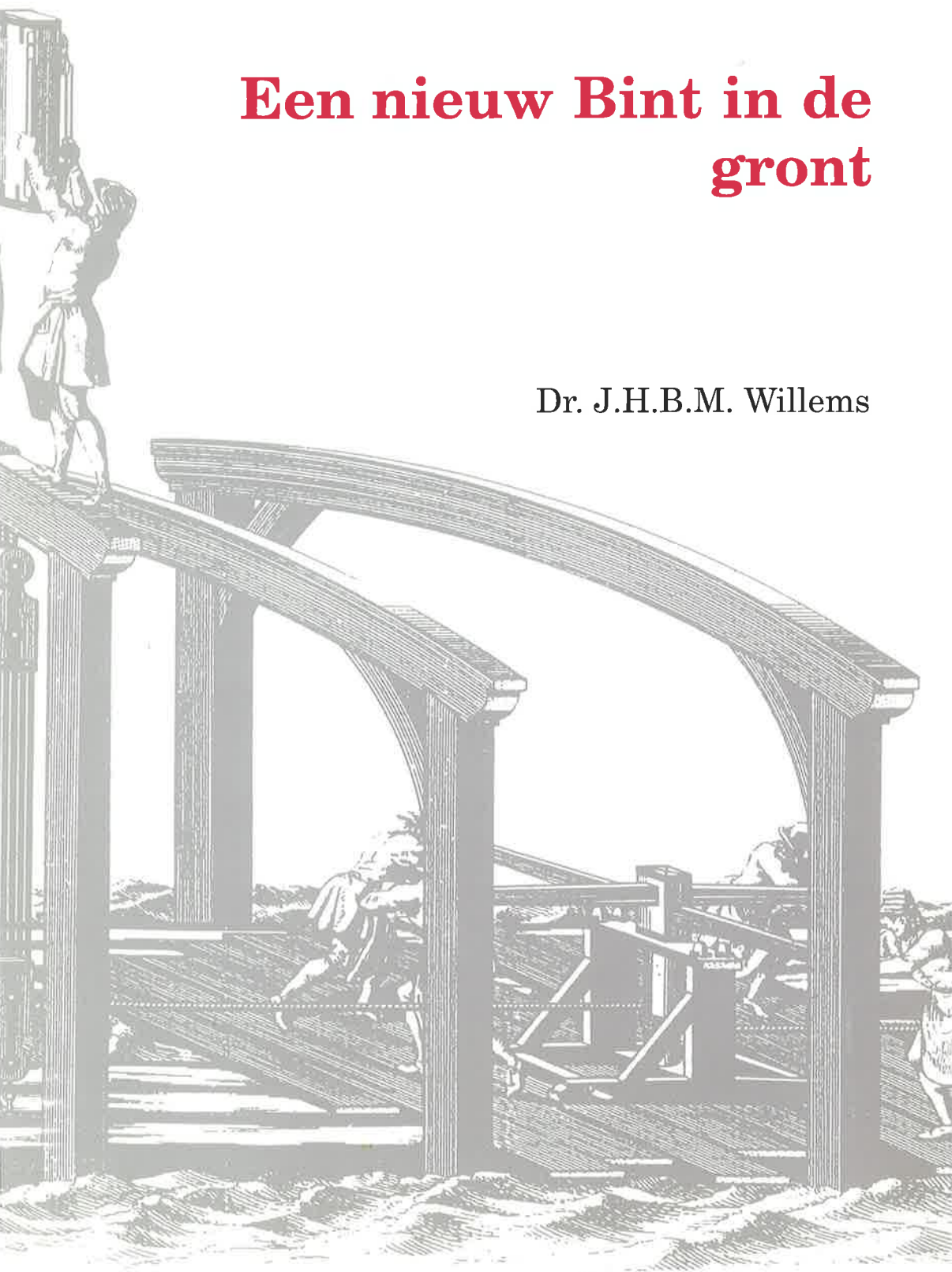


Een nieuw Bint in de gront

Dr. J.H.B.M. Willems



Een nieuw Bint in de gront

-sociale verzekeringsgeneeskunde bij het fin de siècle-

REDE

GEDEELTELIJK UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING

VAN

HET AMBT VAN BIJZONDER HOGLERAAR

IN DE SOCIALE VERZEKERINGSGENEESKUNDE

IN HET BIJZONDER

DE PREVENTIEVE EN ARBEIDSGEBONDEN ASPECTEN

AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

OP VRIJDAG 4 JUNI 1993

DOOR

Dr. J.H.B.M. WILLEMS

*Ziekte is een begrip als geluk of armoede:
iedereen weet wat ermee wordt bedoeld,
niemand kan het precies omschrijven,
en niet iedereen verstaat er hetzelfde onder.*

S. Knepper

Omslag:

Het plaatsen van een Bint in de gront, bij de bouw van de houten schutsluis. Illustratie uit: *Theatrum Machinarum Universale*; of *Keurige Verzameling van verscheide grote en zeer fraaie waterwerken, schutsluizen, waterkeringen, ophaal- en draaibruggen.*

Door: Tileman van der Horst. Uitgave bij Petrus Schenk te Amsterdam, 1736. Opnieuw uitgegeven in 1981 bij Uitgeverij T. Wever B.V., Franeker

ISBN 90-6743-260-1

Mijnheer de Rector Magnificus,
leden van het bestuur van de Stichting Bijzonder Hoogleraarschap
in de Sociale Verzekeringsgeneeskunde,
dames en heren,

Inleiding

Om vooral economische redenen bestaat de laatste jaren een grote belangstelling voor beleid dat tot een reductie van het aantal geregistreerde arbeidsongeschikten kan bijdragen. In dit licht bezien wordt het belang van deelname aan arbeid weer sterk naar voren gebracht. Rechtvaardigen de cijfers deze bijzondere belangstelling? Ik meen van wel. In 1992 ontvingen in ons land per 100 niet-uitkeringsgerechtigde werknemers 44 mensen jonger dan 65 jaar een uitkering; 24 hiervan, dus bijna 55%, kregen die uitkering wegens ziekte of arbeidsongeschiktheid. De arbeidsongeschiktheid heeft dus in Nederland in belangrijke mate bijgedragen aan de ongunstige verhouding tussen werkenden en niet-werkenden¹.

De arbeidsongeschiktheidswetgeving wordt in toenemende mate gehanteerd als instrument voor arbeidsmarktbeleid, de verzekeringsgrondslag verdwijnt geleidelijk meer naar de achtergrond. De implementatie van dit beleid brengt nogal fundamentele veranderingen met zich mee voor de uitvoering van de sociale zekerheid. Deze moet, meer dan voorheen, worden gericht op het voorkómen van uitkeringsafhankelijkheid en het bevorderen van de reïntegratie op de arbeidsmarkt vanuit een uitkeringssituatie. De overheid heeft terecht gekozen voor een combinatie van prijzen volumebeleid, waarbij zowel het aanbod van als de vraag naar voorzieningen kan worden beperkt. Vele actoren zijn hierbij op de een of andere wijze betrokken. Ik richt mijn aandacht vandaag in het bijzonder op één van die actoren: de arts. Artsen hebben van oudsher een prominente rol gespeeld bij de uitvoering van de sociale zekerheid. Die rol is echter in de loop van bijna 100 jaar wetgeving nogal gewijzigd. De laatste jaren is dat zelfs zeer nadrukkelijk het geval. De tijd is daarom aangebroken om de arts in dit veld opnieuw te positioneren.

In de context van mijn beschouwing zijn twee domeinen van belang. Daar is enerzijds dat van de arbeid zelf; indien aan het belang van betaalde arbeid met betrekking tot het maatschappelijk functioneren in de loop der tijden meer gewicht zou zijn toegekend, zouden er nu aanzienlijk veel minder arbeidsongeschikte werknemers zijn. En daar is anderzijds dat van de zorg, of zo u wilt het zorgbestel, als onderdeel van de sociale zekerheid in ons land. 'Zorg' definieer ik hier als het geheel van sociale verzekeringen, voorzieningen en organisaties die erop gericht zijn hulp te bieden aan diegenen die om gezondheidsredenen niet (meer) in staat zijn geregelde en lonende arbeid te verrichten². Het is al decennia lang duwen en trekken tussen arbeid en zorg, waarbij de arbeid vooral de duwende en de zorg, met name het relatief gunstige uitkeringsregime, vooral de trekkende kracht is geweest. Tussen arbeid en zorg bevindt zich dan de sluis waar de zorgpassage wordt geregeld door sluiswachters³. In ons sociaal-zekerheidssysteem zijn dat, wat de medische aspecten betreft, de verzekeringsgeneeskundige en soms ook de bedrijfsarts. De historisch gegroeide combinatie van beleidsprincipes en beleidsuitvoering heeft ertoe geleid dat het schutten vooral in één richting plaatsvindt. Het te bedwingen hoogteverschil is sinds de bouw van de sluis bovendien aanzienlijk groter geworden. Er moet dus in de eerste plaats iets aan de verkleining van dit hoogteverschil gedaan worden: de waterstand vóór de sluis moet worden verlaagd. Maar ook de sluis zelf is aan restauratie toe, en wie zich verdiept in de constructie van een sluis ontdekt dat zo'n restauratie geen sinecure is. Een eenvoudige ingreep is ook niet voldoende, het fundament moet vernieuwd, er moeten nieuwe binten in de grond, en de sluiswachter moet van middelen worden voorzien om de krachten op de vernieuwde sluisdeuren beter te beheersen. Die sluiswachters kunnen dan meer effectief bijdragen aan de beheersing van het hoogteverschil, en daarmee aan een reductie van het arbeidsongeschiktheids- en arbeidsparticipatie-probleem in Nederland.

Ik zal eerst kort ingaan op een aantal ontwikkelingen in de sociale zekerheid en de verzekeringsgeneeskunde sinds het begin van deze eeuw. Vanuit dit historisch perspectief belanden wij dan in het heden. Ik zal kort de hoofdaccenten aangeven van de verbouwingswerkzaamheden die zich thans in het tussengebied

voltrekken. Van daaruit komen wij vanzelfsprekend bij een vooruitblik, en via een bespreking van enige mogelijke toekomst-scenario's wordt dan duidelijk hoe de sociale verzekerings-geneeskunde het fin de siècle kan overleven, om uiteindelijk met een nieuw gezicht een nieuwe eeuw binnen te stappen.

Historische beschouwingen

De sociale zekerheid in Nederland is niet zonder problemen tot stand gekomen. De historie in deze werd recent door Abraham de Swaan gekenmerkt als zeer moeizaam. Een trage en karige aanvang en een late maar dramatische expansie. Het resultaat is, aldus De Swaan, een verbrokkelde en haperende wetgeving. De eerste periode uit de historie van de Nederlandse sociale zekerheidswetten begon zo ongeveer tegen het einde van de vorige eeuw. De bakermat van ons continentale stelsel ligt vooral in het Duitsland van Bismarck, waar al zo halverwege de negentiende eeuw diverse voorbereidingen getroffen werden voor wat in de decennia daarna tot een degelijk stuk sociale zekerheid zou worden uitgebouwd⁴. De Duitse arbeiders beschikten tegen het eind van de vorige eeuw over een uitgebreid netwerk van ziekenfondsen en vakbondsverzekeringen. In Nederland kwam de ontwikkeling wat later op gang. Arbeiders waren bij ziekte, werkeloosheid, ouderdom of overlijden tot het eind van de negentiende eeuw nog vooral afhankelijk van armenzorg en zelfhulp. Deze zorg was bovendien in handen van het particulier initiatief. De in 1854 in werking getreden Armenwet bepaalde dat expliciet, mede door protesten van de kerken tegen een eerder door Thorbecke ingediende ontwerp-Armenwet die armoede opvatte als een economisch en sociaal probleem dat niet louter door liefdadigheid was op te lossen. Geleidelijk ontwikkelde zich hiernaast ook een systeem van georganiseerde zelfhulp. Arbeiders sloten zich aan bij onderlinge verzekeringen tegen ziekte en werkeloosheid. De overheid participeerde nog niet in deze eerste vormen van sociale zekerheid voor arbeiders. De 'sociale kwestie', gekenmerkt door slechte arbeids- en woonomstandigheden, lage lonen, lange arbeidstijden en vrouwen- en kinderarbeid werd echter expliciet onderwerp van politieke en maatschappelijke discussies. De staat

begon uiteindelijk de verantwoordelijkheid op zich te nemen. In 1870 werd de Armenwet gewijzigd, waarbij de lokale gemeenschap met betrekking tot de primaire verantwoordelijkheid voor de armenzorg de rol van de kerken overnam. Hierna werden in een hoger tempo vervolgstappen gezet. Via het zg. Kinderwetje van Van Houten (1874), de Arbeidswet (1889) en de Veiligheidswet (1895) werden pogingen gedaan om arbeidsbeschermende maatregelen te nemen. In 1901 resulteerde deze ontwikkeling in de eerste verplichte sociale verzekering voor arbeiders: de Ongevallenwet (volledig ingevoerd in 1903). Met deze wet is het begin van de sociale verzekeringswetgeving in Nederland gemarkeerd⁵. De Rijksverzekeringsbank (RVB), later (na 1955) de Sociale Verzekeringsbank (SVB) werd opgedragen toezicht te houden op de rechtmatigheid van de uitkering, en zij nam hiertoe artsen in dienst. Men kan de Ongevallenwet dus beschouwen als aanleiding tot de ontwikkeling van de sociaal-verzekeringsgeneeskundige discipline.

De volgende stappen in de ontwikkeling van het sociaal zekerheidsstelsel werden door Talma gezet. De totstandkoming van de Ziektewet, die zich uitstrekte over een periode van ongeveer 25 jaar, illustreert de moeizame weg die daarbij in ons land bewandeld moest worden⁶.

Discussies over de uitvoering door en de positie van de bedrijfsverenigingen daarin waren mede verantwoordelijk voor deze vertraagde invoering. Maar ook de zogenaamde 'dokters-quaestie' speelde een rol. Talma's voorgangers Kuyper en na hem Veegens hadden namelijk nog het voornemen om de kosten van de behandeling in de Ziektewet op te nemen, maar de artsen wilden niet meewerken aan een overheidsregeling voor ziektekosten. Door verzet van de medische wereld, die veel particulieren naar de verplichte ziekenfondsverzekering zag verdwijnen, werd dit element door Talma noodgedwongen uit het ontwerp gelicht, met de nog steeds controversiële en mondiaal bezien vrij unieke scheiding van behandeling en controle als uiteindelijk resultaat. Het gevolg was bovendien dat het ziekenfondsbesluit, de voorloper van de in 1966 volledig van kracht geworden Ziekenfondswet, eerst in 1941, na ettelijke wijzigingen, door de Duitse bezetter kon worden doorgevoerd.

Ongevallenwet, Ziektewet en Ziekenfondswet, het zijn slechts voorbeelden van de moeizame wijze waarop ons stelsel van sociale zekerheid in de eerste helft van deze eeuw tot stand kwam. Economische recessies, de crisis van de jaren dertig en de Tweede Wereldoorlog droegen nog extra bij aan deze achteraf te betitelen stilte voor de huidige sociale zekerheidsstorm. Mede mogelijk gemaakt door een sterke en snelle industrialisatie in de naoorlogse jaren, aardgas, en waarschijnlijk ook door een zekere deconfessionalisering gepaard aan toenemende arbeiderssteun voor sociaal-democratische beginselen voltrok zich tussen 1945 en 1980 een expansie die zijn weerga niet kent. De sociale zekerheid werd onderdeel van het sociaal-economisch beleid⁷. In een relatief korte periode werden voorzieningen getroffen voor inkomensverlies door ouderdom, door arbeidsongeschiktheid, door werkloosheid, en door overlijden van de partner. Daarnaast werden burgers met kinderen voor de kosten die daaraan verbonden zijn gedeeltelijk gecompenseerd, ontstond een stelsel van overheidsfinanciering voor bijzondere ziektekosten, en werd een niveau voor een bijstandsuitkering vastgesteld⁸. Een mijlpaal in deze ontwikkeling was de totstandkoming van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in 1967, en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) in 1976. In één klap werd de gehele vooroorlogse sociale verzekeringswetgeving voor werknemers vervangen⁹. Natuurlijk stond hier een prijs tegenover, maar tot eind jaren zeventig waren de economische consequenties van de stelseluitbreiding nauwelijks onderwerp van gesprek. Toch stegen de kosten in verband met dit stelsel explosief¹⁰. Het netto-resultaat na 25 jaar duwen en trekken is een vrij fors volume aan door artsen arbeidsongeschikt verklaarde werknemers, terwijl uit vergelijkend onderzoek blijkt dat deze ontwikkeling niet aan een gemiddeld slechtere gezondheidstoestand van de Nederlander kan worden toegeschreven¹¹. Hierdoor kwamen de Ziektewet en de arbeidsongeschiktheidswetten onder druk te staan. Het gevoerde beleid bleek niet alleen te rechtvaardigen op grond van gezondheidsindicatoren en medische deskundigheid. Maatschappelijke problemen, zo werd aangevoerd, werden in toenemende mate in medische problemen vertaald. Het begrip 'medicalisering' doet zijn intrede¹². Dit betekende zoals De Swaan het formuleert " een uitbreiding van de medische interventie naar de alledaagse betrekkingen tussen arbeiders en bedrijfsleiding,

waardoor zeer veel conflicten over de arbeidsdiscipline voortaan zorgvuldig in medische termen ingepakt werden.”

