plekken binnen de arbeidsgerelateerde zorg gepositioneerd. Om verwarring te voorkomen hanteren we in deze scenariostudie de onderstaande termen. Het ligt buiten de scope van deze scenariostudie om een uitspraak te doen over terminologie van functies binnen de arbeidsgerelateerde zorg.*

- **Bedrijfsarts:** sociaal geneeskundig specialist opgeleid tot bedrijfsarts, werkzaam binnen de bedrijfsgezondheidszorg, gecontracteerd door de werkgever
- **Arbeidsgeneeskundige:** sociaal geneeskundig specialist opgeleid tot bedrijfsarts, werkzaam binnen de reguliere zorg in de eerste lijn
- **Klinisch arbeidsgeneeskundige:** sociaal geneeskundig specialist meestal opgeleid tot bedrijfsarts, werkzaam binnen de reguliere zorg in de tweede lijn

<sup>9</sup> Waar ook de werkgevers aan bijdragen.

<sup>10</sup> Klinische arbeidsgeneeskunde is een specialisme dat zich bezighoudt met complexe arbeidsgeneeskundige problematiek in de tweedelijns zorg. Klinische arbeidsgeneeskunde is tot op heden geen erkend specialisme en daarmee is (klinisch) arbeidsgeneeskundige ook geen beschermde titel.

Onderstaand figuur is een schematische weergave van de vraag- en aanbodzijde. In bijlage A wordt verder gedetailleerd ingegaan op de actoren, hun taken en hun belangen.

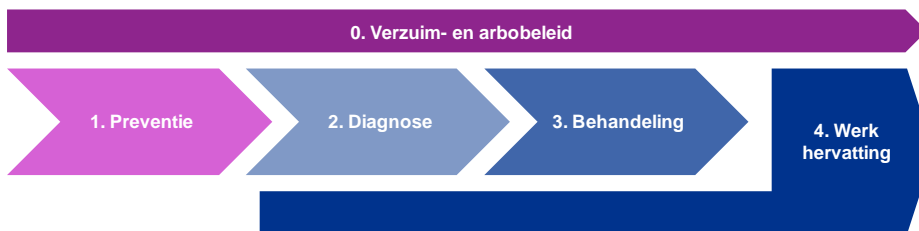


Figuur 1. Schematische weergave vraag- en aanbodzijde van de arbeidsgerelateerde zorg

### 2.3 Fases en taken

Arbeidsgerelateerde zorg is op te knippen in een aantal fases waarbinnen de bovengenoemde partijen taken uitvoeren.

Onderstaand figuur geeft een overzicht van de fases van het ziekte- en/of verzuimproces. In bijlage B is een uitgebreide toelichting op de taken per fase opgenomen.



Figuur 2. Overzicht fasen arbeidsgerelateerde zorg

De taken, die tezamen de arbeidsgerelateerde zorg vormen, worden geleverd op twee niveaus<sup>11</sup>:

- I. **Op ondernemingsniveau:** deze taken worden ondernemingsbreed uitgevoerd, waarbij de activiteiten van toepassing zijn op (een deel van) de werknemerspopulatie. Het betreft het verzuim- en arbobeleid (fase 0), en een deel van de taken van de fase werkhervatting (taken C en D van fase 4) zoals in bijlage B weergegeven.  
Voor deze taken lijkt, mede op basis van interviews met een aantal experts<sup>12</sup>, geen medische kennis<sup>13</sup> vereist. Om de werkgever in staat te stellen zijn beleid zoveel mogelijk aan te passen aan de behoefte vanuit de werknemers, is er wel (medische) informatie nodig vanuit de overige fases.
- II. **Individueel niveau:** deze taken worden uitgevoerd in relatie tot de individuele werknemer (patiënt). Het betreft de preventie (fase 1), diagnose (fase 2), behandeling (fase 3) en een deel van de taken vanuit de werkhervattingbegeleiding (taken A en B van fase 4), terug te vinden bijlage B. Voor deze taken lijkt, mede op basis van interviews met experts en op basis van de Arbowet<sup>14</sup>, medische kennis wel vereist.

Deze verdeling van taken naar ondernemingsniveau (waarvoor medische kennis niet noodzakelijk lijkt) en individueel niveau (waarvoor medische kennis wél noodzakelijk lijkt), is van belang bij de uitwerking van de te evalueren scenario's. In hoofdstuk 3 gaan we hier verder op in.

## 2.4 Knelpunten in huidige situatie

De recente jaren worden gekenmerkt door een forse herziening van de rol van de overheid, zowel op het terrein van de gezondheidszorg, als ook op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsomstandighedenwetgeving. Prikkel om verzuim tegen te gaan zijn veranderd, waarbij verantwoordelijkheden zijn verschoven naar veldpartijen, specifiek naar werkgever en werknemer, en zorgaanbieders hebben meer vrijheden gekregen om zorgaanbod vraaggericht in te richten.

De afgelopen jaren is hierdoor het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid teruggedrongen. Toch is er nog de nodige gezondheidswinst te behalen. De SER stelt in haar advies "Een kwestie van gezond verstand" (2009) dat er sprake is van een gebrek aan responsiviteit vanuit de curatieve gezondheidszorg en verzekeraars en van een onvermogen van werkgevers en werknemers om adequaat de regie in handen te nemen. Bovendien blijkt het lastig om verbeteringen op grote schaal toe te passen.

---

<sup>11</sup> Bron: beroepsprofiel van de bedrijfsarts versie 1 okt 2004, NVAB

<sup>12</sup> Zie bijlage F voor een overzicht van de personen en organisaties met wie KPMG Plexus interviews heeft afgenomen in het kader van deze scenariostudie

<sup>13</sup> In dit rapport bedoelen we met 'taken waarvoor medische kennis vereist is' taken die door een BIG geregistreerde arts moeten worden uitgevoerd. In de huidige praktijk worden de arbeidsgerelateerde taken waarvoor medische kennis vereist is veelal uitgevoerd door een bedrijfsarts of huisarts.

<sup>14</sup> In bijlage A staan de taken weergegeven waarvoor volgens de Arbowet het inschakelen van een bedrijfsarts verplicht is.

Zoals in de inleiding reeds is gesteld, zijn in verschillende rapporten<sup>15</sup> knelpunten benoemd ten aanzien van de arbeidsgerelateerde zorg, die ertoe bijdragen dat er nog winstpotentieel bestaat wat de afgelopen jaren niet is gerealiseerd.

SZW en VWS hebben aan KPMG Plexus een aantal knelpunten meegegeven waarop de scenario's tot verbetering moeten leiden. De volgende vijf knelpunten zijn de voornaamste probleemgebieden:

- I. De toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende: Slechts 75%-80% van de werknemers heeft toegang tot een bedrijfsarts<sup>16</sup>.
- II. De verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg is onvoldoende: De bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg kennen ieder hun eigen bekostigingssysteem. Dit zorgt voor onvoldoende prikkels tot investeren op het snijvlak van beide kolommen waardoor optimale coördinatie en afstemming achterblijft.
- III. De reguliere zorg besteedt onvoldoende aandacht aan het functioneren van de patiënt op de werkvloer: De factor arbeid blijft onderbelicht bij het stellen van de diagnose en het uitvoeren van behandelingen. Dit draagt bij aan vertraging bij het stellen van een adequate (volledige) diagnose, het instellen van de juiste behandeling en een snelle en goede terugkeer naar werk.
- IV. De positie van de bedrijfsarts is onvoldoende onafhankelijk: De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is formeel geborgd in onder andere de arbeidsomstandighedenwet en het professioneel statuut van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts wordt echter door de werkgever gefinancierd, en heeft ook een 'poortwachterrol' ten opzichte van sociale voorzieningen.
- V. De markt voor arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende transparant: Keuze-informatie is binnen de arbeidsgerelateerde zorg nog niet optimaal beschikbaar. Dit belemmert het nemen van eigen regie door zowel werkgever als werknemer.

Zie bijlage C voor een gedetailleerde uitwerking van deze knelpunten.

---

<sup>15</sup> Zie deelrapport 1C: *de aanbodzijde, ontwikkelingen en best practices* van het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheid en het AStri Eindrapport *onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*

<sup>16</sup> Er vanuit gaande dat de bedrijfsarts de toegangspoort voor de bedrijfsgezondheidszorg is.



### 3. Scenario's en beoordelingscriteria

SZW heeft in overleg met VWS op hoofdlijnen een aantal scenario's geschetst voor andere inrichting van de arbeidsgerelateerde zorg. Het doel van de Ministeries is om vervolgens een beeld te kunnen vormen over de mate waarin de hierin verwerkte aanpassingen t.o.v. de huidige situatie, een oplossing bieden voor de hierboven geschetste knelpunten. Uiteindelijk dienen de oplossingen bij te dragen aan verdere optimalisatie van de arbeidsparticipatie in Nederland.

In deze scenariostudie worden de geschetste scenario's aan de hand van beoordelingscriteria geëvalueerd. In dit hoofdstuk beschrijven we de scenario's en de beoordelingscriteria.

#### 3.1 Scenario's

SZW en VWS hebben op hoofdlijnen vier scenario's gedefinieerd die mogelijk voor een verbetering kunnen zorgen op de bovengenoemde knelpunten. Tijdens de nadere uitwerking van deze scenario's bleek een vijfde scenario zinvol om te onderzoeken en mee te nemen in deze studie.

De vijf scenario's worden in deze paragraaf kort toegelicht. Een uitgebreide uitwerking van de scenario's is opgenomen in bijlage D.

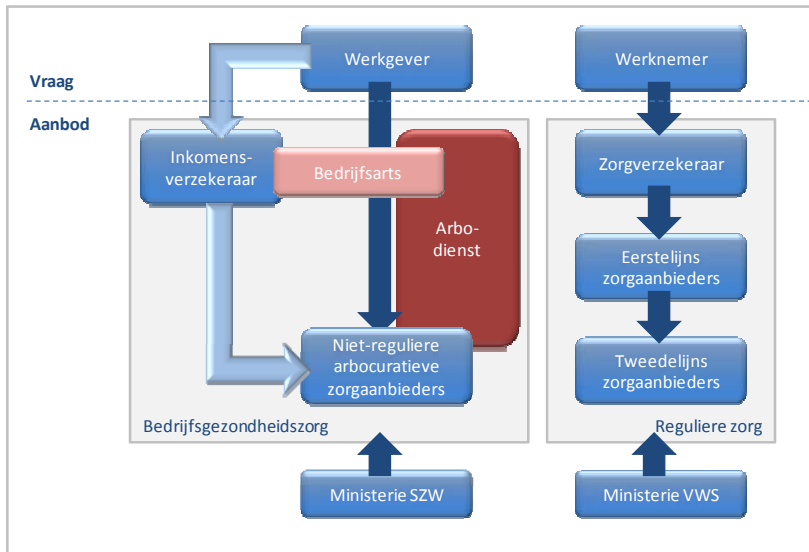
##### 3.1.1 Scenario 1: Aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem

In dit scenario vinden er geen taakverschuivingen plaats ten opzichte van de huidige situatie. Wel vinden er wijzigingen plaats met betrekking tot de uitvoering van de taken binnen de arbeidsgerelateerde zorg. De belangrijkste veranderingen zijn:

- Herintroductie verplicht vrij toegankelijk arbo-spreekuur;
- Meer aandacht voor de factor arbeid in de reguliere zorg door introductie van een 'module arbeid'<sup>17</sup>;
- Introductie kwaliteitsindicatoren en financiële prikkels.

---

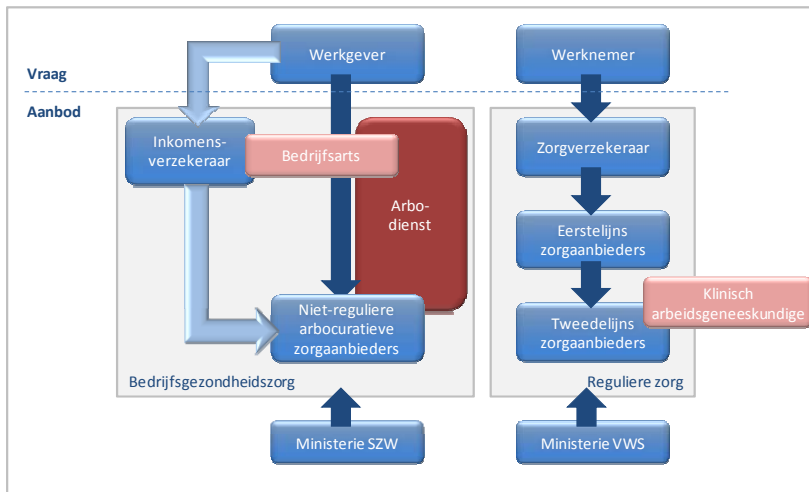
<sup>17</sup> Deze module wordt nu reeds ontwikkeld binnen het coördinatieplatform zorgstandaarden in opdracht van SZW en VWS.



Figuur 3. Schematische weergave vraag- en aanbodzijde arbeidsgerelateerde zorg scenario 1<sup>18</sup>

### 3.1.2 Scenario 2: Klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn

Dit scenario brengt geen wijzigingen met zich mee voor de bestaande taken ten opzichte van de huidige situatie. Wel komt er een klinisch arbeidsgeneeskundige<sup>19</sup> bij binnen de arbeidsgerelateerde zorg<sup>20</sup>. De klinisch arbeidsgeneeskundige zal als volwaardig onderdeel van de tweedelijns reguliere gezondheidszorg door de Zvw betaald worden en worden opgenomen in de DBC/DOT-systematiek.



Figuur 4. Schematische weergave vraag- en aanbodzijde arbeidsgerelateerde zorg scenario 2

<sup>18</sup> De schematische weergave (zowel bij dit scenario als bij de andere scenario's) is bedoeld ter verduidelijking van het scenario. De grootte van de blokken staan niet symbool voor de omvang van de vraag of het aanbod.

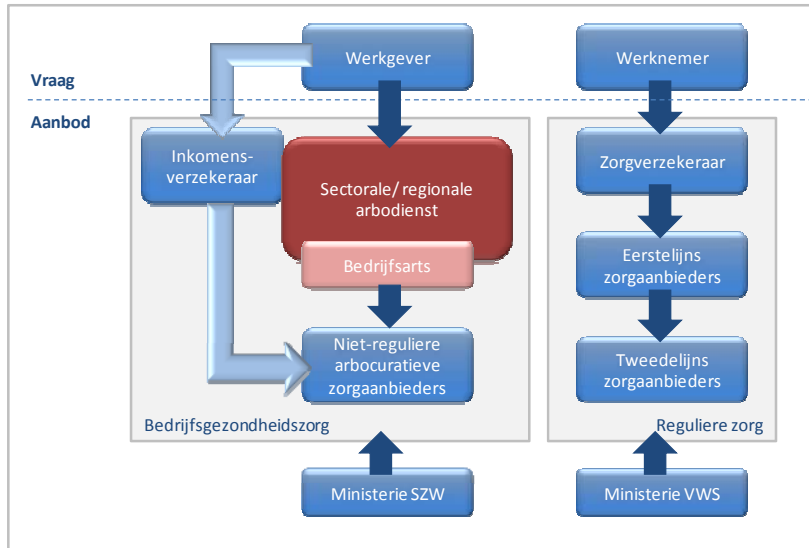
<sup>19</sup> Zie paragraaf 2.2.2 voor gebruik van termen bedrijfsarts en (klinisch) arbeidsgeneeskundige.

<sup>20</sup> Er zijn nu ook reeds initiatieven van klinisch arbeidsgeneeskundigen maar zij vallen nu nog buiten de DOT systematiek.



### 3.1.3 Scenario 3: Sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg

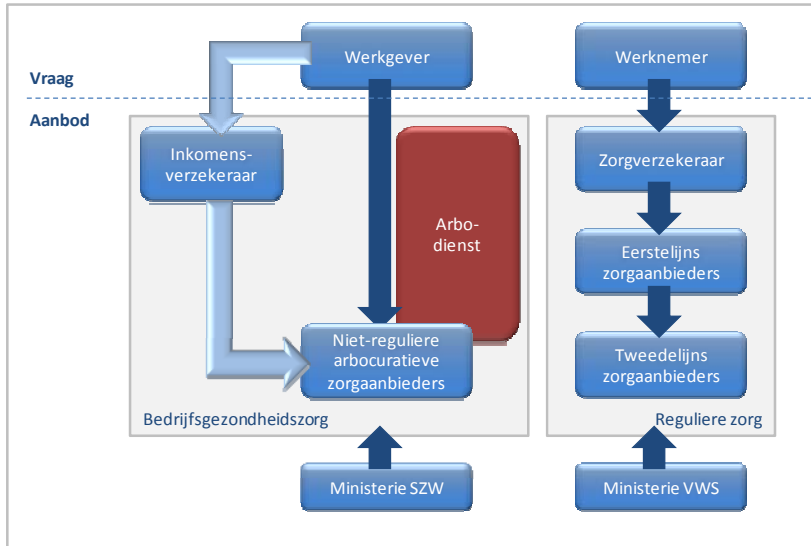
In dit scenario wordt de bedrijfsgezondheidszorg vanuit de werkgever anders ingericht; in plaats van individuele verantwoordelijkheid van werkgevers voor de organisatie en financiering van 'hun' bedrijfsgeneeskundige ondersteuning is er sprake van collectieve organisatie en financiering door werkgevers op regio/sector niveau. Toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg vindt plaats via de bedrijfsarts opererend binnen de sectorale en/of regionale organisaties.



Figuur 5. Schematische weergave vraag- en aanbodzijde arbeidsgerelateerde zorg scenario 3

### 3.1.4 Scenario 4: Model zonder bedrijfsarts

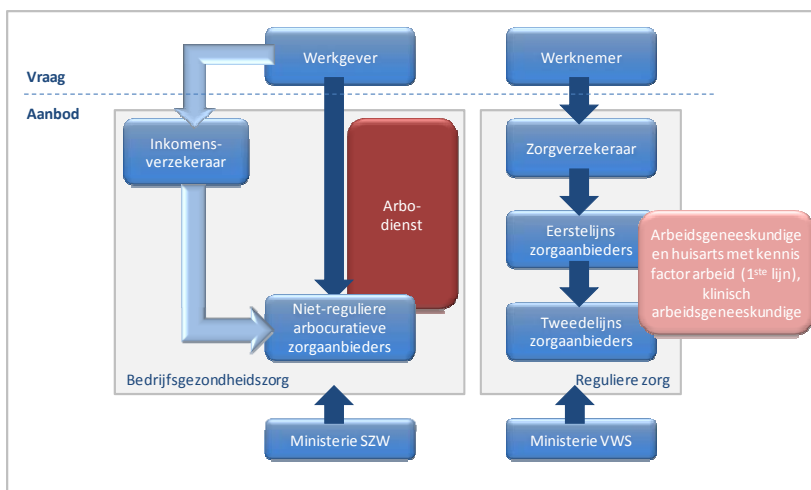
In dit scenario verschuiven alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu binnen de bedrijfsgezondheidszorg worden uitgevoerd en waarvoor (arbeids)geneeskundige expertise noodzakelijk is, naar de reguliere zorg. De functie van bedrijfsarts komt hiermee te vervallen. In dit model zijn binnen de bedrijfsgezondheidszorg (door de werkgever gefinancierd) alleen nog taken over die gericht zijn op het collectief (dus niet op de individuele werknemer).



Figuur 6. Schematische weergave vraag- en aanbodzijde arbeidsgerelateerde zorg scenario 4

### 3.1.5 Scenario 5: Specialisering binnen de eerstelijns

Het doel van dit scenario is om optimale coördinatie en afstemming op de scheidslijn van arbeid en zorg te bewerkstelligen en tegelijkertijd aan te sluiten bij reeds bestaande initiatieven. De kern van dit scenario is de vorming van gespecialiseerde eerstelijns (huisartsen) of anderhalvelijns praktijken die zich toeleggen op behandeling van werkgerelateerde klachten in combinatie met de reguliere zorg. De huidige aparte kolommen met betrekking tot het zorgpad van de individuele werknemer bij verzuim en/of klachten, worden volledig geïntegreerd. In dit model is een afgeslankte aparte, door de werkgever gefinancierde, kolom bedrijfsgezondheidszorg aanwezig die gericht is op het collectief (dus niet op de individuele werknemer).



Figuur 7. Schematische weergave vraag- en aanbodzijde arbeidsgerelateerde zorg scenario 5

### 3.2 Beoordelingscriteria

Het doel van deze studie is het beoordelen in welke mate de geschetste scenario's, ten opzichte van de huidige situatie, tot verbetering leiden op de problematiek in de arbeidsgerelateerde zorg.

Om de effecten van de verschillende scenario's te beoordelen, kijken we primair naar de mate waarin ze een oplossing bieden voor de huidige knelpunten in de arbeidsgerelateerde zorg. Daarnaast is het van belang om te beoordelen in hoeverre de scenario's realiseerbaar zijn, en welke financiële effecten ermee gepaard gaan.

Het gaat dus om de volgende beoordelingscriteria:

- **Criteria t.a.v. knelpunten:** is het scenario in staat oplossingen te bieden voor huidige knelpunten binnen de arbeidsgerelateerde zorg. Het betreft de volgende knelpunten, zie paragraaf 2.4 voor een nadere toelichting:
  - De toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende;
  - De verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg is onvoldoende;
  - De reguliere zorg besteedt onvoldoende aandacht aan het functioneren van de patiënt op de werkvloer;
  - De positie van de bedrijfsarts is onvoldoende onafhankelijk;
  - De markt voor arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende transparant.
- **Criteria t.a.v. realiseerbaarheid:** zijn de benodigde capaciteit en deskundigheid aanwezig om het scenario te realiseren en is er voldoende draagvlak bij betrokken partijen.
- **Criteria t.a.v. financiële effecten:** wat is de omvang van verschuivingen in structurele kosten – zowel voor de werkgever als de zorgverzekeraar – en frictiekosten in het scenario.

Voor een gedetailleerde uitwerking van de beoordelingscriteria zie bijlage E.



## 4. Evaluatie van scenario's

Het toepassen van de beoordelingscriteria, zoals genoemd in paragraaf 3.2, op de scenario's heeft plaats gevonden in een interactieve sessie met inhoudelijke experts<sup>21</sup>. De input vanuit deze sessies is de basis voor de evaluatie zoals in dit hoofdstuk beschreven.

In elk van de volgende paragrafen wordt een scenario geëvalueerd. Dit doen we aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Overzicht van de effecten van het scenario
2. Mate waarin het scenario oplossingen biedt voor de knelpunten
3. Realiseerbaarheid van het scenario
4. Financiële effecten van het scenario

### 4.1 Scenario 1: Aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem

Binnen dit scenario vindt een aantal wijzigingen plaats met betrekking tot de uitvoering van de taken binnen de arbeidsgerelateerde zorg. De taken zelf blijven uitgevoerd door de actoren die dit binnen de huidige situatie ook al doen.

#### 4.1.1 Overzicht effecten scenario

Onderstaande tabel geeft weer wat de verwachte effecten zijn van dit scenario. In de paragrafen onder de tabel lichten we deze effecten verder toe.

Knelpunten	Evaluatie scenario
<b>Toegankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhoogd voor werkenden (m.n. in MKB) a.g.v. verplicht arbospreekuur</li> <li>• Onveranderd voor niet-werkenden</li> </ul>
<b>Verbinding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkt effect a.g.v. behoud 2 gescheiden kolommen</li> <li>• Bekostigingssystematiek en introductie van de module arbeid kan positieve bijdrage leveren</li> </ul>
<b>Factor arbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie van de module arbeid en proces- en uitkomstindicatoren voor de reguliere zorg vergroot de aandacht voor de factor arbeid in de reguliere zorg<sup>22</sup></li> </ul>
<b>Onafhankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkt effect a.g.v. behoud 2 gescheiden kolommen</li> <li>• Bekostigingssystematiek kan positieve bijdrage leveren</li> </ul>
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie van financiële prikkels en de sturing op indicatoren kan positief effect hebben, mits juist ingericht</li> </ul>

Realiseerbaarheid	Evaluatie scenario
<b>Deskundigheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoende deskundigheid aanwezig</li> <li>• Module arbeid vergroot deskundigheid HA's</li> </ul>
<b>Capaciteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dreigend tekort BA's</li> <li>• HA ervaart hoge werkdruk in huidige situatie; het is de</li> </ul>

<sup>21</sup> Zie bijlage F voor een overzicht van de betrokken inhoudelijke experts

<sup>22</sup> Introductie van de module arbeid en indicatoren komt terug in elk scenario en is daarmee niet scenario-onderscheidend. De mate waarin deze maatregel een oplossing biedt voor de knelpunten verschilt wel per scenario.

	vraag of hij tijd heeft om extra taken uit te voeren
<b>Draagvlak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Draagvlak bij alle actoren</li> </ul>

Financiële effecten	Evaluatie scenario
<b>Werkgeverskosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten herinstructie arbospreekuur</li> <li>• Overall geen significante verandering werkgeverskosten</li> </ul>
<b>Kosten Zvw</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijven gelijk</li> </ul>
<b>Overige maatschappelijke kosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe afname door stijging effectiviteit arbeidsgerelateerde zorg</li> </ul>
<b>Friciekosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen</li> </ul>

Tabel 1. Verwachte effecten scenario 1  
HA= huisarts, BA= bedrijfsarts

#### 4.1.2 Mate waarin scenario oplossingen biedt voor knelpunten

##### Toegankelijkheid

De herinstructie van het arbospreekuur zal bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg, voor zover het werknemers in loondienst betreft. Door deze maatregel wordt de bedrijfsarts direct zichtbaarder en de drempel om van de bedrijfsarts gebruik te maken wordt verlaagd. De verwachting is dat dit effect met name in het MKB optreedt, omdat daar in de huidige situatie de toegankelijkheid het meest beperkt is.

De toegankelijkheid blijft voor overige groepen van de beroepsbevolking (ZZP-ers, werklozen, Wajongers) echter onveranderd.

##### Verbinding

Dit scenario brengt geen oplossing voor de huidige situatie van gescheiden georganiseerde en gefinancierde kolommen. De verbinding zal dus binnen dit scenario niet optimaal tot stand komen.

