

TNO-rapport

Balanceren

Trends, gezichtspunten en drie scenario's
sociale zekerheid en zorg



A.J.M. Revenboer (red.)

Balanceren

Trends, gezichtspunten en drie scenario's
sociale zekerheid en zorg



A.J.M. Revenboer (red.)
TNO Arbeid

Balanceren

Trends, gezichtspunten en drie scenario's sociale zekerheid en zorg

Deze publicatie is te bestellen bij TNO Arbeid

Fax: 023 554 93 94

E-mail: receptie@arbeid.tno.nl

Prijs: EUR 21 excl. BTW

ISBN-nummer 90-5986-059-4

© 2004 TNO Arbeid

Auteur: A.J.M. Revenboer (red.)

Met medewerking van:

J.A.M. van Boxsel

P.C. Buijs

J.E. Buisman

J.A.G.M. van Genabeek

G. Gerritse

L.M. van Hertem

J.H. Kwantes

D.J. van Putten

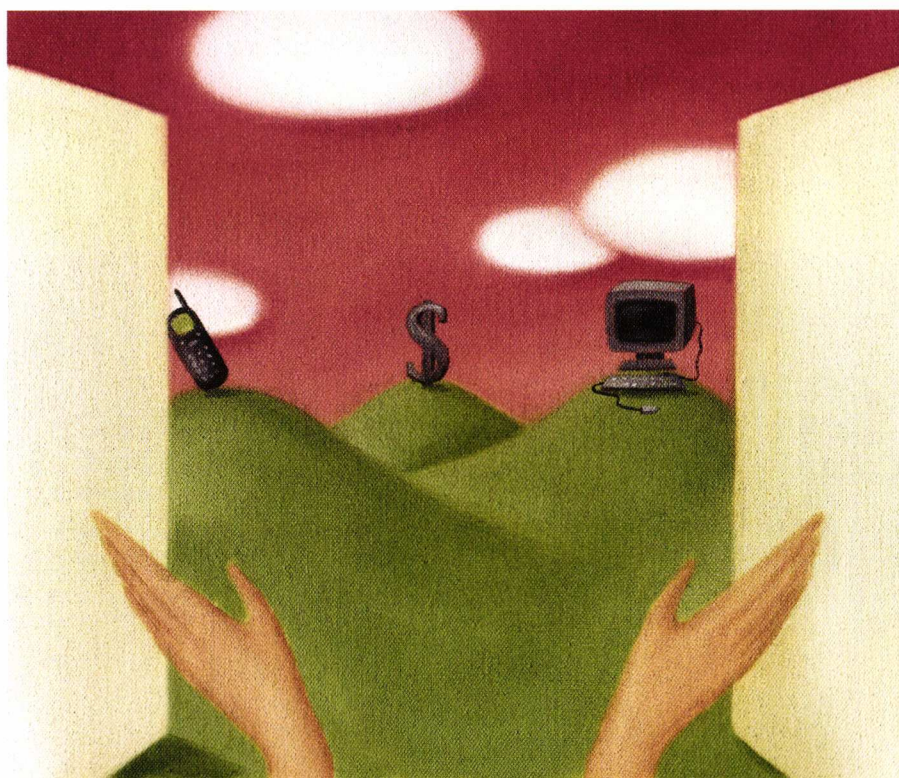
C.W.J. Wevers

J.H.B.M. Willems

Druk: PlantijnCasparie Heerhugowaard

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Balanceren



Voorwoord

Gezondheid, werk en inkomen bepalen in belangrijke mate de kwaliteit van ons leven. Vergroting van de arbeidsparticipatie en een gezonde en duurzame inzetbaarheid van de Nederlandse beroepsbevolking zijn en blijven grote uitdagingen voor beleidsmakers, uitvoerders en beslissers in de sociale zekerheid en de zorg. Arbeidsparticipatie is het cement van onze samenleving. Zonder dit cement komen de sociale cohesie, het welzijn van de burgers en onze internationale concurrentiepositie in het gedrang. In EU-verband zijn er voor 2010 op de gebieden werkgelegenheid en concurrentiekracht ambitieuze doelen gesteld. De dynamiek van de economie, de wijzigende samenstelling van de bevolking, de arbeidsmarkt en de veranderingen op het gebied van werk en inkomen maken dat sociale zekerheid en zorg en de dwarsverbanden daartussen hoog op de maatschappelijke agenda staan.

De sociale zekerheid is dichtbij de afronding van een grote stelselherziening. De gezondheidszorg daarentegen staat aan de vooravond van een even ingrijpende stelselwijziging. De wisselwerking tussen sociale zekerheid en zorg wordt nog belangrijker dan die de afgelopen jaren al was geworden. Deze veranderingen beïnvloeden het hele maatschappelijke veld. Niet alleen de wet- en regelgeving of de publieke uitvoeringsorganisatie worden gewijzigd, ook voor marktpartijen en werkgevers verandert er het nodige. En wij krijgen er als burgers ook allemaal mee te maken.

TNO wil met deze publicatie een bijdrage leveren aan de gedachtevorming over de sociale zekerheid en de zorg en de dwarsverbanden daartussen. We bezien de samenhang tussen een aantal trends vanuit vier gezichtspunten:

- 1. het individu als subject van de sociale zekerheid en zorg en de betekenis ervan voor de werkgever;*
- 2. de wet- en regelgeving als kader;*
- 3. de publieke uitvoeringsorganisatie;*
- 4. de sociale zekerheid en zorg als markt.*

In de laatste twee hoofdstukken schetsen we drie scenario's van de samenhang tussen sociale zekerheid en zorg. Door de hele publicatie heen vindt u in kaders voorbeelden van de wijze waarop TNO de door haar ontwikkelde kennis toepast in de praktijk van dit boeiende veld.



mevrouw dr. C. M. Colijn-Hooymans
lid Raad van Bestuur TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