De jaren tachtig en negentig laten de eerste pogingen zien tot beperking van de uitgaven voor zieken en arbeidsongeschikten. Er volgen enige stelselwijzigingen die vraag en aanbod trachten te beheersen¹³. Nieuwe wetgeving expliciet gericht op de reductie van kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wordt ontwikkeld. Drempelverhoging met betrekking tot de instroom en bevordering van de uitstroom uit de arbeidsongeschiktheidsregelingen is daarvoor het middel. Verdere privatisering van het aanbod met betrekking tot uitkeringen in het ‘ziektewetjaar’ maken hier deel van uit: afstoting van verantwoordelijkheden van overheid en bedrijfsverenigingen naar de werkgever.

Naast een primair op kostenreductie gebaseerd beleid komt ook het op terugdringing van het verzekerde risico gerichte beleid politiek in de belangstelling. De Arbeidsomstandighedenwet komt tot stand, en wordt uiteindelijk via de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers direct in verbinding gebracht met het sociale zekerheidssysteem. De overheid probeert de sturende functie, gericht op preventie van ziekteverzuim, te versterken door uitbreiding van de verplichtstelling van door werkgevers af te nemen deskundige zorgverlening voor hun werknemers. De rol van de artsen die bij de uitvoering van dit overheidsbeleid betrokken zijn, verandert door al deze ontwikkelingen. Op de positie van deze artsen in de loop van de ontwikkeling van ons sociaal zekerheidsstelsel zal ik nu wat uitvoeriger ingaan.

Controle en causaliteit

Reeds bij de eerste Ongevallenwet werd een beroep op de arts gedaan om vast te stellen dat sprake was van letsel waarmee doorwerken medisch niet verantwoord was. De meeste curatief werkende artsen die met ongeval-patiënten te maken hadden, schreven zich in bij de Rijksverzekeringsbank om volgens de vastgestelde procedures en tegen vastgestelde vergoedingen mee te werken aan de uitvoering van de wetten. Het werk van deze artsen hield naast het instellen van een adequate, tot snelle

arbeidsgeschiktheid leidende behandeling ook een controlerende taak in. De artsen moesten een oordeel geven over een eventueel causaal verband tussen het letsel en een bedrijfsongeval, en ook met betrekking tot de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid. De controle-artsen van de Rijksverzekeringsbank beoordeelden de door de curatief werkende artsen ingestuurde aangiften en adviseerden over de hoogte van de eventueel uit te keren gelden. In de praktijk kwam deze handelwijze erop neer dat de behandelend arts een belangrijke invloed kon uitoefenen op het uitkeringsbeleid van de Bank. Van scheiding tussen behandeling en controle was in het begin van deze eeuw dus nog geen sprake. Vanaf 1921 kregen deze controle-artsen ook revalidatiebevoegdheid: de arts ging zich bezighouden met sociale problematiek. Daarmee was de grondslag gelegd voor wat later de sociale verzekeringsgeneeskunde zou worden genoemd.

Al snel na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet(ten) blijkt het aantal ongevalslachtoffers dat recht heeft op een uitkering veel hoger dan geraamd, en de Rijksverzekeringsbank schrijft dit toe aan de te slappe houding van de artsen. Mede hierdoor komt het handelen van deze artsen zowel in curatieve als in controlerende zin meer en meer ter discussie. Door het via de ongevalregistraties ontstane inzicht in bepaalde medische handelwijzen kwamen immers ook feilen aan het licht. Geleidelijk aan werden de activiteiten van curatief werkende artsen mede hierdoor als een bedreiging gezien voor de vertrouwde therapeutische identiteit. Ook werd nu de vertrouwenspositie naar de patiënt aangevoerd als belemmering voor de uitoefening van de controlerende taak. Deze ontwikkeling had tot gevolg dat de positie van de artsen in dienst van verzekeringsorganen langzamerhand veranderde: hij kon niet meer gebruik maken van causaliteits- en validiteitsbeoordelingen van curatief werkende artsen, maar moest deze zelf verrichten. De invloed op de therapie nam sterk af, maar die op de toekenning van een uitkering nam nog toe. Met de komst van het ziekgeld was het aan deze controle-artsen om te beslissen of het ziekteverzuim terecht was.

De verzekeringsgeneeskundige discipline had zich sinds 1921 vakinhoudelijk verder ontwikkeld, zodanig dat behoefte ontstond aan een meer wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied. Al in 1931 werd de naar later zou blijken lange weg ingeslagen die

zou leiden tot de instelling van een lectoraat in de sociale verzekeringsgeneeskunde aan de toenmalige Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam. De politieke strijd rond de instelling van dit lectoraat was heftig, vooral wegens de vermeende werkgeversbelangen die naar de aanvankelijke opvatting van de gemeenteraad van Amsterdam niet strookten met de belangen van de zieke werknemer¹⁴. Op 22 januari 1940 hield de illustere Muntendam dan toch zijn openbare les bij de aanvaarding van het bijzonder lectoraat in de sociale verzekeringsgeneeskunde.

Muntendam had aperte, en in het licht van die tijd zeer moderne, opvattingen over de taak van de sociaal-verzekeringsgeneeskundige¹⁵. Zo benadrukte hij al het belang van de preventie voor het verzekeringsorgaan, en de hieruit voortvloeiende noodzaak voor de arts om kennis te hebben van schadelijke omgevingsfactoren. Het ging er volgens Muntendam dus uitdrukkelijk niet om, de oorzaak van een ziekte om verzekeringstechnische redenen te achterhalen, maar om daardoor de preventie te bevorderen.

Toen Wester, als opvolger van Muntendam, in 1950 zijn oratie wijdde aan tuberculose als beroepsziekte en daarbij sprak over de moeilijkheden van de causaliteitsbeoordeling in het kader van de uitkeringsmogelijkheden, wierp hij reeds de vraag op of het causaliteitsbeginsel niet zou moeten worden verlaten¹⁶. Eerst in 1967, bij het van kracht worden van de WAO als opvolger van de Invaliditeitswet van 1919, werd deze wens grotendeels vervuld. Misschien niet geheel toevallig werd in datzelfde jaar in Medisch Contact het 'In memoriam' van de controlerend geneesheer opgenomen¹⁷. De beoordelende functie van de verzekeringsgeneeskundige onderging een wezenlijke verandering. Om voor een uitkering in aanmerking te komen was het niet langer, zoals in de Ongevallenwetten, noodzakelijk dat de oorzaak van de ziekte of het gebrek in het beroep moest worden gezocht¹⁸.

De causaliteitsproblematiek heeft een belangrijke maar tegelijk ook controversiële rol gespeeld in de sociale verzekeringsgeneeskunde. Na 1967 is deze discussie niet verstomd. Immers, ook de Ziektewet en de arbeidsongeschiktheidswetten bevatten nog elementen waarbij causaliteitsvragen aan de orde zijn. De meest belangrijke daarvan is wel de noodzaak tot het leggen van een oorzakelijk verband tussen de ziekte of het gebrek enerzijds en de arbeidsongeschiktheid anderzijds. Indien niet sprake is van ziekte of gebrek bestaat geen recht op uitkering krachtens de

arbeidsongeschiktheidswetten, ook al is men arbeidsongeschikt. Zo is uit jurisprudentie af te leiden dat de rechter ouderdomsgebreken die zijn ontstaan onder invloed van fysiologische involutie van vorm en functie het ziektekarakter ontzegt. Ook indien de rechter achteraf vaststelt dat een werknemer een functie heeft aanvaard terwijl hij daarvoor fysiek of mentaal niet geschikt mocht worden geacht, wordt de Ziektewet niet van toepassing geacht. De redenering is dan dat de persoon niet ongeschikt is voor de arbeid, maar dat de arbeid ongeschikt is voor de persoon. Dat standpunt kost betrokkene dan de uitkering, tenzij hij erin slaagt de arts te overtuigen van zijn ziek-zijn op het moment van beoordeling. In de jaren tachtig en negentig valt steeds meer kritiek te beluisteren op dit tot medicalisering leidend uitgangspunt¹⁹. Vooral het begrip 'ziekte' staat daarbij in de belangstelling. Ik maak nu even een uitstapje naar deze causaliteitsproblematiek, om vervolgens weer terug te komen op de recente ontwikkelingen rond de sociaal-verzekeringsgeneeskundige.

Koffiedik kijken en het opsporen van de echte zieken

Naar mijn mening ten onrechte wordt door sommigen niet aan het duwen en trekken maar aan de medische diensten van de uitvoeringsorganen van Ziektewet en arbeidsongeschiktheidswetten een dominante invloed op de totstandkoming van het huidige volume toegeschreven. De artsen die de beoordelingen uitvoeren wordt in deze nog wel eens een verwijt gemaakt: men geeft te gemakkelijk toe aan claims op een uitkering op basis van niet aanwezige ziekten. Het zit echter toch wat anders. Ten tijde van het tot stand komen van onze Ziektewet werd 'ziekte' nog als een rechttoe-rechtaan fenomeen beschouwd: een tijdelijke en goed herkenbare afwijking van een natuurlijke staat van gezondheid. Dit biologisch ziekte-concept heeft maatschappelijk geen stand gehouden. De interpretatie van het begrip 'ziekte' is in de loop der tijden aan verandering onderhevig geweest, vooral doordat een maatschappelijk breed gedragen besef is ontstaan dat ziekte zich niet beperkt tot een mankement van een persoon, maar dat het gaat om een probleem dat is ontstaan in de relatie tussen die

persoon en de omgeving²⁰. Geleidelijk zijn wij ons gaan realiseren dat men ziek kan zijn zonder dat dit naar traditionele maatstaven is te objectiveren, en dat men zich ziek kan voelen terwijl een arts niet over de middelen beschikt dat te bevestigen en daar wat aan te doen, of zelfs niet de geëigende deskundige is om het probleem op te lossen. Ziekte is in onze gemedicaliseerde maatschappij dikwijls ook een instrument waarmee onzekerheden gelegitimeerd kunnen worden, vaak om een bepaald doel te kunnen bereiken dat op andere wijze niet bereikbaar is. De behoefte om, vaak vanwege legitieme maar niet altijd gezondheidskundige redenen, tijdelijk niet te hoeven werken is zo'n voorbeeld. Bij gebrek aan alternatief wordt dan een beroep op de Ziektewet gedaan, noodgedwongen met quasi-medische klachten. Het feit dat het schier onmogelijk is vast te stellen dat iemand niet ziek is, voert dan nogal eens tot de arbeidsongeschiktheidsverklaring. Daar hoort dan nog wel een medische diagnose bij. Nu zijn artsen bij uitstek deskundig in het vertalen van onzekerheden en onbekendheden in diagnoses volgens een daartoe ontworpen internationaal diagnose-classificatiesysteem. Het stellen van een diagnose echter is in de sociale verzekeringsgeneeskunde in de meeste gevallen van ondergeschikt belang, aangezien vooral de medische beperkingen in ogenschouw moeten worden genomen. Het verband tussen de gezondheidsklacht, de diagnose en een eventuele daarmee samenhangende lichamelijke of geestelijke stoornis is zeker op het individuele niveau in veel gevallen niet vanzelfsprekend duidelijk. Echter, ook het verband tussen de eventueel te objectiveren stoornis, de daaruit mogelijk voortvloeiende beperkingen en de belastbaarheid in een concrete situatie wordt nog door vele complexe, niet slechts 'medische' factoren beïnvloed, al heeft het werk van mijn voorganger Timmer aangetoond dat kennis omtrent deze verbanden kan bijdragen tot het beoordelingsproces in specifieke gevallen. Het op individueel niveau voorspellen van een op langere termijn te verwachten verminderde belastbaarheid bij nog 'gezonde' werknemers is in het algemeen zelfs vergelijkbaar met koffiedik kijken. Wel is het, zoals De Winter recent aantoonde, tot op zekere hoogte mogelijk om werknemers met een verhoogd verzuim- en arbeidsongeschiktheidsrisico te herkennen, zodat nog preventieve maatregelen genomen kunnen worden²¹.

Terwijl de wetgeving in het medisch-biologisch concept is blijven steken, hebben de artsen van de uitvoeringsorganen de maatschappelijke ontwikkelingen wel degelijk in hun beoordelingsbeleid geïncorporeerd. Op dit punt richt zich dan ook veel kritiek. Een in deze tijd weer vaak gehoorde oplossingsrichting voor het ontstane volumeprobleem zou te vinden zijn in het scherper omschrijven van het ziektebegrip. De echte zieken moeten worden opgespoord. De behoefte aan objectivering van het ziektebegrip is vooral van juridische zijde steeds groot geweest. De jurist immers hanteert een deductieve werkwijze die gebaat is bij feitelijke uitgangspunten en niet bij een grote interpretatieruimte. Maar ook politici hebben hun behoefte aan scherp omschreven criteria bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling de laatste jaren frequent geuit²². Het zou de overleving van ons huidige stelsel van sociale zekerheid zijn. In het wetsvoorstel Terugdringing Beroep op Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) wordt het deelcriterium 'arbeidsongeschikt ten gevolge van ziekte of gebreken' gewijzigd in 'als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken'. Met deze wijziging volgt het kabinet de SER in diens streven te vermijden dat de begrippen 'ziekte en gebreken' te ruim worden geïnterpreteerd. De overheid wil hiermee benadrukken wat zij zich ook in het verleden reeds voorgesteld had met betrekking tot deze interpretatie. De SVR, in zijn advies over onder andere dit aspect, beveelt vervolgens aan om de aandacht met name te richten op een verdergaande implementatie van de objectiviteitseis in de uitvoeringspraktijk²³. Men denkt dan aan standaardisering van het medisch beoordelingsproces, via een protocollaire benadering, met als doel het toetsbaar maken van het medisch oordeel omtrent het bestaan van ziekte of gebreken. Dat acht ik in beginsel mogelijk, en het is in ieder geval iets anders dan het 'rechtstreeks en objectief medisch vaststellen' van ziekte, zoals het kabinet voorstaat. De effectuering van letterlijk genomen objectiveringswensen is overigens betrekkelijk eenvoudig mogelijk, door terug te grijpen naar wetgeving die wij reeds lang verlaten hebben, of door systemen over te nemen die in landen om ons heen functioneren. Uiteindelijk zal dat leiden tot een administratieve sanering van veel ziekten, ziektebeelden, klachtenpatronen en symptomen²⁴. Mensen die door stress of door lage rugklachten, beide notoire veroorzakers van arbeidsongeschiktheid, in de problemen komen, zullen dan uit de boot vallen.

Het is aldus mogelijk om het volume aan arbeidsongeschikten aanzienlijk te reduceren, maar welk probleem hebben wij dan opgelost? Ik hoop dat wij er op andere wijze in zullen slagen het aantal arbeidsongeschikten fors terug te brengen²⁵. Daarbij is er wat mij betreft niets op tegen om meer financiële prikkels in het systeem te brengen, prikkels die zowel werkgevers, werknemers als betrokken deskundigen tot het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid aanzetten. Arbeidsvoorwaardelijke prikkels blijken het volume inderdaad te beperken²⁶. Zo'n prijsbeleid kan aansporen tot het nadenken over werkelijke preventie, via een effectief bronbeleid. Indien te eenzijdig doorgevoerd heeft het uiteraard grote nadelen voor diegenen die geen ruimte hebben om die eigen verantwoordelijkheid ook te benutten. Een prijsbeleid is maatschappelijk dan ook slechts te rechtvaardigen als tegelijk een zinvol volumebeleid wordt gevoerd, een beleid dus dat primair gericht is op preventie van het probleem, en niet op preventie van een uitkering.