Wel zijn er binnen de huidige structuur aanpassingen mogelijk die verbeteringen met zich meebrengen:

- De juiste incentives bieden aan de bedrijfsarts. Dit kan door het bekostigingssysteem te hanteren waarbij de bedrijfsarts/ arbodienst wordt beloond op basis van de uitkomsten van de geleverde zorg. Hierdoor wordt de bedrijfsarts/ arbodienst gestimuleerd om de reguliere zorg vaker op te zoeken (er van uitgaande dat de reguliere zorg hem helpt om de zorg op een doelmatiger manier te leveren).
- Versterken van de verbinding tussen bedrijfsarts en reguliere zorg door de introductie van een module arbeid<sup>23</sup>. Uit recent onderzoek van het NIVEL blijkt dat de beperkte kennis van de huisarts over de factor arbeid slechts een kleine rol speelt in het gebrek aan onderling vertrouwen tussen de huisarts en de bedrijfsarts<sup>24</sup>. Het is wel mogelijk dat vanuit de module arbeid samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts wordt voorgeschreven waardoor het onderling vertrouwen langzaam kan worden opgebouwd.

<sup>23</sup> Zie bijlage D voor ene toelichting op de module arbeid

<sup>24</sup> Bron: Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg, NIVEL

### **Factor arbeid**

Om de factor arbeid binnen de reguliere zorg te versterken worden in dit scenario twee maatregelen voorgesteld:

- De introductie van de module arbeid: Inhoudelijke experts geven aan dat uit pilots blijkt dat - ondanks het bevorderen van kennis over arbeidsgerelateerde zorg in de eerstelijns - de factor arbeid onderbelicht blijft bij het stellen van een diagnose en het uitvoeren van behandelingen<sup>25</sup>. Om toch meer aandacht voor de factor arbeid te bewerkstelligen moet de module arbeid daarom niet vrijblijvend worden ingestoken maar gepaard gaan met meetbare (uitkomst)indicatoren.
- Introductie van proces- en uitkomstindicatoren op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg binnen de reguliere zorg: Hiermee worden reguliere zorgaanbieders gemotiveerd om meer aandacht te besteden aan de factor arbeid. Deze indicatoren worden idealiter verbonden aan de module arbeid. De partij die de reguliere zorgaanbieders moet sturen is de zorgverzekeraar. Het is daarom van belang dat de zorgverzekeraar zich geprikkeld voelt om te investeren in (het transparant maken van) de indicatoren en de zorgaanbieder hier ook op aan te spreken. De vraag is in hoeverre zorgverzekeraars zich in dit scenario hiertoe gestimuleerd voelen. Investerings binnen de arbeidsgerelateerde zorg slaan op dit moment namelijk nog niet direct om naar opbrengsten voor de zorgverzekeraar. Het investeren in deze zorg vraagt daarom om een lange termijn strategie van de zorgverzekeraars (vanuit de gedachte dat werkende mensen uiteindelijk gezonder zijn).

Het is overigens de vraag of huisartsen, los van welke prikkel of welk instrument, in staat zijn om meer tijd te investeren in arbeidsgerelateerde zorg. De huisartsen ervaren namelijk in de huidige situatie al een hoge werkdruk.

Op dit moment richt de arbeidsgerelateerde zorg zich met name op het individu en de werknemers van een specifiek bedrijf en is er weinig aandacht voor preventie op collectief niveau. Dit zal in dit scenario onveranderd blijven.

### **Onafhankelijkheid**

De introductie van een bekostigingssystematiek waarbij de bedrijfsarts wordt beloond op basis van de uitkomsten van de geleverde zorg, zorgt ervoor dat de prikkels voor de bedrijfsarts meer in lijn worden gebracht met het gedeelde belang van de werkgever en de werknemer. Binnen de 2-kolommen structuur heeft dit een gering positief effect op de positie van de bedrijfsarts ten opzichte van de werknemer. De bedrijfsarts wordt echter nog steeds gecontracteerd door de werkgever waardoor de maatregelen die dit scenario voorstelt niet kansvol lijken om de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts in de ogen van de werknemer significant te verbeteren.

### **Transparantie**

De introductie van financiële prikkels (op basis van uitkomstmaten) en de sturing op indicatoren vergroot de transparantie van de arbeidsgerelateerde zorg die geleverd wordt door bedrijfsartsen. Indicatoren maken het voor werkgevers inzichtelijk hoe aanbieders ten opzichte van elkaar presteren. Hiermee wordt de basis gelegd voor het onderling vergelijken van aanbieders en daarmee het maken van afspraken over de te leveren zorg.

---

<sup>25</sup> Bron: interactieve beoordelingssessie

Een voorwaarde hierbij is dat proces- en uitkomstindicatoren de juiste incentives bieden voor de bedrijfsarts. Ook moet rekening gehouden worden met de invloed van de werkgever op de uitkomst van indicatoren; de bedrijfscultuur en het functioneren van de werkgever kan de uitkomst van indicatoren significant beïnvloeden.

Als de indicatoren binnen de reguliere zorg ook publiek gemaakt worden, komt dit de transparantie ook ten goede. Een ander belangrijk element voor transparantie is dat het duidelijk moet zijn wie welke zorg levert. Als de huisarts meer aandacht aan het functioneren op de werkvloer gaat besteden, zoals in dit scenario het geval is, kan het voor de aanbieders maar ook voor patiënt/ werknemer onduidelijk zijn wie op welk moment waarover de verantwoordelijkheid draagt. Dit heeft een negatief effect op de transparantie van de arbeidsgerelateerde zorg. Om dit te ondervangen zal een duidelijke taakverdeling tussen de huisarts en bedrijfsarts/ arbodienst moeten bestaan.

#### **4.1.3 Realiseerbaarheid van scenario**

##### **Deskundigheid**

De deskundigheid van de actoren in dit scenario is goed geborgd. De introductie van de module arbeid zal naar verwachting een positief effect hebben op de deskundigheid van huisartsen op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg.

##### **Capaciteit**

Op dit moment is het aantal werkzame bedrijfsartsen een groeiend probleem. De afgelopen jaren is de instroom in de bedrijfsartsenopleidingen laag gebleken en niet toereikend om de uitstroom op de arbeidsmarkt op te vangen<sup>26</sup>. In dit scenario zal het benodigde aantal bedrijfsartsen niet beïnvloed worden. En daarmee het probleem van teruglopende capaciteit onveranderd blijven.

De huisarts ervaart op dit moment al een hoge werkdruk door een zeer uitgebreid takenpakket. Het is daarom de vraag of de huisarts de tijd heeft om meer taken op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg uit te voeren.

##### **Draagvlak**

De verwachting is dat er voor dit scenario redelijk wat draagvlak zal zijn. De huisartsen zullen echter niet graag nog meer taken opgelegd krijgen.

#### **4.1.4 Financiële effecten van scenario**

##### **Werkgeverskosten**

Enerzijds zullen de werkgeverskosten licht toenemen door de herintroductie van het spreekuur bij de werkgever. Anderzijds kan een lichte daling van de kosten worden verwacht doordat de verschillende maatregelen bijdragen aan meer effectiviteit binnen de arbeidsgerelateerde zorg.

Deze effecten samen nemend is de verwachting dat de werkgeverskosten niet significant veranderen.

##### **Kosten Zvw**

---

<sup>26</sup> Bron: NVAB jaarverslag 2011



Eenzijds vraagt extra aandacht voor de factor arbeid een investering vanuit de (zorgaanbieders binnen de) Zvw. Anderzijds moeten deze investeringen bijdragen aan een verkorte doorlooptijd van een behandeling omdat arbeidsgerelateerde problematiek eerder wordt onderkend en dus aangepakt kan worden. Uiteindelijk zullen beide effecten naar verwachting elkaar in evenwicht houden omdat de knelpunten niet optimaal opgelost zullen worden.

#### **Maatschappelijke kosten**

Dit scenario heeft geen invloed op de arbeidsparticipatie van de niet-werkende beroepsbevolking, zoals Wajongers en werklozen.

Wel hebben de maatregelen binnen dit scenario een effect op de werkende beroepsbevolking. De effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg neemt mogelijk toe waardoor de kosten vanuit de WIA/WAO door uitstroom uit arbeid afnemen. Dit effect is naar verwachting echter gering; de knelpunten worden maar in beperkte mate weggenomen.

#### **Friciekosten**

Dit scenario kent geen grote veranderingen ten opzichte van de huidige situatie. Het zal om die reden ook geen frictiekosten met zich meebrengen.

### **4.2 Scenario 2: Klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn**

Dit scenario introduceert een klinisch arbeidsgeneeskundige als volwaardig onderdeel van de tweedelijns zorg.

#### **4.2.1 Overzicht effecten scenario**

Onderstaande tabel geeft weer wat de verwachte effecten zijn van dit scenario. In de paragrafen onder de tabel lichten we deze effecten verder toe.

<b>Knelpunten</b>	<b>Evaluatie scenario</b>
<b>Toegankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegang tot KAG via HA waardoor toegankelijkheid voor niet-werkenden verbeterd wordt</li> </ul>
<b>Verbinding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbetering door meer zichtbaarheid KAG</li> <li>• Bevordering vertrouwen tussen reguliere zorgaanbieders en bedrijfsartsen</li> <li>• Effect mogelijk beperkt doordat KAG niet goed kan worden ingebed in 2<sup>de</sup> lijn en 2 kolommen blijven bestaan</li> </ul>
<b>Factor arbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KAG bevordert de factor arbeid in de reguliere zorg, maar heeft slechts een beperkt effect door de kleine doelgroep</li> <li>• Introductie van de module arbeid en proces- en uitkomstindicatoren voor de reguliere zorg vergroot de aandacht voor de factor arbeid in de reguliere zorg</li> </ul>
<b>Onafhankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onafhankelijkheid KAG is geborgd</li> <li>• Geen effect op onafhankelijkheid BA</li> </ul>
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie van financiële prikkels en de sturing op indicatoren kan positief effect hebben, mits juist ingericht</li> </ul>

Realiseerbaarheid	Evaluatie scenario
<b>Deskundigheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het profiel van de KAG moet gedefinieerd worden en gekoppeld worden aan opleidingseisen</li> <li>BA's en specialisten moeten expertise vergroten om aan profieleisen KAG te voldoen</li> </ul>
<b>Capaciteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toename capaciteit bedrijfsartsen: specialisatie maakt het vak van BA aantrekkelijk</li> </ul>
<b>Draagvlak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veel draagvlak bij BA's en KAG's</li> <li>Mogelijk beperkt draagvlak vanuit politiek door financiering KAG vanuit Zvw</li> </ul>

Financiële effecten	Evaluatie scenario
<b>Werkgeverskosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afname door daling verzuimkosten</li> <li>Daling kosten BGZ door (kleine) verschuiving van zorg richting KAG</li> <li>Mogelijk stijging werkgeversbijdrage Zvw</li> </ul>
<b>Kosten Zvw</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toename: financiering KAG via Zvw</li> </ul>
<b>Overige maatschappelijke kosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lichte afname door effectiviteitswinst arbeidsgelateerde zorg en verbeterde toegankelijkheid voor niet-werkenden</li> </ul>
<b>Friciekosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kosten voor scholing en registratie KAG's</li> </ul>

Tabel 2. Verwachte effecten scenario 2  
 HA= huisarts, BA= bedrijfsarts, KAG= klinisch arbeidsgeneeskundige

#### 4.2.2 Mate waarin scenario oplossingen biedt voor knelpunten

##### Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de arbeidsgelateerde zorg wordt in dit scenario bevorderd door de klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn. Dit komt door het volgende positieve effect:  
 Iedere werkende – evenals de niet werkende beroepsbevolking, zoals WAjongeren en werklozen – heeft indien nodig toegang tot de tweedelijns arbeidsgelateerde zorg. Om inadequate toegang tot de klinisch arbeidsgeneeskundige tegen te gaan is een verwijzing van de bedrijfsarts, huisarts, of een medisch specialist, nodig. De klinisch arbeidsgeneeskundige verleent alleen gespecialiseerde arbeidsgelateerde zorg en wordt dus alleen bij specifieke aandoeningen en klachten ingezet.

##### Verbinding

De introductie van de klinisch arbeidsgeneeskundige in de reguliere tweedelijns zorg heeft een aantal positieve effecten op de verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg:

- De positionering van de klinisch arbeidsgeneeskundige in de reguliere zorg maakt hem zichtbaar voor de huisarts en de medisch specialist. Doordat de klinisch arbeidsgeneeskundige direct communiceert met de werkgever of arbodienst/ bedrijfsarts van de werknemer, zijn reguliere zorg en bedrijfsgezondheidszorg op deze manier verbonden.

- Op dit moment is gebrek aan vertrouwen tussen de reguliere zorgverleners en bedrijfsartsen een belangrijk onderdeel van het knelpunt verbinding<sup>27</sup>. Introductie van een klinische arbeidsgeneeskundige – die dichterbij de reguliere zorg staat dan een bedrijfsarts – bevordert naar verwachting het vertrouwen.

Er zijn twee kanttekeningen te plaatsen in relatie tot het bevorderen van de verbinding.

- Het is de vraag of de klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn goed ingebed kan worden. Bij de bestaande (relatief duurder, gespecialiseerde) tweedelijns aanbieders ligt de focus op het verhelpen van de (vaak eenvoudige) klachten van de patiënt. De eerstelijns en de bedrijfsgezondheidszorg is veel meer gericht op het geheel van factoren dat van invloed is op de klachten en het functioneren van de patiënt (o.a. in termen van arbeidsparticipatie). Werkgerelateerde klachten worden veelal gekenmerkt door een samenkomst van factoren die van nature beter opgelost lijken te kunnen worden vanuit een generalistisch of multidisciplinair perspectief.
- Er blijven twee 'kolommen' naast elkaar bestaan, ook al wordt de klinisch arbeidsgeneeskundige in de reguliere zorg gepositioneerd. Coördinatie en afstemming op het snijvlak van arbeid en zorg wordt ook in dit scenario nog steeds niet (direct) optimaal gestimuleerd.

#### **Factor arbeid**

De klinisch arbeidsgeneeskundige is een zorgverlener met specialistische expertise op het gebied van arbeidsgelateerde zorg. Dit heeft een positief effect op de kennis over de factor arbeid in de reguliere zorg. De doelgroep voor de klinisch arbeidsgeneeskundige is echter klein; het is een tweedelijns voorziening die alleen voor specifieke onderzoeken en behandelingen ingezet dient te worden. Ofschoon klein in aantal, gaat het daarbij wel om gevallen die groot zijn in risico op langdurige of permanente uitval uit het arbeidsproces. Voor de betreffende groep is deze tweedelijns interventie in potentie zeer kostenbesparend. Preventieve activiteiten ter voorkoming van verzuim bijvoorbeeld, zullen niet door de klinisch arbeidsgeneeskundige worden opgepakt. Het positieve effect op de *algehele arbeidsparticipatie* is hierdoor beperkt.

Het verwachte effect van proces- en uitkomstindicatoren op het gebied van arbeidsgelateerde zorg en introductie van de module arbeid op dit knelpunt is gelijk aan het effect in scenario 1 (zie voor de toelichting de evaluatie van scenario 1).

Op dit moment richt de arbeidsgelateerde zorg zich met name op het individu en de werknemers van een specifiek bedrijf en is er weinig aandacht voor preventie op collectief niveau. Dit zal in dit scenario onveranderd blijven.

#### **Onafhankelijkheid**

De klinisch arbeidsgeneeskundige wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wordt niet gecontracteerd door de werkgever. De onafhankelijkheid van de klinisch arbeidsgeneeskundige is daarmee geborgd.

De positie van de bedrijfsarts verandert niet. Dit scenario heeft geen invloed op de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts binnen de bedrijfsgezondheidszorg.

---

<sup>27</sup> Bron: Knelpunten in de arbeidsgerelateerde samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg, NIVEL

## **Transparantie**

Conform scenario 1 vergroot de introductie van financiële prikkels en indicatoren de transparantie van de zorg. Dit geldt zowel voor de arbeidsgerelateerde zorg die door bedrijfsartsen/ arbodiensten geleverd wordt als ook voor de zorg die door klinisch arbeidsgeneeskundigen in de tweedelijns geleverd wordt. Net als bij scenario 1 moeten de financiële prikkels en indicatoren wel de juiste incentives bieden.

### **4.2.3 Realiseerbaarheid van scenario**

#### **Deskundigheid actoren**

Voorwaarde voor dit scenario is dat de klinische arbeidsgeneeskunde een apart vakgebied wordt met een erkende registratie. Hiervoor moet vastgesteld worden wat het profiel van een arbeidsgeneeskundige is, welke kennis en vaardigheden vereist zijn, welke wettelijke regelingen van toepassingen zijn en wat zijn functiegebied precies is.

Voor zowel bedrijfsartsen als medisch specialisten werkzaam in de tweedelijns zorg kan er een mogelijkheid gecreëerd worden om zich te specialiseren tot klinisch arbeidsgeneeskundige. Om deze toename in expertise mogelijk te maken is een opleidingsprogramma nodig.

Als aan de voorwaarden voldaan is, is de deskundigheid in dit scenario goed geborgd.

#### **Capaciteit actoren**

Dit scenario biedt een specialisatie voor bedrijfsartsen waardoor de carrièremogelijkheden van het beroep vergroot worden. Hierdoor wordt de aantrekkelijkheid van het beroep naar verwachting bevorderd waardoor er meer artsen instromen in de opleiding tot bedrijfsarts. De capaciteit van bedrijfsartsen neemt toe.

#### **Draagvlak actoren**

Bij bedrijfsartsen is zeer veel draagvlak voor dit scenario. Zij geven aan behoefte te hebben aan onafhankelijkheid en deskundigheid; dit scenario biedt beide aspecten. De verwachting is dat er ook bij de huisartsen en medisch specialisten draagvlak is voor dit scenario omdat er geen taakverschuivingen plaatsvinden.

Het draagvlak bij de zorgverzekeraars is nog onzeker. Dit scenario brengt een (beperkte) stijging van de kosten binnen de Zvw met zich mee doordat er een zorgaanbieder binnen de reguliere zorg bijkomt. De vraag is of deze kostenstijging bijdraagt aan een kostendaling elders. Daarbij slaan de baten niet per se neer bij dezelfde partij die de kosten maakt (werkgever versus zorgverzekeraar). De zorgverzekeraar is niet geneigd te investeren als het alleen maar geld kost. Een belangrijke voorwaarde is dus dat zorgverzekeraars zich beloond voelen voor de investering.

### **4.2.4 Financiële effecten van scenario**

#### **Werkgeverskosten**

In dit scenario dalen de werkgeverskosten licht. Dit is het gevolg van de volgende effecten:

- De verwachting is dat klinisch arbeidsgeneeskundigen een klein deel van de zorg die momenteel door bedrijfsartsen geleverd wordt overnemen. Dit heeft een lichte daling van de kosten voor de bedrijfsgezondheidszorg tot gevolg.
- Verder is de verwachting dat introductie van de klinisch arbeidsgeneeskundigen de doelmatigheid van de arbeidsgerelateerde zorg laat toenemen. Voorwaarde is wel dat deze specialist goed wordt ingebed binnen de reguliere zorg. Inhoudelijke experts geven aan dat uit pilots blijkt dat de introductie van een klinisch arbeidsgeneeskundige kosteneffectief is omdat de verzuimkosten significant afnemen.
- Het is wel mogelijk dat de (beperkte) stijging van de kosten voor de Zvw voor een deel wordt afgewenteld op de werkgever. Dit resulteert in een stijging van de werkgeversbijdrage voor de Zvw.

### **Kosten Zvw**

De klinisch arbeidsgeneeskundige is een extra dienst in de tweedelijns zorg, bovenop de reeds bestaande structuur en leidt daarom tot een kostenverhoging van de Zvw. De reguliere tweedelijns zorg is een relatief dure voorziening. De verschuiving van een deel van de bedrijfsgezondheidszorg naar de tweedelijns reguliere zorg kan dan ook een kostenverhogend effect hebben zonder dat dit per definitie tot betere kwaliteit/hogere waarde van zorg hoeft te leiden. Er bestaat wel een mogelijkheid dat de werkgever bijdraagt aan deze kostenstijging.

Het introduceren van een extra medische specialisatie kan leiden tot medicalisering. Bij de verwijzers – huisartsen, specialisten en bedrijfsartsen – moet voldoende kennis aanwezig zijn over de verwijscriteria om deze tweedelijns zorg alleen in te zetten voor de juiste doelgroep. Zo wordt voorkomen dat er overmatig gebruik plaatsvindt. Aan de andere kant is voorstelbaar dat adequate inzet van de klinisch arbeidsgeneeskundige medische consumptie juist doet afnemen door verbetering van de diagnostiek en inzetten van gerichtere interventies.

### **Overige maatschappelijke kosten**

De maatschappelijke kosten zullen in dit scenario afnemen door een toename van de toegankelijkheid en effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg. De populatie van werkende arbeidsgeschikte mensen wordt in potentie vergroot door de volgende effecten:

- Ook de niet (geheel) werkende beroepsbevolking – zoals werklozen en Wajongers – krijgt binnen dit scenario toegang tot zorg waarbij aandacht voor de factor arbeid een prominente rol speelt. De verwachting is dat hierdoor de werkende beroepsbevolking toeneemt, waardoor de maatschappelijke kosten afnemen. Dit effect is echter gering, omdat het alleen om gespecialiseerde arbeidsgerelateerde zorg gaat die in de tweedelijns verleen wordt.
- De effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg voor de werkende beroepsbevolking neemt toe waardoor de kosten vanuit de WIA/WAO door uitstroom uit arbeid afnemen.

### **Frictiekosten**

Voorwaarde voor dit scenario is dat de klinische arbeidsgeneeskunde een apart vakgebied wordt met een erkende registratie. Er zijn investeringen nodig om deze ontwikkeling te faciliteren.

Ook is er een toename van de expertise van bedrijfsartsen en specialisten nodig om te voldoen aan de vereiste kennis en vaardigheden van een klinisch arbeidsgeneeskundige. Dit zal eenmalig kosten met zich meebrengen om het

opleidingsprogramma te ontwikkelen en af te stemmen op de benodigde competenties.

### 4.3 Scenario 3: Sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg

In dit scenario wordt de bedrijfsgezondheidszorg ingericht op regio/sector niveau.

#### 4.3.1 Overzicht effecten scenario

Onderstaande tabel geeft weer wat de verwachte effecten zijn van dit scenario. In de paragrafen onder de tabel lichten we deze effecten verder toe.

Knelpunten	Evaluatie scenario
<b>Toegankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toename door sectorale/ regionale spreekuren</li> <li>• Toename toegankelijkheid voor MKB</li> <li>• Onveranderd voor niet-werkenden</li> </ul>
<b>Verbinding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbinding met reguliere zorg verbetert door betere herkenbaarheid van BGZ</li> <li>• Verbinding met reguliere zorg verbetert door ketenbrede aanpak van sectorspecifieke aandoeningen</li> <li>• Maatregelen in dit scenario gaan mogelijk ten koste van de verbinding tussen de BGZ en de individuele werkgever</li> </ul>
<b>Factor arbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbetering door ketenbrede gestandaardiseerde aanpak van sectorspecifieke aandoeningen</li> <li>• Verbetering door betrokkenheid zorgverzekeraars die de reguliere zorgaanbieders kunnen sturen met de juiste indicatoren</li> </ul>
<b>Onafhankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbetering doordat BA niet meer direct door de werkgever gefinancierd wordt</li> </ul>
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie van financiële prikkels en de sturing op indicatoren kan positief effect hebben, mits juist ingericht</li> </ul>

Realiseerbaarheid	Evaluatie scenario
<b>Deskundigheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sectorspecifieke deskundigheid BA's en deskundigheid reguliere zorgverleners moet ontwikkeld worden</li> </ul>
<b>Capaciteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toename capaciteit bedrijfsartsen: specialisatie maakt het vak van BA aantrekkelijk</li> </ul>
<b>Draagvlak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Draagvlak bij alle actoren</li> </ul>

Financiële effecten	Evaluatie scenario
<b>Werkgeverskosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afname door daling verzuimkosten</li> <li>• Kosten voor sectorale/ regionale opzet deels voor werkgever</li> </ul>
<b>Kosten Zvw</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijven gelijk</li> </ul>
<b>Overige maatschappelijke kosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe afname door stijging effectiviteit arbeidsgerelateerde zorg</li> </ul>

**Friciekosten** • Kosten voor sectorale/ regionale opzet BGZ

Tabel 3. Verwachte effecten scenario 3  
HA= huisarts, BA= bedrijfsarts, BGZ= bedrijfsgezondheidszorg

#### 4.3.2 Mate waarin scenario oplossingen biedt voor knelpunten

##### Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg wordt in dit scenario voor de werkende beroepsbevolking bevorderd door de volgende maatregelen:

- Organisatie van spreekuren op sectoraal / regionaal niveau voor werknemers, op locatie van de individuele werkgever. Door deze maatregel wordt de bedrijfsarts direct zichtbaarder en de drempel om van de bedrijfsarts gebruik te maken wordt verlaagd.
- Vereniging van zowel kleine als grote bedrijven in de sectorale of regionale structuren bevordert de toegankelijkheid voor kleine bedrijven. Waar op dit moment de kleine bedrijven problemen ondervinden door slechte kenbaarheid en bereikbaarheid van de bedrijfsgezondheidszorg kunnen zij in dit scenario mee onder de paraplu van grote bedrijven. Er kunnen op regionaal of sectoraal niveau afspraken gemaakt worden omtrent de toegang tot arbospreekuren bij grote bedrijven voor ZZPers alsook tijdelijk personeel.

Een randvoorwaarde voor de organisatie van sectorale bedrijfsgezondheidszorg is dat de doelgroep een homogene populatie is. Voor de grote sectoren is dit makkelijk te realiseren, voor kleine sectoren moet gekeken worden of zij kunnen worden samengevoegd met vergelijkbare sectoren. Een mogelijkheid is om bedrijven binnen het MKB samen in een sector/ branche te plaatsen om zo aan specifieke behoeften van deze groep te voldoen.

De toegankelijkheid blijft voor overige groepen van de beroepsbevolking (werklozen, Wajongeren) echter onveranderd.

##### Verbinding

De verbinding tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg verbetert in dit scenario:

- Door op collectief niveau afspraken te maken tussen zorgverzekeraars, sociale partners en arbodienstverleners over de taken en verantwoordelijkheden komt betere coördinatie en afstemming tot stand op het snijvlak van arbeid en zorg. Vanuit de werkgevers is er een prikkel om de bedrijfsgezondheidszorg zoveel mogelijk toe te spitsen op de behoefte vanuit de regio of sector. Aansluiting met reguliere zorg is hierbij een factor als dit de re-integratie bevordert omdat voor de werkgever snellere terugkeer bij verzuim direct een daling van de kosten betekent.
- Organisatie op collectief niveau zal leiden tot betere herkenbaarheid van de bedrijfsgezondheidszorg voor reguliere zorgverleners. Hierdoor wordt het makkelijker voor huisartsen en tweedelijns zorgverleners om contact te leggen met de bedrijfsarts van patiënten.
- Voor sectorspecifieke aandoeningen kan een ketenbrede gestandaardiseerde aanpak worden ontwikkeld. Door zowel de regionale/ sectorale structuren als de eerste- en tweedelijns zorgverleners hierbij te betrekken verbetert de verbinding en afstemming tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg.