- 1 Inleiding — 17
 - 1.1 Gescheiden werelden? — 17
 - 1.2 Gezondheid, werk en inkomen — 17
 - 1.3 Betaalbaarheid en solidariteit — 18
 - 1.4 Naast privatisering ook decentralisatie — 19
 - 1.5 Leeswijzer — 19
- 2 Maatschappelijke trends — 21
 - 2.1 Internationalisering — 21
 - 2.2 Technologisering — 23
 - 2.3 Vergrijzing — 25
 - 2.4 Individualisering — 27
 - 2.5 Maatschappelijke trends en sociale zekerheid en zorg: doelmatigheid versus sociale cohesie ? — 28
- 3 Het individu en de werkgever — 31
 - 3.1 Verzuim: veel oorzaken, veel spelers — 31
 - 3.2 Preventie — 32
 - 3.3 Gezondheidsklachten en ziekteverzuim — 33
 - 3.4 Langdurige arbeidsongeschiktheid en reïntegratie — 37
 - 3.5 Samenhang sociale zekerheid & zorg: interactie tussen snelle behandeling en werkhervatting — 39
- 4 De wet- en regelgeving — 43
 - 4.1 Wijzigingen in de wetgeving voor verzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid — 43
 - 4.2 Bijstand, gesubsidieerde arbeid en ... — 44
 - 4.3 ... sociale werkvoorziening — 45
 - 4.4 Wijziging van het zorgstelsel — 47
 - 4.5 Samenhang sociale zekerheid en zorg: privatisering, decentralisatie en vraagsturing — 48
- 5 De publieke uitvoeringsorganisatie — 51
 - 5.1 SUWI-stelsel — 51
 - 5.2 Het zorgstelsel — 54
 - 5.3 Samenhang sociale zekerheid en zorg: multicausale problemen, integrale beleidsvisie en adequate uitvoering — 56

- 6 De markt — 59
 - 6.1 Marktwerking — 59
 - 6.2 Arbodiensten — 59
 - 6.3 Reintegratiebedrijven — 61
 - 6.4 Zorgverleners — 63
 - 6.5 Zorgverzekeraars — 64
 - 6.6 Verzekeraars (inkomen/schade) — 65
 - 6.7 Pensioenfondsen — 66
 - 6.8 Samenhang sociale zekerheid en zorg:
ketens, regisseurs en onderaannemers — 67
- 7 Drie scenario's — 69
 - 7.1 Inleiding — 69
 - 7.2 'It's the community, stupid!' — 70
 - 7.3 'Sociale partners aan zet' — 73
 - 7.4 'Consument als lifestyle' — 76
- 8 Betekenis van de scenario's — 81
 - 8.1 Procesregisseur — 81
 - 8.2 Metamediair — 81
 - 8.3 Executieve organisatie — 82
 - 8.4 Effectieve professional — 82
 - 8.5 Marktautoriteiten en toezichtorganen — 83
 - 8.6 Ten slotte — 83
- 9 Meer informatie — 85
- A Literatuur — 87
- B Afkortingenlijst — 89



Samenvatting

Sinds 1971 zijn sociale zekerheid en zorg gescheiden werelden met een eigen beleid en uitvoering. Breuklijnen en raakvlakken op het gebied van de arbeidsparticipatie zijn er door de stelselwijzigingen niet minder om geworden. Daarbij staan we aan de vooravond van nog meer nieuwe wet- en regelgeving, zowel op nationaal als op Europees niveau. Er tekenen zich ook allerlei maatschappelijke trends af om rekening mee te houden. Reden voor TNO om de belangrijkste ontwikkelingen op een rij te zetten, te analyseren en te vertalen in drie scenario's. Beleidsbeslissers, beleidsvoorbereiders, uitvoerders en toezichthouders van zowel publieke als private organisaties die actief zijn in het boeiende veld van sociale zekerheid en zorg kunnen deze scenario's gebruiken om hun plannen te ontwikkelen of aan te scherpen.

Maatschappelijke trends

Internationalisering

Steeds meer bedrijven opereren op de internationale product- en kapitaalmarkten, en ook voor individuen vervagen de landsgrenzen. De overheid krijgt meer en meer te maken met regels, voorschriften en gebruiken van 'Brussel'. Internationale spelers begeven zich op het terrein van sociale zekerheid en zorg, en uit het oogpunt van efficiëntie en binding krijgt ook de regio een grotere rol.

Een belangrijk aspect is de verkleuring van de maatschappij: in 2050 zal 22 procent van de Nederlandse bevolking van allochtone komaf zijn.

Door de groeiende internationale arbeidsmobiliteit en de flexibelere werkvormen komt de financiering van collectieve voorzieningen als de sociale zekerheid en zorg in gevaar.

Technologisering

De kenniseconomie maakt dat bedrijven in tien jaar tijd kunnen uitgroeien tot gigabedrijven en omgekeerd. In eenzelfde tijdspanne kan de verhouding tussen de economische regio's in de wereld op z'n kop worden gezet met alle gevolgen van dien. ICT zal in een netwerksamenleving een steeds grotere rol spelen. Veilige internetprotocollen maken de geografische uitbreiding van beleid en praktijk in sociale zekerheid en zorg mogelijk.

Daarbij vragen de technologische ontwikkelingen om hoger opgeleid personeel. Voor de lager opgeleiden betekent dit een verslechtering van

hun arbeidspositie en een groter verschil in beloning. Dit heeft een negatief effect op hun totale levensverwachting en de sociale cohesie.

Vergrijzing

In 2040 is 23 procent van de Nederlandse bevolking ouder dan 65. Hierdoor moeten steeds minder mensen de stijgende kosten van zorg, AWBZ en AOW ophoesten. Bovendien moeten meer mensen zorg verlenen. Slimmer werken is het devies, naast een hogere kwaliteit van dienstverlening. Dit vraagt om competentieontwikkeling van de werknemers in deze sector én om innovatieve (technologische) oplossingen.

Individualisering

De consument is mondiger en zelfbewuster geworden. Hij wil kunnen kiezen: genot, gemak, gewin en gezondheid. De ICT speelt hem in de kaart. Vanwege de geëiste kwaliteit van dienstverlening ontstaan er steeds meer standaards en richtlijnen, ook in sociale zekerheid en zorg. De concurrentie tussen de aanbieders stijgt en er worden steeds meer full-serviceconcepten op maat aangeboden.