Objectiveren van ongeschikte arbeid

In zo'n preventief beleid kan ook de arts een rol spelen. Een op objectivering gerichte benadering past echter niet in een preventief concept. Het gaat er in een preventief concept niet om, ziekte die in het verleden is ontstaan op te sporen en in een economisch begrip te vertalen, maar om gezondheidsschade naar de toekomst te voorkomen of te beperken. Daarbij dient te worden uitgegaan van een afweging van belastbaarheid en belasting. De vraag die de verzekeringsgeneeskundige dan moet beantwoorden luidt niet: is er sprake van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek, maar: kan de arbeid worden hervat of voortgezet zonder dat (verdere) schade aan de gezondheid is te verwachten. En dikwijls: is het voortzetten van de arbeid wellicht bevorderlijk voor de gezondheid? Niet ziekte, maar ongeschikte arbeid moet worden geobjectiveerd, en dat is wel degelijk mogelijk. Deze preventieve benadering is veel verzekeringsgeneeskundigen echter nog niet eigen. Uit recent onderzoek blijkt dat verzekeringsgeneeskundigen als belangrijkste doel in de zogenoemde gevalsbehandeling (terzijde merk ik overigens op dat in de sociale

verzekeringsgeneeskunde nog gehanteerde terminologieën als 'geval' wanneer men patiënt of cliënt bedoelt, aan herijking toe zijn) de claimbeoordeling stellen. Preventie, begeleiding en gegevensverzameling ten behoeve van epidemiologisch onderzoek zijn daaraan ondergeschikt. Nog geen 30% acht het voorkómen en beperken van arbeidsongeschiktheid de belangrijkste doelstelling²⁷. Deze bevinding is overigens wel te verklaren. De druk om in beperkte tijd grote aantallen zieken aan een beoordeling op basis van causaliteitsprincipes te onderwerpen heeft in de sociale verzekeringsgeneeskunde verhinderd dat het preventief denken zich kon ontwikkelen. De ongelimiteerde middelen in de jaren zestig hebben bovendien bijgedragen aan een chronische vorm van autonome ongeïnteresseerdheid in preventie van alle betrokken actoren. Het hanteren van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling als preventieve of therapeutische maatregel is daardoor niet mogelijk geweest. Wanneer men daar nog bij in beschouwing neemt dat het verzekeringsgeneeskundig werk moest worden uitgevoerd in een omgeving en in een cultuur die niet primair gericht is op hulpverlening, ver afstaand van de maatschappelijke omgeving, de arbeid, kan men begrip hebben voor het feit dat van verzekeringsgeneeskundige bijdragen aan de preventie van arbeidsongeschiktheid tot dusver weinig terecht is gekomen. Artsen kunnen een bijdrage leveren aan een effectief volumebeleid, maar daar is een meer op preventie gerichte werkwijze voor nodig. De huidige op causaliteit gebaseerde wetgeving en de op die wetgeving geënte uitvoeringspraktijk belemmeren zo'n preventieve werkwijze. Het arbeidsongeschiktheids criterium in de wet moet opnieuw worden gedefinieerd, niet in beperkende maar in preventieve richting. Het uitkeringsbeleid dient ten dienste te staan van het preventiebeleid, en niet, zoals thans het geval is, omgekeerd. De uitvoering behoeft eveneens aanpassingen. Er ligt een te sterk accent op toetsing aan de wet, de 'controle', en er is te weinig tijd en aandacht voor begeleiding en probleemvoorkógende en -oplossende interventies. Wanneer we vaststellen dat het al dan niet bestaan van ziekte niet valt te controleren aan de hand van slechts objectieve maten, ontstaat dus een dilemma. Of men accepteert de subjectieve, maar dan wel transparante elementen in de beoordeling, of men wijzigt het sociaal-zekerheidssysteem zodanig dat de beoordeling en begeleiding van zieke werknemers door sociaal-geneeskundigen geen gevolgen heeft voor de hoogte van een

eventuele uitkering. Van deze laatste optie zou ik uit oogpunt van demedicalisering een voorstander zijn, maar we praten dan over zeer ingrijpende en complexe veranderingen in het stelsel, en daar zijn vanuit andere invalshoeken weer grote bezwaren aan verbonden²⁸.

Het voordeel van de twijfel?

Uit diverse studies blijkt overigens dat het subjectieve element in de medische beoordeling wellicht wat eenzijdig wordt gehanteerd. Ingeval twijfel bestaat over de arbeidsgeschiktheid, zijn artsen geneigd tot ziekte en dus arbeidsongeschiktheid te besluiten²⁹. Men handelt aldus vanuit de veronderstelling dat hier het voordeel van de twijfel aan de werknemer moet worden gegeven. Ook de beroepsrechter blijkt daar in de praktijk veelvuldig van uit te gaan³⁰. Die werknemer is daar echter dikwijls niet beter mee af. Het 'in dubiis abstinere' betekent in de sociale verzekerings-geneeskunde dikwijls ook: in geval van twijfel afzien van een arbeidsongeschiktheidsverklaring, of, positiever geformuleerd, de werknemer tot werkhervatting aansporen. Het keuzegedrag van artsen zal daartoe moeten worden beïnvloed: ook de arts zal meer eigen verantwoordelijkheid moeten durven dragen. Natuurlijk zal altijd eerst moeten worden bezien of de arbeidssituatie niet zo kan worden aangepast dat een eventuele hervattingsdrempel wordt weggenomen. Het weigeren van een uitkering op basis van ongeschikte arbeid is zeker te rechtvaardigen, maar alleen dan indien de weigering gepaard gaat met een aan de werkgever opgelegde plicht om die arbeid dan aan te passen of, indien zulks niet mogelijk is, aan de werknemer wel geschikte arbeid aan te bieden³¹. De Arbwet, met name artikel 3, maakt deze preventieve benadering in principe mogelijk, maar lijkt in de praktijk op individueel niveau toch moeilijk hanteerbaar.

Ik voeg hier nog aan toe dat implementatie van deze tot werkhervatting stimulerende benadering mogelijk indruist tegen de bij veel werkgevers en werknemers en mogelijk ook bij de beroepsrechter gangbare opvattingen rond de legitimiteit van ziekte en ziekteverzuim, waardoor zij het risico met zich meedraagt dat er zeer veel conflicten uit voortkomen³². Ook de heer-

sende opvattingen over het belang van betaalde arbeid worden overigens niet door iedereen gedeeld³³.

De conclusies die ik aan deze korte uiteenzetting verbind zijn de volgende. Onze sluiswachters, gemengd tussen duwers en trekkers, zijn niet in hoofdzaak verantwoordelijk voor de omvang van het arbeidsongeschiktheidsprobleem, maar zij kunnen onder de huidige condities evenmin een dominante bijdrage leveren aan de oplossing ervan. Prikkels die leiden tot minder duwen en trekken zijn waarschijnlijk effectiever, en dan denk ik niet slechts aan een prijsbeleid maar vooral ook aan een effectiever bronbeleid: gezonder werk. Wanneer meer dan thans vanuit een preventief concept wordt gedacht en gewerkt, kunnen artsen echter zeker een bijdrage leveren aan de reductie van (blijvende) arbeidsongeschiktheid. Met deze conclusie keer ik weer terug naar de recente ontwikkelingen rond het vakgebied.

Fin de siècle

Rond het thema 'arbeid en gezondheid' hebben zich in Nederland twee medische disciplines historisch onafhankelijk van elkaar ontwikkeld: de bedrijfsarts en de verzekeringsgeneeskundige. De afbakening tussen bedrijfsgezondheidszorg en sociale verzekeringsgeneeskunde is in Nederland nooit erg scherp geweest. Van oudsher werd door een substantieel deel van de bedrijfsartsen ook verzekeringsgeneeskundig werk verricht. Het omgekeerde kwam vrijwel niet voor. Dat is de laatste jaren aan het veranderen. Steeds meer bedrijfsverenigingen hebben activiteiten ontwikkeld die in beginsel onder het label bedrijfsgezondheidszorg of primaire preventie kunnen worden gerangschikt. Ik heb dat altijd, redenerend vanuit de belangen van werknemers en werkgevers, toegejuicht, en acht het uit oogpunt van goed verzekeraarschap bovendien nogal voor de hand liggend, al zijn er binnen de sociale verzekeringen grenzen aan de mogelijkheden. Ook de verzekeringsgeneeskundigen zelf zijn zich veel actiever gaan opstellen rond het thema preventie van arbeidsongeschiktheid. De integratie van de bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige disciplines lijkt mogelijk te worden. Begin van dit jaar rondde een uit leden

van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde en de Nederlandse Vereniging voor Verzekerings-geneeskunde samengestelde commissie een rapport af dat het concept 'Eén arts voor arbeid en gezondheid' handen en voeten geeft. De aan het rapport ten grondslag liggende gedachten sluiten goed aan bij het huidige overheidsbeleid. De introductie van een eigen-risico-periode en de verplichting voor bedrijven om zich voor adequate sociaal-medische begeleiding tijdens de Ziekte-wet-periode te laten bijstaan door arbodiensten zal er in de praktijk toe leiden dat de individuele begeleiding en beoordeling van zieke werknemers door één arts wordt gedaan. Dat is zowel voor de werknemer als voor de werkgever een goede zaak. De bedrijfsvereniging behoudt de formele bevoegdheden terzake van het al dan niet toekennen van een ziekengelduitkering, maar er moeten dan wel zodanige procedures worden vastgesteld dat zo weinig mogelijk feitelijke duplicaturen in de uitvoering ontstaan. Ik ga er van uit dat toetsing van het oordeel van de arts over een individuele werknemer slechts in beperkte mate zal hoeven plaats te vinden. De rol van de bedrijfsvereniging wordt door deze ontwikkelingen op onderdelen beperkt. Immers, bijna 90% van de werknemers is na 6 weken, de thans voorgestelde maximale eigen-risico-periode, weer aan het werk. Maar hierdoor ontstaat de ruimte om een groot deel van de sociaal-verzekerings-geneeskundigen via arbodiensten in te zetten op andere, meer preventieve en begeleidende taken. Daarmee is een flinke stap genomen richting verdere integratie van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige expertise. Zo'n integratie zal ook noodzakelijk zijn wil de door de wetgever beoogde uitbreiding van bedrijfsgezondheidszorg naar alle werknemers in Nederland binnen enige jaren mogelijk zijn. Uit recent onderzoek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO blijkt enerzijds een sterke dominantie van de medisch geschoolde disciplines in de huidige diensten, maar anderzijds ook een grote kloof tussen de huidige capaciteit en de straks benodigde, met name waar het de niet-medische deskundigheid betreft³⁴. Op grond van dit onderzoek kan worden getwijfeld aan de haalbaarheid van het ambitieuze overheidsstreven om binnen afzienbare tijd elke werknemer van adequate bedrijfsgezondheidszorg te voorzien. Voorwaarde voor een kwalitatief verantwoorde integratie van de verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsgezondheids-

kundige disciplines is in ieder geval een nogal fundamentele (bij)scholing van reeds geregistreerde verzekeringsgeneeskundigen op vraagstukken rond de relatie tussen arbeid en gezondheid, terwijl bedrijfsartsen scholing moeten krijgen op de belangrijkste verzekeringstechnische aspecten. In dit verband ben ik, in tegenstelling tot wat onze overheid en ook de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst hiervan vindt, geen voorstander van het scheiden van de beoordelende en begeleidende taken van de arts. Een vorm van claimbeoordeling, mits tegen de achtergrond van een preventief concept, omgeven met transparante besluitvorming en goede beroepsmogelijkheden, acht ik niet alleen passend bij het functie- en takenprofiel van de nieuwe discipline, thans 'arts voor arbeid en gezondheid' genoemd - deze arts heeft immers naast een individuele ook een collectieve verantwoordelijkheid -, maar ook niet principieel in strijd met de vertrouwenspositie die de arts zal moeten blijven innemen. Uit recent onderzoek blijkt dat een meerderheid van de bedrijfsartsen van opvatting is dat deze claimbeoordeling onderdeel moet uitmaken van de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers, maar ook dat een groot deel vreest dat hierdoor de vertrouwensrelatie met de werknemer onder druk komt te staan³⁵. Aangezien deze vrees in de curatieve sector in het algemeen wordt gedeeld, zal naar een werkbare oplossing gezocht moeten worden. Mogelijk is deze te vinden in de benadering die in het genoemde 'één arts voor arbeid en gezondheid' model wordt gepresenteerd. De formele besluitvorming rond het al dan niet toekennen van een uitkering blijft in dat model bij de bedrijfsvereniging, maar de arts voor arbeid en gezondheid verstrekt aan de werkgever een voor de werknemer niet vrijblijvend advies terzake van de arbeidsgeschiktheid. Overigens blijft de bedrijfsvereniging terecht verantwoordelijk voor een aantal eveneens belangrijke taken, die het bereik van arbodiensten overstijgen. Daartoe behoort onder andere de kwaliteitsontwikkeling en -controle met betrekking tot de in dit verband bij werkgevers en arbodiensten gelegde taken en verantwoordelijkheden. Een verzekeraar immers kan zijn taken niet adequaat vervullen als hij onvoldoende grip heeft op de beheersing van het verzekerde risico. Ik merk hier direct bij op dat er dan ook voor die verzekeraar prikkels moeten zijn die stimuleren tot een streven naar risico-beheersing, en dat is thans bij de bedrijfsverenigingen nog onvoldoende het geval. De artsen die onderdelen van dit

in potentie interessante werk bij de verzekeringsorganen gaan uitvoeren zullen echter hetzelfde preventieve referentiekader moeten hebben als de artsen die bij de arbodiensten werken. Voor een goede taakuitoefening van beide functionarissen, die wat mij betreft dus dezelfde titel dragen, zou een periodieke onderlinge functiewisseling waarschijnlijk zeer bijdragen tot wederzijds begrip, een brede ervaring, en een effectieve werkwijze, dat alles ten faveure van werknemer, werkgever en verzekeraar. Ik hoop dat de arbodiensten en de bedrijfsverenigingen hiertoe de noodzakelijke condities zullen scheppen. Indien aan genoemde aspecten geen aandacht wordt besteed, zal de arts in dienst van de bedrijfsvereniging zich tot een pure claimbeoordelaar ontwikkelen. Dat kan een keus zijn, maar in die situatie kan naar mijn mening niet meer van sociale verzekeringsgeneeskunde worden gesproken.

Sociale verzekeringsgeneeskunde bij het fin de siècle. De woorden 'fin de siècle' drukken, zo betoogde recent Wesseling in de NRC, iets uit van voltooiing, vermoeidheid, overrijpheid. Ze suggereren een laatste en hoogste bloei aan de vooravond van de ondergang. In zekere zin is deze betekenis hier inderdaad van toepassing. Ik doel dan op de bureaucratisch werkende, vooral door zijn arbeidsvoorwaarden gemotiveerde controle-arts van de bedrijfsverenigingen oude stijl. Men bespeurt thans echter duidelijk nieuw elan. Op dit moment bevinden wij ons, met een door de bedrijfsverenigingen gestimuleerde bedrijfsgerichte werkwijze, in een overgangsstadium: de sluis wordt verbouwd, er komen nieuwe binten in. Daarover werd in de 18e eeuw al opgemerkt dat "als iemand een oud Bint uit de Gront moet halen, zal hij wijselijk doen, als hij dat eerst wat los laat beugelen, want het zal dan veel gemakkelijker uit de Gront gaan". Er wordt thans hard gewerkt aan het losmaken van de oude Binten.

Er bestaat onder sociaal-verzekeringsgeneeskundigen dus geen fin de siècle-gevoel in de aangegeven zin. Er heerst noch de opvatting dat het vakgebied een uniek hoge bloei heeft bereikt noch dat de ondergang nabij is. Wel bestaat onzekerheid over de architectuur van de nieuwe sluis en de positie die sluiswachter na de verbouwing zou kunnen innemen. Daarover kunnen wij dus enigszins speculeren.