Er is wel een aantal kritische opmerkingen te plaatsen bij dit scenario:

- Er moet rekening gehouden worden met het feit dat niet iedereen woont en werkt in dezelfde regio. Een bedrijfsarts zal in dat geval contact hebben met huisartsen en specialisten in de werkomgeving van de werknemer, maar daarmee niet per se in de woonomgeving waar naar alle waarschijnlijkheid de behandelend artsen van deze betreffende werknemers gevestigd zijn. De maatregelen in dit scenario gaan mogelijk ten koste van de verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de individuele werkgever. Door de collectieve organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg zal de afstand tussen de werkgever en bedrijfsarts vergroten, wat kan resulteren in verminderde communicatie en afstemming.
- Net als in scenario 1 en 2 is het de vraag in hoeverre de zorgverzekeraars zich gestimuleerd voelen om te investeren in de arbeidsgerelateerde zorg. Hun betrokkenheid bij de sectorale of regionale organisatie vertaalt zich alleen in een betere verbinding als zij de reguliere aanbieders sturen om het contact met de bedrijfsgezondheidszorg op te zoeken.

### **Factor arbeid**

Aandacht voor de factor arbeid verbeterd doordat er collectieve en ketenbrede afspraken worden gemaakt:

- Door voor sectorspecifieke aandoeningen een ketenbrede gestandaardiseerde aanpak te ontwikkelen worden reguliere zorgverleners actief betrokken bij de arbeidgerelateerde zorg en verbetert de kennis van de factor arbeid.
- Daarnaast zijn ook de zorgverzekeraars betrokken bij de afspraken. Op deze manier kunnen zij de reguliere zorgaanbieders sturen met de juiste indicatoren. Ondanks de vraag in hoeverre zorgverzekeraars zich gestimuleerd voelen hierop te sturen, zullen zij dit wel meer voelen dan in de voorgaande scenario's. Zorgverzekeraars hebben door de grotere aantallen verzekerden die onder een sectorale of regionale organisatie vallen, sneller profijt van de investering in de factor arbeid binnen de zorg: zorgverzekeraars kunnen op grotere schaal (met relatief beperkte inspanning) afspraken maken over het 'consumeergedrag' van hun verzekerden. Dit kan door afspraken op te nemen in de collectieve verzekering, maar ook door bepaalde afspraken in de CAO vast te leggen. De verwachting is dat dit met name binnen de grotere sectoren kans van slagen heeft.

Op dit moment richt de arbeidsgerelateerde zorg zich met name op het individu en de werknemers van een specifiek bedrijf en is er weinig aandacht voor preventie op collectief niveau. Dit scenario biedt mogelijkheden om preventie op sectoraal/ regionaal niveau te organiseren waardoor de effectiviteit toeneemt.

### **Onafhankelijkheid**

Dit scenario verbetert de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts doordat er geen directe klant-relatie met individuele werkgevers bestaat maar op collectief niveau afspraken worden gemaakt over arbo- en verzuimbeleid. Dit effect is nog sterker indien werknemersorganisaties een positie hebben in de aansturing van de sectorale/ regionale organisaties. Tezamen met de collectieve afspraken beoogt dit de bedrijfsarts te stimuleren om te sturen op een beleid wat uiteindelijk zowel het belang van de werkgever als de werknemer dient.

### **Transparantie**

Er zijn verschillende maatregelen in dit scenario die de transparantie verbeteren:



- Introductie van financiële prikkels en sturing op proces- en uitkomstindicatoren door zorgverzekeraars en werkgevers op de sectorale/ regionale arbeidsgerelateerde zorg. Door afspraken te maken over de te leveren zorg in de vorm van indicatoren, is de basis gelegd om aanbieders met elkaar te kunnen vergelijken. Op basis van deze indicatoren wordt namelijk inzichtelijk hoe aanbieders ten opzichte van elkaar presteren. Ontwikkeling van sectorspecifieke indicatoren kunnen dit effect versterken.
- Mogelijkheid om werkgeversbijdrage aan de sectorale/ regionale bedrijfsgezondheidszorg afhankelijk te maken van het functioneren/ de inzet van de werkgever. Hierdoor wordt een actieve rol van de werkgever gestimuleerd.

Het sectoraal/ regionaal organiseren van de bedrijfsgezondheidszorg wordt in potentie te grootschalig, waarbij het risico is dat er veel betrokken partijen zijn, te weinig verantwoordelijkheid en slechte communicatie. Dit negatieve effect op de transparantie van zorg kan ten koste gaan van de effectiviteit en doelmatigheid.

#### **4.3.3 Realiseerbaarheid van scenario**

##### **Deskundigheid actoren**

Bedrijfsartsen moeten deskundigheid op het gebied van een specifieke sector ontwikkelen, net als de reguliere zorgaanbieders. Er moet worden vastgelegd wat het profiel van sectorale bedrijfsartsen is en welke kennis en vaardigheden vereist zijn binnen de gehele arbeidsgerelateerde zorg. De bedrijfsgezondheidszorg is bij een sectorale indeling te koppelen aan andere sectorbrede initiatieven zoals opleiding en loopbaanontwikkeling. Op deze manier krijgt elk individueel element extra kracht mee door de bundeling.

Als aan de voorwaarden voldaan is, is de deskundigheid in dit scenario goed geborgd.

##### **Capaciteit actoren**

Dit scenario biedt bedrijfsartsen de mogelijkheid om zich toe te leggen op een specifieke sector waardoor de carrièremogelijkheden van het beroep vergroot worden. Hierdoor wordt de aantrekkelijkheid van het beroep naar verwachting bevorderd waardoor er meer artsen instromen in de opleiding tot bedrijfsarts. De capaciteit van bedrijfsartsen neemt toe.

Dit scenario werkt alleen indien er regionale dekking is voor alle sectoren. Om de beschikbare capaciteit van bedrijfsartsen zo efficiënt mogelijk in te zetten zullen sommige sectoren de bedrijfsgezondheidszorg supra-regionaal moeten organiseren. Voorwaarde hierbij is dat de toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg geborgd blijft.

Net als in scenario 1 legt deze aanpak extra werk neer bij de huisartsen die al een hoge werkdruk ervaren.

##### **Draagvlak actoren**

Bij bedrijfsartsen is zeer veel draagvlak voor dit scenario. Zij geven aan behoefte te hebben aan onafhankelijkheid en deskundigheid; dit scenario biedt beide aspecten. De verwachting is dat er ook bij de overige actoren, waaronder de werkgevers- en werknemersorganisaties, draagvlak is voor dit scenario.

Het draagvlak bij zorgverzekeraars zal, afhankelijk van de te behalen winsten per sector/regio, aanwezig zijn. Het draagvlak van de reguliere zorgaanbieders is onzeker.

#### 4.3.4 Financiële effecten van scenario

##### Werkgeverskosten

Dit scenario beoogt verschillende knelpunten te verbeteren waardoor de effectiviteit van de arbeidsgelateerde zorg toeneemt. De verwachting is dat dit een reductie van de verzuimkosten tot resultaat heeft.

In lijn met de huidige inrichting van de arbeidsgelateerde zorg in twee kolommen, ligt het voor de hand dat de kosten voor de introductie van de regionale/ sectorale indeling van de bedrijfsgezondheidszorg bij de werkgever worden belegd. Een risico van het organiseren van de bedrijfsgezondheidszorg op regionaal/ sectoraal niveau is dat er een extra organisatorische laag ontstaat, waardoor de overhead kosten toe nemen. Een voorwaarde van de invoering van dit scenario is dat de overhead kosten gelijk blijven.

Kijkend naar de bovenstaande effecten nemen de werkgeverskosten naar verwachting af. Kanttekening hierbij is de verwachting dat met name een sectorale inrichting binnen de grotere sectoren een reductie is verzuimkosten met zich meebrengt. Dit voordeel zal dus niet overal te behalen zijn.

##### Kosten ZVW

Zorgverzekeraars zullen zich alleen gestimuleerd voelen te investeren in dit model als op de lange termijn de kosten voor de zorgverzekeraar afnemen doordat de verzekerden minder zorg consumeren. De zorgverzekeraar moet wel investeren (deelname sectoraal/regionaal overleg, actief sturen van reguliere zorgaanbieders) om dit te bereiken. Deze winst zal niet overal even hoog zijn en is nog met onzekerheden omgeven. We gaan er daarom vanuit dat de kosten van de zorgverzekeraar in dit scenario onveranderd blijven.

##### Overige maatschappelijke kosten

Dit scenario heeft geen invloed op de arbeidsparticipatie van de niet-werkende beroepsbevolking, zoals Wajongers en werklozen.

Wel hebben de maatregelen die dit scenario treft om de knelpunten te verbeteren effect op de werkende beroepsbevolking.

De effectiviteit van de arbeidsgelateerde zorg neemt naar verwachting toe, waardoor de kosten van de WIA/WAO zullen afnemen. De maatschappelijke kosten zullen hierdoor afnemen.

##### Frictiekosten

Voorwaarde voor dit scenario is dat huidige bedrijfsgezondheidszorg volledig sectoraal of regionaal ingedeeld wordt. Er zijn investeringen nodig om deze ontwikkeling te faciliteren. Een deel van deze kosten kunnen door de sector zelf gedekt worden; dit geldt met name voor grote sectoren, zoals de bouw. Het lijkt erop dat voor de kleinere sectoren de voordelen van het bundelen onvoldoende zijn om dergelijke initiatieven op te starten. Hier zal dus een externe investering nodig zijn.

Ook is het nodig om deskundigheid van bedrijfsartsen op het gebied van specifieke sectoren te vergroten. De ontwikkeling van het opleidingsprogramma en afstemming op de benodigde competenties zal kosten met zich meebrengen.

Om dit scenario over heel Nederland in te voeren is dus een flinke investering nodig.

#### 4.4 Scenario 4: Model zonder bedrijfsarts

In dit scenario verschuiven alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu door de bedrijfsarts worden uitgevoerd naar de reguliere zorg.

##### 4.4.1 Overzicht effecten scenario

Onderstaande tabel geeft weer wat de verwachte effecten zijn van dit scenario. In de paragrafen onder de tabel lichten we deze effecten verder toe.

Knelpunten	Evaluatie scenario
<b>Toegankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegang tot arbeidsgerelateerde zorg bij HA voor gehele beroepsbevolking waardoor toegankelijkheid voor niet-werkenden verbeterd wordt</li> </ul>
<b>Verbinding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op individueel (individuele werknemer) niveau is de verbinding verbeterd omdat deze arbeidsgerelateerde zorg geheel binnen de reguliere zorg geleverd wordt.</li> <li>• De werkgever komt verder af te staan van de arbeidsgerelateerde zorg gericht op het individu.</li> </ul>
<b>Factor arbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aandacht voor factor arbeid wordt verbeterd door: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Module arbeid en proces- en uitkomstindicatoren voor reguliere zorg</li> <li>- Factor arbeid als onderdeel van opleiding HA's en medisch specialisten</li> </ul> </li> <li>• Risico voor borging van de factor arbeid is de afstand tussen de HA en de werkgever: vanuit huisartsenpraktijk is onvoldoende zicht op de situatie op de werkvloer. Dit wordt versterkt doordat er geen bedrijfsarts meer functioneert en daarmee kennis verloren gaat.</li> <li>• Voorwaarde voor borging factor arbeid is voldoende capaciteit bij HA's</li> </ul>
<b>Onafhankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbeterd door overheveling taken naar reguliere zorg</li> </ul>
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie van financiële prikkels en de sturing op indicatoren kan positief effect hebben, mits juist ingericht</li> </ul>

Realiseerbaarheid	Evaluatie scenario
<b>Deskundigheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskundigheid HA's niet goed geborgd: vanuit huisartsenpraktijk is onvoldoende zicht op de situatie op de werkvloer en benodigde kennis is niet reëel om volledig van de huisarts te vragen.</li> </ul>
<b>Capaciteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwachting dat deel van BA's zich omschoolt tot HA</li> <li>• Ondanks toename capaciteit HA's risico op</li> </ul>

	capaciteitstekort door toename taken
<b>Draagvlak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weinig draagvlak voor dit scenario</li> </ul>

Financiële effecten	Evaluatie scenario
<b>Werkgeverskosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stijging bijdrage aan de Zvw heft daling kosten BGZ op</li> <li>Toename door stijging verzuimkosten a.g.v. verminderde effectiviteit van de arbeidsgelateerde zorg</li> </ul>
<b>Kosten Zvw</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stijging kosten/volume door extra taken</li> <li>Stijging kosten per zorgaanpak door verminderde effectiviteit (waaronder medicalisering)</li> </ul>
<b>Overige maatschappelijke kosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afname door betere toegankelijkheid niet-werkende beroepsbevolking</li> <li>Toename door verminderde effectiviteit arbeidsgelateerde zorg</li> <li>Per saldo geen verandering</li> </ul>
<b>Friciekosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kosten stelselwijziging</li> <li>Scholing huisartsen en omscholing bedrijfsartsen</li> </ul>

Tabel 4. Verwachte effecten scenario 4  
HA= huisarts, BA= bedrijfsarts

#### 4.4.2 Mate waarin scenario oplossingen biedt voor knelpunten

##### Toegankelijkheid

Dit scenario verbetert de toegankelijkheid van de arbeidsgelateerde zorg doordat iedere werknemer – evenals de niet werkende beroepsbevolking, en zelfstandigen – toegang tot de arbeidsgelateerde zorg heeft via de huisarts of in sommige gevallen via de medisch specialist. Er vindt een verschuiving van de taken plaats van de bedrijfsgezondheidszorg naar de reguliere zorg. Via de huisarts (of specialist) is volledige toegang mogelijk, een contract tussen een bedrijfsarts en een werkgever is niet meer relevant voor de toegankelijkheid.

Een belangrijke kanttekening hierbij is wel dat huisartsen en medisch specialisten in staat moeten zijn om arbeidsgelateerde klachten te herkennen. Vanuit de interactieve sessie met de experts is hier sterke twijfel over ontstaan.

##### Verbinding

Binnen dit scenario vindt een verschuiving plaats van taken uit de bedrijfsgezondheidszorg naar de reguliere zorg. Gevolg is dat het raakvlak tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg verschuift. De arbeidsgelateerde zorg gericht op het individu wordt in dit scenario volledig onderdeel van de reguliere zorg. Knelpunten rond verbinding binnen de zorg gericht op het individu verdwijnen hiermee. Wel dient van daaruit verbinding gelegd te worden met de werkgever. Doordat de werkgever niet meer, via de bedrijfsarts, automatisch betrokken wordt bij de behandeling van de werknemer, is het risico dat de werkgever op grotere afstand komt te staan dan nu het geval is. Dit kan resulteren in verminderde communicatie en afstemming over de arbeidsgelateerde zorg.

Het UWV / de regelgeving zal bij dit scenario rekening moeten houden met het feit dat de werkgever minder directe invloed op de arbeidsgelateerde zorg kan uitoefenen omdat hij het voor een deel niet meer zelf inkoop. Binnen de huidige

wet- en regelgeving kan de werkgever de sanctie opgelegd krijgen om voor maximaal een jaar het loon van de werknemer door te betalen. Overigens zou de werkgever nog steeds aantoonbaar moeite kunnen doen om de werknemer te begeleiden en te ondersteunen binnen de arbeidsgerelateerde zorg, ook al vindt dit plaats binnen de reguliere zorg

Daarnaast is het – ondanks het uitgangspunt dat de taken die nog zijn belegd bij de werkgever geen medische kennis vereisen – wel van belang ervaring vanuit het zorgpad van de individuele medewerker mee te nemen. Voorwaarde van dit scenario is dan ook dat informatie van individuele werknemers op collectief (werkgevers)niveau verzameld worden zodat het verzuim- en arbobeleid goed toegepast wordt op de behoefte van de groep werknemers.

### **Factor arbeid**

In dit scenario worden alle taken binnen de arbeidsgerelateerde zorg die op het niveau van de individuele werknemer/patiënt worden uitgevoerd naar de reguliere zorg verschoven. Het borgen van de factor arbeid in de reguliere zorg is daarom in dit scenario zeer belangrijk voor de effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg.

Elke huisarts wordt in dit scenario verondersteld arbeidsgerelateerde zorg te leveren en dus aandacht voor de factor arbeid te hebben. Hierbij ontstaan knelpunten:

- De capaciteit bij huisartsen wordt te laag bevonden om aandacht voor de factor arbeid in de reguliere zorg voldoende in te kunnen bedden.
  - conform scenario 1 is het verwachte effect van de module arbeid en indicatoren op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg hierdoor beperkt (zie voor de toelichting de evaluatie van scenario 1).
- Doordat er geen bedrijfsarts meer functioneert in dit scenario komt alle arbeidsgerelateerde zorg bij huisartsen terecht. Hierdoor gaat veel kennis verloren die tot de kern van het aandachtsgebied behoort van de daarvoor opgeleide bedrijfsarts.
- Daarnaast wordt verondersteld dat de huisarts vanuit zijn praktijk niet de benodigde aandacht kan hebben voor de situatie op de werkvloer.

De volgende maatregelen verhogen de aandacht voor de factor arbeid:

- Zorgverzekeraars zijn binnen dit scenario voor een groot deel van de arbeidsgerelateerde zorg de betalende partij. Zij zullen daarom de prikkel voelen te sturen op een zo doelmatig mogelijke inrichting van de zorg.
- Het integreren van de factor arbeid in de opleiding van huisartsen en medisch specialisten zal de kennis over de factor arbeid bij reguliere zorgverleners wel verbeteren. Doordat huisartsen en specialisten in hun opleiding – meer dan nu het geval is – kennis verwerven over arbeidsgerelateerde aandoeningen en behandeling, hebben zij binnen de diagnose en behandeling meer aandacht voor een snelle terugkeer naar werk.

### **Onafhankelijkheid**

De onafhankelijkheid wordt verbeterd doordat de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de arbeidsgerelateerde zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar en niet meer wordt gecontracteerd door de werkgever. Een dergelijke overheveling van taken maakt een einde aan de rolonduidelijkheid van de bedrijfsarts. Bij klachten is er immers sprake van een eerstelijns aanbieder of een medisch specialist die zich eenduidig zal oriënteren op de situatie vanuit het perspectief van de werknemer/patiënt.

## Transparantie

De introductie van financiële prikkels en indicatoren in dit scenario vergroot de transparantie van de zorg.

### 4.4.3 Realiseerbaarheid van scenario

#### Deskundigheid actoren

De deskundigheid van de reguliere zorgverleners, met name de huisarts, is in dit scenario niet goed geborgd. Het wordt betwijfeld of de reguliere zorg in staat is de taken van een bedrijfsarts uit te voeren:

- Vanuit zijn praktijk heeft de huisarts onvoldoende zicht op de situatie op de werkvloer.
- Daarnaast is het niet reëel aan te nemen dat de kennis van de huisartsen op korte termijn, gegeven de bestaande capaciteit, op het gebied van arbeidsgerelateerde aandoeningen en op het gebied van relevante wet- en regelgeving voldoende zal zijn. Om als bedrijfsarts aan de slag te mogen, dient immers na de opleiding tot basisarts een volwaardige specialisatie te worden afgerond.

Een belangrijke voorwaarde voor dit scenario is dat een uitgebreid trainingsaanbod flankerend beschikbaar dient te zijn om zorgprofessionals handvaten te bieden invulling te geven aan deze verantwoordelijkheden binnen de arbeidsgerelateerde zorg.

#### Capaciteit actoren

De eerstelijns heeft op dit moment een zeer uitgebreid takenpakket. Het wordt betwijfeld of er voldoende capaciteit bij huisartsen is om de extra taken op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg uit te voeren. Ook wordt verwacht dat de aantrekkelijkheid van het beroep afneemt door deze uitbreiding van taken. Dit verlaagt de instroom voor de opleiding tot huisarts waardoor de capaciteit van huisartsen afneemt.

In dit scenario neemt de vraag naar bedrijfsartsen af. Hierdoor zullen de huidige bedrijfsartsen genoodzaakt zijn om zich om te scholen richting een ander vakgebied. Als een deel van deze bedrijfsartsen zich omschoolt tot huisarts, kan het tekort aan capaciteit bij huisartsen deels worden opgevangen.

#### Draagvlak actoren

Dit scenario heeft grote implicaties voor bedrijfsartsen, huisartsen en overige reguliere zorgverleners. Er is bij geen van deze zorgverleners draagvlak voor dit scenario, omdat er volgens deze groepen onvoldoende capaciteit en deskundigheid aanwezig is en zij verwachten dat de effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg afneemt.

Ook bij zorgverzekeraars is naar verwachting geen draagvlak voor dit scenario. Zij zien een forse kostenstijging van de Zvw waarbij het de vraag is of deze kostenstijging bijdraagt aan een kostendaling elders. Daarbij slaan de baten niet per se neer bij dezelfde partij die de kosten maakt (werkgever versus zorgverzekeraar). De zorgverzekeraar is niet geneigd te investeren als het alleen maar geld kost. Een belangrijke voorwaarde voor zorgverzekeraars is dat zij zich beloofd voelen voor de investering. In theorie zou dit zo moeten zijn:

- Zorgverzekeraars hebben zorgplicht ten opzichte van hun verzekerden zodra een aanspraak is opgenomen in het Besluit Zorgverzekeringen. Hiermee is de

zorgverzekeraar gehouden om voldoende toegankelijke kwalitatief goede (arbeidsgerelateerde) zorg te leveren.

- Werken draagt in verreweg de meeste gevallen bij aan de gezondheid, en langer verzuim gaat gepaard met hogere zorgkosten.

Dit scenario vergt met andere woorden van de zorgverzekeraars dat zij een lange termijn strategie hanteren in het denken over investeren in de factor arbeid, om uiteindelijk de baten (verminderde schadelast) daarvan te ondervinden.

Draagvlak bij de werkgevers is onzeker. De verwachting is dat het verliezen van de controle op de kwaliteit van de arbeidsgerelateerde zorg, niet in het voordeel van dit scenario spreekt.

#### 4.4.4 Financiële effecten van scenario

##### Werkgeverskosten

De overheveling van taken van de bedrijfsgezondheidszorg naar de reguliere zorg heeft een kostendalend effect op de bedrijfsgezondheidszorg. Slechts de taken die op ondernemingsniveau worden uitgevoerd zullen onderdeel blijven van de bedrijfsgezondheidszorg en direct worden bekostigd door de werkgever. Om de kostenstijging van de Zvw te bekostigen zal naar verwachting de werkgeversbijdrage voor de Zvw stijgen. Per saldo zullen de kosten voor de arbeidsgerelateerde zorg voor de werkgever gelijk blijven.

Doordat de factor arbeid in de reguliere zorg onvoldoende geborgd is, is de verwachting dat de arbeidsgerelateerde zorg in dit scenario aan effectiviteit verliest.

- Mede doordat de reguliere zorgverleners geen directe incentive hebben om werkhervatting te bevorderen; zij zullen de patiënt eerder “ziek thuis laten zijn”. Dit heeft een stijging van de verzuimkosten tot gevolg.
- Daarnaast komt in dit scenario de functie van bedrijfsarts, zoals hij in de huidige situatie wordt uitgevoerd, te vervallen. Hiermee gaat een expertisegebied verloren en vervalt de verbinding tussen de arbeidsgerelateerde zorg en de sociale geneeskunde. Dit gaat mogelijk ten koste van de preventie op collectief niveau.

##### Kosten ZVW

De taakverschuiving die in dit scenario plaats vindt zal een kostenverhogend effect hebben op de Zvw:

- De verschuiving van een deel van de bedrijfsgezondheidszorg naar de reguliere zorg heeft een fors kostenverhogend effect op de Zvw. Om dit te bekostigen kan een verhoging van de bijdrage van de werkgever voor de Zvw nodig zijn. Hiervoor zijn verschillende constructies te bedenken waarbij de extra bijdrage vanuit de werkgever geormerkt wordt voor arbeidsgerelateerde zorg of dat het met de rest van de inkomensafhankelijke premie in het Zvw-fonds terecht komt. Een mogelijk risico van de laatste optie is dat de extra bijdrage aan niet-arbeidsgerelateerde zorg wordt besteed en de arbeidsgerelateerde zorg onvoldoende aandacht krijgt.
- Een risico van een gehele taakverschuiving naar de reguliere zorg is medicalisering. Dit wordt veroorzaakt doordat de huisarts minder dan de bedrijfsarts de prikkel voelt om de patiënt weer aan het werk te krijgen. Bij de zorgverleners – huisartsen en specialisten – moet voldoende kennis aanwezig zijn over arbeidsgerelateerde zorg om adequate diagnostiek en behandeling in te zetten en overmatig gebruik te voorkomen.

In de huidige situatie worden bepaalde taken binnen de arbeidsgerelateerde zorg uitgevoerd door zowel de bedrijfsarts als de huisarts. Door verschuiving van de gele arbeidsgerelateerde zorg naar de eerstelijns zal deze dubbeling vervallen met efficiëntiewinst als resultaat. De verwachting is dat deze ontdubbeling niet opweegt tegen de extra kosten die worden gemaakt.

#### **Overige maatschappelijke kosten**

De toegankelijkheid en effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg hebben invloed op de maatschappelijke kosten. De populatie van werkende arbeidsgeschikte mensen wordt in potentie vergroot door verbeterde toegankelijkheid voor de niet (geheel) werkende beroepsbevolking. De verwachting is dat hierdoor de werkende beroepsbevolking toeneemt, waardoor de maatschappelijke kosten afnemen. De verwachting is wel dat de effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg afneemt waardoor per saldo de maatschappelijke kosten niet zullen veranderen.

#### **Friciekosten**

Voorwaarde voor dit scenario is dat het huidige stelsel rond arbeidsgerelateerde zorg heringedeeld wordt. Er is een investering nodig om deze stelselwijziging te financieren. Behoud van kwaliteit tijdens de overgangsfase is hierbij essentieel.