Door de individualisering (dreigen) sommige samenlevingsverbanden (te) verdwijnen. Zo loopt het ledental van maatschappelijke organisaties terug en blijven er steeds minder mantelzorgers over.

Gezichtspunten

De maatschappelijke trends zijn gezien in relatie tot de samenhang tussen sociale zekerheid en zorg. Daarbij is uitgegaan van een viertal gezichtspunten.

Het individu als subject van sociale zekerheid en zorg en de betekenis ervan voor de werkgever

Werknemers en werkgevers worden steeds meer geconfronteerd met de (stijgende) kosten van arbeidsverzuim. Daarom besteden ze meer aandacht aan de oorzaken en de aanpak ervan. Preventieve maatregelen richten zich op het bevorderen van goede arbeidsomstandigheden en een snel herstel. Van de opkomst van het aansprakelijkheidsrecht gaat ook een preventieve werking uit.

De voorkeur gaat uit naar een snelle werkhervatting, want dat bevordert het herstel. Steeds meer wordt de arbocuratieve samenwerking opgezet vanuit het perspectief van de werknemer.

Een gemeenschappelijk referentiekader voor bedrijfsarts en verzekeringsarts moet uitkomst bieden bij langdurige arbeidsongeschiktheid. Met Disability Management, de nieuwe loot aan de HRM-boom (*human*

resources management), kunnen bedrijven de inzetbaarheid van hun (zieke én gezonde) personeel vergroten.

De wet- en regelgeving als kader

Decentralisatie en privatisering kenmerken de wet- en regelgeving in de sociale zekerheid en zorg van de afgelopen jaren. Voortaan moet de werkgever zijn zieke werknemer het eerste jaar doorbetalen. En volgens de Wet Verbetering Poortwachter, moeten ze samen een reïntegratieplan opstellen én uitvoeren.

De gemeente voert de bijstand uit en loopt sinds 1 januari 2004 financieel en politiek een groter risico. Een mix van reïntegratie-instrumenten en een personsgerichte aanpak moeten de risico's beperken. De modernisering van de sociale werkvoorziening is ingezet vanuit gelijklopende doelstelling: uniforme poortwachter en heldere opdrachtgever-opdrachtnemerrelaties. De lokale overheid krijgt met de invoering van de Wet op de Maatschappelijke Zorg in 2006 nieuwe verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De WVG en AWBZ komen daarmee te vervallen. Werk, inkomen en zorg als facetbeleid voor gemeenten: lokale sociale zekerheid en zorg.

Daarnaast staat er in de zorg een stelselwijziging aan te komen waarbij het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering komt te vervallen. Er zal een collectief gefinancierd basispakket (met acceptatieplicht) komen waarbij privaat een aanvullende ziektekostenverzekering kan worden afgesloten. De politieke discussie gaat over de omvang van het basispakket, waarin elementen van de huidige Ziekenfondswet en AWBZ in terecht zullen komen. In ieder geval zal de concurrentie op prijs en service toenemen. Daarbij zullen zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars, arbodiensten en reïntegratiebedrijven steeds meer op elkaars werkterrein komen, ook mede in relatie tot de loondoorbetaling bij ziekte (voor werkgevers) en zorgbehoefte bij (te reïntegreren) bijstandsgerechtigden (voor gemeenten).

De publieke uitvoeringsorganisatie

Door de Wet SUWI is de publieke uitvoering in de sociale zekerheid gestroomlijnd. Deze stroomlijning functioneert nog niet optimaal omdat het tijd kost werkprocessen tussen UWV, CWI en gemeenten op elkaar af te stemmen. Daarbij speelt ook gegevensuitwisseling met bijvoorbeeld SVB en Belastingdienst een rol. Hoewel de uitvoeringsprocessen nog worden verbeterd, staan nieuwe veranderingen door de decentralisatie en privatisering er alweer aan te komen. Sinds de parlementaire enquêtecommissie (commissie Buurmeijer) begin jaren negentig is de sociale zekerheid in beweging.

Daarbij worden ook ten aanzien van de uitvoering de raakvlakken met de zorg steeds pregnanter. Zo zal CWI met de overgang van de Wsw-indicatiestelling de Regionale Indicatieorganen (of haar landelijke opvolger) als nieuwe ketenpartner vanuit de zorg ontmoeten. Met de stelselwijziging in de zorg staat de zorg aan de vooravond van een discussie over rol en positie van uitvoeringsorganisaties. Daarbij is de zorg, zoals in het verleden ook de sociale zekerheid, een veld waarin vanuit de historie hybride organisaties voorkomen.

De sociale zekerheid en zorg als markt

Door de privatisering is een nieuwe markt ontstaan, gericht op schadelastbeperking. Deze schadelastbeperking uit zich in het verzekeren van risico's (inkomens- en zorgverzekeraars) of het voorkomen dan wel snel verhelpen van deze risico's (arbodiensten en reïntegratiebedrijven). Hoe groot deze markt uiteindelijk wordt, hangt af van politieke beslissingen. Daarbij zullen onderwerpen als mededinging, transparantie, toezicht ook elementen moeten zijn van een volwassen markt. Kwaliteitsborging (al dan niet vanuit de overheid opgelegd) en een krimpend aantal spelers (bijvoorbeeld reïntegratie) zijn onderwerpen die momenteel spelen in deze markt van sociale zekerheid en zorg.

Doordat de marktpartijen verschillende vertrekpunten kennen (bijvoorbeeld interne bedrijfsarbo dienst of voormalige uitvoeringsinstellingen) zal deze markt in ontwikkeling blijven.

In ieder geval is een toename van samenwerking binnen de keten te constateren, zowel binnen het publieke en private domein als er tussen. Er worden steeds meer integrale producten voor zorg en arbeid aangeboden. Daarbij eist de vergrijzing ook haar aandeel.

Scenario's

It's the community, stupid!