Aldus speculerend schets ik u hierna drie toekomstscenario's, waarin die positie van de tot arts voor arbeid en gezondheid

geworden verzekeringsgeneeskundige steeds een andere is. Ik heb ze de volgende titels meegegeven:

1. Het medisch-centralistisch scenario
2. Het markt-scenario
3. Het functioneel scenario.

Drie scenario's

1. Het medisch-centralistisch scenario

De sociale verzekeringsgeneeskunde vertoonde tot voor kort kenmerken van een in zichzelf gekeerde, weinig op de omgeving georiënteerde discipline. Het medisch-centralistisch scenario bouwt daarop voort. Het heeft de uitgesproken karakteristieken van een medische professie die als vanouds met volle overtuiging de markt van welzijn en geluk blijft aansturen. Dit gebeurt o.a. vanuit door de bedrijfsverenigingen opgerichte arbodiensten, onder toezicht van de artsen werkzaam bij die bedrijfsverenigingen. Gedekt door wetgeving die de werkgevers verplicht tot afname van een aantal gezondheidsprodukten, en inspeland op de notie van werknemers dat het allemaal wel ergens goed voor is, ontwikkelen deze diensten zich tot produktorganisaties voor keuringen en medische adviezen. De artsen van de verzekeringsorganen doen een en ander nog eens dunnetjes over. De arbodienst heeft nauwelijks tegenspelers, waardoor zij het produktpakket zelf kan dicteren. De werkgever heeft geen beoordelingsmogelijkheden met betrekking tot de door de artsen zelf gedefinieerde kwaliteit van de dienstverlening. Externe kwaliteitstoetsing komt niet tot stand, aangezien ervan wordt uitgegaan dat anderen niet over de benodigde deskundigheid beschikken om dat te doen. De arbodiensten komen tot onderlinge prijs- en produktafspraken in een Groot-Nederlands kartel. De sociaal-verzekeringsgeneeskundige noemt zich nu deftig 'arts voor arbeid en gezondheid', maar blijft doen wat hij altijd al deed. Dit in de context van een sterk uitbreidend bedrijfsgebonden verzuim-begeleidingsmodel, waarbij deze gebondenheid er vooral uit bestaat dat het aantal relaties met werkgevers efficiënter wordt vastgesteld.

De professionele autonomie wordt streng bewaakt. De arts

ontvangt de minimale bijscholing die nodig is om het overheids-certificaat voor de dienst veilig te stellen. De opleidingseisen voor nieuwkomers worden in hoge mate bepaald door de professie zelf. De gezondheidkundige expertise in de nieuwe arbodiensten, waarin veel 'ex-verzekeringsgeneeskundigen' nu werken, komt niet werkelijk tot integratie met de overige disciplines, die overigens ook min of meer verzuild langs elkaar blijven werken. Het preventief beleid is te zeer vanuit medische kaders opgesteld en sluit niet voldoende aan bij de objectieve zorgbehoeften van de organisaties waarvoor zij werken. Met name de primaire preventie, het bronbeleid, wordt niet ontwikkeld, aangezien hier niet de expertise en de belangen van de arts liggen. Er bestaat vanuit de professie wel behoefte aan onderbouwend, ontwikkelend en toetsend onderzoek, maar dat blijkt moeilijk te financieren. Effectiviteitscriteria bestaan vooral uit output-variabelen. De omzet is daarbij belangrijk. De kosten van dit typische professie-push model worden zoals thans ook gebruikelijk afgewenteld op de werkgever.

De wetgever is tevreden, want het beleidsdoel is bereikt: heel Nederland ontvangt een vorm van bedrijfsgezondheidszorg. De werkgever is uiteindelijk ontevreden, want hij bemerkt dat de dienst geen bijdrage levert aan de kwaliteit van zijn bedrijf. De individuele werknemer is tevreden, want de uitslag van de keuring is vrijwel altijd gunstig.

Uiteindelijk ontstaat een medisch productie-apparaat van behoorlijke omvang, dat nog wel aansluit bij de medisch-curatieve belevingswereld, maar nauwelijks bij de op basis van gezondheidsproblemen gedefinieerde behoeften van bedrijven, en evenmin bij de feitelijk door artsen te beïnvloeden problemen. Het is ook de vraag of hier van werkelijke gezondheidzorg sprake is.

2. *Het marktscenario*

In dit scenario gaat de tot 'arbozorg' omgedoopte sociale verzekeringsgeneeskunde in toenemende mate gebukt onder de tucht van de vrije markt. Het is een market-pull ofwel een 'u-vraagt-wij-draaien scenario', waarbij de vraag uitsluitend wordt beperkt tot wat een werkgever op basis van overheidsbeleid minimaal verplicht is.

De arbodiensten werken op basis van een sterke prijsconcurrentie.

Het aanbod van produkten omvat ook zaken waarvan vaststaat dat zij niet bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van de werknemers, maar die uitsluitend voorzien in een niet inhoudelijk te beargumenteren behoefte van die werknemers. De medische keuring is dan vergelijkbaar met de tweede kleurentelevisie: niet nodig, meestal ook niet storend, en het voorkomt ruzie tussen de huisbewoners. De nadruk in het werk van de artsen zal sterk op de verzuimbestrijding komen te liggen³⁶. Er ontstaat een toenemende selectie van 'gezonde' werknemers. Controle op onrechtmatig gebruik van de ziekgelden wordt geïntensiveerd, voor begeleiding is veel minder belangstelling en in ieder geval weinig tijd. Arbeidsgebonden factoren spelen bij de verzuimbestrijding en -begeleiding een zeer ondergeschikte rol. Ook de verbinding tussen de gezondheid in relatie tot het functioneren van mensen op de werkplek en in de privé-situatie komt niet tot stand.

De artsen in dienst van de verzekeringsorganen zijn druk met herkeuringen, second opinions, en conflicthantering.

Ziektekostenverzekeraars krijgen belangstelling voor verzuimbeperving, maar zijn slechts geïnteresseerd in kostenreductie.

De arbodienst gaat, onder druk en ter bestrijding van verzuim, in toenemende mate weer curatieve activiteiten ontplooiën. Hierdoor ontstaan conflicten met de curatieve sector. De zieke werknemer gaat zijn afwezigheidslegitimatie via een andere uitlaatklep, zijn huisarts, regelen. Er ontstaat grote onduidelijkheid over de vraag welke arts nu feitelijk kan bepalen wie wel en wie niet moet werken: wiens medische wil is wet? De rechter weet het ook niet, en de overheid heeft er niet over nagedacht.

De zich 'arts voor arbeid en gezondheid' noemende sociaal-verzekeringsgeneeskundige werkt ook in dit scenario vanuit een medisch model, maar met een weer toenemende juridisering. Het causaliteitscriterium in de wet wordt aangescherpt, aangezien een flinke kostenreductie kan worden bereikt door uitsluiting van bepaalde groepen van uitkeringen. Werknemers met zogeheten niet objectiveerbare klachten, met sportletsels en slachtoffers van verkeersongevallen zijn de eerste, maar niet de laatste gedupeerden. Het bezuinigingsbeleid zal in toenemende mate gericht zijn op het behalen van prijseffecten en niet op structurele volume-effecten.

Interdisciplinaire samenwerking binnen de dienst komt niet tot

ontwikkeling en een preventief beleid komt niet tot stand, het is te duur en het levert te weinig zichtbare resultaten op binnen de korte tijdshorizon tot waar werkgevers plegen te kijken. Aan onderbouwend onderzoek is geen behoefte meer, de werkgever heeft daar geen geld voor over en de arbodienst heeft er geen geld voor.

De vakontwikkeling van bedrijfsgezondheidszorg en sociale verzekeringsgeneeskunde wordt geremd, doordat niemand werkelijk vraagt om kwaliteit en ook de overheid slechts certificeert op basis van algemene uitgangspunten.

De werkgever is tevreden, hij krijgt wat hij vraagt. Aangezien kleine werkgevers en minder goed draaiende bedrijven minder vragen en dus minder krijgen, ontstaan grote verschillen in van de diensten af te nemen productpakketten. De individuele werknemer is tevreden, tenminste zolang hij niet ziek is. De wetgever is tevreden, de beleidsdoelstelling is bereikt.

De kosten van dit marktscenario, dat inderdaad geen zorg-scenario is, drukken terecht op de werkgever. Uiteindelijk ontstaat een medisch productie-apparaat van forse omvang, dat goed aansluit bij de juridische wereld van het arbeidsrecht en het beroepsrecht. Het scenario vertoont nauwelijks meer de kenmerken van zorg, en past niet meer binnen de sociale geneeskunde. Er ontstaat uiteindelijk discussie over de moreel-ethische toelaatbaarheid van deze vorm van 'preventieve zorg'³⁷.

3. *Het functioneel scenario*

In een functioneel scenario is het uitgangspunt dat alles wat door sociaal-verzekeringsgeneeskundigen op het gebied van arbeid en gezondheid wordt gedaan, kan worden gelegitimeerd op basis van het streven naar optimale arbeidsomstandigheden. Niet de disciplines maar de door de arbodienst uit te voeren functionele taken vormen het uitgangspunt van handelen. Het scenario is een mengeling van een science-push en een market-pull benadering. De bestaande wetgeving wordt aan een herwaardering onderworpen, waarbij weliswaar de sociale partners inbreng hebben in de noodzakelijke renovatie, maar waarbij die renovatie vooral wordt uitgevoerd op basis van problemen waarvoor oplossingen aanwezig zijn. Dit leidt tot het geleidelijk verder afbouwen van de nog resterende causaliteitsbeginselen in de Ziektewet, en dus tot een afname van het hanteren van juridische denkkaders. Het begrip

'arbeidsongeschikt' verdwijnt daarmee naar de achtergrond. Immers, vrijwel niemand wordt als ongeschikt voor arbeid beschouwd, reïntegratie-pogingen blijven actueel ook na langdurige afwezigheid van het werk. Het eigen risico in de Ziektewet wordt geleidelijk uitgebreid, tot het moment ontstaat dat deze wet geheel kan vervallen. Er ontstaat mede hierdoor meer ruimte om ook de eigen verantwoordelijkheid van de werkgever en van werknemers tot uitdrukking te laten komen⁹⁸.

De bedrijfsverenigingen en arbodiensten stellen na- en bijscholingspakketten samen die het de verzekeringsgeneeskundigen mogelijk maken de nieuwe taken uit te voeren. Deze pakketten kunnen flexibel worden ingezet, waarbij naast een algemene basis die voor iedereen geldt, op de functie en taken toegesneden topmodules worden gevolgd. De totstandkoming van dit flexibele onderwijs geschiedt op basis van functie- en takenanalyses, met de inbreng van werkgevers en werknemers. Hierdoor zijn de artsen in staat aan te tonen dat hun werk leidt tot toegevoegde waarde voor het ondernemingsbeleid. Het onderscheid tussen verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen verdwijnt ook inhoudelijk volledig. De medische beoordeling van de belasting en de belastbaarheid van werknemers, ziek en niet ziek, blijft noodzakelijk, maar deze geschiedt vanuit een preventief denkkader. Dat betekent niet dat de beoordeling voor de werknemer vrijblijvend is, maar wel dat deze is gericht op gezondheidsbevordering en op herstel. Controle gebaseerd op wantrouwen ten opzichte van de ziekgemelde werknemer, waaronder de zogenoemde door werkgevers gevraagde spoedcontrole, wordt in ieder geval niet meer door artsen uitgevoerd. Deze vorm van controle, die in bepaalde situaties wellicht nodig kan zijn, komt geheel onder verantwoordelijkheid van de werkgever en het werknemerscollectief van de eigen arbeidsorganisatie te liggen. De zware inzet van artsen in het traject van het kort verzuim kan mede hierdoor aanzienlijk worden gereduceerd. Overigens vergen de meeste ziekten die onder het kort verzuim vallen geen enkele medische interventie, en is vooral het contact tussen bedrijf en zieke werknemer van belang bij de bevordering van hervatting. De capaciteit van artsen kan effectiever worden ingezet op problemen die wel een succesvolle medische interventie mogelijk maken. Dan wordt duidelijk dat de medische bijdrage aan het volumebeleid niet los kan worden beschouwd van de bijdrage van anderen, waarbij met name de sociale partners,

collectief en individueel, zelf een belangrijke rol op zich nemen. Binnen de arbodienst ontstaat een programmatische en projectmatige werkwijze, die de interdisciplinaire samenwerking en dus de kwaliteit van het produkt sterk bevordert. De bestaande medische suprematie verdwijnt.

De bedrijfsvereniging verricht steekproefsgewijs onderzoek naar de goede toepassing van de verzekeringsvoorwaarden. De artsen werkzaam bij de bedrijfsverenigingen kunnen zich onder andere met kwaliteitstoetsing, strategische beleidsontwikkeling en waar nodig met individuele dossierbeoordeling bezighouden. Ook hierbij wordt, waar het om de beoordeling van de claim gaat, niet meer uitgegaan van de begrippen ziekte of gebrek, maar van de geschetste preventieve benadering. Er komen snelle en transparante beroepsprocedures bij verschil van opvatting over de arbeidsgeschiktheid tussen werknemer en arts. De aansluiting bij de curatieve sector krijgt nieuwe kansen, door de verbeterde beoordelings- en begeleidingsprocedures. Er ontstaat belangstelling voor een meer integrale, het domein van de arbeid overstijgende benadering van ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsproblematiek. De curatieve sector zal zich mede hierdoor ook weer durven uitlaten over de consequenties van een gezondheidsprobleem voor de arbeidsgeschiktheid. Het volumeprobleem zal hierdoor niet zeer dramatisch worden beïnvloed, immers, een groot deel van de zieke werknemers heeft weinig tot niets te zoeken bij zijn huisarts, omdat het probleem spontaan weer zal verdwijnen. De beoordeling en begeleiding van diegenen die wel een beroep doen op de curatieve zorg zal echter een stuk effectiever kunnen plaatsvinden. De communicatie met de arts voor arbeid en gezondheid wordt hierdoor versterkt, ten gunste van de werknemer.

Er ontstaat op beperkte schaal concurrentie tussen arbodiensten, maar door het aanscherpen van kwaliteitseisen door de overheid zal dit niet ten koste gaan van de kwaliteit van de dienstverlening.

Toetsing van het werk van de arbodienst geschiedt op basis van doeltreffendheid en doelmatigheid. Dan zal blijken dat de inzet van artsen in kwantitatieve zin bescheidener kan zijn: minder artsen die betere resultaten boeken, met belangrijke inbreng van andere disciplines.

De behoefte aan ondersteunend onderzoek groeit, en de noodzaak

tot nationale coördinatie wordt, bij beperkte middelen, groter. Aangezien individuele werkgevers ook in dit scenario niet in staat dan wel bereid zijn de middelen ter beschikking te stellen voor de ontwikkeling van een betrouwbaar en bruikbaar preventie-paradigma, bevordert de overheid de totstandkoming van een nationaal fonds waaruit deze ontwikkeling kan worden gefinancierd. Uiteindelijk ontstaat een vorm van arbodienstverlening die goed aansluit bij de problematiek van de organisatie waaraan wordt geadviseerd. De werkgever is tevreden, hij ziet concreet de bijdrage van de arbodienst aan het kwaliteitsbeleid van de onderneming. De individuele werknemer zal moeten wennen aan de gedachte dat medisch onderzoek op zichzelf geen bijdrage levert aan zijn gezondheid. De wetgever is tevreden, want de beleidsdoelen zijn bereikt. De kosten van deze dienstverlening worden gedeeltelijk gedragen door de werkgevers, en gedeeltelijk vanuit een door de overheid gestuurd algemeen fonds.

Een nieuw Bint in de Gront

Uit deze drie door mij geschetste scenario's blijkt reeds hoe ik de toekomst van de sociale verzekeringsgeneeskunde bij voorkeur zie. Het medisch-centralistisch scenario en het marktscenario acht ik beide ongewenst. Dominantie van (para)medische disciplines in arbodiensten zal bijdragen tot medisch-centralisme. Het huidige overheidsbeleid met betrekking tot allerlei vormen van verplichte keuringen eveneens. Het marktscenario dreigt bij te eenzijdige doorvoering van een beleid dat beoogt werkgevers en werknemers binnen ruime kaders zeer veel eigen stuurmogelijkheden te geven. Aan de voorwaarden voor een adequate marktwerking wordt in de gezondheidszorg onvoldoende voldaan. Concurrentie in deze markt, zo al aanwezig, leidt niet noodzakelijk tot betere kwaliteit. De door de commissie Keuzen in de zorg gehanteerde criteria: zorg moet noodzakelijk, werkzaam en doelmatig zijn³⁹, kunnen ook voor de sociale verzekeringsgeneeskunde van toepassing worden verklaard. Aan evaluatie-onderzoek in deze zin ontbreekt het goeddeels, zodat men slechts hypothetisch kan stellen dat een medisch-centralistisch scenario en een marktscenario in extreme

vorm niet gemakkelijk aan deze criteria zullen kunnen voldoen. Aan het opstellen van kwaliteitscriteria wordt in de sociale verzekeringsgeneeskunde en de bedrijfsgezondheidszorg hard gewerkt. Het zal noodzakelijk zijn daar ook de werknemers en werkgevers intensief bij te betrekken. Dat is dan de klantgerichtheid, waar het in de sociale verzekeringsgeneeskunde in het verleden nogal aan ontbroken heeft maar die nu toch duidelijk meer accent krijgt. Om dat te bereiken is het noodzakelijk dat het werk wordt uitgevoerd dicht tegen de arbeidsorganisatie aan. De eigen verantwoordelijkheid van die organisatie staat daarbij voorop⁴⁰. Ik wil echter, en dat is geen populair standpunt in deze tijd, waarschuwen voor een te dominante betrokkenheid van de klant bij toekomstige ontwikkelingen. Enerzijds omdat tot heden niet is gebleken dat de wensen van deze klanten altijd een sterk verband hebben met zinvolle zorg. Anderzijds omdat zulks het risico inhoudt dat bedrijfseconomische belangen te zeer de bovenaan toon voeren bij het stellen van zorg-prioriteiten.