Tevens zal de bijscholing van huisartsen en specialisten op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg eenmalig kosten met zich meebrengen. Daarnaast moet, om de kennis duurzaam te borgen, de factor arbeid worden geïncorporeerd in het opleidingsprogramma van huisartsen en medisch specialisten. Omdat de benodigde capaciteit van bedrijfsartsen afneemt zijn er tevens investeringen nodig om bedrijfsartsen om te scholen.

### **4.5 Scenario 5: Specialisering binnen de eerstelijns**

De kern van dit scenario is de vorming van gespecialiseerde eerstelijns (huisartsen) of anderhalvelijns praktijken die zich toeleggen op behandeling van werkgerelateerde klachten in combinatie met de reguliere zorg.

#### **4.5.1 Overzicht effecten scenario**

Onderstaande tabel geeft weer wat de verwachte effecten zijn van dit scenario. In de paragrafen onder de tabel lichten we deze effecten verder toe.

<b>Knelpunten</b>	<b>Evaluatie scenario</b>
<b>Toegankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegang tot arbeidsgerelateerde zorg in eerstelijns voor gehele beroepsbevolking waardoor toegankelijkheid voor niet-werkenden verbeterd wordt</li> </ul>
<b>Verbinding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op individueel (individuele werknemer) niveau is de verbinding verbeterd omdat deze arbeidsgerelateerde zorg geheel binnen de reguliere zorg geleverd wordt.</li> <li>• De werkgever komt verder af te staan van de arbeidsgerelateerde zorg gericht op het individu.</li> </ul>
<b>Factor arbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factor arbeid verbetert door AG's en gespecialiseerde HA's in eerstelijns</li> <li>• Arbeidsgerelateerde zorg past in generalistische aanpak eerstelijns</li> <li>• Positief effect proces- en uitkomstindicatoren voor</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>reguliere zorg</li> <li>Risico voor borging van de factor arbeid is de afstand tussen de zorgverlener en de werkgever: vanuit de eerstelijns is onvoldoende zicht op de situatie op de werkvloer</li> </ul>
<b>Onafhankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbeterd door overheveling taken naar reguliere zorg</li> </ul>
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introductie van financiële prikkels en de sturing op indicatoren kan positief effect hebben, mits juist ingericht</li> </ul>

Realiseerbaarheid	Evaluatie scenario
<b>Deskundigheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bijscholing HA's en BA's nodig</li> </ul>
<b>Capaciteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Naar verwachting is er bij HA's voldoende capaciteit om extra taken op te pakken; slechts deel van HA's zal zich specialiseren in arbeidsgerelateerde zorg en de capaciteit versterkt doordat bedrijfsartsen binnen deze gespecialiseerde praktijken plaatsnemen</li> </ul>
<b>Draagvlak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neutraal</li> </ul>

Financiële effecten	Evaluatie scenario
<b>Werkgeverskosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lichte afname door daling kosten BGZ, ondanks stijging bijdrage Zvw</li> <li>Afname door daling verzuimkosten a.g.v. effectiviteitwinst arbeidsgerelateerde zorg</li> </ul>
<b>Kosten Zvw</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stijging volume door extra taken</li> </ul>
<b>Overige maatschappelijke kosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daling kosten door effectiviteitwinst arbeidsgerelateerde zorg en verbeterde toegankelijkheid voor niet-werkenden</li> </ul>
<b>Frictiekosten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kosten stelselwijziging</li> <li>Scholing huisartsen en bedrijfsartsen</li> </ul>

Tabel 5. Verwachte effecten scenario 5  
 HA= huisarts, BA= bedrijfsarts, AG= arbeidsgeneeskundige eerstelijns

#### 4.5.2 Mate waarin scenario oplossingen biedt voor knelpunten

##### Toegankelijkheid

Conform scenario 4 verbetert dit scenario de toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg door de verschuiving van de taken van de bedrijfsgezondheidszorg naar de reguliere zorg. De gemaakte kanttekening bij het vierde scenario wordt binnen dit scenario (deels) weggenomen doordat niet alle huisartsen zich hoeven toe te leggen op de arbeidsgerelateerde zorg en daarnaast de bedrijfsartsen een rol blijven spelen in dit scenario doordat zij kennis naar de reguliere zorg overbrengen.

##### Verbinding

Net als bij scenario 4 verschuift de taakverdeling binnen de arbeidsgerelateerde zorg waardoor ook nu het risico bestaat dat de werkgever wat op afstand komt te staan. Ook nu dient het UWV / de regelgeving bij dit scenario rekening te houden met het feit dat de werkgever minder directe invloed op de arbeidsgerelateerde zorg kan uitoefenen omdat hij het voor een deel niet meer zelf inkoop.

Een positief effect op de verbinding heeft het element dat kennis van de bedrijfsarts terecht komt binnen de reguliere zorg waardoor de stap richting de werkgever makkelijker gemaakt zal worden.

### **Factor arbeid**

In dit scenario worden alle taken binnen de arbeidsgelateerde zorg die op het niveau van de individuele werknemer/patiënt worden uitgevoerd naar de reguliere zorg verschoven. Het borgen van de factor arbeid in de reguliere zorg is daarom in dit scenario, evenals in scenario 4, zeer belangrijk voor de effectiviteit van de arbeidsgelateerde zorg. Naast de maatregelen beschreven in scenario 4, heeft dit scenario een bredere uitwerking op de kennis van de factor arbeid:

- Door de verschuiving van bedrijfsartsen naar de reguliere zorg wordt de kennis over de factor arbeid vergroot.
- Er wordt in scenario 5 minder beslag gelegd op de capaciteit van de huisartsen dan in scenario 4 omdat de bedrijfsarts hier deel voor actief is.
- Niet alle huisartsen hoeven zich toe te leggen op de arbeidsgelateerde zorg.
- Integratie van bedrijfsartsen en eerstelijns zorg verbetert de effectiviteit van arbeidsgelateerde zorg. Zowel de eerstelijns als de bedrijfsgezondheidszorg zijn gericht op het geheel van factoren dat van invloed is op de klachten en het functioneren van de patiënt (o.a. in termen van arbeidsparticipatie). Werkgerelateerde klachten worden gekenmerkt door een samenkomst van factoren die van nature goed opgelost lijken te kunnen worden vanuit een generalistisch of multidisciplinair perspectief.
- De introductie van proces- en uitkomstindicatoren op het gebied van arbeidsgelateerde zorg in de reguliere zorg zullen meer effect hebben dan in scenario 4 doordat minder beslag wordt gelegd op de capaciteit van de huisartsen.

De verbetering van de kennis over de factor arbeid in de eerstelijns zorg heeft een positief effect op de effectiviteit van de arbeidsgelateerde zorg. Populatiebepaling versterkt dit effect en stimuleert tevens om taken efficiënt te beleggen.

Risico voor borging van de factor arbeid is de afstand tussen de zorgverlener en de werkgever: vanuit de eerstelijns is onvoldoende zicht op de situatie op de werkvloer. Hierdoor zal de eerstelijns minder kennis hebben over het functioneren van de werknemer op het werk en de relatie tussen werkgever en werknemer. Dit kan belemmeren bij het stellen van de juiste diagnose, het inzetten van een adequate behandeling en het begeleiden van de werkhervatting.

Dit scenario focust op de arbeidsgelateerde zorg voor de individuele patiënt. Hierbij staat duurzame inzetbaarheid niet centraal, waardoor populatiegerichte interventies moeilijk van de grond zullen komen.

### **Onafhankelijkheid**

De onafhankelijkheid wordt verbeterd doordat de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de arbeidsgelateerde zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar en niet meer wordt gecontracteerd door de werkgever.

### **Transparantie**

De introductie van financiële prikkels en indicatoren in dit scenario vergroot de transparantie van de zorg.

### 4.5.3 Realiseerbaarheid van scenario

#### Deskundigheid actoren

Dit scenario verwacht van een deel van de huisartsen dat zij taken op het gebied van arbeidsgelateerde zorg oppakken en van bedrijfsartsen dat zij taken op het gebied van de eerstelijns curatieve zorg oppakken.

- Op dit moment is er te weinig kennis bij huisartsen – zowel op gebied van arbeidsgelateerde aandoeningen als op het gebied van relevante wet- en regelgeving – om deze taken op te pakken. Een voorwaarde voor dit scenario is daarom dat een uitgebreid trainingsaanbod beschikbaar dient te zijn om de relevante groep huisartsen handvaten te bieden invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid.
- Voor bedrijfsartsen is een trainingsprogramma gericht op de huisartsgeneeskundige zorg nodig om de benodigde kennis en vaardigheden te verwerven voor de eerstelijns curatieve zorg.

Dit scenario vergt van de zorgverzekeraars dat zij een lange termijn strategie hanteren in het denken over investeren in de factor arbeid, om uiteindelijk de baten (verminderde schadelast) daarvan te ondervinden.

#### Capaciteit actoren

Alleen huisartsen die zich willen specialiseren in arbeidsgelateerde zorg zullen dit oppakken. Daarnaast wordt de capaciteit versterkt doordat bedrijfsartsen binnen deze gespecialiseerde praktijken plaatsnemen. De verwachting is daarom dat de capaciteit bij huisartsen geen groot probleem is.

#### Draagvlak actoren

Tijdens de interactieve sessie is weinig draagvlak uitgesproken voor dit scenario. Het scenario brengt grote wijzigingen met zich mee en daarom zullen de partijen niet snel geneigd zijn om zich positief over dit voorstel uit te spreken.

Bij werkgever is waarschijnlijk wel draagvlak voor dit scenario. Zij zien een daling van de kosten voor de bedrijfsgezondheidszorg (die mogelijk deels gecompenseerd wordt door een stijging van de werkgeversbijdrage voor de Zvw) en een verbetering van de efficiëntie en effectiviteit. De verwachting is dat dit opweegt tegen het verlies van grip op de kwaliteit van de arbeidsgelateerde zorg.

### 4.5.4 Financiële effecten van scenario

#### Werkgeverskosten

De overheveling van taken van de bedrijfsgezondheidszorg naar de reguliere zorg heeft een kostendalend effect op de bedrijfsgezondheidszorg. Slechts de taken die op ondernemingsniveau worden uitgevoerd zullen onderdeel blijven van de bedrijfsgezondheidszorg en direct worden bekostigd door de werkgever. Om de kostenstijging van de Zvw te bekostigen zal naar verwachting de werkgeversbijdrage voor de Zvw stijgen. Door efficiëntie- en effectiviteitswinst zal de daling in kosten groter zijn dan de stijging van de werkgeversbijdrage voor de Zvw waardoor de overall kosten voor de arbeidsgelateerde zorg voor de werkgever afnemen.

**Kosten ZVW**

De taakverschuiving die in dit scenario plaatsvindt zal een kostenverhogend effect hebben op de Zvw. Om dit te bekostigen is een verhoging van de bijdrage van de werkgever voor de Zvw nodig zijn.

**Overige maatschappelijke kosten**

De verwachting is dat de verschuiving van taken overall een kostenbesparend effect heeft op de totale kosten van arbeidsgerelateerde zorg (kosten Zvw en bedrijfsgezondheidszorg samen):

- De verbetering van de kennis over de factor arbeid in de eerstelijns zorg heeft een positief effect op de effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg. Populatiebepoortiging versterkt dit effect en stimuleert tevens om om taken efficiënt te beleggen.
- In de huidige situatie worden bepaalde taken binnen de arbeidsgerelateerde zorg uitgevoerd door zowel de bedrijfsarts als de huisarts. Door integratie van de bedrijfsarts in de eerstelijns zal deze dubbeling vervallen met efficiëntiewinst als resultaat.

De maatschappelijke kosten zullen in dit scenario verder afnemen door een toename van de toegankelijkheid en effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg. De populatie van werkende arbeidsgeschikte mensen wordt in potentie vergroot door de volgende effecten:

- Ook de niet (geheel) werkende beroepsbevolking – zoals werklozen en Wajongeren – krijgt binnen dit scenario toegang tot zorg waarbij aandacht voor de factor arbeid een prominente rol speelt. De verwachting is dat hierdoor de werkende beroepsbevolking toeneemt, waardoor de maatschappelijke kosten afnemen.

**Frictiekosten**

Voorwaarde voor dit scenario is dat huidige stelsel rond arbeidsgerelateerde zorg heringedeeld wordt. Er is een investering nodig om deze ontwikkeling te faciliteren. Behoudt van kwaliteit tijdens de overgangsfase is hierbij essentieel.

Tevens zal de bijscholing van huisartsen en bedrijfsartsen eenmalig kosten met zich meebrengen. Daarnaast moet, om de kennis duurzaam te borgen, de factor arbeid worden geïncorporeerd in het opleidingsprogramma van huisartsen.

## 5. Conclusies

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft KPMG Plexus de vraag gesteld om een evaluerende studie uit te voeren om in kaart te brengen in welke mate de aangedragen scenario's oplossingen bieden voor de gesignaleerde knelpunten. Om hier goed antwoord op te kunnen geven is ook gekeken naar de realiseerbaarheid en financiële effecten van de verschillende scenario's.

Kort de vijf scenario's op een rij:

- Scenario 1: Aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem. Binnen dit scenario vindt een aantal wijzigingen plaats met betrekking tot de uitvoering van de taken binnen de arbeidsgerelateerde zorg. De taken zelf blijven uitgevoerd door de actoren die dit binnen de huidige situatie ook al doen.
- Scenario 2: Klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn. Dit scenario introduceert een klinisch arbeidsgeneeskundige als volwaardig onderdeel van de tweedelijns zorg.
- Scenario 3: Sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg. In dit scenario wordt de bedrijfsgezondheidszorg ingericht op regio/sector niveau.
- Scenario 4: Model zonder bedrijfsarts. In dit scenario verschuiven alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu door de bedrijfsarts worden uitgevoerd naar de reguliere zorg.

Scenario 5: Specialisering binnen de eerstelijns. De kern van dit scenario is de vorming van gespecialiseerde eerstelijns (huisartsen) of anderhalvelijns praktijken die zich toeleggen op behandeling van werkgerelateerde klachten in combinatie met de reguliere zorg. Om tot beantwoording van de vraag te komen zijn verschillende stappen gezet. De scenario's en beoordelingscriteria zijn uitgewerkt en aangescherpt. Vervolgens zijn de scenario's op basis van de input uit een interactieve beoordelingssessie met inhoudelijke experts geëvalueerd. Voor een goede interpretatie van deze evaluatie is het volgende belangrijk om mee te nemen:

- De beoordelingssessie heeft plaatsgevonden met een selectie van inhoudelijk experts. Als gevolg hiervan is het niet mogelijk een volledig afgewogen beeld te krijgen van alle betrokken actoren binnen de arbeidsgerelateerde zorg. KPMG Plexus kan daarom geen uitspraken doen over de mate waarin de mening van de betrokken inhoudelijk experts representatief is voor de overige actoren die betrokken zijn bij de arbeidsgerelateerde zorg.
- Op verzoek van SZW lag de focus op experts die werkzaam in het veld. De belangrijkste partijen binnen de arbeidsgerelateerde zorg die niet zijn betrokken bij dit onderzoek zijn: werkgevers- en werknemersorganisaties, inkomensverzekeraars en patiëntenbelangenverenigingen.

### 5.1 Conclusies

Enkele belangrijke algemene conclusies van de evaluatie zijn:

- Geen enkel scenario scoort op alle criteria alleen maar positief;
- Verschillende knelpunten en bijbehorende oplossingen hebben een groter of minder groot effect op de uiteindelijke verwachte effectiviteit en efficiëntie van de arbeidsgerelateerde zorg. Zo heeft bijvoorbeeld een verbetering van de kennis van de factor arbeid binnen de reguliere zorg een groter effect op de verwachte effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg dan een verbetering van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts;

- Naarmate een scenario grotere wijzigingen voorstelt ten aanzien van de werkwijze en positie van de betrokken inhoudelijke expert, is een duidelijke afname in draagvlak waarneembaar. Deze afname in draagvlak ligt niet direct in lijn met de score van de oplossingen op de geconstateerde knelpunten.

Onderstaande tabel geeft een samenvatting weer van de verwachte score van elk scenario op de verschillende beoordelingscriteria<sup>28</sup>. De scores<sup>29</sup> in de tabel zijn tot stand gekomen door een analyse van KPMG Plexus op de beoordeling van de vijf scenario's zoals weergegeven in hoofdstuk 4.

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4	Scenario 5
<b>Mate van oplossingen voor knelpunten</b>					
Toegankelijkheid	+	+	+	++	++
Verbinding	0	+	+	+	++
Factor arbeid	+	+	++	-	++
Onafhankelijkheid	0	0	+	++	++
Transparantie	0	0	+	+	+
<b>Realiseerbaarheid</b>					
Deskundigheid bij actoren	0	+	+	--	0
Capaciteit bij actoren	0	+	+	--	0
Draagvlak bij actoren	+	++	++	--	0
<b>Financiële effecten</b>					
Werkgeverskosten	0	+	+	-	+
Kosten ZVW	0	-	0	-	-
Overige maatschappelijke kosten	+	++	++	0	++
Frictiekosten	0	0	-	--	--

Tabel 6. Samenvattende tabel beoordeling scenario's

Een korte toelichting op de evaluatie van de verschillende scenario's op de beoordelingscriteria:

#### Mate van oplossingen voor knelpunten

- De toegankelijkheid tot de arbeidsgelateerde zorg voor de niet-werkende beroepsbevolking neemt toe in scenario 4 en 5 en in mindere mate in de overige scenario's. De toename van de toegankelijkheid in scenario 1, 2 en 3 wordt verklaard door de invoering van een verplicht arbospreekuur.
- Het grootste effect op de verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg vindt plaats in scenario 4 en 5 door een verschuiving van arbeidgerelateerde zorg op individueel niveau naar de eerstelijnszorg. De klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweedelijns in scenario 2 en de ketenbrede aanpak van sectorspecifieke aandoeningen in scenario 3 hebben tevens een positief effect op de verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg. Een belangrijk openstaand punt is de mate waarin de zorgverzekeraars als (lange termijn) strategie geloven in het investeren in

<sup>28</sup> Zie voor een uitleg van de beoordelingscriteria paragraaf 3.2

<sup>29</sup> De score dient als volgt geïnterpreteerd te worden:

-- significant minder positief resultaat dan in huidige situatie  
 - minder positief resultaat dan in huidige situatie  
 0 conform huidige situatie  
 + positiever resultaat dan in huidige situatie  
 ++ significant positieve resultaat dan in huidige situatie

snelle terugkeer van de werknemer op de werkvloer en dus sturend optreden in scenario 1, 2 en 3 richting de reguliere zorgaanbieders.

- Met name de klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweedelijns (scenario 2) en de vorming van gespecialiseerde eerstelijns (huisartsen) of anderhalvelijns praktijken (scenario 5) hebben een positief effect op kennis van de factor arbeid in de reguliere zorg.
- De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts (of eigenlijk de actor die deze zorg verleent) verbetert significant in scenario 4 en 5 doordat de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de arbeidsgerelateerde zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar en niet meer wordt gecontracteerd door de werkgever.
- De transparantie over de markt voor arbeidsgerelateerde zorg wordt in alle scenario's in meer of mindere mate vergroot door introductie van uitkomst- en procesindicatoren.

### **Realiseerbaarheid**

- Scenario 1 vereist de minste verandering t.o.v. de huidige situatie. Dit scenario scoort hierdoor het beste op realiseerbaarheid, deskundigheid en draagvlak.
- Bij bedrijfsartsen is er echter het meeste draagvlak voor scenario 2 en 3: deze scenario's bieden specialisatie voor bedrijfsartsen waardoor de carrièremogelijkheden van het beroep vergroot worden. Hierdoor neemt de aantrekkelijkheid van het vakgebied toe wat een oplossing biedt voor het groeiend capaciteitsprobleem.
- Voor scenario 4 is weinig draagvlak bij betrokken actoren. Dit scenario vraagt om een forse deskundigheidstoename bij huisartsen.
- Voor scenario 5 is, ondanks de positieve effecten op de effectiviteit en toegankelijkheid, op dit moment weinig draagvlak onder actoren. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de belangrijke wijzigingen die in dit scenario plaatsvinden.

### **Financiële effecten**

- De efficiëntiewinst als gevolg van de maatregelen van de scenario's is leidend voor de totale kosten van de arbeidsgerelateerde zorg. Efficiëntiewinst heeft een kostenverlagend effect op zowel verzuimkosten, kosten van de arbeidsgerelateerde zorg (in zowel reguliere zorg als BGZ) als de maatschappelijke kosten. In scenario 2,3 en 5 wordt de grootste efficiëntiewinst verwacht.
- In scenario 4 en 5 vinden grote verschuivingen tussen werkgeverskosten en kosten Zvw plaats als gevolg van stelselwijzigingen. Dit heeft niet per definitie een kostenverlagend effect voor werkgever: om de kostenstijging van de Zvw te bekostigen zal naar verwachting de werkgeversbijdrage voor de Zvw stijgen.
- Scenario 3,4 en 5 brengen belangrijke wijzigingen in de huidige werkwijze met zich mee. Dit gaat gepaard met frictiekosten.

## **5.2 Tot slot**

Binnen deze scenariostudie onderzoeken we vijf scenario's. Elk scenario stelt maatregelen voor om de huidige situatie van arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren. De combinatie van uitkomsten van de beoordeling aan de ene kant en draagvlak bij actoren aan de andere kant, maakt dat een combinatie van maatregelen van verschillende scenario's de moeite waard van het onderzoeken is. Door scenario's te combineren kunnen knelpunten worden opgelost en tegelijk de (financiële) haalbaarheid vergroot worden. Het meest voor de hand naar aanleiding

van de beoordelingssessie, ligt een combinatie tussen de scenario's 1,2 en 3. In een vervolgfase kan het effect van combinaties van scenario's in meer detail onderzocht worden.

Optimalisatie van de arbeidsgerelateerde zorg gaat mogelijk gepaard met grotere wijzigingen binnen de arbeidsgerelateerde zorg dan de wijzigingen zoals voorgesteld in scenario 1, 2 en 3. Met name scenario 5 komt op basis van rationele argumentatie positief uit de analyse. Het ontbreekt echter aan draagvlak. Via doorrekeningen kunnen de effecten van scenario 5 in kaart gebracht worden waardoor draagvlak vergroot kan worden. Het ontbreken van draagvlak voor veranderingen onder diegenen wiens werk het betreft is immers geen onbekend fenomeen: elke verandering roept weerstand op.



## 6. Bijlagen

### Bijlage A. Kosten en betrokken partijen arbeidsgerelateerde zorg

*In deze bijlage geven we een beschrijving van de kosten van de arbeidsrelevante aandoeningen in Nederland en een overzicht van de partijen die betrokken zijn bij de arbeidsgerelateerde zorg.*

#### Kosten arbeidsrelevante aandoeningen

De totale kosten per jaar in Nederland als gevolg van arbeidsrelevante aandoeningen worden geschat op 25,8 miljard euro<sup>30</sup>. De kosten van arbeidsrelevante aandoeningen zijn in deze schatting opgesplitst in verschillende categorieën; de kosten van verzuim, de kosten van verminderde arbeidsproductiviteit (ook wel presenteïsme genoemd), de kosten vanuit de WIA/WAO door uitstroom uit arbeid, en kosten van de reguliere gezondheidszorg. De kosten van de eerste 3 categorieën slaan neer op de werkgever (en via premies voor de WIA/WAO ook deels bij de werknemer). De kosten voor de reguliere gezondheidszorg vallen onder de dekking van de zorgverzekering (Zvw en onderliggende wetgeving) en slaan daarmee indirect neer op de werkgever en werknemer. Hieronder staan de kosten per categorie toegelicht:

- Gemiddeld verzuimt een Nederlandse werknemer 7,5 dag per jaar. Dit komt neer op ongeveer 13 miljard aan verzuimkosten per jaar voor heel Nederland<sup>31</sup>.
- Uit onderzoek blijkt dat verminderde arbeidsproductiviteit ook hoge kosten voor de werkgever met zich mee te brengt. Een schatting toont dat kosten voor verminderde arbeidsproductiviteit door maag- en darmstoornissen 1,6 miljard euro per jaar zijn, voor hoofdpijnklachten 1,4 miljard euro per jaar en voor luchtwegproblemen zoals astma en COPD 1,2 miljard euro per jaar<sup>32</sup>.
- Als een werknemer vanwege zijn gezondheidsklachten uitvalt uit het arbeidsproces komt hij in de WIA (voorheen WAO)<sup>33</sup>. In 2008 bedroegen de kosten van de WIA en WAO uitkeringen samen ruim 11,2 miljard euro.
- De kosten voor de gezondheidszorg voor de werkende beroepsbevolking worden geschat op 9,3 miljard euro per jaar<sup>34</sup>.

#### Betrokken partijen arbeidsgerelateerde zorg

Om aan te geven welke partijen er betrokken zijn bij de arbeidsgerelateerde zorg, maken we onderscheid tussen de vraagzijde en de aanbodzijde:

- **Vraagzijde: werkgever en werknemer**  
De vraagzijde bestaat uit de werkgever en de werknemer. Zij formuleren (al dan niet samen) een zorgvraag. Deze vraag wordt (direct of via een verzekeraar) 'neergelegd' bij de zorgaanbieders die zich aan de aanbodzijde bevinden.

<sup>30</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

<sup>31</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

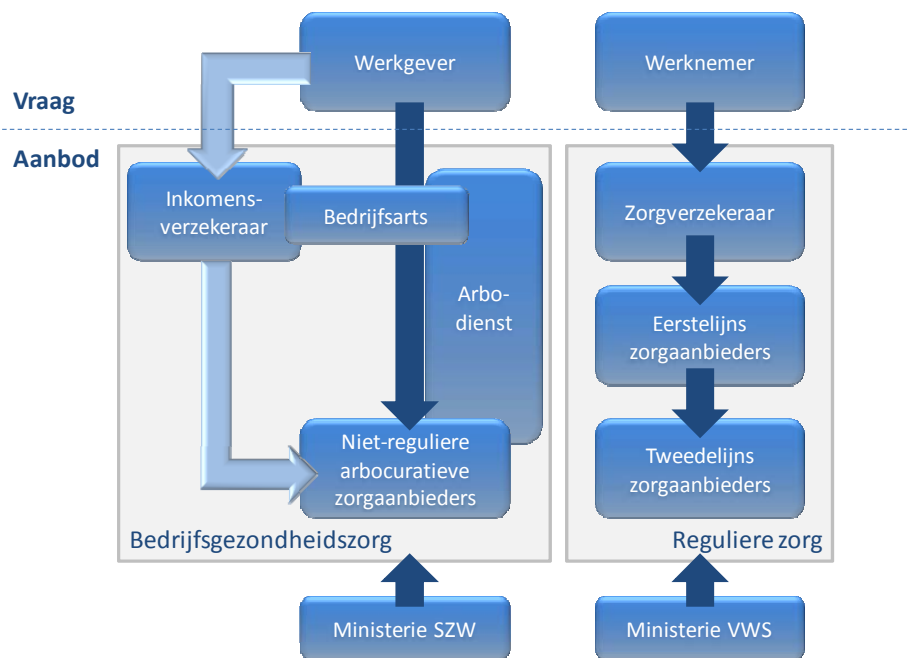
<sup>32</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

<sup>33</sup> Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) is een Nederlandse wet die op 29 december 2005 in werking is getreden en is de opvolger van de WAO.