De lokale gemeenschapszin voert de boventoon. Er is een sterk en professioneel lokaal bestuur waarbij de democratie hoogtij viert. Het integrale gemeentelijke beleid stuurt actief op de keten van werk, inkomen, welzijn, zorg, onderwijs en huisvesting op basis van het gedachtegoed van de Wet Werk & Bijstand en de Wet Maatschappelijke Zorg. De economie en arbeidsmarkt zijn lokaal georiënteerd. De gemeente zorgt voor haar burgers met hulp van reïntegratiebedrijven en verzekeraars. Bedrijven verenigen zich op bedrijventerreinniveau en bieden gezamenlijk en in overleg met de gemeente allerlei voorzieningen (zoals kinderopvang, arbeidspool, gezamenlijke inkoop arbozorg e.d.) voor hun werknemers.

De gemeente heeft haar zaken in een front-office klantvriendelijk georganiseerd waarbij het complete vraaggestuurde aanbod een couleur locale heeft. De back-office is efficiënt georganiseerd door regionaal dan wel landelijk samen te werken met andere gemeenten of grote administratieve organisaties. Ondersteuning met hoogwaardige ICT speelt daarbij een belangrijke rol.

Toezichthoudende organen dan wel marktautoriteiten zien toe op de gemeentelijke aanbesteding en waken over de mededinging.

Het gevaar bestaat dat behoud, en niet vernieuwing, de boventoon gaat voeren. Ook de vergrijzing vormt een risico. Er is verzet tegen té gedetailleerde Europese regelgeving. De aanvankelijk positieve gemeenschappelijke verantwoordelijkheid dreigt te verworden tot een gemeenschap van alleen voor Ons Soort Mensen.

Sociale partners aan zet

Na het najaarsakkoord van 2003 restte er slechts een basale voorziening op het gebied van zorg en sociale zekerheid voor degenen die het echt nodig hebben. In een aantal sectoren trok de economie sneller dan verwacht aan. In deze sectoren, veelal de zakelijke dienstverlening en vaktechnisch hoogwaardige sectoren, vullen sectorale fondsen de bovenwettelijke regelingen aan. In deze sectoren krijgen werknemersorganisaties de wind dan ook in de rug. Sociale partners bieden hun werknemers/leden interessante employee-benefitsarrangementen en nevendiensten als opleidingen, thuiszorg en kinderopvang aan. Procesregisseurs lossen de dreigende werkloosheid op, samen met reïntegratiebedrijven/uitzendbureaus. Solidariteit binnen de sector is de sleutel van het succes. De overheid heeft onder politieke druk fiscaal voordeel voor diverse regelingen ingesteld; het is de kurk waar de economie op drijft.

Echter, wie door omstandigheden in een minder vitale sector terechtkwam of geen werk heeft, moet met een laag inkomen (of twee lage inkomens) zien rond te komen. De gemeente organiseert het vangnet, waarbij er in de loop der tijd nogal wat verschillen zijn ontstaan tussen de meer en minder welvarende gemeenten.

Consument als lifestyle

De burger is een machtig consument dankzij de informatie die hij via internet tot zich kan nemen. De dienstverlening staat kwalitatief op een hoog niveau, bewaakt door de overheid. Organisaties - ook zorginstellingen - geven inzicht in prijs en kwaliteit en bieden gedifferentieerde producten aan. Adviseurs en intermediairs zetten dit alles voor de consument op een rij. De consument regelt zijn eigen reïntegratie, eventueel

met behulp van de e-adviser van het 'Portaal voor Arbeid, Zorg en Inkomens'. Kortom: vrij handelsverkeer via de informatiesnelweg.

'Europa' is terug te vinden in het basisrecht op werk, het vrije verkeer van werknemers en het sociale vangnet. Iedereen kan zich (en doet dat ook) richten tot de Europese rechter: verdergaande juridisering van de samenleving is het gevolg.

De overheid voert beleid om kansarmen een extra kans te geven. Dit gaat ten koste van de privacy, maar wordt toch als positief ervaren.

Vanwege de grote rol van de nieuwe media mist een groep mensen de aansluiting. De achterstanden blijken steeds meer intergenerationeel te zijn waarbij er ook een cumulatie van problemen te zien is: geen toegang tot informatie, geen werk, een lage uitkering, een minder goede gezondheid, weinig onderwijs en slechte huisvesting.