Kort samengevat meen ik dat aan de volgende voorwaarden moet worden voldaan wil het functioneel scenario tot werkelijkheid kunnen worden.

1. Het wetgevende kader wordt zodanig gewijzigd dat een preventieve benadering meer dan thans mogelijk wordt. Dat houdt o.a. in dat beoordelingen van arbeidsgeschiktheid niet meer aan de begrippen 'ziekte of gebrek' worden getoetst, maar aan een afweging tussen belasting en belastbaarheid.
2. De primaire verantwoordelijkheid voor het preventieve beleid komt nog nadrukkelijker bij werkgevers en werknemers te liggen, hetgeen onder andere betekent dat het eigen risico verder wordt uitgebreid. Hierdoor ontstaan meer prikkels tot preventief handelen, en wordt voorkomen dat verzekeringsorganen die ver van de werkplek opereren zich desondanks met problemen op die werkplek moeten bezighouden.
3. De artsen werkzaam bij de arbodiensten en bij de bedrijfsverenigingen maken deel uit van dezelfde beroepsgroep, en hanteren hetzelfde referentiekader. Zij behoren dus ook grotendeels dezelfde opleiding te volgen en dezelfde titel te dragen. Uiteraard vervullen zij verschillende functies en is ook hun takenpakket niet identiek. Maar zij werken dus op dezelfde golflengte.

4. De regelgeving wordt zodanig aan die eigen verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers aangepast dat deze niet te veel speelruimte krijgen: minder centraal beleid moet gepaard gaan met meer decentrale regelgeving. De overheid zal moeten blijven toezien op de kwaliteit van het door sociale partners in bedrijven geïmplementeerde arbobeleid.
5. De functies en taken van arbodiensten moeten meer in evenwicht worden gebracht met de op basis van goede analyses te beargumenteren gewenste ondersteuning. Dat betekent waarschijnlijk een accentverlegging van de medische naar de arbeidshygiënische, ergonomische en arbeidsorganisatorische deskundigheid. Voor de sociaal-verzekeringsgeneeskundige betekent dat minder aandacht voor controle en kort verzuim, dat doen werkgevers en werknemers immers zelf, en meer aandacht voor preventie en deskundige begeleiding, op basis van effectiviteits- en efficiency-criteria.
6. De opleiding van de arbodeskundigen moet primair zijn gericht op een goede vervulling van de taken waarvoor zij in de praktijk staan. Dat betekent voor de sociaal-geneeskundigen dat de opleidingen een flexibel aanbod van kennismodules moeten aanbieden. Naast een basispakket zal de arts die zich vooral op de agrarische sector richt, een andere kennisportefeuille moeten worden aangeboden dan de arts die vooral de bank- en verzekeringswereld adviseert. Wanneer men zijn werkveld verlegt kan men de noodzakelijke nieuwe kennis via losse modules verwerven. Hierdoor wordt zelfs de scheiding van opleidingen tussen de diverse takken in de sociale geneeskunde minder scherp: modules uit de opleiding tot jeugdarts kunnen bijvoorbeeld in bepaalde omstandigheden heel geschikt zijn voor de sociaal-verzekeringsgeneeskundige.
7. Uit het oogpunt van effectiviteit en efficiency, beredeneerd vanuit de werkgevers en werknemers, zal een bedrijfstak- of branchegewijze opzet van de organisatie van de arbozorg in veel gevallen te overwegen zijn.

Het nieuwe profiel

In mijn voorgaande beschouwingen heb ik u enige ontwikkelingen binnen de sociale verzekeringsgeneeskunde geschetst, die de gang van de controle-arts naar de arts voor arbeid en gezondheid inhielden. Geleidelijk begint u het nieuwe profiel te herkennen. Er heeft een omwenteling plaatsgevonden, en toch is het resultaat niet een geheel nieuw produkt. Ik verwacht wel dat het een beter produkt zal zijn. Een sluiswachter die zich ook bezighoudt met de beheersing van het waterpeil vóór de sluis. Hiertoe zal nauw moeten worden samengewerkt met andere disciplines: het eigen territorium moet worden opengesteld, en de blik moet over de horizon reiken. In het functioneel scenario zie ik de nieuwe sluis ontstaan, met sluiswachters die deels andere taken hebben gekregen. Dat betekent concreet dat de plaats van de verzekeringsgeneeskunde binnen de gezondheidszorg in ons land een andere gaat worden dan die welke zij in 1992 nog innam. De relatie van de verzekeringsgeneeskundige nieuwe stijl met het domein van de arbeid wordt explicieter. Meer nadruk op het collectieve, het preventieve, het actieve, het programmatische en het interdisciplinaire karakter van het werk van de arts. Er ontstaan nadrukkelijker en explicieter relaties met het curatief zorgsysteem.

Huisartsen en specialisten nemen hun eigen verantwoordelijkheid bij de bespreking van de consequenties van een gezondheidsprobleem tegen de achtergrond van het werk dat een patiënt verricht. Zo'n gesprek hoort bijna een automatisme te zijn in de spreekkamer van de curatief werkende artsen.

De functionele benadering, die ik in dit verband prefereer boven de disciplinaire benadering, houdt dus in dat sociaal-verzekeringsgeneeskundig werk niet bij uitsluiting is gekoppeld aan het beroep van verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsarts of arts voor arbeid en gezondheid; ook huisartsen en klinisch specialisten verrichten werkzaamheden die direct of indirect voortvloeien uit het sociaal-zekerheidsstelsel, en in dit geval dus uit de verzekering van werknemers tegen de financiële en materiële gevolgen van gezondheidsproblemen. Deze benadering, waarin tevens plaats is voor een evenwichtig samenspel tussen werkgevers, werknemers, de overheid en de professionals, zie ik als randvoorwaarde voor een succesvolle entree van de sociaal-verzekeringsgeneeskundige, onder een nieuwe naam, in de eenentwintigste eeuw.

Onderzoek

Bijna aan het eind van mijn betoog gekomen zal ik nog kort ingaan op enige onderzoeksprioriteiten binnen de sociale verzekeringsgeneeskunde. Onderzoek binnen dit domein is relatief schaars⁴¹. Persoonlijk maak ik mij ook wel enige zorgen over dit gebrek aan mogelijkheden voor onderzoek. Met name het empirische en het meer lange-termijn onderzoek, waarbij ook enige ruimte is voor een wat fundamenteelere en kritischer benadering, staat mede door het huidige beleid van de overheid onder druk. Indien dit onderzoeksgebied behouden wil blijven, zullen structurele oplossingen voor dit probleem gevonden moeten worden⁴². Ik hoop in ieder geval dat wat het toegepast onderzoek betreft de huidige capaciteit, inclusief die bij de diverse bedrijfsverenigingen, versterkt zal worden.

Ik zal mij nu verder beperken tot het onderzoek dat in de komende jaren binnen mijn bijzondere leeropdracht zal worden uitgevoerd. De legitimatie van het onderzoek in deze bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG) en het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam wordt in overwegende mate gevonden in de maatschappelijke vraagstellingen van zowel de overheid als het bedrijfsleven. Dat houdt in dat onderzoek dat direct of indirect bijdraagt tot verhoging van de arbeidsparticipatie via preventie centraal staat. Dat daarbinnen met name de arbeidsgebonden aspecten aandacht behoeven is voor de ingewijde een vanzelfsprekendheid.

Zo zal het onderzoek rond de preventie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid langs verschillende invalshoeken moeten plaatsvinden.

In de eerste plaats langs de weg van de kennisontwikkeling. Het gaat dan om de verzameling van kennis die direct of indirect kan leiden tot praktisch implementeerbare oplossingen. Een fraai voorbeeld van zo'n onderzoek is het project dat het NIPG samen met de Gemeenschappelijke Medische Dienst heeft opgezet rond de vraag in welke mate arbeidsgebonden factoren de WAO-intrede bepalen⁴³. Arbeidsgebondenheid is ook het kernbegrip in een onderzoek dat samen met het Nederlands Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid is opgezet rond het thema stress en

arbeid. In dit door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gefinancierde onderzoek wordt onder meer getracht duidelijkheid te scheppen over de aard en omvang van de arbeidsgerelateerde problematiek van Riagg-cliënten. Daaruit moet inzicht voortkomen dat de curatieve interventies kan ondersteunen ten behoeve van een meer effectief beleid⁴⁴. Ik merk hierbij op dat onderzoek dat zich uitstrekt tot buiten de muren van de arbeidsorganisatie betrekkelijk schaars is. Er zijn echter meer aspecten van belang dan de arbeid zelf, wanneer de gezondheid van een werknemer in het geding is. Het wordt tijd dat het focus meer nadrukkelijk op verzuimbevorderende factoren buiten de arbeidssituatie wordt gelegd.

Een tweede onderzoekslijn is die van de instrumentontwikkeling. Ik heb reeds melding gemaakt van het goeddeels ontbreken van instrumentarium dat door de sociaal-verzekeringsgeneeskundige kan worden ingezet bij een effectieve sociaal-medische begeleiding. De diverse bij het NIPG in het verleden ontwikkelde instrumenten als het Handboek Ziekteverzuim en het Handboek Werkstress worden thans in diverse studies praktisch getest en aangepast aan de bruikbaarheid voor de sociaal-verzekeringsgeneeskundige in de praktijk. Ook op het gebied van de lichamelijke belasting, een dominante oorzaak van arbeidsongeschiktheid, worden door de groep van Dul bij het NIPG praktische instrumenten ontwikkeld die zullen bijdragen aan de preventie van aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat.

Onder instrumentontwikkelingsonderzoek reken ik voorts ook de verdere invulling van in de praktijk te hanteren kwaliteitscriteria, zowel voor de arts en de deskundige dienst op locatie, als voor intermediaire organisaties en de overheid. Dit is een onderzoeksgebied dat nog in de kinderschoenen staat. Met name hier maak ik mij overigens zorgen over de beperkte aandacht die de toepasbaarheid van ontwikkeld instrumentarium krijgt voor het midden- en kleinbedrijf.

Van belang is ook onderzoek naar verbeteringsmogelijkheden met betrekking tot de opleiding van sociaal-verzekeringsgeneeskundigen. De inzet van deze artsen op het bredere gebied van arbeid en gezondheid zal het nodige aan inhoudelijke verbreding en verdieping vragen. Daartoe moet onderzoek worden uitgevoerd naar de taken waarvoor deze professionals in de praktijk worden gesteld en naar de problemen waarmee zij worden geconfronteerd.

Een derde onderzoekslijn betreft het beleidsevaluatie-onderzoek. Historisch gezien is evaluatie-onderzoek altijd het stiefkind van de overheid geweest. De verhouding tussen beleidsvoorbereidend en beleidsevaluatie-onderzoek is zodanig scheef dat men zich moet afvragen of hier beleid aan ten grondslag ligt. Geleidelijk begint hierin echter verbetering te komen. Zo acht ik het van groot belang dat de tijd en het geld uitgetrokken worden voor een evaluatie van datgene wat de afgelopen jaren is ontwikkeld. Een concrete programmalijn binnen het NIPG waarin alle genoemde onderzoekslijnen zijn terug te vinden is het onderzoek dat direct is gericht op vergroting van de arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidshandicap. Er wordt onder andere informatie samengesteld die overheid en bedrijfsleven in staat stellen tot gerichte integratie in het arbeidsproces van mensen met een beperking. De sociaal-medische begeleiding maakt hier onderdeel van het onderzoek uit. Overigens is uit de resultaten van dit door Nijboer en anderen uitgevoerde onderzoek al wel gebleken dat het aanstellen van artsen op zichzelf onvoldoende garantie biedt voor verhoogde reïntegratiekansen. Aanpassingen in de arbeidssituatie blijken absoluut noodzakelijk om succesvolle reïntegratie tot stand te brengen⁴⁵.

Tot slot

Aan het einde van mijn rede gekomen zou ik graag nog enige woorden van dank willen uitspreken.

Geachte leden van het bestuur van de Stichting Bijzonder Hoogleraarschap in de Sociale verzekeringsgeneeskunde vanwege de Vereniging het Gemeenschappelijke Administratiekantoor. U dank ik voor de benoeming en voor het vertrouwen dat daaruit spreekt. Het getuigt van moed en visie om in een tijd dat zoveel onzekerheden bestaan rond de ontwikkelingen van het kengebied van de sociale verzekeringsgeneeskunde, juist de preventieve invalshoek een extra stimulans te willen geven. Ik beschouw uw aan mij gegeven bijzondere opdracht dan ook als een steun in de rug op weg naar een toekomst waarin het vakgebied de sociaal-gesondheidskundige pretenties die het in zich heeft nog explicieter kan waarmaken.

Geacht College van Bestuur. U dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen door mij op deze post toe te laten.

Waarde Gunning-Schepers, beste Louise, en dames en heren medewerkers van de vakgroep Sociale geneeskunde. Ik hoop te kunnen bijdragen aan kwalitatief goed onderwijs en onderzoek in de sociale geneeskunde. Het is een eer om met een vakgroep van zo'n goede reputatie te mogen samenwerken.

Collega's en medewerkers van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO. Met mijn benoeming wordt een voor ons instituut belangrijk onderwerp van onderzoek verbonden aan de academische wereld. Ik vertrouw erop dat wij er gezamenlijk in zullen slagen die verbintenis zodanig te hanteren dat de vruchten ervan in nog sterkere mate zullen bijdragen aan de oplossing van belangrijke maatschappelijke problemen.

Dames en heren verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen, werkzaam in de praktijk. Het zal u duidelijk zijn dat wij elkaar nodig hebben. Theorie en praktijk liggen soms te ver uit elkaar. Ik vertrouw erop dat de weg die wij met elkaar hebben ingeslagen verder zal worden bewandeld. Uiteindelijk streven wij naar hetzelfde doel: bijdragen aan de kwaliteit van de arbeid en aan de gezondheid van werknemers.

Dames en heren studenten. Nog niet zo lang geleden hoorde ik via de radio de volgende conversatie tussen een journalist en een leerling van een brugklas. De journalist vraagt aan de leerling of hij kan uitleggen wat een alchemist eigenlijk is en doet. Het antwoord komt er zonder aarzelen uit: "Ja, dat is iemand die ze tegenwoordig een professor noemen. Die zit dus de hele dag in een klein kamertje te rommelen met van alles en nog wat, en er komt nooit iets van terecht". Ik kan u geruststellen: dat risico acht ik in mijn geval buitengewoon klein.

De kans dat u zelf op enig moment in uw leven van ons systeem van sociale zekerheid gebruik zult maken is zeer groot, al was het alleen maar via de AOW. Voor u daar aan toe bent zult u ongetwijfeld op enigerlei moment als hulpverlener of adviseur kunnen bijdragen aan de gezondheid van uw patiënt, wanneer u enig inzicht heeft in dat sociaal-zekerheidssysteem. Ik zal mijn best

doen u in de beperkte tijd die ons daarvoor is gegeven van de nodige kennis te voorzien.

Op dit punt aangeland zou ik nog graag enige personen willen bedanken die eraan hebben bijgedragen dat ik vandaag zo voor u sta.

Waarde Biersteker, beste Klaas. Van jou heb ik de stimulans gehad om mijn eerste stappen binnen de wetenschappelijke wereld te zetten. Ik ben je dankbaar voor de mogelijkheden die je mij hebt geboden om daarbij het belang van een interdisciplinaire benadering van maatschappelijke problemen tot een onlosmakelijk deel van mijn attitude te maken.

Waarde Zielhuis. Onder jouw bevlogen leiding heb ik mijn proefschrift tot stand kunnen brengen. De problematiek van de beroepsgebonden aandoeningen is mij altijd blijven bezighouden, en het feit dat deze problematiek is terug te vinden in mijn bijzondere leeropdracht is mede aan jou te danken.