<sup>34</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

- Aanbodzijde: diverse partijen, georganiseerd in 2 ‘kolommen’**  
 De verzekeraars, reguliere zorgaanbieders, bedrijfsartsen en andere arbodeskundigen, arbodiensten en re-integratie bedrijven vormen de aanbodzijde. De aanbodzijde is georganiseerd in twee kolommen, die op verschillende manieren worden gefinancierd. De ene kolom wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)<sup>35</sup>, welke valt onder de verantwoordelijkheid van VWS. De andere kolom – de bedrijfsgezondheidszorg wordt door de werkgevers betaald. In sommige gevallen betrekken aanbieders financiering van beide kolommen. Het beleid ten aanzien van de reguliere zorg wordt ontwikkeld door VWS, terwijl de bedrijfsgezondheidszorg een aandachtsgebied is van SZW.

Onderstaand figuur is een schematische weergave van de vraag- en aanbodzijde. In de volgende paragrafen wordt beknopt ingegaan op de actoren, hun taken en hun belangen.



Figuur 8. Schematische weergave vraag- en aanbodzijde van de arbeidsgerelateerde zorg

### I. De werkgever en werknemer

De werkgever en de werknemer zijn via de Wet verbetering Poortwachter (WVP) en de Arbeidsomstandigheden wet (Arbowet) samen aan zet om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. De werkgever is uiteindelijk verantwoordelijk. Het doel is om de gezondheid en veiligheid van werknemers te bevorderen.

<sup>35</sup> Waar ook de werkgevers aan bijdragen.

- **Werkgevers**

Werkgevers moeten de risico's van het werk in kaart brengen, verbeteringen voorstellen en het gevoerde beleid evalueren: de RIE-procedure (ook wel RI&E: risico-inventarisatie & -evaluatie). Zij moeten voorlichting en instructies geven over deze risico's en over de maatregelen die daartegen genomen zijn. Vooral jeugdigen verdienen hier extra aandacht.

Door een wijziging van de Arboret mag elke werkgever sinds 1 juli 2005 zelf kiezen of hij een gecertificeerde arbodienst (vangnetregeling) of een gecertificeerde arbodeskundige (arbeids en organisatiedeskundige, veiligheidkundige, arbeidshygiënist of bedrijfsarts) inschakelt voor uitvoering van de arbotaken.

De werkgever kent relatief hoge kosten en risico's voor een zieke werknemer. Deze kosten bestaan uit verzuimkosten en kosten voor loondoorbetaling. Wanneer een werkgever naar de mening van het UWV te weinig heeft gedaan om zijn werknemer uit de WIA te houden, kan deze als sanctie opgelegd krijgen dat de loondoorbetalingsperiode met maximaal een jaar verlengd wordt. De werkgever heeft hiermee een prikkel om ziekte te voorkomen, zijn verzuim- en arbobeleid te optimaliseren en hierdoor verzuim zo kort mogelijk te houden. Grotere bedrijven dragen de kosten en risico's zelf, terwijl veel MKB-bedrijven een verzuimverzekeraar inzetten om de kosten en risico's te dekken.

- **Werknemers**

Werknemers moeten de veiligheidsinstructies opvolgen en beschikbaar gestelde beschermingsmiddelen gebruiken.

Ook de werknemer heeft bij ziekte een financiële prikkel om zich in te spannen het werk zo snel mogelijk te hervatten. In het geval de werknemer onvoldoende meewerkt aan zijn re-integratie loopt hij namelijk het risico dat de loondoorbetaling wordt stopgezet. Ook riskeert hij na twee jaar een korting op de WIA- (of WW-) uitkering.

## II. Verzekeraars

Verzekeraars vormen de schakel tussen de vraag en het aanbod. Er zijn twee soorten verzekeraars die in het kader van de bedrijfsgezondheidszorg relevant zijn:

- **Zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraars kopen op basis van de Zvw zorg in namens hun verzekerden. Werkgevers kunnen voor hun werknemers een collectieve ziektekostenverzekering afsluiten. Voor de basiszorgverzekering heeft de werkgever beperkte invloed op de inhoud: de omvang van het verzekerde pakket is 'standaard', maar er kunnen daarbinnen wel afspraken gemaakt worden over het "hoe" en "door wie" bepaalde behandelingen worden verricht.

Voor het aanvullende gedeelte van de verzekering kan de werkgever meer invloed uitoefenen op de inhoud. Deze afspraken kunnen daadwerkelijk worden afgestemd op de individuele behoeften ten aanzien van verzuim en arbobeleid.

- **Inkomensverzekeraars (verzuimverzekeraars)**

Werkgevers kunnen zich verzekeren tegen het financiële risico van zieke werknemers. De inkomensverzekeraar heeft een direct financieel belang bij beperking van het verzuim en het bevorderen van de re-integratie, aangezien

zij risicodragend zijn voor de kosten voor de werkgever die daarmee gepaard gaan.

Er is een trend zichtbaar waarbij zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars meer de handen ineen slaan en werkgevers totaalpakketten<sup>36</sup> aanbieden<sup>37</sup>.

### III. Arbeidsgerelateerde zorgaanbieders

We maken hierin onderscheid tussen reguliere zorgaanbieders, zorgprofessionals binnen de bedrijfsgezondheidszorg en organisaties gericht op arbeidsgerelateerde zorg.

#### Reguliere zorgaanbieders

De aanbodzijde bestaat ten eerste uit 'reguliere' zorgaanbieders (huisartsen, medisch specialisten, psychologen enzovoort), betaald vanuit de Zvw, die in hun werk worden geconfronteerd met arbeidsgerelateerde problematiek.

#### Zorgprofessionals binnen de bedrijfsgezondheidszorg

- **Bedrijfsartsen en andere arbodeskundigen**

Zoals hierboven beschreven heeft de werkgever bepaalde verantwoordelijkheden ten aanzien van het arbo- en verzuimbeleid. Voor de volgende taken moet verplicht<sup>38</sup> een bedrijfsarts worden ingeschakeld.

- Een eventuele aanstellingskeuring (wet op de aanstellingskeuringen);
- Het Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (AGO);
- Advies bij opstellen plan van aanpak na 6 weken ziekteverlof (re-integratie en wet verbetering poortwachter/verzuimbegeleiding)

De bedrijfsarts is een onafhankelijke deskundige en is opgeleid om de belasting en belastbaarheid van de werknemer in relatie tot diens werk te beoordelen en de werkgever hierover te adviseren. De bedrijfsarts kan tevens de zieke werknemer begeleiden om het werk zo spoedig mogelijk te hervatten. Sinds 2004 kan de bedrijfsarts de werknemer ook doorverwijzen naar de tweede lijn.

De werkgever kan daarnaast ook arbodeskundigen contracteren en inschakelen<sup>39</sup> bij taken m.b.t. behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid, taken m.b.t. arbeidsomstandigheden en curatieve taken (EHBO en behandeling van lichte aandoeningen).

Voor deze en andere taken zijn, naast de bedrijfsarts, nog drie kerndeskundigen te onderkennen binnen de bedrijfsgezondheidszorg: de A&O-deskundige, de arbeidshygiënist en de veiligheidskundige.

Deze arbodeskundigen hebben elk hun expertisegebied binnen de bedrijfsgezondheidszorg. Veel taken kunnen echter door meerdere deskundigen worden uitgevoerd. Doordat arbodeskundigen een post-HBO-opleiding gevolgd hebben, zijn ze goedkoper inzetbaar dan bedrijfsartsen. Om de bedrijfsgezondheidszorg doelmatig in te richten, dient de werkgever kritisch te kijken naar de taakverdeling over deze verschillende typen experts.

<sup>36</sup> In deze pakketten verzorgt één verzekeraar alle zaken rondom inkomen, preventie, interventies, re-integratie en zorg.

<sup>37</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

<sup>38</sup> Bron: Arbeidsomstandighedenwet

<sup>39</sup> Bron: Beroepsprofiel van de Bedrijfsarts, NVAB, 2004

Bedrijfsartsen en andere arbodeskundigen zijn vaak werkzaam bij een arbodienst of in dienst van een werkgever, maar kunnen ook zelfstandig of via een ander type organisatie (zie hieronder) werkzaam zijn.

De inzet van de bedrijfsarts en andere arbodeskundigen wordt betaald door de werkgever. Zij vallen buiten de zorgverzekeringswet.

#### **Organisaties gericht op arbeidsgerelateerde zorg:**

- **Arbodiensten**  
Arbodiensten worden ingehuurd door de werkgever. Ze ondersteunen de werkgever bij een goede uitvoering van het verzuim- en arbobeleid. De wettelijke arboverplichtingen vereisen een specifieke deskundigheid waar de werkgever meestal niet over beschikt. Een arbodienst adviseert daarom en kan taken van de werkgever overnemen. Via de arbodienst kan een werkgever bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen inhuren.
- **Re-integratiebedrijven**  
Re-integratiebedrijven kunnen door verschillende partijen worden gecontracteerd (en dus betaald): de werkgever, de zorgverzekeraar, andere re-integratiebedrijven en arbodiensten. De bedrijven richten zich op de zorg voor de zieke werknemer, opdat terugkeer naar de werkplek zo snel als mogelijk plaats kan vinden.
- **Integrale initiatieven**  
Binnen het huidige (reguliere) zorgsysteem zijn er oplossingen bedacht voor de knelpunten waar werkgevers en werknemers last van hebben (bijv. te lange wachttijden). Kenmerkend is dat het hier veelal om kleinschalige initiatieven gaat. Behandeling vindt integraal en in multidisciplinaire setting plaats, waarbij specifiek aandacht wordt geschonken aan het maatschappelijk functioneren van de patiënt. Veelal worden dit type initiatieven bekostigd op basis van een combinatie van reguliere Zvw bekostiging en aanvullende geldstromen (bijv. werkgeversbijdrage). Een voorbeeld van zo een initiatief is Winnock.

#### **IV. De Ministeries**

In het kader van deze analyse zijn de betrokken Ministeries ook relevant, aangezien zij de wet- en regelgeving bepalen die geldig zijn binnen het speelveld van de arbeidsgerelateerde zorg. Het gaat om de volgende Ministeries:

- **Ministerie van SZW**  
Het Ministerie van SZW is verantwoordelijk voor het arbeidsmarktbeleid, inclusief migratie en vrij verkeer van werknemers, uitkeringen en re-integratie, inkomensbeleid, het combineren van arbeid en zorg, arbeidsomstandighedenbeleid en inspectie daarop<sup>40</sup>.
- **Ministerie van VWS**  
Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het zorgbeleid; gezond gedrag, genoeg voorzieningen en voldoende keuzemogelijkheden<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> Gebaseerd op de tekst op de website van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

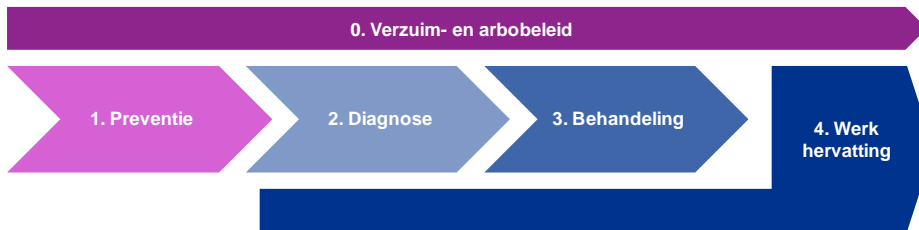
<sup>41</sup> Gebaseerd op de tekst op de website van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## Bijlage B. Toelichting fasen & taken

Arbeidsgerelateerde zorg is op te knippen in een aantal fasen waarbinnen de bovengenoemde partijen taken uitvoeren. In deze bijlage wordt per fase van het zorgpad een toelichting gegeven op de bijbehorende taken. Tevens is de huidige taakverdeling van de arbeidsgerelateerde zorg weergegeven.

### Fasen en taken arbeidsgerelateerde zorg

Onderstaand figuur (figuur 14) geeft een overzicht van de fasen van het ziekte- en/of verzuimproces. In de tabel onder figuur 14 (tabel 6) volgt een toelichting per fase en de bijbehorende taken per fase. De tabellen 7 t/m 11 geven per fase een detailbeschrijving van de taken.



Figuur 9. Overzicht fasen arbeidsgerelateerde zorg

Fase	Toelichting	Taken arbeidsgerelateerde zorg	Verdeling taken naar actoren huidige situatie <sup>42</sup>
0. Arbo- en verzuimbeleid	<p>Een aantal facetten van de arbeidsgerelateerde zorg is specifiek gericht op de organisatie / werkgever (en niet op de individuele werknemer). Dit betreft de meer beleidsmatige taken gericht op het ondersteunen van de werkgever in het kader van het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid van zijn medewerkers.</p> <p>De werkgever dient verzuim zoveel mogelijk te voorkomen door preventie-interventies binnen zijn bedrijf uit te voeren. Denk aan een arbodeskundige die aanpassingen aan de werkplek van werknemers adviseert, om daarmee RSI of CANS te voorkomen.</p>	<p>A. Adviseren ten aanzien van arbo- en verzuimbeleid</p> <p>B. Informatie-uitwisseling tussen bedrijfsarts en werkgever t.b.v. beter arbo- en verzuimbeleid</p> <p>C. Registratie en administratie van ziekmeldingen</p> <p>D. Actieplannen voor preventieve maatregelen/ gezondheidsbewaking</p> <p>E. Voorlichting geven over risico's voor de gezondheid i.r.t. het werk</p> <p>F. Risico-inventarisatie en -evaluatie</p> <p>G. Bedrijfshulpverlening</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedrijfsarts/ arbodeskundige in de bedrijfsgezondheidszorg; taken A t/m G</li> </ul> <p>Toelichting: ondersteuning van werkgever in arbo- en verzuimbeleid.</p>

<sup>42</sup> De verdeling van taken naar actoren in de huidige situatie is tevens weergegeven in Tabel 13.

Fase	Toelichting	Taken arbeidsgelateerde zorg	Verdeling taken naar actoren huidige situatie <sup>42</sup>
1. Preventie	<p>Hiermee wordt preventie bedoeld gericht op het individu. Daarbij kan gedacht worden aan leefstijlinterventies. Preventie op collectief niveau valt onder fase 0 (arbo- en verzuimbeleid).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doel: Klachten en verzuim voorkomen</li> <li>De verantwoordelijkheid ligt bij de werknemer. De werkgever kan hiertoe evenwel ook initiatieven nemen, omdat zij maatregelen kan nemen die van invloed zijn op de duurzame inzetbaarheid van de werknemer.</li> </ul>	<p><b>A.</b> Arbeids-gezondheidskundig onderzoek werknemer  <b>B.</b> Alle interventies die bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Het gaat hierbij zowel om primaire preventie als secundaire en tertiaire preventie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedrijfsarts/ arbodeskundige in de bedrijfsgezondheidszorg: A, B</li> <li>Huisarts in de eerstelijns: B</li> </ul> <p>Toelichting: naast de bedrijfsarts/ arbodienst pakt de huisarts ook veel preventieve taken op.</p>
2. Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doel: Stellen van de juiste diagnose</li> <li>Voor elke verzuimcategorie geldt dat er een diagnose nodig is. Meestal ligt de verantwoordelijkheid voor het stellen van de juiste diagnose bij een medisch specialist. Bij bijvoorbeeld een verkoudheid of griep komt er geen medisch specialist aan te pas en stelt de werknemer zelf de diagnose.</li> </ul>	<p><b>A.</b> Arbeidsgerichte probleemanalyse en beoordeling verzuim  <b>B.</b> Diagnosticeren arbeidsgelateerde aandoeningen  <b>C.</b> Arbeidsgerichte prognose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedrijfsarts/ arbodeskundige in de bedrijfsgezondheidszorg: A, B, C</li> <li>Huisarts eerstelijns: B</li> <li>Specialist in tweede lijn: B</li> </ul> <p>Toelichting: afhankelijk van situatie van werknemer/ patiënt vindt taak B plaats in de eerstelijns, tweedelijns of bedrijfsgezondheidszorg.</p>
3. Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doel: Klacht van de werknemer verminderen / wegnemen</li> <li>Om de klachten van de werknemer zoveel mogelijk weg te nemen, moet er een behandeling plaatsvinden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begeleiden werknemer bij maken keuze type behandeling</li> <li>Behandelplan arbeidsgelateerde aandoeningen</li> <li>Adequate verwijzing</li> <li>Monitoren behandeltraject/ bewaken tijdsplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedrijfsarts/ arbodeskundige in de bedrijfsgezondheidszorg: A, B, C, D</li> <li>Huisarts eerstelijns: A, B, C</li> <li>Specialist in tweede lijn: A, B, C</li> </ul> <p>Toelichting: de taken A, B, en C kunnen tevens in de eerste- en tweedelijns plaatsvinden afhankelijk van de situatie.</p>
4. Werk-hervatting	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doel: Haalbaar werkherhvattingstraject inzetten</li> <li>Verantwoordelijkheid: werkgever en werknemer</li> <li>Ten behoeve van behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid dient er een re-integratieplan opgesteld te worden waarin de probleemanalyse, problemdiagnose, behandelplan en communicatieplan onderdeel zijn.</li> </ul>	<p><b>A.</b> Opstellen werkherhvattingstraject  <b>B.</b> Re-integratie begeleiding  <b>C.</b> Begeleiden bij passend werk zoeken  <b>D.</b> Communicatieplan/ conflictbemiddeling</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedrijfsarts/ arbodeskundige in de bedrijfsgezondheidszorg: A, B, C, D</li> </ul>

Tabel 7. Toelichting fasen arbeidsgelateerde zorg

• **Fase 0: Ondersteuning werkgevers; verzuim- en arbobeleid**

Taken	Omschrijving
A. Adviseren t.a.v. arbo- en verzuimbeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De klantorganisatie adviseren ten aanzien van het arbo- en verzuimbeleid, met name de opzet van deskundigheidsbevordering, informatie-uitwisseling en verzuimbegeleiding.</li> <li>• Op basis van een Risico Inventarisatie en Evaluatie adviseren bij de ontwikkeling van een doeltreffend arbobeleid ter bescherming en bevordering van de gezondheid van werknemers, alsmede bij de ontwikkeling van criteria ter evaluatie van dit beleid. Het gaat hierbij om niet individu-gebonden arbeidsomstandigheden en gezondheidsaspecten van werknemers.</li> </ul>
B. Informatie-uitwisseling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie-uitwisseling tussen de bedrijfsarts/ arbodienst en de werkgever t.b.v. beter arbo- en verzuimbeleid.</li> <li>• Dit kan onder meer geschieden aan de hand van de resultaten van uitgevoerd (periodiek) onderzoek. Ook analyses van verzuimgegevens en verzuimoorzaken afkomstig van onder andere spreekuur-registratie kunnen hieraan een bijdrage leveren.</li> </ul>
C. Registratie en administratie van ziekmeldingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De klantorganisatie adviseren ten aanzien van registratie en administratie van ziekmeldingen.</li> </ul>
D. Actieplannen voor preventieve maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De werkgever ondersteunen bij het vertalen van risico's naar concrete preventieve maatregelen.</li> </ul>
E. Voorlichting geven over risico's voor de gezondheid i.r.t. het werk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het geven van voorlichting aan werknemers over risico's voor de gezondheid in relatie tot het werk en hoe dit zoveel mogelijk te beperken.</li> <li>• De deskundigheid van leden van de klantorganisatie bevorderen door het geven van voorlichting.</li> </ul>
F. Risico-inventarisatie en evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Arbeidsomstandighedenwet verplicht de onderneming een Risico Inventarisatie en Evaluatie (R.I.&amp;E.) te verrichten. Dit betekent het identificeren en evalueren van gezondheidsrisico's in de arbeid en maken van een actieplan voor gerichte gezondheidsbewaking. Hierbij is er met name aandacht voor kwetsbare groepen en groepen met een hoog risico.</li> </ul>
G. Bedrijfs hulperlening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedrijfs hulperlening (BHV) is de hulp die wordt verleend bij ongewenste gebeurtenissen in een organisatie, die de veiligheid en/of gezondheid van de werknemers en andere aanwezigen bedreigen (zoals brand en ongevallen).</li> </ul>

Tabel 8. Toelichting fase 0 Ondersteuning werkgevers; verzuim- en arbobeleid

• **Fase 1: Preventie**

Taken	Omschrijving
A. Arbeidsgezondheidskundig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het uitvoeren van medisch onderzoek van een nieuw aangenomen werknemer of een werknemer die reeds werkzaam</li> </ul>



onderzoek werknemer	<p>is bij het bedrijf. Het gaat hier om bij arbeids-gezondheidskundig onderzoek zoals aanstellingskeuringen, intredekeuringen en preventief medisch onderzoek (PMO).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventief consult werknemer met betrekking tot belasting- en belastbaarheidsaspecten of andere gezondheidsvragen zonder dat medische klachten aanwezig zijn.</li> </ul>
B. Preventie op individueel niveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventieve interventies voor individuele werknemers/ patiënten die bijfragen aan duurzame inzetbaarheid van medewerker.</li> <li>• Primaire preventie; voorkomen van arbeidsrelevante klachten en aandoeningen.</li> <li>• Secundaire preventie; tijdig signaleren van arbeidsrelevante klachten en aandoeningen.</li> <li>• Tertiaire preventie; voorkomen van het opnieuw optreden van van arbeidsrelevante klachten en aandoeningen of het voorkomen van verergering van de klachten.</li> </ul>

Tabel 9. Toelichting fase 1 Preventie

• **Fase 2: Diagnose**

Taken	Omschrijving
A. Arbeidsgerichte probleemanalyse en beoordeling verzuim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse van arbeidsrelevante aandoeningen met betrekking tot relatie tot het werk; in welke mate beïnvloedt het werk de klachten en in welke mate beïnvloeden de klachten het werk.</li> <li>• Beoordeling of verzuim terecht of onterecht is. Indien het verzuim onterecht is, betekent dit dat een werknemer zijn werk moet hervatten.</li> <li>• Rapporteren aan werkgever over aard verzuim.</li> </ul>
B .Diagnosticeren arbeidsgerelateerde aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticeren (dreigende of vermoede) arbeidsgerelateerde aandoeningen. Het gaat dan om aandoeningen die veroorzaakt worden door werk- en/of werkomstandigheden. Melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) en hierover adviseren aan werknemer en werkgever.</li> </ul>
C. Arbeidsgerichte prognose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij een arbeidsgerichte prognose wordt een inschatting gemaakt van het effect van de klachten op de werkzaamheden.</li> </ul>

Tabel 10. Toelichting fase 2 Diagnose

• **Fase 3: Behandeling**

Taken	Omschrijving
A. Begeleiden werknemer bij maken keuze type behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding van de werknemer bij het maken van een keuze voor een type behandeling en behandelaar met aandacht voor arbeid. De werknemer is eindverantwoordelijk voor de keuze van behandeling en behandelaar. Het knelpunt bij deze verantwoordelijkheid is dat de werknemer niet over de medische kennis beschikt om te beoordelen welke behandeling hem het beste van zijn klachten af helpt en welke behandeling/ behandelaar het beste evenwicht tussen kosten en baten bewerkstelligt. Omdat de kosten bestaan uit de kosten van de</li> </ul>

	behandeling (voor rekening van de zorgverzekeraar), en de kosten voor het productieverlies van de werknemer (voor rekening van de werkgever) ligt dit op het grensvlak van arbeid en zorg.
B. Behandelplan arbeidsgerelateerde aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandelingsplan opstellen voor (dreigende of vermoede) arbeidsgerelateerde aandoeningen inclusief eventuele verwijzing.</li> <li>• Werkplekonderzoek inclusief opstellen advies aan werknemer en werkgever over arbeidsomstandigheden</li> </ul>
C. Adequate verwijzing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijzing voor een specifieke behandeling of behandelaar voor optimale behandeling van arbeidsrelevante klachten. Dit gebeurt op basis van het arbeidsgerichte behandelplan.</li> </ul>
D. Monitoren behandeltraject/ bewaken tijdspad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aan de hand van de diagnose is een arbeidsgerichte prognose gemaakt. Deze prognose kan eventueel worden bijgesteld aan de hand van het opstelde behandelplan. Om te voorkomen dat er onnodige vertraging optreedt binnen dit traject is monitoring nodig.</li> <li>• De monitoring van het behandeltraject ligt (ook) bij de werknemer. Met name bij behandeltrajecten die onbekend en onvoorspelbaar zijn is het belangrijk om de werknemer te coachen in zelfeffectiviteit.</li> </ul>

Tabel 11. Toelichting fase 3 Behandeling

• **Fase 4: Werkherleving**

Taken	Omschrijving
A. Opstellen werkherlevingsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Met name voor werknemers met een lang behandeltraject is het belangrijk om naast het behandeltraject ook een werkherlevingstraject op te stellen. De werknemer kan misschien zijn of haar taken niet volledig oppakken, maar wellicht wel gedeeltelijk.</li> <li>• Informeren werkgever over werkherlevingsplan.</li> <li>• Het opstellen van een persoonlijk belastbaarheidsprofiel voor de werknemer kan hierbij ondersteunen.</li> <li>• Het werkherlevingstraject is voor zowel de werkgever als de werknemer zinvol. De werknemer kan voor de werkgever werkzaamheden verrichten en voor het herstel van de werknemer is het tegelijkertijd goed om te blijven participeren in de maatschappij. Om een werkherlevingsplan te maken hebben werkgever en werknemer een uitspraak vanuit de zorg nodig over wat de werknemer nog kan (het functioneren van de werknemer). Het maatschappelijk functioneren kunnen zij dan vertalen naar functioneren binnen arbeid.</li> </ul>
B. Re-integratie begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advies aan de werknemer en werkgever betreffende de re-integratie.</li> <li>• Begeleiding van de werknemer die door ziekte niet in staat is zijn werk volwaardig uit te voeren. Hierbij is aandacht voor het verkrijgen en behouden van evenwicht tussen belastende factoren op het werk en de belastbaarheid van de werknemer.</li> <li>• Opstellen rapportage UWV inzake re-integratie werknemer</li> </ul>

	(indien van toepassing bij langdurig verzuim).
C. Begeleiden bij passend werk zoeken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Werknemer begeleiden in het zoeken van passend werk wat aansluit bij de functionaliteit indien de oude werkzaamheden niet hervat kunnen worden.</li> </ul>
D. Communicatie/ conflictbemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coaching van de werknemer in de communicatie met de werkgever en zorgverleners.</li> <li>Overleg en afstemming met werkgever en zorgverleners over behandeling en re-integratie traject (in overleg met werknemer).</li> </ul>

Tabel 12. Toelichting fase 4 Werkhervatting

### Huidige taakverdeling arbeidsgelateerde zorg

Onderstaand schema geeft de verdeling van taken naar de actoren in de huidige situatie weer. In dit schema staan sommige taken bij meerdere actoren benoemd. Dit kan twee redenen hebben:

- De taak kan door meerdere actoren uitgevoerd worden. Een voorbeeld hiervan is 'preventieve interventies die bijdragen aan duurzame inzetbaarheid van de patiënt/ medewerker'; deze taak wordt in de huidige situatie zowel door de bedrijfsarts als door de huisarts uitgevoerd.
- Uitvoering van de taak is afhankelijk van de situatie. Een voorbeeld hiervan is 'diagnosticeren arbeidsgelateerde aandoeningen'; dit kan zowel bij de huisarts als in de tweede lijn plaats vinden.