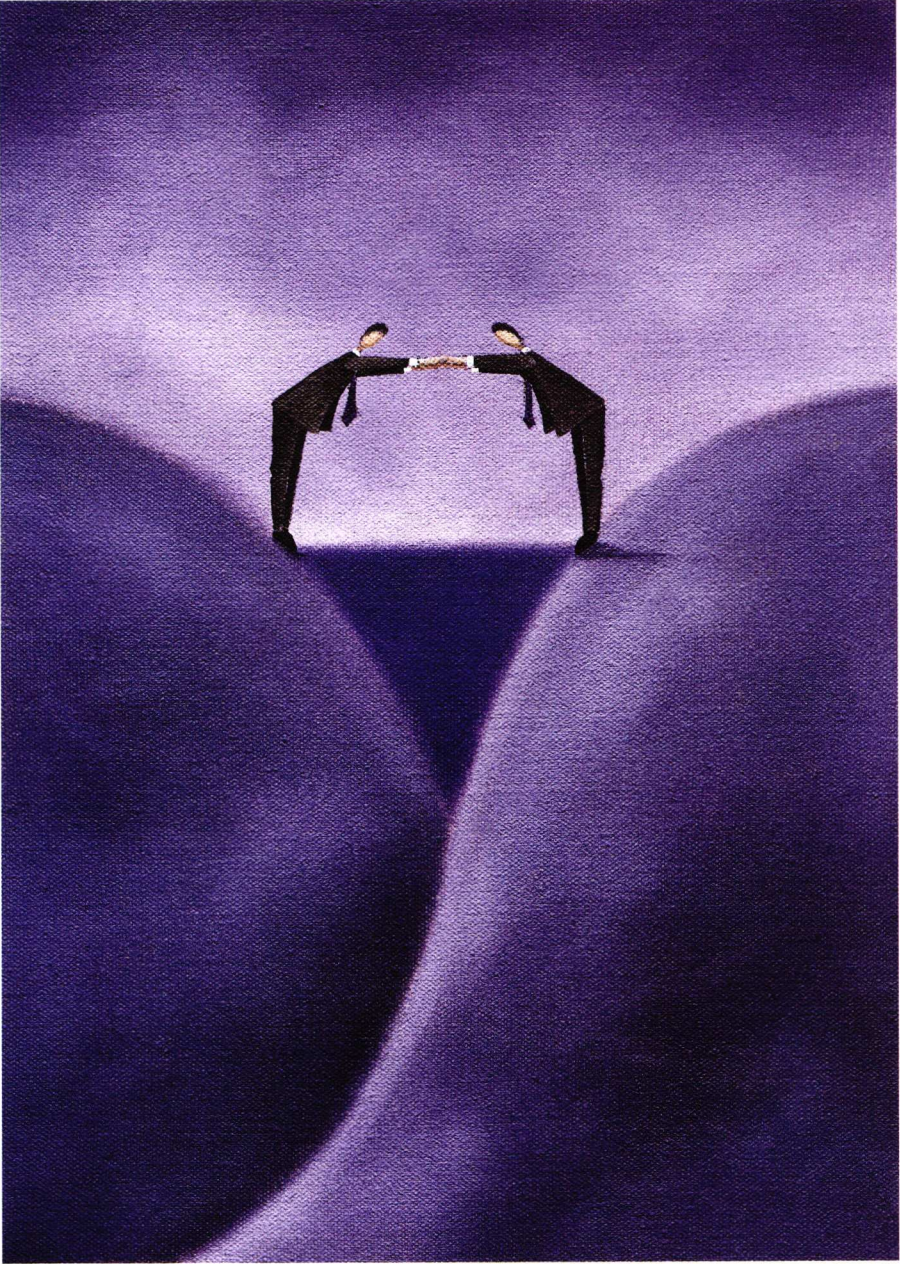
Betekenis van de scenario's: wat is de positionering van uw organisatie ?

De vier maatschappelijke actoren – overheid, individu, sociale partners en markt – maken samen de toekomst. Deze toekomst is ongewis, het blijft dan ook lastig de juiste koers uit te zetten. Met scenario's is enige grip te krijgen op de complexe werkelijkheid en toekomstige ontwikkelingen, doordat ze op basis van een dominante ontwikkelingen aangeven welke consequentie dat voor een bestaande organisatie heeft. Van daaruit zijn missie, visie en strategie te formuleren.

Vanuit de geschetste scenario's komen wij tot een vijftal onderscheidende positioneringen:

1. procesregisseur: verantwoordelijk voor procesregie binnen de keten;
2. metamediair: invulling advies- en intermediairrol;
3. executieve organisaties: doeltreffende en doelmatige uitvoering van het dienstverleningsproces;
4. effectieve professional: kwaliteit en effectiviteit van de face-to-face dienstverlening;
5. marktautoriteit of toezichtorgaan: toezicht op mededinging en rechtmatige en doelmatige uitvoering.

De juiste positionering is van groot belang voor uw missie, visie, strategie en doelen.



1 Inleiding

1.1 Gescheiden werelden?

Sinds het uiteengaan van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid in 1971 zijn sociale zekerheid en zorg gescheiden werelden in beleid en uitvoering. Desondanks vertonen die twee werelden opvallende overeenkomsten: een sterke groei en een fors beslag op collectieve middelen. Ook kennen beide doorlopende discussies van wisselende intensiteit over stelselwijzigingen en bezuinigingen met veel reparatieregelgeving als resultaat. Tot het moment dat de sociale zekerheid hieraan paal en perk stelt met de grotendeels geprivatiseerde Ziektewet/WAO en de Wet Verbetering Poortwachter als (voorlopig) eindresultaat. Met de kosten van verzuim zo duidelijk op het bord van de werkgever wijzen sociale partners en het bedrijfsleven steeds nadrukkelijker op de nadelige gevolgen van de scheiding tussen de sociale zekerheid en gezondheidszorg. In 1998 adviseert de Sociaal-Economische Raad (SER) voor het eerst over dit breukvlak. Rond deze tijd ontstaan ook de eerste 'bruggetjes' van de arbeidsgerelateerde zorgvoorzieningen, zoals de rugtrainingen.

De SER concludeert overigens dat er niets nieuws onder de zon is. Onnodig verzuim, gezondheidsschade en arbeidsongeschiktheid komen al langer voort uit knelpunten als een 'blinde vlek' voor arbeid bij behandelende artsen, wachtlijsten voor veelvoorkomende gezondheidsproblemen en inadequate behandelingen.

Werkgevers hebben op dit moment het idee dat ze dubbel betalen en desondanks te weinig waar voor hun geld krijgen. Zo betalen ze bijvoorbeeld niet alleen een deel van de ziektekostenpremie van de werknemer, maar ook de rugtraining van de verzuimende werknemer.

1.2 Gezondheid, werk en inkomen

De arbeidsparticipatie van gehandicapten en chronisch zieken is in Nederland altijd laag geweest. De risicowering door selectie op gezondheid en uitstoot uit het arbeidsproces is door de nieuwe regelgeving in de sociale zekerheid zeker niet minder geworden. In de laatste 15 jaar zijn veel collectieve middelen (subsidies en belasting/premie vrijstellingen) besteed aan het opvijzelen van deze arbeidsparticipatie. Ook hier is het de vraag of we genoeg waar voor ons geld krijgen: is de verhouding tussen de kosten en de effectiviteit in balans? De gehandicapten en chronisch zieken vormen een substantiële groep (1,3 miljoen) van onze po-

tentiële beroepsbevolking. Deze groep is ook een relatief grootgebruiker van gezondheidszorgvoorzieningen.