Waarde Pot, beste Frank, en waarde Dijkstra, beste Atze. Wij vormen een goed samenwerkend directieteam op ons instituut. Het gegeven dat wij elkaar op vele momenten steun kunnen geven bij de uitvoering van onze drukke dagelijkse bezigheden, maakt het mogelijk dat ik hier sta. Ik ben jullie dankbaar voor jullie collegialiteit, en ik hoop dat wij ons teamwork zullen kunnen continueren. In deze dankbetuiging betrek ik ook graag mijn linker- en rechterhand Lies Meelhuijsen, zonder wie ik zeer gehandicapt door het arbeidsleven zou moeten.

Lieve Cécile. Jij bent al meer dan 25 jaar voor mij het voorbeeld van het spanningsveld tussen arbeid en zorg. Wij hebben het al die jaren spannend kunnen houden. Onze drie kinderen Jannigje, Wieteke en Diederik hebben daar in belangrijke mate aan bijgedragen, en zij zullen dat ook in de komende jaren blijven doen. Er ligt nog een mooie tijd voor ons.

Dames en heren. Ik dank u allen voor uw aanwezigheid bij deze plechtigheid.

Ik heb gezegd.

NOTEN

1. Zie tabel 3.2, p. 38, Sociale Nota 1993, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
2. Zie: SWAAN A de. *Zorg en de staat*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 1989. Zie ook: DOORN JAA van & ALBEDA W. *Het primaat van het arbeidsbestel. Over de verhouding tussen werkgelegenheidsbeleid en sociale zekerheid*. 's-Gravenhage: Stichting Maatschappij en Onderneming, 1991, p.31, waar de term 'zorgbestel' wordt gebruikt. Door Berghman is opgemerkt dat deze veelgehandeerde omschrijving te beperkt is. Wat ontbreekt is een omschrijving waaruit blijkt wat men beoogt te bereiken. Niet het vergoedingsbeleid maar het preventief beleid moet doorklinken als prioritaire doelstelling. Tevens dient meer nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van het individu inzake het streven naar positieverbetering. Zie: BERGHMAN J. *Het sociale zekerheidsonderzoek van de toekomst*. In: *Verkenningen verkend*. Commissie van Overleg Sectorraden, Zoetermeer 1992.
3. "Er is geen beter voorbeeld van de noodlottige relatie tussen het arbeidsbestel en het sociale zekerheidssysteem dan de WAO: een gigantische sluis die van de kant van de werkgevers naar believen kan worden opengezet". Door Van Doorn wordt dit fenomeen mede toegeschreven aan vergaande verflechting van belangen en belanghebbenden in Nederland, ook wel corporatisme genoemd. Zie noot 2.
4. Bismarck nam daarbij tot uitgangspunt het zogenaamde equivalentiebeginsel, dat van een nauwe relatie tussen risico en premie enerzijds en premie en uitkering anderzijds uitgaat. Naarmate het risico groter is zal meer premie moeten worden betaald, en zal de eventuele uitkering hoger zijn. Bismarck handelde overigens niet primair uit sociale overwegingen, maar beoogde veeleer door een verbetering van de banden met de arbeidersklasse een versterking van het nieuwe Duitse staatsapparaat te bewerkstelligen. Arbeiders die fysiek en mentaal bereid zouden zijn zich in te zetten, vormden een belangrijke voorwaarde en waarborg voor de nagestreefde kapitalistische industriële vooruitgang, zo werd geredeneerd. Zie o.a.: DOUBEN NH. *Sociale zekerheidsstelsels nader beschouwd*. *Maandschr Economie* 1988;52:327-339

5. Het ging, zoals De Swaan reeds signaleerde, niet allemaal van een leien dakje. De wet kon pas in 1921 voor vrijwel alle bedrijven van kracht worden door de vele schermutselingen over met name de rechtsgrond en de zeggenschap over de uitvoering ervan. De sociaal-democraten stelden hun vertrouwen in semi-publieke organen, de confessionelen prefereerden de bedrijfsverenigingen, waarin werknemers en werkgevers zonder overheid of onafhankelijke leden de dienst uitmaakten. Confessionele politici zijn overigens altijd sterke pleitbezorgers van het corporatisme geweest en ook in Nederland leek de politieke strijd niet zozeer te gaan om de sociale zekerheid zelf, als wel om de inrichting van de arbeidersverhoudingen en overige sociale betrekkingen. Uiteindelijk werd vastgesteld dat de wet beperkend van toepassing zou zijn op gevaarlijke bedrijven, op basis van het zogenaamde risqué professionnel.

6. De eerste parlementaire behandeling vond plaats in 1905; in 1913 slaagde Talma erin de wet in het Staatsblad te brengen, maar ze trad pas in werking onder Slotemaker de Bruïne, op 1 maart 1930, nadat inmiddels vele wijzigingen waren aangebracht. Het belangrijkste probleem bleek ook hier de zeggenschap over de uitvoering. Uiteindelijk kwam deze in handen van de in die tijd 55 bedrijfsverenigingen, inmiddels paritair samengesteld uit werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers.

7. De Gier spreekt in dit verband over de 'transitie naar sociale zekerheid', zie: GIER HG de. Voor alle zekerheid. Sociaal beleid in maatschappelijk perspectief. 's-Gravenhage: VUGA Uitgeverij BV, 1987, p. 84. Het continentale stelsel onderging een aantal belangrijke veranderingen. Het door Beveridge in Groot-Brittannië gehanteerde solidariteitsprincipe werd op grote schaal in het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel ingebouwd. Zie ook: SMITS JH. Het Beveridge-plan. Sociaal Maandblad Arbeid, 1992;47:437-444
De kring der verzekerden werd geleidelijk uitgebreid en er kwamen naast beroepsrisico's ook maatschappelijke risico's in de dekking terecht. Hierdoor werd het directe verband tussen nut en offer voor het individu doorbroken, hetgeen gezien de legitimiteit van individuele nutsmaximalisatie moest leiden tot een slechte beheersbaarheid van de omvang van de voorzieningen, zie: JONG EP de. De betekenis van verkregen rechten in het sociale zekerheidsstelsel. In: Veldkamp GMJ, red. Sociaal-rechtelijk en sociaal-politiek denken sedert de Tweede Wereldoorlog. Alphen a/d Rijn: Samson, 1986: 467-476.

8. Het begrip sociale zekerheid kan nog breder worden gedefinieerd: "Tot de sociale zekerheid behoort alles wat -zowel collectief als individueel- gericht is op de continuïteit van het bestaansniveau, van arbeid, inkomen en gezondheidsvoorzieningen, met inbegrip van de toegankelijkheid daartoe." De rij kan dan worden aangevuld met voorzieningen als studiefinanciering, huursubsidie, en diverse regelingen ter verhoging van de arbeidsparticipatie en ter verbetering van het externe milieu en de arbeidsomstandigheden. Het sociale zekerheidsstelsel raakte in toenemende mate via facetbeleid verweven met het maatschappelijk bestel. Zie o.a.: VELDKAMP GMJ. Inleiding tot de sociale zekerheid en de toepassing ervan in Nederland en België. Deel I: Karakter en geschiedenis. Deventer, 1978, en: HEUVEL FG van den. Ontwikkelingen in het stelsel van sociale zekerheid gekarakteriseerd en bekritiseerd. Maandschr Economie 1988;52:349-362, en ook: BERGHMAN J. Veldkamp: naar een breed sociale zekerheidsbegrip. Soc Maandblad Arbeid 1991; 46:159-163
9. Niet alleen werd het risque professionel vervangen door het risque social, hetgeen een revolutionaire wending in de rechtsgrond betekende, maar ook en vooral werd de traditionele rechtsgrond van het rechtvaardige arbeidsloon veralgemeniseerd tot het recht op zelfontplooiing voor iedereen en het daaruit voortvloeiende recht van gelijke kansen (zie noot 7, De Gier, 1987, p.94). Hiermee waren belangrijke maatschappelijk-culturele ontwikkelingen van de voorafgaande decennia in het stelsel geïncorporeerd (De Gier, 1987, p. 84-108).
10. Enige cijfers uit het Sociaal en cultureel rapport 1992, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1992.
In de periode tussen 1960 en 1990 stegen de collectieve uitgaven van 14,8 miljard naar 274,9 miljard gulden, ofwel van 38,5 naar 61,6% van het nationaal inkomen. Het aandeel van de sociale verzekeringen in de uitgaven in de collectieve sector steeg in die periode van 9,1 naar 24,3%. Gecorrigeerd voor inflatie zijn de uitgaven voor de sociale zekerheid in 1991 2,5 maal zo hoog als in 1970 (55 resp. 139 miljard gulden). In 1991 kwam ruim 37% hiervan voor rekening van de regelingen terzake van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, en 33% voor rekening van de AOW. Het uitkeringsvolume is tussen 1970 en 1991 verdubbeld. Het aantal uitkeringsjaren beslaat, uitgedrukt in percentages van de doelgroep, in 1991 resp. 33% inclusief AOW-ers en 20% exclusief AOW-ers. Rekening houdend met de vergrijzing is het uitkeringsvolume de laatste jaren relatief constant. Het financiële draagvlak wordt echter steeds

kleiner. Bij ongewijzigd beleid zou, met name door de vergrijzing, een verdere verslechtering van de verhouding optreden tot een verhoudingsgetal van 1,14 in 2015 (inclusief AOW-ers).

De toename van het absolute uitgavenniveau van de sociale zekerheid is de laatste jaren niet gepaard gegaan met een relatieve toename van het beslag op het nationaal inkomen en de collectieve uitgaven. Wel is het beslag op de economische groei toegenomen, met name door een afname van die groei.

11. PRINS R. Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands. A comparative study. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1990.
12. "Het zoeken en vinden van medische oplossingen voor problemen die in eerste aanleg geen medische aanpak vergen" (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992).
13. Economische doelmatigheid wordt het uitgangspunt van het nieuwe sociale zekerheidsbeleid. De visie van de aanbodeconomie wordt weer populair: de collectieve uitgaven worden niet meer zozeer beoordeeld op grond van de behoefte die zij representeren en dus op grond van de daaraan verbonden merites, maar veeleer op grond van de kosten die zij veroorzaken en de negatieve effecten daarvan. Er ontstaat openlijke discussie over vergaande privatisering van de sociale zekerheid, op te vatten als de terugtrekking van de overheid uit de financiering, de regelgeving en de uitvoering (zie BRON JAH, FASE WJPM, HOOGENDIJK AH et al: Privatisering van de sociale zekerheid. 's-Gravenhage, VUGA, 1986, en ook: HOFFMANS JGFM, Privatisering van de sociale zekerheid. Beleid & Maatschappij 1988;6:297-307). Het streven naar een verhoogde arbeidsparticipatie past in dit beleid. Korver bekritiseert in dit verband het huidige zo eenzijdig (via negatieve prikkels) op verhoging van de arbeidsparticipatie gerichte beleid: "Over het scheppen van werk blijft men vaag, over het stimuleren van participatie is men iets preciezer en over de straf op niet-participatie is men aardig concreet. Het recht op arbeid komt er dan ook heel wat bekaaid af dan de plicht tot arbeid". Zie: KORVER T. Risico en solidariteit. IDEE, Tijdschrift van het wetenschappelijk bureau van D66, 1992; 13:11-13
14. Zie WILLEMS JHBM, Dat men de Grieken moet vrezan, ook al brengen zij geschenken. De geschiedenis van een bijzondere leerstoel. Tijdschrift

voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, 1993;2:68-71

Het lectoraat (later tot leerstoel geworden) werd in 1938 door Centraal Beheer aan de (toen nog) Gemeentelijke Universiteit geschonken. De stoel werd pas in 1940 bezet door Muntendam, na felle en langdurige strijd en hevige oppositie van de sociaal-democratische fractie, die vreesde dat de leerstoel wel eens bezet zou kunnen worden door iemand die de arbeiders en hun omstandigheden niet kent en hen niet juist zou beoordelen. Sajet, medicus uit de sociaal-democratische fractie van de gemeenteraad van Amsterdam, concludeerde uit rapporten voor de Ongevallenwet een subjectieve geestesgesteldheid van de rapporteurs, die de strekking had de uitvoering van de wet te beperken. Maar de leerstoel kwam er dus toch. De angst van Sajet bleek onterecht, mede door de invulling die de eerste houder aan zijn benoeming wist te geven.

15. "De arts dient derhalve het verzekeringsorgaan te beschouwen als een lichaam, dat hetzelfde tot doel heeft gesteld als hij: verhooging van het peil der volksgezondheid". En voorts: "Zijn taak zal toch tevens zijn het sociale herstel van zijn patiënt te bevorderen, opdat deze zijn plaats in de maatschappij wederom kan innemen en behouden. Steeds zal dus het streven van den arts mede gericht moeten zijn op het voorkómen van ziekte en het behoud van arbeidskracht. Van hem wordt geëischt bekend te zijn of - hetgeen zeer belangrijk is - zich bekend te maken met den invloed van schadelijke maatschappelijke factoren, inwerkend op lichaam en geest, en met de middelen die deze omstandigheden verbeteren". Over de invloed van het beroep (op het ontstaan van ziekte) zegt Muntendam: "Zeer spoedig is de arbeider geneigd aan zijn arbeid een overwegende beteekenis toe te kennen bij het ontstaan eener ziekte. Niet alleen onder arbeiders, doch ook bij de medici treft men deze opvatting aan en wel op grond van gevolgtrekkingen uit statistieken, welke merendeels de toets der kritiek niet kunnen doorstaan. Willen de artsen hieromtrent een oordeel kunnen vellen, dan zullen zij allereerst het bedrijf met zijn arbeidsverhoudingen moeten leeren kennen. Het stellen van de sociale diagnose vereischt van den geneesheer een sociale instelling". Zie: MUNTENDAM P. Arbeidersbelangen in de geneeskunde. Openbare les gehouden bij de aanvaarding van het bijzonder lectoraat in de sociale-verzekeringsgeneeskunde vanwege de coöperatieve vereniging 'Centraal Beheer' G.A. te Amsterdam aan de Universiteit der gemeente Amsterdam op maandag 22 januari 1940. Groningen: Wolters Uitgeversmaatschappij n.v., 1940.

16. **Wester achtte dat toen nog niet mogelijk, maar hij plaatste de problematiek van de verpleegster met tuberculose al nadrukkelijk in een sociale context. In die tijd doet de revalidatiegeneeskunde zijn intrede. Het is niet meer uitsluitend controle op eventueel misbruik door de patiënt, maar er ontstaat belangstelling voor optimale revalidatie, training en scholing waar nodig, en begeleiding naar hervatting of eventueel een nieuwe arbeidsplaats.**
17. **Zie: URK CR van. In memoriam: de controlerend geneesheer. Medisch Contact 1967; 22:123-125**
18. **Terzijde merk ik op dat vandaag de dag in het kader van de bezuinigingsdrift de gedachte om terug te keren naar het risqué professionel weer herhaaldelijk wordt geuit. Ik heb daarover al eens beweerd dat zulks inhoudelijk op aantoonbaar grote bezwaren stuit en dat het de rechtsongelijkheid zal vergroten. Causaal en sociaal zijn naar mijn mening in dit verband twee moeilijk te verenigen begrippen. Ook het Nederlandse volk is er overigens, blijkens de resultaten van een SCP-enquête, niet erg voor. Gemiddeld twee op de drie Nederlanders is van mening dat werknemers met een beroepsziekte geen hogere uitkering moeten ontvangen dan anderen. Opvallend hierbij was nog dat de politieke achtergrond niet van belang was voor de geuite opvatting. Zie: Sociaal en cultureel rapport 1992, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1992.**
19. **Zie: BUIS HAM, RAZENBERG PPA & de KLERK JM. Causaliteit in de verzekeringsgeneeskunde I en II. Tijdschr voor Verzekeringsgeneesk 1991;29:71-74, en: 1991;29:103-109. Viaene spreekt in dit verband van 'het failliet van de causale aanpak'. Hij pleit voor een nieuwe definitie van het arbeidsongeschiktheidsbegrip, die de causale omschrijving van dit moment moet vervangen: 'Arbeidsongeschikt is hij die, om zijn of anderen ernstig bedreigde gezondheid te beschermen of te herstellen, geheel of gedeeltelijk niet in staat is een passende arbeidstaak op zich te nemen'. Zie: VIAENE J. Van een causale naar een preventieve beoordeling van arbeidsongeschiktheid. In: Wolff ChJ de & Klosse S. (red): Stress en arbeidsongeschiktheid: schade vergoeden of gezondheid bevorderen? Maklu, Antwerpen/Apeldoorn 1992, p.21-32. Klosse merkt in dit verband op dat, willen preventieve acties vruchten kunnen afwerpen, het beperkte schadebegrip dat in de klassieke concepten voor sociale zekerheid wordt gehanteerd, moet worden losgelaten. Zie: KLOSSE, S. Sociale zekerheid en preventie: begrippenkader. Lezing Ronde Tafel Conferentie 'Preventie**

en herstel van gezondheidsschade en verlies van arbeidsinkomen',
Kerkrade 1993.