	0. Verzuim en Arbobeleid	1. Preventie	2. Diagnose	3. Behandeling	4. Werkhervatting
Bedrijfsarts/ arbodeskundige bedrijfsgezondheidszorg	A t/m G <sup>43</sup>	A, B	A, B, C	A, B, C, D	A, B, C, D
Huisarts Eerste lijn		B	B	A, B, C	
Medische specialist Tweede lijn			B	A, B, C	

Tabel 13. Verdeling taken naar actoren huidige situatie. De letters (A,B,C,D) representeren de verschillende taken binnen een fase, zoals weergegeven in Tabel 1.

Het schema toont dat een groot deel van de taken binnen de arbeidsgelateerde zorg uitgevoerd wordt binnen de kolom bedrijfsgezondheidszorg (door bedrijfsartsen).

<sup>43</sup> Bedrijfs hulpverlening kan ook worden uitgevoerd door een werknemer of werkgever na het afronden van een BHV cursus.

Uit onderzoek<sup>44</sup> blijkt dat bedrijfsartsen de meerderheid van hun tijd besteden aan taken gericht op de individuele werknemer (zie ook paragraaf 2.2.3). 59 tot 69% van de tijd wordt besteed aan verzuimbegeleiding en re-integratie. In de tabel hierboven zijn dit de taken die vallen binnen fase 2, 3 en 4 (diagnose, behandeling en werkhervatting).

Bedrijfsartsen besteden daarnaast tijd aan taken gericht op het collectief. Naast verzuimbegeleiding en re-integratie besteedt de bedrijfsarts rond de 7% van de tijd aan arbeids-gezondheidskundig onderzoek, 9% aan het arbeidsomstandigheden spreekuur, en zowel 4% aan preventieve activiteiten op het gebied van arbeidsrisico's (fase 0) als aan leefstijl/vitaliteit (fase 1).

Bedrijfsartsen die voornamelijk werken voor het MKB besteden significant minder tijd aan het arbeidsomstandigheden spreekuur en preventieve activiteiten in vergelijking met hun collega's die voornamelijk werken voor het grootbedrijf/interne arbodienst.

---

<sup>44</sup> Bron AStri Eindrapport *onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*

## Bijlage C. Knelpunten

*De huidige situatie zoals in de inleiding is beschreven kent een aantal knelpunten. In deze bijlage zetten we de knelpunten op een rij.*

SZW en VWS hebben aan KPMG Plexus een vijftal knelpunten meegegeven als voornaamste probleemgebieden waarop de scenario's tot verbetering moeten leiden:

- I. De toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende
- II. De verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg is onvoldoende
- III. De reguliere zorg besteedt onvoldoende aandacht aan het functioneren van de patiënt op de werkvloer
- IV. De positie van de bedrijfsarts is onvoldoende onafhankelijk
- V. De markt voor arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende transparant

Deze knelpunten lichten we hieronder verder toe.

### **I. Toegang tot arbeidsgerelateerde zorg onvoldoende**

De toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende: slechts 75%-80% van de werknemers heeft toegang tot een bedrijfsarts<sup>45</sup>

- Niet iedere werkgever heeft een contract met een arbodienst en/of een andere dienstverlener<sup>46</sup>
- Niet iedere werkende heeft toegang tot een bedrijfsarts (bijvoorbeeld ZZP-ers)
- In veel kleine bedrijven vindt geen arbo-spreekuur meer plaats (werkgevers zijn niet meer verplicht een arbo-spreekuur te organiseren). Het arbo-spreekuur verkleint de afstand tussen de werkende en de bedrijfsarts en door het wegvallen hiervan is de toegankelijkheid van de bedrijfsarts verslechterd (dit speelt met name in het MKB waar de bedrijfsarts niet in dienst is bij de werkgever).
- Met name bij tijdelijk personeel is er vaak onduidelijkheid over de toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg
- Door de verscheidenheid aan type aanbieders weten zorgvragers (werkgevers en werknemers) de juiste weg niet te vinden.

### **II. Verbinding bedrijfsgezondheidszorg – reguliere zorg onvoldoende**

De verbinding tussen de twee kolommen binnen de arbeidsgerelateerde zorg – te weten: de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg – is onvoldoende:

- Door gebrek aan communicatie en een integrale aanpak treedt er te vaak vertraging op bij het stellen van een adequate (volledige) diagnose, het instellen van de juiste behandeling en een snelle en goede terugkeer naar werk.
- Bovendien dragen de verschillende verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts (klantrelatie richting werkgever én richting werknemer) bij aan

<sup>45</sup> Er vanuit gaande dat de bedrijfsarts de toegangspoort voor de bedrijfsgezondheidszorg is.

<sup>46</sup> Volgens de Arbeidsinspectie ("Arbo in bedrijf 2010, een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2010") heeft in 2010 76% van de bedrijven een contract met een arbodienst en/of een andere dienstverlener. Dit is een daling over de periode 2006-2010.

rolonduidelijkheid van deze actor. Voor zichzelf, voor zorgverleners binnen de reguliere zorg én vanuit het perspectief van de werkende met (dreigend) verzuim<sup>47</sup>. Dit draagt ertoe bij dat geen van de betrokkenen (bedrijfsarts, zorgverleners reguliere zorg en werknemer) adequate regie kan voeren over het volledige traject van diagnose, behandeling en terugkeer naar werk.

- In combinatie ontstaat hierdoor al te vaak een vicieuze cirkel van langer verzuim, afnemende maatschappelijke participatie, minder slaagkans bij re-integratie, toenemende druk op relatie werknemer – werkgever met de daarbij horende steeds moeilijker positie van de bedrijfsarts in de relatie met de werkende<sup>48</sup>.

Een belangrijke oorzaak van deze problematiek ligt in de gescheiden bekostiging van de twee kolommen. De kolom bedrijfsgezondheidszorg is georganiseerd en bekostigd vanuit de werkgever, terwijl de reguliere zorg wordt bekostigd vanuit de zorgverzekeraar. Investerings in de ene kolom slaan niet per definitie terug als baten in diezelfde kolom, maar juist in de andere kolom. Deze situatie prikkelt niet tot het doen van investeringen (in bijv. coördinatie en afstemming) op het snijvlak van de kolommen (het levert immers “niets” op), terwijl de werknemer daar juist wel bij gebaat zou zijn. Zijn vraag bij klachten en verzuim bevindt zich immers precies op dat snijvlak.

*Een onderzoek onder bedrijfsartsen toont dat 41% van de bedrijfsartsen van mening is dat de financieringssysteem een belemmering vormt bij het verwijzen van individuele werknemers.<sup>49</sup> Vergelijking van verwijspersentages tussen externe arbodiensten, interne arbodiensten en zelfstandig bedrijfsartsen toont significante verschillen.<sup>50</sup> Dit impliceert dat er ruimte is voor verbetering.*

### III. Onvoldoende aandacht factor arbeid in reguliere zorg

De reguliere zorg besteedt onvoldoende aandacht aan het functioneren van de patiënt op de werkvloer: de factor arbeid blijft onderbelicht bij het stellen van de diagnose en het uitvoeren van behandelingen. Ook dit draagt bij aan vertraging bij het stellen van een adequate (volledige) diagnose, het instellen van de juiste behandeling en een snelle en goede terugkeer naar werk.

In een recent rapport hebben KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht geconstateerd dat de grootste bottleneck hier wordt gevormd door het falen van de reguliere zorg om arbeid (en maatschappelijke participatie in bredere zin) als onderdeel van de standaard focus te beschouwen. De zorg besteedt relatief weinig aandacht aan het functioneel herstel van een patiënt. De behandeling richt zich met name op het behandelen van klachten en het daarmee gepaard gaande medisch herstel.

<sup>47</sup> Genoemd in vele rapporten, waaronder het AStri rapport

<sup>48</sup> Bron: SIG rapport

<sup>49</sup> Bron: AStri-rapport

<sup>50</sup> Bron: AStri-rapport

*Additioneel op het bovenstaande:*

*Daarnaast ontbreekt het in de reguliere zorg zelf vaak ook aan een integrale aanpak waardoor de zorg te vaak onvoldoende doeltreffend en traag is<sup>51</sup>. Door de sequentiële werkwijze kunnen voor een individuele patiënt/werknemer lange wacht- en doorlooptijden ontstaan. Tevens kent de reguliere zorg voor een aantal behandelingen lange toegangstijden<sup>52</sup>.*

#### **IV. Onvoldoende onafhankelijke positie bedrijfsarts**

De positie van de bedrijfsarts ten aanzien van de werknemer wordt in veel gevallen als onvoldoende onafhankelijk beschouwd.

De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is formeel geborgd in onder andere de arbeidsomstandighedenwet en het professioneel statuut van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts wordt echter door de werkgever gefinancierd, en heeft ook een 'poortwachterrol' ten opzichte van sociale voorzieningen.

Het AStri rapport 'Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts' beschrijft dat een deel van de bedrijfsartsen (21%) aangeeft regelmatig in situaties terecht te komen waarin men niet meer geheel onafhankelijk kan werken. "Wie betaalt, bepaalt", en in het huidige systeem wordt de bedrijfsarts volledig betaald door de werkgever.

In combinatie met de relatieve onbekendheid van de bedrijfsarts bij werknemers (zoals hierboven bij punt 1 genoemd) draagt bovenstaande er ook toe bij dat vanuit de werknemerskant de vertrouwensrelatie tussen de bedrijfsarts-patiënt niet altijd optimaal is. Voor verzuimende werknemers is vertrouwen de belangrijkste randvoorwaarde voor een goede relatie met de bedrijfsarts. Onderzoek toont dat een deel van de werknemers (29%) wel eens het gevoel heeft gehad dat de bedrijfsarts meer het belang van de werkgever verdedigde dan dat van de werknemer<sup>53</sup>. Deze beperkte vertrouwensrelatie kan leiden tot conflicten met de werkgever over het advies/ oordeel van de bedrijfsarts.

#### **V. De markt voor arbeidsgerelateerde zorg is onvoldoende transparant**

Op dit moment is de markt voor arbeidsgerelateerde zorg onvoldoende transparant waardoor het nemen van eigen regie door zowel werkgever als werknemer belemmerd wordt<sup>54</sup>.

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op keuze en keuzevrijheid. De werkgever kiest welke arbodienst of bedrijfsarts gecontracteerd wordt. De werknemer op zijn beurt kiest door welke zorgverlener hij geholpen wil worden.

Eén van de randvoorwaarden om hier regie in te kunnen nemen is transparantie van de zorg<sup>55</sup>; om een wel overwogen keuze te kunnen maken is informatie over de arbeidsgerelateerde zorg essentieel. Voor de werknemer om verantwoordelijk te

<sup>51</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

<sup>52</sup> Bron: Wachtlijden Ziekenhuiszorg, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> versie 4.9, 27 september 2012

<sup>53</sup> Bron: AStri rapport

<sup>54</sup> Bron: Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht

<sup>55</sup> Randvoorwaarden voor het nemen van regie zijn transparantie van zorg, toegankelijkheid van zorg en uitspraak van zorg over functioneren van werknemer (bron:Onderzoek Arbeid&gezondheidszorg van KPMG Plexus, TNO en Universiteit Maastricht)

nemen voor (het behoud van) de eigen duurzame inzetbaarheid. Voor de werkgever om keuzes te maken bij de inkoop van arbeidsgerelateerde zorg.

Het gaat hierbij om de volgende informatie:

- Welke aanbieders kent de arbeidsgerelateerde zorg
- Welke zorgproducten leveren deze aanbieders
- Wat is de geboden kwaliteit, wat zijn de kosten en wacht- en doorlooptijden

Deze informatie is binnen de arbeidsgerelateerde zorg nog niet optimaal beschikbaar.

Het verhogen van de transparantie, en daarmee bevorderen van de regievoering door werknemer en werkgever, leidt er op termijn toe dat kiezende werknemers en werkgevers de zorgaanbieders stimuleren om een betere prijs/kwaliteit verhouding te leveren.



## Bijlage D. Uitwerking scenario's

In deze bijlage staan de verschillende scenario's uitgewerkt.

### Scenario 1: Aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem

- Dit scenario brengt geen wijziging met zich mee wat betreft de plek waar de kosten van de arbeidsgerelateerde zorg neerslaan. De twee aparte kolommen blijven bestaan:
  - De kolom waarin de reguliere zorgaanbieders actief zijn en worden bekostigd vanuit de Zvw.
  - De kolom georganiseerd en bekostigd vanuit de werkgevers (de bedrijfsgezondheidszorg).
- Binnen dit scenario wordt het verplichte vrij toegankelijke arbo-spreekuur ingevoerd met als doel de zichtbaarheid van de bedrijfsarts te vergroten en de toetredingsdrempel te verlagen.
- Binnen de reguliere zorg gaat meer aandacht aan de factor arbeid besteed worden. De huisarts wordt geacht klachten die verband houden met arbeid te herkennen en de patiënt – indien nodig – door te sturen naar de bedrijfsarts of een andere aanbieder met aandacht voor de factor arbeid.
  - Dit kan worden vormgegeven door introductie van een 'module arbeid'<sup>56</sup>. Deze module ondersteunt reguliere aanbieders bij het uitstippelen van de juiste weg voor patiënten waarbij arbeid een rol speelt en aandacht voor de factor arbeid gewenst is.<sup>57</sup>

#### **Module Arbeid**

*Zorgmodules zijn onderdeel van zorgstandaarden. Zorgstandaarden beschrijven vanuit het patiëntenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Het gaat hierbij niet alleen over de inhoud van de zorg maar ook voor de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt. Zorgstandaarden richten zich op een specifieke doelgroep, zoals COPD patiënten of patiënten met diabetes type 2<sup>58</sup>.*

*Binnen de zorgstandaarden wordt verwezen naar zorgmodules. Zorgmodules – zoals de module 'stoppen met roken' en de module 'voeding' – zijn voor meerdere aandoeningen van toepassing. Op dit moment is het Coördinatieplatform Zorgstandaarden bezig met de ontwikkeling van de zorgmodule 'arbeid'. Deze module richt zich op generieke elementen binnen de arbeidsgerelateerde zorg zoals arbeid in het individuele zorgplan, communicatie vanuit de zorg met werkgevers, duurzame inzetbaarheid en werkaanpassingen en*

<sup>56</sup> Deze module wordt nu reeds ontwikkeld binnen het coördinatieplatform zorgstandaarden in opdracht van SZW en VWS.

<sup>57</sup> Het werken volgens richtlijnen en standaarden is niet alleen binnen dit scenario relevant maar kan binnen elk scenario aanbieders ondersteunen om te werken volgens de geldende standaard en normen voor optimale zorg voor een patiënt.

<sup>58</sup> Bron: [www.zorgstandaarden.nl](http://www.zorgstandaarden.nl)

*baanbehoud<sup>58</sup>. Hiermee beoogt het kennis over factor arbeid in de reguliere zorg te vergroten en de verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg te bevorderen.*

- De zorgverzekeraar stimuleert aanbieders om aandacht voor arbeid te hebben binnen de zorgverlening. Ze zal dit mee moeten nemen in de afspraken met aanbieders. Dit kan door het opstellen van indicatoren gericht op arbeid en het geven van financiële prikkels.
- De bedrijfsartsen en de aanbieders in de reguliere zorg worden gestimuleerd tot verdergaande samenwerking en afstemming met elkaar.
  - Ook dit kan worden vormgegeven bijvoorbeeld door introductie van een module arbeid.
  - Bedrijfsartsen (al dan niet in samenhang met andere arbeidspecifieke zorgprofessionals) kunnen tevens worden gestimuleerd meer uitkomstgericht te werken, door de bekostiging van hun werk meer op gerealiseerde uitkomst te baseren dan op verrichtingen. Dit prikkelt de bedrijfsarts nog meer tot adequate doorverwijzing en het ondersteuning van de werknemer tot zelfregie<sup>59</sup> daar waar dit leidt tot beter en/of sneller resultaat. Werkgevers en bedrijfsartsen dienen dan afspraken te maken over indicatoren waarop (een deel van) de bekostiging wordt vormgegeven. Voorbeelden van indicatoren zijn: frequentie verzuim en verzuimpercentage.

#### **Indicatoren en financiële prikkels**

*Het doel van de werkgever (en binnen dit scenario ook van de verzekeraar) is om arbeidsgerelateerde zorg in te kopen met een optimale prijs-kwaliteitverhouding; inkoop op waarde van zorg. Om dit te kunnen doen is inzicht in de kosten en kwaliteit van zorg essentieel. Indicatoren dragen bij aan het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg.*

*In de reguliere zorg wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van kwaliteitsindicatoren. Naast structuurindicatoren en procesindicatoren, wordt er steeds meer naar uitkomstindicatoren gestreefd. Deze indicatoren geven inzicht in het resultaat van de geleverde zorg.*

*Binnen de arbeidsgerelateerde zorg wordt op dit moment weinig gewerkt met kwaliteitsindicatoren. Voorbeelden van mogelijke indicatoren zijn:  
 Percentage volledige werkhervatting (het percentage patiënten dat na 4 maanden het werk volledig heeft hervat)  
 Gemiddelde verzuimduur  
 Een andere –aanvullende– methode om een doelmatige zorgverlening van hoge kwaliteit te bevorderen, zijn financiële prikkels. Een voorbeeld van een financiële prikkel is een garantieregeling. Dit kan bijvoorbeeld worden vormgegeven door de werkgever bij aanvang van de behandeling slechts een deel van de kosten van de behandeling te laten betalen. Het resterende bedrag wordt pas in rekening gebracht indien de behandeling ‘geslaagd’ is. Het slagen van de behandeling kan*

<sup>59</sup> Ook voor deze aanbeveling inzake de bekostiging van de bedrijfsarts, geldt dat dit binnen elk scenario waar een bedrijfsarts actief is kan worden ingevoerd om tot kwalitatief betere zorg te komen.

weer gemeten worden met behulp van kwaliteitsindicatoren. Zo kan bijvoorbeeld worden afgesproken dat een behandeling geslaagd is indien na 4 maanden minimaal 75% werkhervatting is bereikt.

- De werkgevers worden in dit scenario op dezelfde manier ondersteund bij het verzuim- en arbobeleid als in de huidige situatie. De bedrijfsarts wordt wel gestimuleerd door de bekostiging (door de bekostiging van hun werk meer op gerealiseerde uitkomst te baseren dan op verrichtingen) om de ondersteuning zo optimaal mogelijk in te richten, waardoor bijvoorbeeld meer aandacht aan preventie besteed gaat worden.

Verbetering van de omgang met privacy gevoelige gegevens is ook door VWS en SZW voorgesteld als een onderdeel van scenario 1. KPMG Plexus is echter van mening dat dit geen scenario afhankelijk element mag zijn omdat bij alle scenario's veronderstelt mag worden dat de privacy wetgeving nageleefd wordt.

### Wijzigingen in verdeling taken naar actoren

Onderstaand schema geeft de verdeling van taken naar de actoren in scenario 1 weer. In dit scenario vinden er geen taakverschuivingen plaats ten opzichte van de huidige situatie.

	0. Verzuim en Arbobeleid	1. Preventie	2. Diagnose	3. Behandeling	4. Werkhervatting
Bedrijfsarts/ arbodeskundige <i>bedrijfsgezondheidszorg</i>	A t/m G <sup>60</sup>	A, B	A, B, C	A, B, C, D	A, B, C, D
Huisarts <i>Eerste lijn</i>		B	B	A, B, C	
Medische specialist <i>Tweede lijn</i>			B	A, B, C	

**Tabel 14. Verdeling taken naar actoren scenario 1.** De letters (A,B,C,D) representeren de verschillende taken binnen een fase (een overzicht hiervan is weergegeven in paragraaf 2.3). Taken die bij actoren zijn toegevoegd t.o.v. de huidige situatie zijn cursief en dikgedrukt weergegeven. Taken die zijn weggefallen zijn lichtgrijs.

### Oplossingen knelpunten

Onderstaand een overzicht van de oplossingsrichtingen die dit scenario beoogt te bieden voor de geschetste knelpunten. De verschillende oplossingsrichtingen worden in de tekst onder deze tabel toegelicht.

Knelpunt	(Hoe) geborgd binnen scenario
Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De herintroductie van het vrij toegankelijke spreekuur</li> <li>• Meer aandacht voor factor arbeid waardoor ook de HA klachten i.r.t. arbeid meer herkent</li> </ul>

<sup>60</sup> Bedrijfs hulpverlening kan ook worden uitgevoerd door een werknemer of werkgever met een BHV diploma.

Verbinding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie financiële prikkel door werkgevers op BA op adequate doorverwijzing en versterking zelfregie werknemer</li> <li>• Introductie van een module arbeid waardoor er aandacht bij reguliere zorgaanbieders zal zijn voor (arbeid en) het uitstippelen van de juiste behandeling</li> </ul>
Factor arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders door zorgverzekeraars</li> <li>• Introductie van een module arbeid om reguliere zorgaanbieders te ondersteunen bij / stimuleren tot het besteden van aandacht voor arbeid (en het uitstippelen van de juiste behandeling)</li> </ul>
Onafhankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De prikkels voor de bedrijfsarts worden in lijn gebracht met gedeelde belang van de werkgever en de werknemer</li> </ul>
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie financiële prikkel door werkgevers op BA op adequate doorverwijzing en versterking zelfregie werknemer</li> <li>• Meten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>

I. Dit scenario beoogt de **toegankelijkheid** te verhogen door:

- **Herintroductie van het arbospreekuur.**  
De introductie van dit spreekuur kan de toegankelijkheid vergroten voor werknemers binnen een organisatie (de verwachting is dat dit met name in het MKB tot vergroting toegankelijkheid leidt), omdat de bedrijfsarts direct zichtbaarder is en de drempel om er gebruik van te maken wordt verlaagd. In lijn met de huidige inrichting van de arbeidsgerelateerde zorg in twee kolommen, ligt het voor de hand dat de kosten voor de herintroductie van het spreekuur bij de werkgever worden belegd.
- **Meer aandacht voor factor arbeid bij de huisarts.**  
Als de huisarts meer aandacht voor de factor arbeid heeft, zal de gezondheid van de patiënt in relatie tot zijn of haar werk eerder onder de aandacht komen. Hierdoor wordt de reguliere zorg reeds in de eerstelijns verrijkt met arbeidsgerelateerde zorg. Zie verder de volgende onderdelen voor een manier om de factor arbeid bij de huisarts (meer) te borgen.

II. Dit scenario beoogt de **verbinding** tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg te verbeteren door:

- **Financiële prikkel door werkgevers op BA op adequate doorverwijzing en versterking zelfregie werknemer**

Hoewel de bedrijfsarts in de huidige situatie al de mogelijkheid heeft om door te verwijzen, gebeurt dit nog onvoldoende. Door de bekostiging van de bedrijfsarts te baseren op de uitkomsten van de geleverde zorg, verwachten wij dat bedrijfsartsen gestimuleerd worden om de reguliere zorg op te zoeken daar waar dit zal leiden tot doelmatigere zorg. Adequaat doorverwijzen kan bijvoorbeeld binnen de bekostiging als indicator worden meegenomen.

*Een onderzoek onder bedrijfsartsen toont dat 41% van de bedrijfsartsen van mening is dat de financieringssystematiek een belemmering vormt bij het verwijzen van individuele werknemers.<sup>61</sup> Vergelijking van verwijzpercentages tussen externe arbodiensten, interne arbodiensten en zelfstandig bedrijfsartsen toont significante verschillen.<sup>62</sup> Dit impliceert dat er ruimte is voor verbetering.*

- **Introductie van een module arbeid**

De module arbeid beoogt reguliere zorgaanbieders te ondersteunen bij het vinden van de juiste behandelroute van de patiënt waarbij arbeid ook een rol speelt. Op deze manier worden zorgaanbieders gestimuleerd om aandacht voor arbeid te hebben en worden ze ondersteund in het vinden van de juiste route terug naar het arbeidsproces.

III. Dit scenario beoogt de kennis van de **factor arbeid** in de reguliere zorg te verhogen door:

- **Sturing op proces- en uitkomstindicatoren**

'Arbeid' en 'maatschappelijke participatie' zijn te beschouwen als reguliere componenten van patiëntgerichte medische zorg. Naast de module arbeid kan via proces- en uitkomstindicatoren gemeten worden of zorgaanbieders hier ook daadwerkelijk invulling aan geven. Zij kunnen daar dan vervolgens contractueel op aangesproken worden (bonus/malus, bijvoorbeeld), waardoor daadwerkelijk meer aandacht voor de factor arbeid zal ontstaan. Een uitgebreid trainingsaanbod dient flankerend beschikbaar te zijn om zorgprofessionals handvaten te bieden invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid.

- **Introductie van een module arbeid**

De module arbeid beoogt reguliere zorgaanbieders te ondersteunen bij het vinden van de juiste behandelroute van de patiënt waarbij arbeid ook een rol speelt. Op deze manier worden zorgaanbieders gestimuleerd om aandacht voor arbeid te hebben en worden ze ondersteund in het vinden van de juiste route terug naar het arbeidsproces.