Iedere gezonde persoon kan ernstig of chronisch ziek worden, maar we zien toch dat dit veel vaker voorkomt bij mensen met een lage sociaal-economische status: fysieke en psychische problemen veroorzaken werkloosheid en werkloosheid geeft fysieke en psychische problematiek. Hier ontmoeten sociale zekerheid en zorg elkaar. Niet van harte, zo blijkt uit onderzoek. Bij een overheid die vanaf de jaren tachtig tot zeer recent periodiek bezuinigt, vormen de zorgvoorziening en de inkomenspositie van gehandicapten en chronisch zieken dan ook de open zenuw in de politiek. Op verzoek van de Tweede Kamer is eind 2003 nog het budget voor bijzondere bijstand verhoogd: gemeenten zetten bijzondere bijstand in ter compensatie voor de gestegen premies en ziektekosten van minima.

1.3 Betaalbaarheid en solidariteit

Kwamen in de sociale zekerheid de betaalbaarheid en solidariteit onder druk door de sterke toename van de uitkeringsgerechtigden, in de gezondheidszorg zijn de medisch-technologische ontwikkelingen en daarmee de in principe grenzeloze behoefte aan voorzieningen de drijvende factoren. Wie gaat dat voor wie betalen? De verzekeringsgedachte is gebaseerd op het idee dat iedereen een onbekend, maar een globaal gelijk risico loopt op ziekte en de daarmee samenhangende kosten. Maar de risico's zijn niet gelijk (zie 2.2). Vandaar dat de overheid de gelijke toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg door maatregelen probeert te garanderen. Zo'n maatregel is bijvoorbeeld het voorschrijven van polisvoorwaarden.

Naast verzekeren gaat het om het herverdelen van bestaansmiddelen. Bij de vaststelling van de loongerelateerde ziekenfondspremie hebben inkomenspolitieke overwegingen dan ook altijd een rol gespeeld.

Echter steeds meer en nieuwere (para)medische behandelingen, de behoefte aan maatwerk en consumentenbelangen maken het uitgangspunt van gelijke toegankelijkheid en beschikbaarheid voor iedereen steeds onhoudbaarder. Sportlieden, bepaalde categorieën werknemers en mensen met een hoog inkomen krijgen al lang geen 'gemiddelde' zorg meer. Verzekeraars concurreren met verschillen in verzekeringspakketten. Mensen die denken een lager ziekterisico te hebben, zoals jonge werknemers, worden gelokt met lage premies als secundaire arbeidsvoorwaarden.

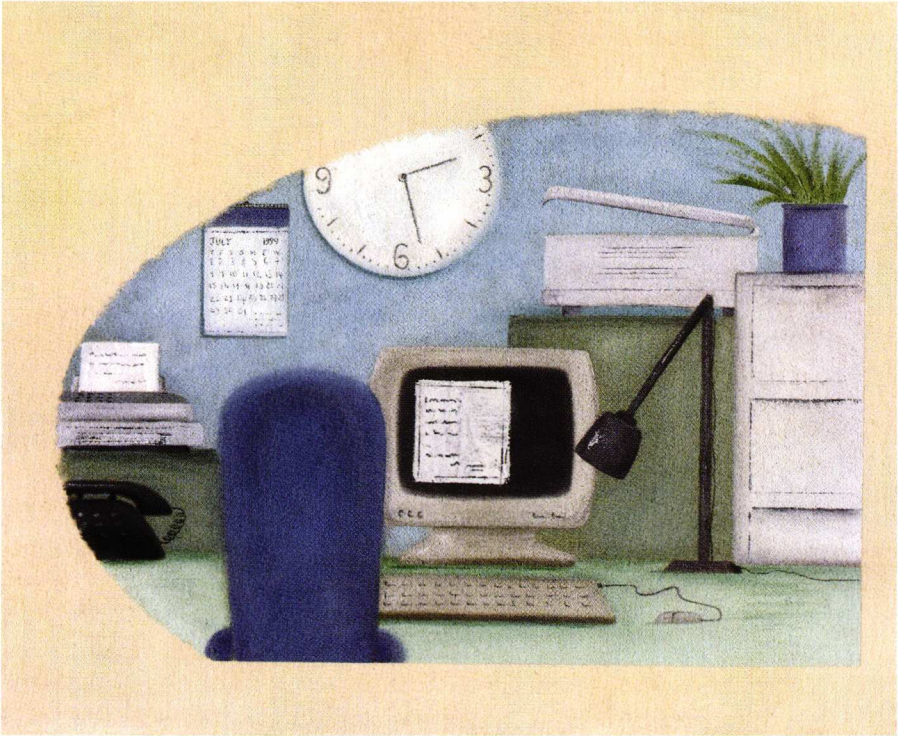
1.4 Naast privatisering ook decentralisatie

Behalve de privatisering op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid door een terugtrekkende overheid speelt ook de decentralisatie van bevoegdheden een rol. Gemeenten krijgen steeds meer verantwoordelijkheden voor sociale zekerheid en zorg toebedeeld. De decentralisatie van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), inclusief de overheveling van budget, is één van de eerste voorbeelden hiervan. Een laatste voorbeeld is de decentralisatie van de bijstand door de Wet Werk & Bijstand (WWB). De eerste effecten hiervan zijn al zichtbaar. Doordat de gemeente dichterbij de burger staat en de organisatie overzichtelijker is, zijn verschillende combinaties van zorg en reïntegratie naar werk zichtbaar. Resultaten bevestigen dat een goede afstemming tussen het werk- en zorgdomein een belangrijke rol speelt bij de effectieve reïntegratie van mensen met een WAO- of bijstandsuitkering. De invoering van de WWB per 1 januari 2004 betekent voor gemeenten nog maar het begin van de mogelijkheden die de decentralisatie hen biedt om een zo goed mogelijk dienstenpakket aan hun burgers te bieden.

1.5 Leeswijzer

Nu ook de gezondheidszorg in de startblokken staat voor een groot-scheepse stelselwijziging is het een goed moment voor TNO om de breuklijnen en raakvlakken tussen sociale zekerheid en zorg in een breder perspectief te plaatsen en te illustreren met de kennisontwikkeling bij TNO zelf en de toepassing van deze kennis.