20. Mol en Van Lieshout gaan bijvoorbeeld in op het ziekteconcept in relatie tot de vraag of geneeskunde een zuivere wetenschap is. Gaat het om het constateren van feiten, speelt alleen het biologisch functioneren een rol of moet ook het sociaal functioneren in ogenschouw worden genomen? Is de eigen mening van betrokkene relevant? Verwijst het ziekteconcept naar een realiteit of valt de betekenis ervan slechts af te leiden uit de manier waarop het concept gebruikt wordt? Zie: MOL A & LIESHOUT P van. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985. Nijmegen: SUN, 1989. Ook Giel behandelt het ziektebegrip tegen de achtergrond van maatschappelijke en culturele omstandigheden. Hij wijst op de 'vermedisering', wanneer hij de grote aantallen psychisch arbeidsongeschikten mede toeschrijft aan het 'aan werkgever en werknemer opgedrongen en uit de hand gelopen ziektegedrag'. Giel pleit ervoor dat politici dit medicaliseringsvraagstuk fundamenteel onderzoeken, in plaats van de correcte uitvoering van de wet binnen het medisch model. Zie: GIEL R. Is ziekte een cultureel verschijnsel? Trimboslezing 1993. Uitgave NcGv, Utrecht 1993.
21. Zie: SMULDERS PGW & WINTER CR de. De voorspellende waarde van arbeidssituaties en gezondheid voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In: Handboek 'Arbeid en Gezondheid Psychologie', deel II, red. MJ Schabracq en JAM Winnubst, Lemma, Utrecht 1993.
22. Tijdens een in 1992 gehouden conferentie over deze problematiek zei de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in dit verband: "Het ontbreken van heldere criteria voor ziekte en gebrek en het ontbreken van alternatieven voor bestaande verzuimbehoefte zijn debet aan het huidige ruime ziektebegrip" Zie: SIMONS H. Inleiding op de door de KNMG georganiseerde WAO-conferentie, over ziekteverzuim en medicalisering. Medisch Contact 1992;47:9-12. Weijel schreef in dit verband in 1973 al dat "terecht wordt gepleit voor een unificatie waarbij het medisch motief tot arbeidsongeschiktheid geheel verdwijnt en opgenomen wordt in een meer algemene omschrijving waarbij het niet-kunnen-voorzien-in-eigen-onderhoud de maatstaf wordt, ongeacht de oorzaak. Hierdoor wordt het dan overbodig voor alles de medische omweg te kiezen."

23. SVR. Advies Terugdringing beroep arbeidsongeschiktheidsregelingen. Zoetermeer, stafafdeling bestuurszaken SVR, 1992
24. Als illustratie van dit probleem noem ik de zogeheten categorie V, de vanwege psychische redenen arbeidsongeschikt verklaarde werknemers. Zie ook: ECK MAA van. Het beslissingsproces van de medische functie van het GAK. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1990. Wie het proefschrift 'Neurosen in Nederland' heeft gelezen kan met reden twifelen aan de betekenis van het begrip 'objectief medisch vaststellen' in de psychiatrie: HUTSCHEMAKERS G. Neurosen in Nederland. Vijfentachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen. Nijmegen: SUN, 1990. Ook Schröer bevestigt dat de termen overspanning, surmenage en neurasthenie in de loop van de geschiedenis een wisselende populariteit kennen. Overigens blijkt uit het onderzoek van Schröer dat het ontbreken van 'objectieve' medische gegevens een goede consensus tussen artsen met betrekking tot de diagnose 'overspanning' niet in de weg hoeft te staan. Zie: SCHRÖER CAP. Ziekteverzuim wegens overspanning. Academisch proefschrift, Universitaire pers, Maastricht 1993.
25. In zijn commentaar op het wetsvoorstel TBA, gericht aan de SVR, merkt de GMD op dat, "Zou in het voorliggende wetsontwerp bedoeld zijn dat een strikt causaal verband noodzakelijk is om tot arbeidsongeschiktheid te kunnen oordelen, dan moet gevreesd worden dat dit niet uitvoerbaar is, aangezien de causaliteit maar in een zeer beperkt aantal gevallen onweerlegbaar valt aan te tonen". Knepper concludeert in dit verband "dat indien de noodzaak van medische causaliteit voor 'niet meer tegen de taken opgewassen zijn' wegvalt, ruimte ontstaat voor een ingrijpende reorganisatie van de sociaal-medische functie. De energie kan dan gebruikt worden voor preventieve taken en sociaal-medische zorg dicht bij de werkenden brengen. Dat zal ertoe leiden dat medisch handelen in het algemeen meer gewaardeerd wordt naar maatschappelijk resultaat: behoud van functioneren". Zie: KNEPPER S & FEENSTRA H. Ziekte of gedrag; basisbegrippen bij de behandeling van arbeidsongeschikten. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:1672-76. Ook Van Balen pleit voor een dergelijke finalistische benadering, waarbij het sociaal-verzekeringsgeneeskundig handelen vooral gericht is op behoud en bescherming van de gezondheid, en niet op het aantonen van ziekte of gebrek. Zie: BALEN GAM van. Multae causae; een interpretatie van 'arbeidsongeschiktheid' in de Ziektewet. Tijdschr voor Verzekeringsgeneesk 1991;29:82-87.

26. **SMULDERS PGW, GRÜNDEMANN RWM & DRAAISMA D.** De effecten van prikkels tegen ziekteverzuim. *ESB* 1992;997-1005
27. Zie: **CROON NHTh & LANGIUS SWTh**, *Arbeid en gezondheid*. Een studie van de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1993.
28. Zie o.a : **VEEN R van der & ENGBERSEN G.** De grote gevaren van grote gebaren. *Beleid & Maatschappij* 1992;5:266-279, en: **IPEREN JTH van**. Naar een marktstelsel voor de sociale zekerheid. *Sociaal Maandblad Arbeid* 1993;48:103-113
29. Uit onderzoek blijkt dat ruim 30% van de verzekeringsgeneeskundigen meent dat bij een meningsverschil over arbeids(on)geschiktheid de cliënt het voordeel van de twijfel moet worden gegund, terwijl slechts bijna 40% niet deze mening is toegedaan. Zie ref. onder noot 27.
30. Uit een casus, gepubliceerd in *Rechtspraak Sociale Verzekering* 1986, nr.201, blijkt deze opvatting. Een werknemer met pijnklachten die niet te objectiveren waren werd desondanks arbeidsongeschikt verklaard. Vooral bij klachten die een ernstig karakter hebben en die reëel overkomen lijkt de rechter geneigd om betrokkene het 'voordeel' van de twijfel te gunnen.
31. Uit door het NIPG-TNO verricht onderzoek blijkt dat hier zowel problemen als mogelijkheden liggen. Zo geeft ongeveer tweederde van de bedrijfsartsen aan belemmeringen in de arbeidsorganisatie te ontmoeten bij reïntegratie-pogingen, en een kwart noemt reïntegratie zelfs nauwelijks mogelijk. Zie: **DRAAISMA D et al.** De BGD over bedrijfsgezondheidszorg. Uitgave Directoraat-Generaal van de Arbeid, publikatienummer S 101-1, Den Haag 1991. Merkwaardig genoeg wordt de bijdrage van de deskundige dienst aan het herplaatsen van arbeidsongeschikten door bijna de helft van directies en ondernemingsraden positief beoordeeld. Zie: **DRAAISMA D et al.** Kwaliteit en effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg. Uitgave Directoraat-Generaal van de Arbeid, publikatienummer S 101-1, Den Haag 1993. De inzet van deskundige artsen biedt op zichzelf overigens onvoldoende garantie op succes bij reïntegratie-pogingen; met name de realisatie van aanpassingen in het werk bleek echter een belangrijke factor in deze. Zie: **NIJBOER ID, GRÜNDEMANN RWM & ANDRIES F.** Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid; Onderzoek naar de kans op werkherhervatting na een half jaar

na het einde van het ziektejaar en naar de kans van hervatters om aan het werk te komen bij de oude of een nieuwe werkgever. Uitgave Directoraat-Generaal voor Algemene Beleidsaangelegenheden, Ministerie van SZW, Den Haag, VUGA, 1993. ISBN 90 5250 4679.

32. In dit verband is het interessant te constateren dat het Nederlandse volk kennelijk toch wat harder oordeelt. Het Sociaal en Cultureel Planbureau verzamelt periodiek gegevens over diverse aspecten die met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van doen hebben. In zijn jongste publicatie wordt met name aandacht geschonken aan de opvattingen van mensen met betrekking tot direct met het (voorgenomen) overheidsbeleid samenhangende ontwikkelingen terzake van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Zo vindt gemiddeld 79% van de Nederlanders dat werknemers te gemakkelijk ziek thuisblijven. Zie: Sociaal en cultureel rapport 1992. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1992
33. Zwart bekritiseert de scherpe tweedeling in het denken over de waarde van arbeid: "Nu is het zo, dat de arbeidsvreugde waar ik het hier over heb, maar heel mondjesmaat in het huidige arbeidsbestel aangetroffen wordt. Te verwachten dat mensen hun dagelijkse werkplek rechtstreeks in verbinding brengen met een zoektocht naar het geluk, ligt toch niet erg voor de hand. Laat staan dat we op een willekeurige maandagmorgen makkelijk wakker zullen worden met het gevoel van stille blijdschap de dingen te mogen doen die nu eenmaal moeten gebeuren. Uitgeperst door de gierige geest van de doelmatigheid is de gemiddelde arbeidssituatie zo schraal geworden dat het wel heel moeilijk is om er een andere, hogere zingevende kwaliteit in te vinden dan een middel om geld te vinden." Verhoging van de arbeidsparticipatie kan, aldus Zwart, geen doel op zich zijn dat het waard is na te streven, zeker niet wanneer de kwaliteit van de gemiddelde arbeidsplek vandaag de dag in beschouwing wordt genomen. Hij beschrijft de voorwaarden waaronder arbeid z.i. bevrijd kan worden uit zijn "benarde, instrumentale positie" en zich kan ontwikkelen tot een vrije manier van leven. Zie: ZWART CJ. Op weg naar een nieuwe cultuur van de arbeid. Rotterdam: Uitgave Lemniscaat, 1992, p.32 ev.:
1. Arbeid moet niet gedwongen worden aangeboden aan de hoogste bieder, hetgeen niets anders is dan een moderne manier van slavernij. Produktieve arbeid mag dan produktiviteitsfactor nummer één zijn geworden, het is zeker niet geluksfactor nummer één.
 2. Het bezinnend leven moet herontdekt worden. De inzet moet zijn om de huidige samenleving van de betaalde arbeid te bewegen in

de richting van een samenleving van zinvolle activiteiten. De wereld stort niet in wanneer het instituut arbeidsmarkt zijn centrale rol in het moderne leven zou moeten prijsgeven.

Schuyt beschrijft de paradox in termen van een schreeuwend tekort aan formele arbeidsplaatsen voor vele honderdduizenden werkelozen en arbeidsongeschikten, terwijl er volop zinvol werk te doen is. Hij verklaart dit uit het feit dat arbeid al zeer lang gerationaliseerd wordt: verhoging van de arbeidsproductiviteit door mechanisering en automatisering. Arbeid wordt slechts besproken in termen van berekenbare produktiviteit, terwijl elke sociale produktiviteit in bijvoorbeeld de publieke en private zorg- en service-instellingen wordt verwaarloosd. "De rationele standaardopvatting van 'produktieve arbeid' drukt hierdoor de arbeidsintensievere, maar sociaal produktievere arbeid uit de markt". Deze wordt naar traditionele maatstaven te duur. Schuyt is van mening dat niet sprake is van te weinig arbeidsplaatsen, maar van een wanverhouding en een wanorganisatie van verschillende soorten arbeid. Deze paradox zou opgeheven kunnen worden door een andere, bredere of ruimere definitie van arbeid en van arbeidsproductiviteit als uitgangspunt te nemen. Zie: SCHUYT K. Een hardnekkige paradox. In: De zittende klasse. Uitgeverij Balans, Voorburg 1992

Wanneer wij de Nederlandse cijfers met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bezien, en uit nadere analyses ervaren dat zo ongeveer 55% van de arbeidsongeschikten zegt (mede) door de arbeid ongeschikt te zijn geworden wordt de paradox in het begrip arbeid nog eens in volle omvang geïllustreerd. Zie: GRÜNDEMANN RWM, NIJBOER ID & SCHELLART AJM. Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede: deelrapport I: resultaten van de enquête onder WAO'ers: in opdracht van het DGA en de GMD: uitgevoerd door het NIPG-TNO, in samenwerking met de afdeling Toegepast Onderzoek van de GMD. Den Haag, DGA, Ministerie van SZW, 1991. Studies DGA S 127. Enerzijds moet men uitgaande van dit cijfer aannemen dat veel werk als onmenselijk wordt ervaren. Anderzijds moet men vaststellen dat het niet (meer) mogen of kunnen werken door een overgrote meerderheid van de mensen ook in 1991 nog erger wordt gevonden dan het werk zelf. Men staat buiten het sociaal en maatschappelijk gebeuren, men raakt geïsoleerd en gestigmatiseerd. Het Sociaal en Cultureel Planbureau laat zien dat opvattingen over arbeid de laatste tien jaar slechts beperkte fluctuaties vertonen. Zo vond in 1981 35% van de bevolking het meestal

jammer als het weekend weer voorbij is en men weer aan het werk moet; 45% vond dit in het geheel niet. In 1991 zijn deze percentages respectievelijk nog steeds 35 en 49. Na een vrij weekend had in 1981 62% van de mensen weer veel zin om aan het werk te gaan, in 1991 is dat percentage gestegen tot 71. Slechts 15% van de ondervraagden had na een weekend niet veel zin om weer te gaan werken. In 1991 zou 67% van de werknemers blijven werken, ook als men een miljoen had gewonnen. Zie: Sociaal en cultureel Rapport 1992, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1992, p. 473.

Diverse auteurs hebben het WRR-rapport 'Een werkend perspectief' waarin verhoging van de arbeidsparticipatie als doelstelling voor het arbeidsmarktbeleid van de jaren negentig wordt gepresenteerd, nadien kritisch besproken. Zie: JONGE J de (red). Aan het werk? Discussie over het WRR-rapport 'Een werkend perspectief'. Tijdschr voor Politiek en Economie 1992;14:82-117. Men verwijt de WRR een te optimistische visie op het verschijnsel arbeid. Zo waarschuwt Van Hoof voor de consequenties van een eventuele verlaging van de loonkosten om arbeid waarnaar thans geen vraag is weer betaalbaar te maken: "Dat zijn in het algemeen de slechtste banen." Zie: HOOF J van. Lager minimumloon schept alleen mindere banen. De Volkskrant, 14 februari 1991. De omvang van de arbeidsparticipatie staat volgens Van Hoof niet los van de kwaliteit van de arbeid. Verhoging van de arbeidsparticipatie, herverdeling van betaalde en onbetaalde arbeid en verbetering van de kwaliteit van de arbeid dienen dus hand in hand te gaan. En ook buiten betaalde arbeid om zijn er wegen tot maatschappelijke participatie, waar mensen voor kunnen kiezen.

34. Ten minste 70%, maar waarschijnlijk nog meer, van alle bij bedrijfsgezondheidsdiensten beschikbare capaciteit is medisch of paramedisch geschoold. Meer dan de helft van alle bedrijfsgezondheidsdiensten beschikte per 1-1-92 niet over arbeidshygiënische formatie, bijna 75% beschikte niet over arbeids- en organisatiedeskundigen, en 90% niet over een ergonom. Zie: PUTTEN DJ, DRAAISMA D, HEUVEL SG van den, et al. Monitoring van bedrijfsgezondheidszorg. Uitgave NIPG-TNO, Leiden 1992.
35. BAKKER MP, MOELANDS RPM & LAHAJE MHAJ. Verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsgeneeskundige, een paar apart? of: Eén arts voor arbeid en gezondheid! Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 1993;1:2-8

de richting van een samenleving van zinvolle activiteiten. De wereld stort niet in wanneer het instituut arbeidsmarkt zijn centrale rol in het moderne leven zou moeten prijsgeven.