IV. Dit scenario beoogt de **onafhankelijkheid** te vergroten door:

- **De prikkels voor de bedrijfsarts in lijn te brengen met het gedeelde belang van de werkgever en de werknemer**

<sup>61</sup> Bron: AStri-rapport

<sup>62</sup> Bron: AStri-rapport

Zie hiervoor de toelichting bij het onderdeel *verbinding* (financiële prikkel door werkgevers op BA op adequate doorverwijzing en versterking zelfregie werknemer).

V. Dit scenario beoogt de **transparantie** te verhogen door:

- **Financiële prikkel door werkgevers op BA, gericht op adequate doorverwijzing en versterking zelfregie werknemer' en 'sturing op proces- en uitkomstindicatoren'**

Door afspraken te maken over de te leveren zorg in de vorm van indicatoren, is de basis gelegd om aanbieders met elkaar te kunnen vergelijken. Met deze indicatoren wordt namelijk inzichtelijk hoe aanbieders ten opzichte van elkaar presteren.

### Scenario 2: Klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn

- Dit scenario brengt geen wijzigingen met zich mee voor de bestaande taken (beschreven in hoofdstuk 2) ten opzichte van de huidige situatie.
- Wel komt er een klinisch arbeidsgeneeskundige<sup>63</sup> bij binnen de arbeidsgerelateerde zorg<sup>64</sup>.
  - De klinisch arbeidsgeneeskundige zal als volwaardig onderdeel van de tweedelijns reguliere gezondheidszorg door de Zvw betaald worden en worden opgenomen in de DBC/DOT-systematiek.
  - Om dit te kunnen bekostigen, kan een verhoging van de bijdrage vanuit de werkgever aan de Zvw nodig zijn.
- Indien een werknemer klachten heeft die zijn werk beïnvloeden (variërend van verminderde productiviteit tot verzuim) zal een werknemer (conform de huidige situatie) naar de bedrijfsarts of naar de huisarts gaan. Beiden hebben de mogelijkheid te verwijzen naar de klinisch arbeidsgeneeskundige.
  - De werknemer kan dus niet zonder verwijzing (op eigen initiatief) naar de klinisch arbeidsgeneeskundige gaan.
- Als de werknemer onder behandeling is van een medisch specialist, kan deze de hulp inroepen van een klinisch arbeidsgeneeskundige. De klinisch arbeidsgeneeskundige heeft in dit geval een consultfunctie en kan indien gewenst ook de behandeling overnemen.
- De klinisch arbeidsgeneeskundige kan in overleg met de werkgever/de aan de werkgever verbonden arbodienst/ bedrijfsarts een werkhervattingplan opstellen. De klinisch arbeidsgeneeskundige kan tevens de re-integratie in overleg met de arbodienst/ bedrijfsarts van de werkgever begeleiden of overdragen aan de arbodienst/ bedrijfsarts. Bij ontbreken van een arbodienst/ bedrijfsarts neemt de klinisch arbeidsgeneeskundige contact op met de werkgever.

<sup>63</sup> Zie paragraaf 2.2.3 voor gebruik van termen bedrijfsarts en (klinisch) arbeidsgeneeskundige.

<sup>64</sup> Er zijn nu ook reeds initiatieven van klinisch arbeidsgeneeskundigen maar zij vallen nu nog buiten de DOT systematiek.

### Wijzigingen in verdeling taken naar actoren

Onderstaand schema geeft de verdeling van taken naar de actoren in scenario 2 weer. In dit scenario vinden verschillende taakverschuivingen plaats ten opzichte van de huidige situatie.

	0. Verzuim en Arbobeleid	1. Preventie	2. Diagnose	3. Behandeling	4. Werkhervatting
Bedrijfsarts/ arbodeskundige <i>bedrijfsgezondheidszorg</i>	A t/m G <sup>65</sup>	A, B	A, B, C	A, B, C, D	A, B, C, D
Huisarts <i>Eerste lijn</i>		B	B	A, B, C	
Medische specialist <i>Tweede lijn</i>			B	A, B, C	
Klinisch Arbeidsgeneeskundige <i>Tweede lijn</i>			<b>B, C</b>	<b>A, B, C, D</b>	<b>A, B</b>

**Tabel 15. Verdeling taken naar actoren scenario 2.** De letters (A,B,C,D) representeren de verschillende taken binnen een fase (een overzicht hiervan is weergegeven in paragraaf 2.3). Taken die bij actoren zijn toegevoegd t.o.v. de huidige situatie zijn cursief en dikgedrukt weergegeven. Taken die zijn weggefallen zijn lichtgrijs.

### Oplossingen knelpunten

Hieronder staat een overzicht van de oplossingsrichtingen die dit scenario beoogt te bieden. De verschillende oplossingsrichtingen worden vervolgens toegelicht.

<sup>65</sup> Bedrijfs hulpverlening kan ook worden uitgevoerd door een werknemer of werkgever met een BHV diploma.

Knelpunt	(Hoe) geborgd binnen scenario
Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er komt een extra toegangsweg voor arbeidsgerelateerde zorg: via de huisarts naar de klinisch arbeidsgeneeskundige</li> </ul>
Verbinding	<ul style="list-style-type: none"> <li>Door volwaardige plek van klinisch arbeidsgeneeskundige binnen reguliere zorg</li> </ul>
Factor arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>
Onafhankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voor bedrijfsarts wijzigt niets. De klinisch arbeidsgeneeskundige wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wordt niet gecontracteerd door de werkgever</li> </ul>
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>

I. Dit scenario beoogt de **toegankelijkheid** te verhogen door:

- **Toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg vindt ook plaats via de huisarts**

Iedere werknemer heeft via zijn huisarts toegang tot arbeidsgerelateerde zorg, een contract tussen een bedrijfsarts en een werkgever is hiervoor niet meer de enige manier. Ook ZZP-ers zijn hierdoor verzekerd van toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg, evenals de niet werkende beroepsbevolking, zoals WAjongeren en werklozen.

II. Dit scenario beoogt de **verbinding** tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg te verbeteren door:

- **De reguliere zorg bevat ook een specialist gericht op arbeid**

De klinisch arbeidsgeneeskundige krijgt een volwaardige en vaste plek in de tweedelijnszorg. Dit betekent dat deze aanbieder ook is opgenomen binnen de DBC/DOT-bekostiging. Hierdoor is specialistische expertise echt geïntegreerd in één stelsel en zal onderlinge doorverwijzing ook eenvoudiger worden. Een dergelijke positionering maakt de klinisch arbeidsgeneeskundige immers meer zichtbaar voor de huisarts en de medisch specialist. De huisarts zal bovendien in deze situatie ook expliciet worden aangesproken door de zorgverzekeraar op de afhandeling van arbeidsgerelateerde zorgvragen.

III. Dit scenario beoogt de kennis van de **factor arbeid** in de reguliere zorg te verhogen door:

- **Sturing op proces- en uitkomstindicatoren**

'Arbeid' en 'maatschappelijke participatie' zijn te beschouwen als reguliere componenten van patiëntgerichte medische zorg. Naast de module arbeid kan via proces- en uitkomstindicatoren gemeten worden of zorgaanbieders



hier ook daadwerkelijk invulling aan geven. Zij kunnen daar dan vervolgens contractueel op aangesproken worden (bonus/malus, bijvoorbeeld), waardoor daadwerkelijk meer aandacht voor de factor arbeid zal ontstaan. Een uitgebreid trainingsaanbod e.d. dient flankerend beschikbaar te zijn om zorgprofessionals handvaten te bieden invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid.

IV. Dit scenario beoogt de **onafhankelijkheid** te verhogen door:

- **Klinisch arbeidsgeneeskundige wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wordt niet gecontracteerd door de werkgever**  
Bij klachten is er in dat geval sprake van een medisch specialist die zich eenduidig zal oriënteren op de situatie vanuit het perspectief van de werknemer/patiënt. Het scenario wijzigt niets in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts.

V. Dit scenario beoogt de **transparantie** te verhogen door:

- **Sturing op proces- en uitkomstindicatoren**  
Door afspraken te maken over de te leveren zorg in de vorm van indicatoren, is de basis gelegd om aanbieders met elkaar te kunnen vergelijken. Op basis van deze indicatoren wordt namelijk inzichtelijk hoe aanbieders ten opzichte van elkaar presteren.

### Scenario 3: Sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg

- De aparte kolommen zoals in de huidige situatie blijven binnen dit scenario bestaan.
- De bedrijfsgezondheidszorg wordt vanuit de werkgever wel anders ingericht;  

In plaats van individuele verantwoordelijkheid van werkgevers voor de organisatie en financiering van 'hun' bedrijfsgeneeskundige ondersteuning is er sprake van collectieve organisatie en financiering door werkgevers op regio/sector niveau. Voorbeelden hiervan zijn voorhanden en werkzaam (zie ook het kader verderop in deze paragraaf).<sup>66</sup>

De organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg wordt niet meer vormgegeven vanuit individuele bedrijven maar vanuit een hiervoor specifiek in te richten regionale en/of sectorale infrastructuur (verschillende combinaties zijn denkbaar). Dit betekent dat alle taken – van preventie tot ondersteuning werkhervatting; voor de werkgever én de werknemer – worden uitgevoerd door deze organisatie(s).

De kracht van deze aanpak ligt in het collectief organiseren van de bedrijfsgezondheidszorg. Hierdoor wordt waardevolle kennis centraal verzameld. Deze kennis kan toegankelijk gemaakt worden voor werkgevers, werknemers en arbodiensten. Er is mede hierdoor sprake van een verlichting van taken, administratieve druk en verantwoordelijkheden voor individuele werkgevers.
- Toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg vindt plaats via de bedrijfsarts opererend binnen de sectorale en/of regionale organisaties.

<sup>66</sup> Bijvoorbeeld de stichting Arbouw die preventieve interventies en maatregelen heeft ontwikkeld voor de bouwsector.

- Er worden ook hier arbo-sprekuren ingevoerd, op locatie van de aangesloten werkgevers, met als doel om de zichtbaarheid van de bedrijfsarts te behouden of te vergroten en de toetredingsdrempel te verlagen. Deze sectorale of regionale organisaties beoordelen het verzuim en organiseren de ondersteuning richting de werkgever.
- Er worden op collectief niveau afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars, sociale partners en arbodienstverleners over de taken en verantwoordelijkheden binnen de organisatie van de zorg.

### Wijzigingen in verdeling taken naar actoren

Onderstaand schema geeft de verdeling van taken naar de actoren in scenario 3 weer.

In dit scenario vinden er niet zozeer taakverschuivingen tussen professionals plaats ten opzichte van de huidige situatie. De bedrijfsarts – werkzaam in de bedrijfsgezondheidszorg – is echter in tegenstelling tot de huidige situatie niet onder contract van een individuele werkgever maar binnen een sectorale of regionale organisatie gecontracteerd.

	0. Verzuim en Arbobeleid	1. Preventie	2. Diagnose	3. Behandeling	4. Werkhervatting
Bedrijfsarts/ arbodeskundige <i>bedrijfsgezondheidszorg</i>	A t/m G <sup>67</sup>	A, B	A, B, C	A, B, C, D	A, B, C, D
Huisarts <i>Eerste lijn</i>		B	B	A, B, C	
Medische specialist <i>Tweede lijn</i>			B	A, B, C	

**Tabel 16. Verdeling taken naar actoren scenario 3.** De letters (A,B,C,D) representeren de verschillende taken binnen een fase (een overzicht hiervan is weergegeven in paragraaf 2.3). Taken die bij actoren zijn toegevoegd t.o.v. de huidige situatie zijn cursief en dikgedrukt weergegeven. Taken die zijn weggefallen zijn lichtgrijs.

### Oplossingen knelpunten

Hieronder staat een overzicht van de oplossingsrichtingen die dit scenario beoogt te bieden. De verschillende oplossingsrichtingen worden vervolgens toegelicht.

Knelpunt	(Hoe) geborgd binnen scenario
Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoeren van spreekuren voor alle werknemers</li> </ul>
Verbinding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door op collectief niveau hierover afspraken vast te leggen en hierop te sturen door bijvoorbeeld financiële prikkels</li> </ul>

<sup>67</sup> Bedrijfs hulpverlening kan ook worden uitgevoerd door een werknemer of werkgever met een BHV diploma.

Factor arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgverzekeraar is onderdeel van de afspraken rond bedrijfsgezondheidszorg. Van de verzekeraar wordt verwacht zich hierdoor extra gestimuleerd te voelen tot het meten van de prestatie en het contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>
Onafhankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geen individuele maar collectieve afspraken tussen groepen bedrijven en bedrijfsartsen</li> </ul>
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introductie financiële prikkel door werkgevers op BA op adequate doorverwijzing en versterking zelfregie werknemer</li> <li>Meten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>

I. Dit scenario beoogt de **toegankelijkheid** te verhogen door:

- Sectorspecifieke/ regionale arbo-sprekuren**

Op sectoraal / regionaal niveau spreken organiseren voor werknemers, op locatie van de individuele werkgever. Er kunnen op regionaal of sectoraal niveau ook afspraken gemaakt worden omtrent de toegang voor ZZPers en tijdelijk personeel. De ZZPer kan hiervoor bijvoorbeeld om een eigen bijdrage worden gevraagd.

II. Dit scenario beoogt de **verbinding** tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg te verbeteren door:

- Op collectief niveau afspraken vast te leggen**

Er worden op collectief niveau afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars, sociale partners en arbodienstverleners over de taken en verantwoordelijkheden binnen de organisatie van de arbeidsgerelateerde zorg. Het doel is om tot coördinatie en afstemming te komen op het snijvlak van arbeid en zorg.

Vanuit de werkgevers is er een prikkel om de bedrijfsgezondheidszorg zoveel mogelijk toe te spitsen op de behoefte vanuit de regio of sector. Aansluiting met reguliere zorg is hierbij een factor als dit de re-integratie bevordert omdat voor de werkgever snellere terugkeer bij verzuim direct een daling van de kosten betekent. Door organisatie op collectief niveau zijn goede afspraken mogelijk over adequaat verwijzen.

### **Afspraken bedrijfsgezondheidszorg op collectief niveau**

*Arbouw is een voorbeeld van een sectorale arbodienst die zich specifiek richt op de bedrijfstak bouw. Arbouw is opgericht door werkgevers- en werknemersorganisaties om de arbeidsomstandigheden in de bouwnijverheid te verbeteren en het ziekteverzuim te verminderen<sup>68</sup>.*

*Concrete activiteiten die Arbouw uitzet zijn:*

*Onderzoek naar risico's in de bouw en maatregelen om daar iets aan te doen*

*Advies richting werkgevers over preventie en risico's per beroepsgroep*

*Periodieke medische keuring voor iedere werknemer werkzaam in de bouw*

*De uitslagen van de verschillende gezondheidskeuringen kunnen voor Arbouw weer reden zijn tot onderzoek*

*Deze activiteiten die op sectorniveau worden uitgezet zijn voornamelijk taken die zich richten op de fase arbo- en verzuimbeleid, zoals weergegeven in bijlage B.*

*Het effect van de maatregelen van Arbouw is dat de ziekmeldingfrequentie (het aantal keer dat werknemers zich in een jaar ziekmelden) nog steeds dalende is. Het verzuimpercentage is de afgelopen jaren weer licht gestegen, mogelijk als gevolg van vergrijzing in de bouwsector<sup>69</sup>.*

III. Dit scenario beoogt de kennis van de **factor arbeid** in de reguliere zorg te verhogen door:

- **Op collectief niveau afspraken vast te leggen**

Zorgverzekeraars hebben door de grotere aantallen verzekerden die onder een sectorale of regionale organisatie vallen, sneller profijt van de investering in de factor arbeid binnen de zorg: zorgverzekeraars kunnen op grotere schaal (met relatief beperkte inspanning) afspraken maken over het 'consumeergedrag' van hun verzekerden. Dit kan door afspraken op te nemen in de collectieve verzekering, maar ook door bepaalde afspraken in de CAO vast te leggen.

IV. Dit scenario beoogt de **onafhankelijkheid** te verhogen door:

- **Niet langer een directe klant-relatie met individuele werkgevers maar op collectief niveau afspraken maken over verzuim- en arbobeleid.**

Door op collectief niveau de bedrijfsgezondheidszorg te organiseren en deze ook vanuit het collectief te financieren, vervalt de directe klant-relatie tussen werkgever en bedrijfsarts. Dit kan eventueel verder worden versterkt door ook werknemersorganisaties een positie te geven in de besturing van de regionale organisaties. Tezamen met de collectieve afspraken beoogd dit de bedrijfsarts te stimuleren om te sturen op een beleid wat uiteindelijk zowel het belang van de werkgever als de werknemer dient.

V. Dit scenario beoogt de **transparantie** te verhogen door:

- **'Financiële prikkel door werkgevers op BA op adequate doorverwijzing en versterking zelfregie werknemer' en 'sturing op proces- en uitkomstindicatoren'**

Door afspraken te maken over de te leveren zorg in de vorm van

<sup>68</sup> Bron: [www.arbouw.nl](http://www.arbouw.nl)

<sup>69</sup> Arbouw bedrijfstakverslag 2011; De bouwnijverheid arbeid, gezondheid en veiligheid in 2011

indicatoren, is de basis gelegd om aanbieders met elkaar te kunnen vergelijken. Op basis van deze indicatoren wordt namelijk inzichtelijk hoe aanbieders ten opzichte van elkaar presteren.

#### Scenario 4: Model zonder bedrijfsarts

- De huidige aparte kolommen met betrekking tot het zorgpad van de werknemer bij verzuim en/of klachten, worden volledig geïntegreerd. De functie van bedrijfsarts komt te vervallen.
  - Alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu binnen de bedrijfsgezondheidszorg worden uitgevoerd en waarvoor (arbeids)geneeskundige expertise noodzakelijk is, verschuiven naar de reguliere zorg en vallen hierdoor onder de zorgverzekeringswet.
  - Deze taken gaan voornamelijk over naar de huisarts. Het gaat om taken binnen de fases preventie, diagnosestelling, behandeling en de taken A en B van de werkhervatting.
  - Om dit te kunnen bekostigen, kan een verhoging van de bijdrage vanuit de werkgever aan de ZVW nodig zijn.
- In dit model is een sterk afgeslankte aparte, door de werkgever gefinancierde, kolom bedrijfsgezondheidszorg gericht op het collectief (dus niet op de individuele werknemer);
  - Verzuim- en arbobeleid en ook de taken C en D van de fase werkhervatting, worden ingevuld door de werkgever zelf. Dit kan bijvoorbeeld via een (afgeslankte) arbodienst;
  - De werkgever behoudt de mogelijkheid om op eigen kosten partijen te contracteren die hem ondersteunen in zijn arbo- en verzuimbeleid (bijvoorbeeld collectieve preventie).
  - De *preventieve* taken binnen fase 0 zijn voornamelijk gericht op het collectief in plaats van op een individuele verzekerde, en kunnen daarom niet onder het regime van de Zvw worden gebracht.
  - Ook taken waarvoor geen zorg-specifieke expertise noodzakelijk is (zoals arbeidsdeskundige expertise) zullen waarschijnlijk niet als onderdeel van de reguliere zorg worden erkend (hier zal het CVZ zich over moeten uitspreken in een dergelijk scenario).
- De zieke werknemer bezoekt altijd eerst zijn huisarts.
- De huisarts beslist over noodzaak doorverwijzing naar (de reguliere) specialistische zorg in de tweede lijn.
- De beoordeling of het verzuim terecht danwel onterecht is (het 'zetten van het vinkje'), is een taak van de huisarts en in gevallen van de medisch specialist.
- Zowel de huisarts als de medisch specialist zijn verantwoordelijk voor het opstellen van een behandelplan. De daadwerkelijke behandeling valt buiten de bedrijfsgezondheidszorg en is om deze reden niet opgenomen in dit schema.

- De huisarts stelt in overleg met de werkgever en de aan de werkgever verbonden arbodienst een werkhervattingsplan op en begeleidt de re-integratie.

### Wijzigingen in verdeling taken naar actoren

Onderstaand schema geeft de verdeling van taken naar de actoren in scenario 4 weer. In dit scenario vinden verschillende taakverschuivingen plaats ten opzichte van de huidige situatie:

	0. Verzuim en Arbobeleid	1. Preventie	2. Diagnose	3. Behandeling	4. Werkhervatting
Bedrijfsarts/ arbodeskundige bedrijfsgezondheidszorg	A t/m G <sup>u</sup>	A, B	A, B, C	A, B, C, D	A, B, C, D
Huisarts Eerste lijn		<b>A, B</b>	<b>A, B, C</b>	A, B, C, <b>D</b>	<b>A, B</b>
Medische specialist Tweede lijn			B	A, B, C	

**Tabel 17. Verdeling taken naar actoren scenario 4.** De letters (A,B,C,D) representeren de verschillende taken binnen een fase (een overzicht hiervan is weergegeven in paragraaf 2.3). Taken die bij actoren zijn toegevoegd t.o.v. de huidige situatie zijn cursief en dikgedrukt weergegeven. Taken die zijn weggefallen zijn lichtgrijs.

### Oplossingen knelpunten

Hieronder staat een overzicht van de oplossingsrichtingen die dit scenario beoogt te bieden. De verschillende oplossingsrichtingen worden vervolgens toegelicht.

Knelpunt	(Hoe) geborgd binnen scenario
Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor iedereen toegankelijk door toegang via huisarts</li> </ul>
Verbinding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeid is volledig onderdeel van reguliere zorg.</li> </ul>
Factor arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis van de factor arbeid verhogen</li> <li>• Meten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>
Onafhankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Bedrijfsarts' wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wordt niet meer gecontracteerd door de werkgever</li> </ul>
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>

<sup>70</sup> Bedrijfs hulplening kan ook worden uitgevoerd door een werknemer of werkgever met een BHV diploma.

- I. Dit scenario beoogt de **toegankelijkheid** te verhogen door:
- **Alle werkenden toegang te verschaffen via de huisarts**  
De toegankelijkheid is geborgd, omdat alle werkenden toegang hebben (via de huisarts) en omdat de verwijzingslijn voor een ieder helder is: via de huisarts kan verwezen worden naar specialistische zorg (zoals dat ook het geval is bij een reguliere zorgvraag). Een contract tussen een bedrijfsarts en een werkgever is niet meer relevant voor de toegankelijkheid, waardoor ook automatisch alle ZZP-ers verzekerd zijn van toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg, evenals de niet werkende beroepsbevolking, zoals WAjongeren en werklozen.
- II. Dit scenario beoogt de **verbinding** tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg te verbeteren door:
- **Arbeid volledig onderdeel van reguliere zorg te maken.**  
'Arbeid' en 'maatschappelijke participatie' zijn te beschouwen als volledig reguliere componenten van patiëntgerichte medische zorg. Dit betekent dat actieve verbinding niet gemaakt hoeft te worden aangezien het onderdeel is van de dagelijkse praktijk.
- III. Dit scenario beoogt de kennis van de **factor arbeid** in de reguliere zorg te verhogen door:
- **Factor arbeid te integreren in opleiding huisartsen en medisch specialisten**  
Dit betekent dat huisartsen en specialisten in hun opleiding – meer dan nu het geval is – kennis verwerven van arbeidsgerelateerde aandoeningen en behandeling, zodat binnen de diagnose en behandeling aandacht is voor een snelle terugkeer naar werk.
  - **Sturing op proces- en uitkomstindicatoren**  
Zorgverzekeraars betalen vanuit de Zvw voor zowel de reguliere zorg als de taken die 'overkomen' uit de bedrijfsgezondheidszorg. Zorgverzekeraars kunnen de aanbieders op dezelfde manier sturen als in scenario 1: via indicatoren en via contractafspraken.
- IV. Dit scenario beoogt de **onafhankelijkheid** te verhogen door:
- **'Bedrijfsarts' (in dit scenario de (klinisch)arbeidsgeneeskundige) wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wordt niet meer gecontracteerd door de werkgever**  
Een dergelijke overheveling van taken maakt een einde aan de rolonduidelijkheid van de bedrijfsarts. Bij klachten is er immers sprake van een eerstelijns aanbieder of een medisch specialist die zich eenduidig zal oriënteren op de situatie vanuit het perspectief van de werknemer/patiënt.
- V. Dit scenario beoogt de transparantie te verhogen door:
- **Sturing op proces- en uitkomstindicatoren**  
Door afspraken te maken over de te leveren zorg in de vorm van indicatoren, is de basis gelegd om aanbieders met elkaar te kunnen vergelijken. Op basis van deze indicatoren wordt namelijk inzichtelijk hoe aanbieders ten opzichte van elkaar presteren.

### Scenario 5: Specialisering binnen de eerstelijns

Het doel van dit scenario is om optimale coördinatie en afstemming op de scheidslijn van arbeid en zorg te bewerkstelligen en tegelijkertijd aan te sluiten bij reeds bestaande initiatieven. De kern van dit scenario is de vorming van gespecialiseerde eerstelijns (huisartsen) of anderhalvelijns praktijken die zich toeleggen op behandeling van werkgerelateerde klachten in combinatie met de reguliere zorg.

- De huidige aparte kolommen met betrekken tot het zorgpad van de individuele werknemer bij verzuim en/of klachten, worden volledig geïntegreerd.
  - Alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu binnen de bedrijfsgezondheidszorg worden uitgevoerd en waarvoor (arbeids)geneeskundige expertise noodzakelijk is, verschuiven naar de reguliere zorg en vallen hierdoor onder de zorgverzekeringswet.
  - Deze taken gaan over naar gespecialiseerde eerstelijns of anderhalvelijns praktijken en worden geleverd door arbeidsgeneeskundigen, andere arbodeskundigen en huisartsen met kennis van de factor arbeid. Het is de verantwoordelijkheid van de eerstelijns zorgverleners om deze taken efficiënt en effectief te beleggen. Het gaat om taken binnen de fases preventie, diagnosestelling, behandeling en de taken A en B van de werkhervatting.
  - Om dit te kunnen bekostigen, kan een verhoging van de bijdrage vanuit de werkgever aan de ZVW nodig zijn.
- In dit model is een sterk afgeslankte aparte, door de werkgever gefinancierde, kolom bedrijfsgezondheidszorg gericht op het collectief (dus niet op de individuele werknemer);
  - Verzuim- en arbobeleid en ook de taken C en D van de fase werkhervatting, worden ingevuld door de werkgever zelf. Dit kan bijvoorbeeld via een (afgeslankte) arbodienst;
  - De werkgever behoudt de mogelijkheid om op eigen kosten partijen te contracteren die hem ondersteunen in zijn arbo- en verzuimbeleid (bijvoorbeeld collectieve preventie).
  - Deze *preventieve* taken binnen fase 0 zijn voornamelijk gericht op het collectief in plaats van op een individuele verzekerde, en kunnen daarom niet onder het regime van de Zvw worden gebracht.
  - Ook taken waarvoor geen zorg-specifieke expertise noodzakelijk is (zoals arbeidsdeskundige expertise) zullen waarschijnlijk niet als onderdeel van de reguliere zorg worden erkend (hier zal het CVZ zich over moeten uitspreken in een dergelijk scenario).
- De betrokken eerstelijns zorgverlener – de bedrijfsarts of huisarts – stelt in overleg met de werkgever en de aan de werkgever verbonden arbodienst een werkhervattingsplan op en begeleidt de re-integratie.