Het volgende hoofdstuk gaat dan ook in op maatschappelijke trends. Daarna beschouwen we de raakvlakken tussen sociale zekerheid en zorg vanuit de vier gezichtspunten: het individu en de werkgever (hoofdstuk 3), de wet- en regelgeving (hoofdstuk 4), de publieke uitvoeringsorganisatie (hoofdstuk 5) en de markt (hoofdstuk 6). Hoofdstuk 7 geeft vervolgens drie scenario's en de betekenis hiervan voor organisaties vindt u in hoofdstuk 8. Alle hoofdstukken bevatten illustraties van hoe TNO relevante kennis ontwikkelt en deze toepast bij verschillende overheidsorganisaties, bedrijven en instellingen.



2 Maatschappelijke trends

Ontwikkelingen in de sociale zekerheid en zorg¹ zijn onderhevig aan verschillende algemeen maatschappelijke trends. Hierbij moet u denken aan het toenemende belang van internationalisering, verdergaande kennisontwikkeling en technologie, vergrijzing en individualisering².

2.1 Internationalisering

Internationale gerichtheid maatschappij

De Nederlandse maatschappij kenmerkt zich door een sterke internationale gerichtheid en die neemt steeds verder toe. Buitenlandse invloeden werken niet alleen door in het bedrijfsleven en de overheid, ze reiken zelfs tot in de persoonlijke levenssfeer van mensen. Dankzij informatie- en communicatietechnologie (ICT) en andere moderne communicatietechnieken kunnen mensen zich voortdurend op de hoogte stellen van de nieuwste producten, gebruiken, modes en trends wereldwijd. Steeds meer bedrijven opereren op de internationale product- en kapitaalmarkt. Ook de frequentie waarmee ze dat doen, neemt toe. Net als de mobiliteit van de arbeid. Dit resulteert in omvangrijke migratiebewegingen. Voor de overheid betekent de toenemende internationalisering dat zij bij de voorbereiding en uitvoering van beleid steeds vaker op regels, voorschriften en gebruiken van supranationale organisaties stuit, zoals de Europese Unie en de Verenigde Naties.

De invloed van Brussel

De internationalisering werkt ook door in sociale zekerheid en zorg. Op beide terreinen moeten we in toenemende mate rekening houden met internationale richtlijnen, spelregels en voorschriften. Op basis van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens worden de Europese sociale grondrechten verder doorvertaald naar beleid. Dit is bijvoorbeeld te zien in de Europese antidiscriminatiewetgeving voor arbeidsgehandicapten, die bepaalt dat de werkgever (fysieke) belemmeringen moet wegnemen (naar analogie van de Amerikaanse *Anti-Discrimination Act*). De verwachting is dat de weg naar de Europese rechter snel wordt gevonden, zoals nu al uit andere zaken blijkt. Kijk bijvoorbeeld naar de uitspraken van het Europese Hof inzake Decker, Kohl, Smits en Peerbooms.

¹ Onder sociale zekerheid en zorg verstaan we het hele stelsel van wetgeving, financiering en actoren die raakvlakken hebben op het gebied van preventieve en curatieve gezondheidszorg, werk en inkomen.

² Hiervoor verwijzen we u naar de rapportage Trends in Arbeid die TNO Arbeid iedere twee jaar opstelt voor het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Hieruit blijkt dat de vrijheid van verkeer niet mag worden belemmerd, tenzij daarvoor dringende redenen van algemeen belang zijn aan te voeren.

Verder heeft de voormalige Franse president Giscard d'Estaing in zijn concept Europese Grondwet het artikel II-34 opgenomen waarin vermeld staat dat iedere EU-burger die zich legaal in een lidstaat heeft gevestigd een beroep kan doen op de sociale zekerheidsregelingen zoals die in het land van vestiging gelden. Overigens is die concept grondwet een heikel onderwerp in de Europese politieke arena.

Ook vanuit de nationale regeringen wordt meer Europees sociaal zekerheids- en zorgbeleid in de steigers gezet. De Europese Commissie werkt dit vervolgens uit in beleids- en actieprogramma's. Zo is met de Europese Raad van Lissabon (maart 2000) een politieke doelstelling geformuleerd om in 2010 te komen tot volledige werkgelegenheid in de Europese Unie. Hiertoe worden onder andere middelen als het Europees Sociaal Fonds (ESF) ingezet. Hoewel de doelstelling behoorlijk ambitieus te noemen is, betekent dit dat ook Nederland een bijdrage levert aan het realiseren van die volledige werkgelegenheid.

Daarnaast zal het niet lang meer duren voordat internationale spelers zich op de domeinen van sociale zekerheid en zorg begeven. De verwachting is dat zorgaanbieders, verzekeraars en aanbieders van verzuim- en reïntegratieproducten op niet al te lange termijn concurrentie van buitenlandse marktpartijen ondervinden. Buitenlandse HRM- (*human resources management*) en reïntegratiepartijen hebben de Nederlandse markt al tot hun werkterrein gemaakt..

Ook regionalisering

Tegelijk met de internationalisering is er een trend te zien waarbij de regio meer nadruk krijgt. Burgers willen meer invloed op hun directe omgeving en levenssfeer. Burgers, lokale besturen, werkgevers- en werknemersorganisaties trekken meer naar elkaar toe om de problemen van alledag op een efficiënte en pragmatische wijze op te lossen en zo een eind te maken aan veel ongenoegen. Ter compensatie van de anonieme schaalvergroting door onder meer de internationalisering is er behoefte aan binding. Mensen en organisaties ontlenen die aan de regionale of lokale identiteit. Ook voor sociale zekerheid en zorg betekent dit dat er juist op lokaal en/of regionaal niveau oplossingen gezocht worden. Kijk maar naar de aandacht voor lokale zorgnetwerken en de samenwerking tussen instellingen in de EU-regio. Op het terrein van de zorgverlening en dat van de sociale zekerheid, werk en inkomen zien we bijvoorbeeld dat verschillende soorten bedrijven zich vestigen op één industrieterrein en samenwerking zoeken met de gemeente. Zo worden

de krachten op het gebied van reïntegratie, arbo, kinderopvang, arbeidspool en dergelijke gebundeld.