Schuyt beschrijft de paradox in termen van een schreeuwend tekort aan formele arbeidsplaatsen voor vele honderdduizenden werkelozen en arbeidsongeschikten, terwijl er volop zinvol werk te doen is. Hij verklaart dit uit het feit dat arbeid al zeer lang gerationaliseerd wordt: verhoging van de arbeidsproductiviteit door mechanisering en automatisering. Arbeid wordt slechts besproken in termen van berekenbare produktiviteit, terwijl elke sociale produktiviteit in bijvoorbeeld de publieke en private zorg- en service-instellingen wordt verwaarloosd. "De rationele standaardopvatting van 'produktieve arbeid' drukt hierdoor de arbeidsintensievere, maar sociaal produktievere arbeid uit de markt". Deze wordt naar traditionele maatstaven te duur. Schuyt is van mening dat niet sprake is van te weinig arbeidsplaatsen, maar van een wanverhouding en een wanorganisatie van verschillende soorten arbeid. Deze paradox zou opgeheven kunnen worden door een andere, bredere of ruimere definitie van arbeid en van arbeidsproductiviteit als uitgangspunt te nemen. Zie: SCHUYT K. Een hardnekkige paradox. In: De zittende klasse. Uitgeverij Balans, Voorburg 1992

Wanneer wij de Nederlandse cijfers met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bezien, en uit nadere analyses ervaren dat zo ongeveer 55% van de arbeidsongeschikten zegt (mede) door de arbeid ongeschikt te zijn geworden wordt de paradox in het begrip arbeid nog eens in volle omvang geïllustreerd. Zie: GRÜNDEMANN RWM, NIJBOER ID & SCHELLART AJM. Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede: deelrapport I: resultaten van de enquête onder WAO'ers: in opdracht van het DGA en de GMD: uitgevoerd door het NIPG-TNO, in samenwerking met de afdeling Toegepast Onderzoek van de GMD. Den Haag, DGA, Ministerie van SZW, 1991. Studies DGA S 127.

Eenzijds moet men uitgaande van dit cijfer aannemen dat veel werk als onmenselijk wordt ervaren. Anderzijds moet men vaststellen dat het niet (meer) mogen of kunnen werken door een overgrote meerderheid van de mensen ook in 1991 nog erger wordt gevonden dan het werk zelf. Men staat buiten het sociaal en maatschappelijk gebeuren, men raakt geïsoleerd en gestigmatiseerd. Het Sociaal en Cultureel Planbureau laat zien dat opvattingen over arbeid de laatste tien jaar slechts beperkte fluctuaties vertonen. Zo vond in 1981 35% van de bevolking het meestal

jammer als het weekend weer voorbij is en men weer aan het werk moet; 45% vond dit in het geheel niet. In 1991 zijn deze percentages respectievelijk nog steeds 35 en 49. Na een vrij weekend had in 1981 62% van de mensen weer veel zin om aan het werk te gaan, in 1991 is dat percentage gestegen tot 71. Slechts 15% van de ondervraagden had na een weekend niet veel zin om weer te gaan werken. In 1991 zou 67% van de werknemers blijven werken, ook als men een miljoen had gewonnen. Zie: Sociaal en cultureel Rapport 1992, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1992, p. 473.

Diverse auteurs hebben het WRR-rapport 'Een werkend perspectief' waarin verhoging van de arbeidsparticipatie als doelstelling voor het arbeidsmarktbeleid van de jaren negentig wordt gepresenteerd, nadien kritisch besproken. Zie: JONGE J de (red). Aan het werk? Discussie over het WRR-rapport 'Een werkend perspectief'. Tijdschr voor Politiek en Economie 1992;14:82-117. Men verwijt de WRR een te optimistische visie op het verschijnsel arbeid. Zo waarschuwt Van Hoof voor de consequenties van een eventuele verlaging van de loonkosten om arbeid waarnaar thans geen vraag is weer betaalbaar te maken: "Dat zijn in het algemeen de slechtste banen." Zie: HOOF J van. Lager minimumloon scheidt alleen mindere banen. De Volkskrant, 14 februari 1991. De omvang van de arbeidsparticipatie staat volgens Van Hoof niet los van de kwaliteit van de arbeid. Verhoging van de arbeidsparticipatie, herverdeling van betaalde en onbetaalde arbeid en verbetering van de kwaliteit van de arbeid dienen dus hand in hand te gaan. En ook buiten betaalde arbeid om zijn er wegen tot maatschappelijke participatie, waar mensen voor kunnen kiezen.

34. Ten minste 70%, maar waarschijnlijk nog meer, van alle bij bedrijfsgezondheidsdiensten beschikbare capaciteit is medisch of paramedisch geschoold. Meer dan de helft van alle bedrijfsgezondheidsdiensten beschikte per 1-1-92 niet over arbeidshygiënische formatie, bijna 75% beschikte niet over arbeids- en organisatiedeskundigen, en 90% niet over een ergonoom. Zie: PUTTEN DJ, DRAAISMA D, HEUVEL SG van den, et al. Monitoring van bedrijfsgezondheidszorg. Uitgave NIPG-TNO, Leiden 1992.
35. BAKKER MP, MOELANDS RPM & LAHALJE MHAJ. Verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsgeneeskundige, een paar apart? of: Eén arts voor arbeid en gezondheid! Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 1993;1:2-8

36. Uit recent onderzoek blijkt onder andere dat slechts weinig werkgevers plannen hebben om op basis van de nieuwe wetgeving het beleid expliciet op terugdringing van ziekteverzuim te richten. Indien dat echter wel het geval is, bestaat sterke voorkeur voor strenger keuren, strengere controles en procedurele maatregelen in het ziekmeldingstraject. Zie: Ministerie van SZW. Verminderen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid op ondernemingsniveau en in CAO's. Uitgave Dienst Collectieve Arbeidsvoorwaarden, Loontechnische Dienst, 's-Gravenhage 1992
37. Ethiek is de kritische reflectie op normen, waarden en morele probleemsituaties. Belangrijke taken zijn daarbij het expliciet maken van morele voorschriften en waarden, het interpreteren van hun betekenis voor de praktijk en het afwegen van normen wanneer ze in conflict geraken. Zie: VERWEIJ MF. Ethiek van preventie. Uitgave: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1992.
38. De Gier maakt melding van de herleving van het verantwoordelijkheidsprincipe als correctie op een volgens velen te ver doorgeschoten solidariteitsprincipe in het sociale en culturele beleid in Nederland. De hiermee samenhangende naar zijn opvatting te ver doorgeschoten nadruk op preventie als anti-risico strategie zou de aandacht te zeer hebben afgeleid van de klassieke strategie van 'trial-and-error'. Daarbij gaat het niet zozeer om het zoveel mogelijk uitbannen van risico's maar om het op maatschappelijk aanvaardbare wijze erop inspelen. Men aanvaardt risico's als realiteit en probeert deze te verminderen door de persoonlijke weerbaarheid van betrokkenen te vergroten. Mede hierdoor zullen mensen hun eigen verantwoordelijkheid sterker beleven. Zie: GIER HG de. Tussen verantwoordelijkheid en solidariteit. HRWB adviescollege voor sociaal en cultureel beleid. 's-Gravenhage 1988.
De terugkeer naar een stukje eigen verantwoordelijkheid zal overigens niet snel te realiseren zijn. Van der Veen merkt in dit verband op dat classificatieprocessen een dusdanige berusting en afhankelijkheid hebben veroorzaakt dat een enorme beleidsinspanning noodzakelijk zal zijn om de vele gezonde burgers weer te motiveren en te leren dat zij in staat zijn werk te verrichten. Zie: VEEN R van der & ENGBERSEN G. De grote gevaren van grote gebaren. Beleid & Maatschappij 1992;5:266-279
39. Kiezen en delen. Rapport van de Commissie Keuzen in de zorg. Uitgave Distributiecentrum DOP, 's-Gravenhage 1992

40. In onze wetgeving heeft ook de bedrijfsvereniging verantwoordelijkheden terzake van de sociaal-verzekeringsgeneeskundige zorg. In dit verband kan de term 'goed verzekeraarschap' worden gebruikt. Zowel de werkgever (gedurende de periode dat deze het risico zelf draagt) als de bedrijfsvereniging zijn te beschouwen als zorgverzekeraar, al hebben zij ieder hun eigenstandige positie en verantwoordelijkheden. Aan de rol van zorgverzekeraar zijn consequenties verbonden. Er dient in de eerste plaats zorg van goede kwaliteit te worden aangeboden en deze kwaliteit dient bovendien door de zorgaanbieder zichtbaar gemaakt te worden aan de verzekeraars en de verzekerden. Goed verzekeraarschap, dus ook goed werkgeverschap, heeft zowel betrekking op de relatie tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde, als op de procedurele aspecten binnen de onderscheiden relaties. De zorgverzekeraars vervullen een rol tussen de verzekerden en de zorgaanbieders. Zij moeten enerzijds zorgdragen voor en oog houden op een adequate zorginkoop ten behoeve van hun verzekerden en anderzijds die zorg toegankelijk maken voor verzekerden. Van den Broek (zie: BROEK PAM van den. Goed verzekeraarschap. P.S. Periodiek voor sociale verzekeringen en sociale voorzieningen 1992; 21:1656-63) somt een aantal aspecten op die de grootste gemene deler van goed verzekeraarschap zouden vormen.

In relatie tot de zorgaanbieder zijn dat de volgende punten:

- de verzekeraar houdt toezicht op (de bedrijfsvereniging) en draagt zorg voor (de werkgever) de inkoop en de kwaliteit van het zorgaanbod;
- de verzekeraar maakt afspraken met de zorgverlener over het tot stand komen van een kwaliteitsbeleid (w.o. beschikbaarheid, bereikbaarheid, registratie, inhoudelijke kwaliteit);
- de verzekeraar draagt bij aan de interne kwaliteitsbevordering en deskundigheid van zorgverleners en aan de externe kwaliteitsbewaking;
- de verzekeraar respecteert de professionele autonomie van de zorgaanbieder.

In relatie tot de verzekerde betreft het de volgende punten:

- de verzekeraar onthoudt zich van activiteiten die kunnen leiden tot (oneigenlijke) risico-selectie;
- de verzekeraar draagt zorg voor een adequate en voldoende informatievoorziening en voorlichting aan verzekerden over aanspraken en aanbod;
- de verzekeraar creëert voldoende inspraakmogelijkheden voor verzekerden in het beleid van de zorgverzekeraar;

- de verzekeraar stelt klachten- en geschillenprocedures op ten behoeve van de verzekerden.

In het algemeen kan hier nog aan worden toegevoegd dat de verzekeraars (de bedrijfsverenigingen) landelijke afspraken moeten maken over relevant informatieverkeer en de centrale financiering van algemene belangen.

De verzekeraar dient voorts voldoende budget ter beschikking te hebben om de noodzakelijke zorg te kunnen financieren. In een stelsel waarin de verplichtingen van de verzekeraar niet duidelijk of slechts globaal zijn aangegeven, terwijl evenmin toetsbare kwaliteitscriteria beschikbaar zijn, zal gewaakt moeten worden voor een te sterke sturing van het zorgaanbod door economische argumenten. In de preventieve gezondheidszorg, en zeker in de arbozorgverlening, waarin zowel op collectief als op individueel niveau veel potentiële vraag bestaat waarvoor de consumptienoodzaak niet gemakkelijk op basis van kwantitatieve variabelen financieel kan worden onderbouwd, bestaat het gevaar van minimalisering van het zorgaanbod, terwijl de kosten van de schade op de gemeenschap worden afgewenteld. Uitvretergedrag in economische termen. Het treffen van preventieve zorgvoorzieningen is dan niet voldoende: er dient ook sprake te zijn van verstandige stimulering tot het gebruik van die voorzieningen. Met name de collectief gerichte preventie behoort door de overheid gestimuleerd te worden. Een terugtrekkende overheid lijkt verdere op collectiviteiten gerichte ontwikkelingen te bemoeilijken. Net zo min als dat voor op de totale bevolking gerichte collectieve preventie het geval is, ligt het in de rede zo'n op collectiviteiten gericht basispakket uit premies of bijdragen van individuele werkgevers te financieren. Het Ministerie van SZW zou het initiatief moeten nemen om een fonds in het leven te roepen dat deze functie kan vervullen. Deelnemers aan zo'n fonds zouden in ieder geval de bedrijfsverenigingen, de sociale fondsen en enige ministeries moeten zijn.

Van bedrijfsverenigingen, in hun rol van zorgverzekeraar, zou met betrekking tot de stimulering van collectieve preventie meer mogen worden verwacht dan zij nu reeds ondernemen. De vraag is echter of de huidige verdeling van taken en verantwoordelijkheden daartoe voldoende zal uitnodigen. Van meerdere kanten wordt erop gewezen dat de huidige opzet van de bedrijfsverenigingen niet is toegesneden op een bedrijfstakoverschrijdende preventieve aanpak. De organisatie van de sociale zekerheid zou hierdoor onvoldoende dienstbaar kunnen worden gemaakt aan nationale doelstellingen van sociale rechtvaardigheid, sociale

mobiliteit en arbeidsmarktbeleid. Ik denk dat dit op zichzelf wel juist is. Een eigen verantwoordelijkheid van de overheid in het toezicht op de uitvoeringsorganisatie is daarom logisch en noodzakelijk. Wellicht moet inderdaad verder worden nagedacht over een op andere leest geschoeide organisatie van de sociale zekerheid. Het op te grote afstand zetten van de bedrijfsverenigingen in het huidige stelsel waar het de directe bemoeienis met de preventie van verzekerde schade betreft lijkt echter ook niet geheel logisch. Dat mag op basis van het voorkómen van concurrentievervalsing juist lijken, het is wel een unicum in het huidige overheidsbeleid terzake van de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg. Zorgverzekeraars in de curatieve sector krijgen immers juist meer mogelijkheden en belangen in deze. Of een dergelijke benadering in de sociale zekerheid mogelijk is zonder ook daar over te gaan tot een vorm van stimulering ter beheersing van de uitvoeringskosten kan echter worden betwijfeld.

41. In Nederland is volgens de KNAW wel veel wetenschappelijke bemoeienis met deelterreinen die van belang zijn voor de verzekeringsgeneeskunde, maar wetenschappelijk onderzoek dat expliciet wordt benoemd als verzekeringsgeneeskundig onderzoek vindt maar in geringe mate plaats. "Het onderzoek is weinig herkenbaar en zeer versnipperd. [...] Gezien het maatschappelijk belang van het verzekeringsgeneeskundig werk is wetenschappelijke onderbouwing ervan en meer wetenschappelijke inkadering in de universitaire setting middels stimuleringsprogramma's gewenst". Zie: KNAW. Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)-wetenschappen, Commissie Geneeskunde, Amsterdam 1991
42. Berghman (1992) becijfert dat door het Ministerie van SZW en de grote uitvoeringsorganisaties jaarlijks maximaal 10 miljoen gulden wordt besteed aan onderzoek, plus mogelijk nog zo'n bedrag via NWO. Op een budgetpost van zo'n 145 miljard gulden in 1992 is dat natuurlijk te verwaarlozen. Maar dit bedrag steekt ook schril af tegen bijvoorbeeld de 700 miljoen die jaarlijks aan gezondheidsonderzoek wordt uitgegeven, of de 400 miljoen die aan milieu en natuur wordt besteed. Berghman stelt ten slotte voor een sectorraad op het terrein van de sociale zekerheid in te stellen. In het licht van de huidige ontwikkelingen zou dat dan een sectorraad Arbeid en Sociale Zekerheid kunnen zijn. Zie referentie onder noot 2.

43. **GRÜNDEMANN RWM, NIJBOER ID & SCHELLART AJM.**
Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede: deelrapport I: resultaten van de enquête onder WAO'ers: in opdracht van het DGA en de GMD: uitgevoerd door het NIPG-TNO, in samenwerking met de afdeling Toegepast Onderzoek van de GMD. Den Haag, DGA, Ministerie van SZW, 1991. Studies DGA S 127. (ook vermeld in noot 33)

44. **Onderzoek naar aard, omvang en behandeling van arbeidsgebonden Riagg-intrede; af te ronden in maart 1994; door GRÜNDEMANN RWM, DEURSEN CGL van, KOMPIER MAJ, in uitvoering bij het NIPG-TNO, in samenwerking met het NcGv, in opdracht van het Ministerie van WVC.**

45. **Zie: NIJBOER ID, GRÜNDEMANN RWM & ANDRIES F, Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid; Onderzoek naar de kans op werkherhvatting na een half jaar na het einde van het ziektejaar en naar de kans van hervatters om aan het werk te komen bij de oude of een nieuwe werkgever. Uitgave Directoraat-Generaal voor Algemene Beleidsaangelegenheden, Ministerie van SZW, Den Haag, VUGA, 1993. ISBN 90 5250 4679. (ook vermeld in noot 31)**