**Arbeidsgerelateerde zorg vanuit de eerstelijns**

Concreet betekent dit dat de eerstelijns zorgaanbieders samen verantwoordelijk zijn voor het leveren van hoogwaardige arbeidsgerelateerde zorg. Het borgen van voldoende kennis over de factor arbeid kan gebeuren door inzet van bedrijfsartsen of andere arbodeskundigen in de eerstelijns, maar ook door huisartsen of andere zorgverleners die zich (verder) toeleggen op het aandachtsgebied arbeid. Indien de reguliere huisarts constateert dat klachten van een patiënt verband houden met, of van invloed zijn op, arbeid, en de complexiteit voor de huisarts te ver gaat, stuurt de huisarts door naar een zorgverlener met aandachtsgebied voor arbeid. Ook kan een patiënt zelf direct contact zoeken met een eerstelijns zorgverlener die gespecialiseerd is in arbeidsgerelateerde zorg. Voor die taken waarvoor medische kennis noodzakelijk is, dienen de praktijken binnen de eerstelijns een arts met aandacht voor arbeid in te zetten.

Een zelfde ontwikkeling is op dit moment gaande voor bijvoorbeeld de diabeteszorg of de COPD zorg. Huisartsen werken samen in het leveren van deze zorg en verwijzen naar eerstelijns zorgaanbieders indien de zorg niet binnen hun eigen aandachtsgebied valt. Deze eerstelijns zorgverleners kunnen in dezelfde praktijk gestationeerd zijn, zoals praktijkondersteuners, maar kunnen ook in een nabijgelegen centrum werkzaam zijn. Het uiteindelijke doel is de juiste zorgverlener te verbinden aan de patiënt.

- Indien er sprake is van complexe arbeidsgerelateerde problematiek of beroepsziekten kan de huisarts of arbeidsgeneeskundige in de eerste lijn doorverwijzen naar een klinisch arbeidsgeneeskundige.
  - De basis is om de zorg binnen de relatief goedkope eerstelijns te leveren, pas als het nodig is wordt naar de tweedelijns verwezen.

**ICARA – initiatief tweedelijns arbeidsgerelateerde zorg**

In Nederland bestaan op dit moment reeds meerdere initiatieven op het gebied van tweedelijns arbeidsgerelateerde zorg (bron: 'Ziek van het werk' Medisch Contact Nr. 37 - 09 september 2009). Deze gespecialiseerde poliklinieken richten zich op complexe arbeidsgerelateerde problematiek rond specifieke diagnosegroepen.

Een voorbeeld van zo'n tweedelijns initiatief is ICARA (Integraal Centrum voor Arbeids Relevante Aandoeningen). ICARA is verbonden aan de Sint Maartenskliniek in Nijmegen en richt zich op werknemers met fysieke, psychische, chronische pijn of vermoeidheidsklachten. Zorg wordt vanuit preventief, diagnostisch of curatief oogpunt ingezet met als doel duurzame inzetbaarheid van de werknemer. Om dit te bewerkstelligen wordt gewerkt met een team van klinisch arbeidsgeneeskundigen, medisch specialisten en arbeidsdeskundigen. (bron: [www.icara.nl](http://www.icara.nl))

- De reguliere zorg neemt arbeid en participatie in het arbeidsproces mee als onderdeel van de behandeling. De zorgverzekeraar kan hierover afspraken maken in de contractonderhandelingen.
- In het regeerakkoord wordt gesproken over populatiebekostiging (zie het kader onderaan deze paragraaf) binnen het kader huisartsenzorg. Populatiebekostiging kan in dit geval de zorgverleners stimuleren om de taken efficiënt en effectief te beleggen.
  - De huisarts ontvangt een budget van waaruit hij de zorg voor een populatie moet organiseren. Hier zou ook de arbeidsgerelateerde zorg van bekostigd kunnen worden.
  - Een dergelijk initiatief lijkt aantrekkelijk voor werkgevers, omdat het een gecoördineerde en afgestemde aanpak bevordert.
  - De zorgverzekeraar zal dit stimuleren omdat het – in vergelijking met het beleggen van meer taken in de tweede lijn – minder kosten met zich mee zal brengen. Er ontstaat doelmatige behandeling binnen de goedkopere eerstelijns, waarbij arbeid nadrukkelijk in het diagnose- en behandelproces wordt meegenomen.
  - De verwachting is dat dit aanbod bij de juiste stimulering ‘vanzelf’ vanuit het veld zal ontstaan. Er is immers markt voor.
- De beoordeling of het verzuim terecht danwel onterecht is komt te liggen bij arbeidsgeneeskundige of huisarts met kennis van arbeid binnen de eerstelijns.
  - In het geval van een risico op de onafhankelijkheid kan een bedrijfsarts die niet bij de behandeling van een patiënt is betrokken worden ingeschakeld.
- De zorgverzekeraar kan met de werkgever afspraken maken over de organisaties die de zorg kunnen leveren via bijvoorbeeld de collectiviteit.

### **Populatiebekostiging**

*Populatiebekostiging betekent dat onder regie van de zorgverzekeraar één bekostigingssysteem voor de huisartsen bestaat. Dit systeem gaat uit van populatiegebonden bekostiging en biedt ruimte voor aanvullende beloningsafspraken. Zorgverleners krijgen dan niet meer per patiënt en per handeling betaald maar ontvangen een budget waaruit de betreffende (afgesproken) zorg betaald moet worden. Betrokken zorgverleners maken vooraf afspraken met de zorgverzekeraars over de afbakening van de doelgroep en kosten. De zorgverlener(s) is verantwoordelijk voor effectieve en doelmatige inzet van het budget.*

### **Wijzigingen in verdeling taken naar actoren**

Onderstaand schema geeft de verdeling van taken naar de actoren in scenario 5 situatie weer. In dit scenario vinden verschillende taakverschuivingen plaats ten opzichte van de huidige situatie:

	0. Verzuim en Arbobeleid	1. Preventie	2. Diagnose	3. Behandeling	4. Werkhervatting
Bedrijfsarts/ arbodeskundige <i>bedrijfsgezondheidszorg</i>	A t/m G <sup>71</sup>	A, B	A, B, C	A, B, C, D	A, B, C, D
Huisarts <i>Eerste lijn</i>		B	B	A, B, C	
Medische specialist <i>Tweede lijn</i>			B	A, B, C	
Arbeidsgeneeskundige/ huisarts/ arbodeskundige met kennis factor arbeid <i>Eerste lijn</i>		A, B	A, B, C	A, B, C, D	A, B
Klinisch arbeidsgeneeskundige <i>Tweede lijn</i>			B, C	A, B, C, D	A, B

**Tabel 18. Verdeling taken naar actoren scenario 5.** De letters (A,B,C,D) representeren de verschillende taken binnen een fase (een overzicht hiervan is weergegeven in paragraaf 2.3). Taken die bij actoren zijn toegevoegd t.o.v. de huidige situatie zijn cursief en dikgedrukt weergegeven. Taken die zijn weggefallen zijn lichtgrijs.

### Oplossingen knelpunten

Hieronder staat een overzicht van de oplossingsrichtingen die dit scenario beoogt te bieden. De verschillende oplossingsrichtingen worden vervolgens toegelicht.

Knelpunt	(Hoe) geborgd binnen scenario
Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toegang via huisarts</li> </ul>
Verbinding	<ul style="list-style-type: none"> <li>Door volwaardige plek van bedrijfsgezondheidszorg binnen reguliere zorg</li> <li>Door ketenbekostiging</li> </ul>
Factor arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Door het ontstaan van gespecialiseerde centra of gespecialiseerde huisartsenpraktijken binnen de eerstelijns</li> <li>Metten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders</li> </ul>
Onafhankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>'Bedrijfsarts' wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wordt niet meer gecontracteerd door de werkgever</li> </ul>

<sup>71</sup> Bedrijfs hulplening kan ook worden uitgevoerd door een werknemer of werkgever met een BHV diploma.

## Transparantie

- Meten van de prestatie en contractueel stimuleren (financiële prikkel) van reguliere zorgaanbieders

- I. Dit scenario beoogt de **toegankelijkheid** te verhogen door:
  - **Toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg vindt plaats via de huisarts**  
Iedere werknemer of ZZP'er kan op deze manier naar zijn eigen huisarts, een contract tussen een bedrijfsarts en een werkgever is hiervoor niet meer relevant. Hierdoor is ook de niet werkende beroepsbevolking, zoals WAjongeren en werklozen, verzekerd van toegang tot de arbeidsgerelateerde zorg.
- II. Dit scenario beoogt de **verbinding** tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg te verbeteren door:
  - **Arbeid volledig onderdeel van reguliere zorg te maken.**  
'Arbeid' en 'maatschappelijke participatie' zijn te beschouwen als volledig reguliere componenten van patiëntgerichte medische zorg. Dit betekent dat actieve verbinding niet gemaakt hoeft te worden aangezien het onderdeel is van de dagelijkse praktijk.
  - **De huisartsen te bekostigen middels populatiebekostiging**  
Populatiebekostiging stimuleert om taken efficiënt en effectief te beleggen.
- III. Dit scenario beoogt de kennis van de **factor arbeid** in de reguliere zorg te verhogen door:
  - **Sturing op proces- en uitkomstindicatoren**  
'Arbeid' en 'maatschappelijke participatie' zijn te beschouwen als reguliere componenten van patiëntgerichte medische zorg. Naast de module arbeid kan via proces- en uitkomstindicatoren gemeten worden of zorgaanbieders hier ook daadwerkelijk invulling aan geven. Zij kunnen daar dan vervolgens contractueel op aangesproken worden (bonus/malus, bijvoorbeeld), waardoor daadwerkelijk meer aandacht voor de factor arbeid zal ontstaan. Een uitgebreid trainingsaanbod e.d. dient flankerend beschikbaar te zijn om zorgprofessionals handvaten te bieden invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid.
- IV. Dit scenario beoogt de **onafhankelijkheid** te verhogen door:
  - **'Bedrijfsarts' (in dit scenario de (klinisch)arbeidsgeneeskundige) wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wordt niet meer gecontracteerd door de werkgever**  
Een dergelijke overheveling van taken maakt een einde aan de rolonduidelijkheid van de bedrijfsarts. Bij klachten is er immers sprake van een eerstelijns aanbieder of een medisch specialist die zich eenduidig zal oriënteren op de situatie vanuit het perspectief van de werknemer/patiënt.
- V. Dit scenario beoogt de transparantie te verhogen door:

- **Sturing op proces- en uitkomstindicatoren**  
Door afspraken te maken over de te leveren zorg in de vorm van indicatoren, is de basis gelegd om aanbieders met elkaar te vergelijken. Op basis van deze indicatoren wordt namelijk inzichtelijk hoe aanbieders ten opzichte van elkaar presteren.

## Bijlage E. Beoordelingscriteria

In deze bijlage beschrijven we de criteria die we hanteren om de beoordeling van de scenario's uit te voeren.

Om de effecten van de verschillende scenario's te beoordelen, kijken we primair naar de mate waarin ze een oplossing bieden voor de huidige knelpunten in de arbeidsgelateerde zorg. Daarnaast achten we het van belang om te beoordelen in hoeverre de scenario's realiseerbaar zijn, en welke financiële effecten ermee gepaard gaan.

De beoordelingscriteria zijn derhalve verdeeld in drie hoofdgroepen:

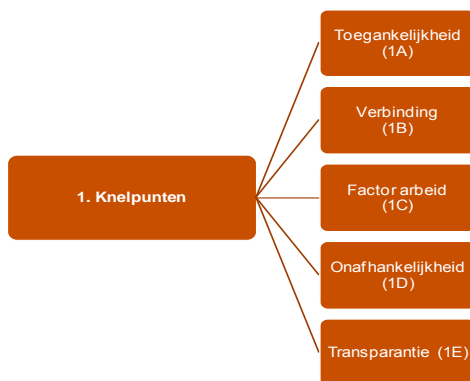
- I. **Criteria t.a.v. knelpunten:** is het scenario in staat oplossingen te bieden voor huidige knelpunten binnen de arbeidsgelateerde zorg.
- II. **Criteria t.a.v. realiseerbaarheid:** zijn de benodigde capaciteit en deskundigheid aanwezig om het scenario te realiseren en is er voldoende draagvlak bij betrokken partijen.
- III. **Criteria t.a.v. financiële effecten:** wat is de omvang van verschuivingen in structurele kosten – zowel voor de werkgever als de zorgverzekeraar – en frictiekosten in het scenario.

De beoordelingscriteria worden – per hoofdgroep – hieronder toegelicht.

### I. Criteria t.a.v. knelpunten

De eerste groep beoordelingscriteria is bedoeld om te toetsen of het scenario in staat is om oplossingen te bieden voor huidige knelpunten binnen de arbeidsgelateerde zorg (zoals genoemd in hoofdstuk 3).

De criteria en hun onderlinge samenhang zijn hieronder in een analyseboom weergegeven.



Figuur 10. Criteria t.a.v. knelpunten

#### Toelichting:

- **Toegankelijkheid(1A)**
  - Mate van toegankelijkheid en kenbaarheid van diensten binnen de arbeidsgelateerde zorg voor werknemer en werkgever. Deze indicator

- geeft aan hoe gemakkelijk de arbeidsgerelateerde zorg vindbaar is voor zowel de werknemer als de werkgever.
- Mate van toegankelijkheid niet werkende beroepsbevolking – betreft in hoeverre de arbeidsgerelateerde zorg (waaronder de bedrijfsarts of (klinisch) arbeidsgeneeskundige) ook toegankelijk is voor werklozen en Wajongeren en andere niet werkende groepen binnen de beroepsbevolking.
  - De populatie van arbeidsgeschikte mensen wordt door deze beide punten in potentie vergroot.
- *Verbinding(1B)*
    - Verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg – betreft in hoeverre het scenario de samenwerking tussen disciplines bevordert, met name om de brug te slaan tussen arbeid en zorg.
    - Verbinding tussen de arbeidsgerelateerde zorg en de werkgever – is er voldoende afstemming tussen de werkgever en de bedrijfsarts/ arbeidsgeneeskundige/ huisarts voor optimale effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg.
  - *Factor arbeid (1C)*
    - Mate van inbedding van factor arbeid in zorgverlening – in hoeverre wordt binnen het scenario door de betrokken zorgverleners de factor arbeid geïncorporeerd. Is er voldoende kennis van de factor arbeid aanwezig om te voldoen aan de behoeften van de werknemer cq kan hier voldoende op worden gestuurd.
  - *Onafhankelijkheid (1D)*
    - Mate van borging van onafhankelijkheid – mate waarin arbeidsgerelateerde zorg op een onafhankelijke wijze kan worden uitgevoerd (zonder dat daarin de perceptie bestaat dat partij gekozen wordt cq dient te worden voor werkgever dan wel werknemer).
  - *Transparantie (1E)*
    - Mate van transparantie van zorg<sup>72</sup> – in hoeverre is er (keuze)informatie over aanbod, kwaliteit, kosten, wacht- en doorlooptijden van arbeidsgerelateerde zorg beschikbaar. Stimuleert de beschikbare informatie de zorg om een hogere prijs/kwaliteit verhouding te leveren.

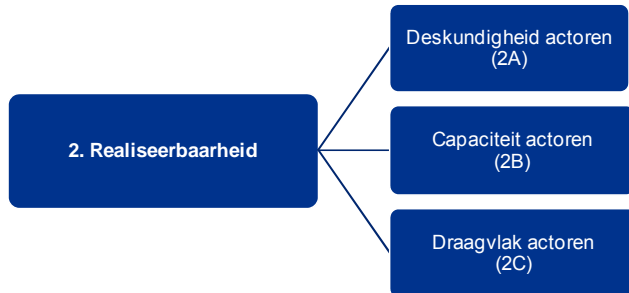
---

<sup>72</sup> Transparantie vormt één van de randvoorwaarden voor het nemen van eigen regie van de werknemer en werkgever. Zie paragraaf 3.5 voor toelichting hierop.

## II. Criteria t.a.v. realiseerbaarheid

De tweede groep beoordelingscriteria toetst de mate waarin een scenario realiseerbaar is.<sup>73</sup>

De criteria en hun onderlinge samenhang zijn hieronder in een analyseboom weergegeven.



Figuur 11. Criteria t.a.v. realiseerbaarheid

### Toelichting:

- *Deskundigheid (2A)*
  - Voldoende (beschikbare) kwaliteit/deskundigheid in het systeem – zijn de betrokken zorgverleners in staat om de betreffende taken binnen de arbeidsgelateerde zorg adequaat en deskundig uit te voeren.
  - Juiste aanbieder op de juiste plek – vervult de zorgverlener die het meest geschikt is, in termen van competenties, de betreffende functie. Sluit de deskundigheid van de zorgverlener aan bij de beoogde taken (toelichting per scenario in paragraaf 'wijzigingen in verdeling taken').
- *Capaciteit (2B)*
  - Capaciteit actoren toereikend – is er voldoende capaciteit bij de betrokken actoren om de benoemde taken uit te voeren zowel in de huidige situatie als in de toekomst.
- *Draagvlak (2C)*
  - Mate van draagvlak bij betrokken actoren – kunnen de actoren zich vinden in het voorgestelde scenario. Zijn de actoren bereid de beoogde taken op zich te nemen en benodigde stappen te nemen voor implementatie van het scenario.

<sup>73</sup> Bij de realiseerbaarheid moet ook rekening gehouden worden met de vereisten vanuit de Wet verbetering poortwachter.



### III. Criteria t.a.v. financiële effecten

De derde groep beoordelingscriteria toetst de verschuivingen in structurele kosten – zowel voor de werkgever als de zorgverzekeraar – en frictiekosten die ontstaan bij implementatie van het scenario.

De criteria en hun onderlinge samenhang zijn hieronder in een analyseboom weergegeven. De meest rechtse uiteinden van de boom gebruiken we als criteria om de scenario's op te beoordelen; deze criteria staan hieronder toegelicht.



Figuur 12. Criteria t.a.v. financiële effecten

#### Toelichting:

- *Werkgeverskosten – Δ Verzuimkosten (3A)*  
Kosten voor verzuim van zieke werknemer – mate waarin het scenario de verzuimkosten beïnvloedt. Bij gelijkblijvende loonkosten wordt de hoogte van de verzuimkosten bepaald door het volume van het verzuim. Het volume van het verzuim is afhankelijk van:
  - De kwaliteit van preventie binnen de arbeidsgerelateerde zorg
  - De effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg
  - Mate van bevordering van eigen regie werknemer / ondernemer – is er een prikkel voor de werknemer / ondernemer om te sturen op behoud van duurzame inzetbaarheid van de werknemer in het belang van de werknemer zelf en de maatschappij waarin hij leeft, alsook de organisatie waarin de werknemer werkt.
 De verzuimkosten slaan neer op de werkgever of via de werkgever op de inkomensverzekeraar.
- *Werkgeverskosten – Δ Volume zorgconsumptie bedrijfsgezondheidszorg (3B)*
  - Volume van de bedrijfsgezondheidszorg waarvan de kosten neerslaan op de werkgever – dit gaat om het aantal patiënten maal het volume zorg per patiënt. De bedrijfsgezondheidszorg wordt geleverd door arbodiensten, bedrijfsartsen en arbocuratieve initiatieven binnen de reguliere zorg die gefinancierd worden door de werkgever.
  - Het aantal patiënten dat behandeld wordt binnen de bedrijfsgezondheidszorg wordt direct beïnvloedt door verschuivingen in taken van en naar actoren in de reguliere zorg. Daarnaast resulteert succesvolle preventie in een lager volume.

- De effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg in zijn geheel bepaalt de hoeveelheid zorg per patiënt. De hypothese is dat indien zorg effectief geleverd wordt een werknemer eerder kan re-integreren en het volume genuttigde zorg per werknemer lager is.
- *Werkgeverskosten – Prijs per zorgeenheid bedrijfsgezondheidszorg (3C)*  
De prijs per zorgeenheid wordt bepaald door de doelmatigheid van de behandeling. De doelmatigheid is mede afhankelijk van adequate taakdelegatie; vervult de zorgverlener die het meest geschikt is de betreffende functie.
- *Kosten Zvw –  $\Delta$  Volume zorgconsumptie arbeidsgerelateerde reguliere zorg (3D)*
  - Volume van de arbeidsgerelateerde zorg die geleverd wordt in de reguliere zorg en gefinancierd vanuit de Zvw – dit gaat om het aantal patiënten maal het volume zorg per patiënt. Deze zorg wordt geleverd door eerste- en tweedelijns zorgverleners.
  - Het aantal patiënten dat behandeld wordt in de reguliere arbeidsgerelateerde zorg wordt direct beïnvloedt door verschuivingen in taken van en naar actoren in de bedrijfsgezondheidszorg. Daarnaast resulteert succesvolle preventie in een lager volume.
  - De effectiviteit van de arbeidsgerelateerde zorg in zijn geheel bepaalt de hoeveelheid zorg per patiënt. De hypothese is dat indien zorg effectief geleverd wordt een werknemer eerder kan re-integreren en het volume genuttigde zorg per werknemer lager is.
  - Mate van medicalisering – mate waarin het scenario de tendens vergroot om normale levensprocessen meer en meer in termen van ziekte en gezondheid te zien. Medicalisering leidt tot een stijging in zorgconsumptie; zowel van het aantal patiënten als de hoeveelheid zorg per patiënt.
- *Kosten Zvw – Prijs per zorgeenheid reguliere arbeidsgerelateerde zorg (3E)*  
Prijs per zorgeenheid – wordt bepaald door doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. De doelmatigheid is mede afhankelijk van adequate taakdelegatie; vervult de zorgverlener die het meest geschikt is de betreffende functie.
- *$\Delta$  Overige maatschappelijke kosten (3F)*  
Het effect op overige maatschappelijk kosten – zoals werkloosheidspremie en Wajong-uitkeringen. Deze maatschappelijke kosten worden direct beïnvloed door de arbeidsgeschikte populatie. Indien werklozen en Wajongers toegang krijgen tot zorg waarbij aandacht voor de factor arbeid een prominente rol speelt kan dit in potentie de arbeidsgeschikte populatie vergroten. Dit kan de maatschappelijke kosten reduceren.
- *Frictiekosten (3G)*  
Kosten voor het invoeren / realiseren scenario.

## Bijlage F. Betrokken inhoudelijke experts

Voor deze scenarioanalyse hebben we twee keer binnen het traject inhoudelijke experts betrokken:

- In stap 2 bij het aanscherpen van scenario's en criteria. Op basis van een aantal interviews met inhoudelijke experts is de concept omschrijving van de scenario's en beoordelingscriteria verder aangescherpt.
- In stap 3 bij de evaluatie scenario's; op basis van de input uit een interactieve beoordelingsessie met inhoudelijke experts zijn de scenario's geëvalueerd.

In de tabel hieronder is een overzicht van de inhoudelijke experts weergegeven en is aangegeven in welke stap van dit traject ze betrokken zijn

Naam	Functie	Betrokken bij aanscherpen scenario's en criteria?	Betrokken bij interactieve beoordelingsessie?
K. de Boer	Bedrijfsarts	ja	nee
Dr. C. van Vliet	Bedrijfsarts - directeur kwaliteitsbureau NVAB	nee	ja
J. Penders	Bedrijfsarts - voorzitter NVAB	nee	ja
Dr. T.M. Pal	Klinisch arbeidsgeneeskundige	nee	ja
Dr. L.A.M. Elders	Klinisch arbeidsgeneeskundige - voorzitter NVKA	nee	ja
Prof. W. van Mechelen	Bedrijfsarts - hoogleraar VuMC	ja	nee
Prof. J.R. Anema	Bedrijfsarts - hoogleraar VuMC	ja	ja
Prof. W. van Rhenen	Bedrijfsarts - hoogleraar - raad van bestuur 365	ja	ja
M.J.J. Rebel	Huisarts - LHV	nee	ja
P.C.M. Habets	Huisarts - Vice-voorzitter LHV	ja	nee
Dr. T. Rustemeyer	Dermatoloog VUMC	nee	ja
Dr. J.M. Rooijackers	Longarts - NKAL	nee	ja
V.J.G.M.H. Höppener	Directeur re-integratiebedrijf Winnock	ja	ja
I. Bruggenkamp	Directeur Integraal Centrum Arbeidsrelevante Aandoeningen (ICARA)	ja	ja
O. Gerrits	Achmea	ja	ja
E. Voorn	Achmea	ja	ja
B. van der Hee	Achmea	ja	nee
C.G. Mastenbroek	CVZ	ja	nee
T. Hilde-olde Scheper	Medisch adviseur Nza	nee	ja
H. Baaijens	Directeur NPHF	nee	ja
M. Jambroes	Promovendus - onderzoek i.s.m. met NPHF	nee	ja



## Contactgegevens

### **Marc Berg**

#### **Partner**

**T** +31 6 42 44 28 34

**E** berg.marc@kpmg.nl

### **Remco van Veghel**

#### **Manager**

**T** +31 6 12 72 05 35

**E** vanveghel.remco@kpmg.nl

### **Femke van der Voort**

#### **Adviseur**

**T** +31 6 52 07 89 31

**E** vandervoort.femke@kpmg.nl

### **Marije van der Steen**

#### **Adviseur**

**T** +31 6 51 20 59 48

**E** vandersteen.marije@kpmg.nl

[www.kpmg.nl](http://www.kpmg.nl)

[www.kpmgplexus.nl](http://www.kpmgplexus.nl)

© 2013 KPMG Advisory N.V., registered with the trade register in the Netherlands under number 33263682, is a subsidiary of KPMG Europe LLP and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ('KPMG International'), a Swiss entity. All rights reserved. .

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavour to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

The KPMG name, logo and "cutting through complexity" are registered trademarks or trademarks of KPMG International Cooperative ("KPMG International").