Verkleuring

Onze samenleving verkleurt waarneembaar. In 2010 zal 12 procent van de inwoners van Nederland van allochtone komaf zijn en in 2050 22 procent. Dit vraagt om specifiek beleid voor inburgering en arbeidsparticipatie. Zo blijkt onder meer uit (lopend) onderzoek van TNO dat het al dan niet beheersen van de taal van groot belang is om aan het werk te komen én te blijven. We moeten voorkomen dat in onze samenleving groepen ontstaan die op verschillende terreinen (werk, inkomen, huisvesting, toegang tot zorg en dergelijke) een achterstand hebben. Extra inspanning moet ervoor zorgen dat deze groepen niet structureel op afstand komen te staan van de rest van de samenleving. Maar er zijn ook veel voorbeelden van allochtone inwoners die al lang aansluiting hebben gevonden en volop participeren in onze samenleving.

Vanuit economisch perspectief gezien biedt de groep allochtonen kansen: zij kunnen bijdragen aan het draaiend houden van onze vergrijzende samenleving. Overheid én bedrijfsleven moeten zich wel extra inspanning getroosten voor daadwerkelijk succes door een juiste balans te vinden tussen flexibiliteit en bestaanszekerheid.

Mobiliteit van kapitaal

De internationale mobiliteit van kapitaal neemt naar verwachting verder toe. Bedrijven en kapitaal zullen zich vanwege belastingen op kapitaalinkomen sneller verplaatsen. Hierdoor brengen ze minder geld op voor de overheid. Tegelijkertijd wordt arbeid flexibeler. Tijdelijk werk of deeltijdwerk vergroot namelijk de keuzemogelijkheden van mensen en dit sluit uitstekend aan bij de steeds verdergaande individualisering. Maar flexibele vormen van arbeid maken het ook eenvoudiger om een hoog belastingtarief te ontwijken. Zowel de groeiende internationale arbeidsmobiliteit als de toename van flexibele werkvormen zal ertoe leiden dat de financiering van collectieve voorzieningen als sociale zekerheid en zorg in het gedrang komt.

2.2 Technologisering

Dynamisering samenleving

De welvaart en het welzijn van landen, regio's en mensen worden in toenemende mate bepaald door de snelheid, effectiviteit en doelmatigheid waarmee we in staat zijn nieuwe producten, diensten en productieprocessen te bedenken, deze tot verkoopbare producten en diensten te ontwikkelen en vervolgens concurrerend bij de afnemers te krijgen.

Het gevecht om de aandacht van de klant en zijn trouw is een permanent gevecht dat met steeds subtielere middelen wordt gestreden. Ook zijn de processen van bedenken, ontwikkelen, produceren, distribueren en aftersales steeds vaker wereldwijd. Hierdoor stellen ze hoge eisen aan de toepassing van kennis, technologie, organisatie en logistiek. We hebben het over de kenniseconomie. De machtspositie van sterke landen en grote bedrijven blijkt niet onaantastbaar te zijn. In minder dan tien jaar tijd kunnen bedrijven uitgroeien van een eenmansbedrijf tot een machtige marktpartij. En omgekeerd! De verhouding tussen economische regio's op de wereld kan in eenzelfde tijdsspanne op haar kop worden gezet. Deze dynamisering van economieën en daarmee van de hele samenleving zal ons vermoedelijk nooit meer verlaten. We zijn veroordeeld eraan mee te doen. Naarmate ons dit beter lukt, zijn we ook beter in staat onze eigen wensen gerealiseerd te krijgen en onze toekomst op de belangrijke terreinen des levens in ieder geval nog deels zelf vorm te geven.

Netwerksamenleving

Zeker als netwerken van personen en organisaties een groter geografisch bereik hebben, zullen ze in toenemende mate nuttig – en later waarschijnlijk onmisbaar – gebruik maken van ICT. Er zal steeds meer gewerkt worden op basis van internetprotocollen. In de gezondheidszorg moeten deze toepassingen voldoen aan strenge eisen vanuit het oogpunt van privacy, bedrijfszekerheid, *datasecurity*, autorisatie en dergelijke. Trustsystemen die in de gezondheidszorg zijn ontwikkeld, kunnen ook een toepassing krijgen in het werkveld van de sociale zekerheid. Voorbeelden van trustsystemen zijn het Elektronisch Patiëntendossier (tussen professionals), betrouwbaarheid van informatie op internet (QMIC[®], Quality for Medical Information and Communication) en het Digitaal Ervaringen Dossier (DED onder regie van de cliënt). Deze uitbreiding kan zich (met extra waarborgen voor anonimisering) uitstrekken tot het beleidsonderzoek in beide sectoren.

Toename maatschappelijke verschillen

Door de technologische ontwikkelingen neemt de komende jaren de vraag naar hoogopgeleide werknemers verder toe. Met name de voortgaande innovatie van de informatie- en communicatietechnologie vereist van werknemers niet alleen een steeds hoger opleidingsniveau, maar ook de bereidheid om zich gedurende hun carrière regelmatig bij te scholen. Deze ontwikkeling leidt tot een relatieve verslechtering van de positie van lager opgeleiden. In de eerste plaats zullen zij vaker werkloos zijn, waardoor zij een groter beroep moeten doen op vangnetregelingen

als de WW en de bijstand. In de tweede plaats zal de loonongelijkheid fors toenemen. Door de toenemende schaarste van hoogopgeleid personeel zal het loon van de hoogopgeleiden de komende jaren namelijk harder stijgen dan dat van de laagopgeleiden. Het Centraal Planbureau (CPB) schat in dat het loonverschil tussen hoog- en laagopgeleiden jaarlijks met 1 à 2 procent zal stijgen. Dit betekent dat na 20 jaar het loon van de hoogopgeleiden zo'n 20 tot 50 procent harder is gestegen dan dat van de laagopgeleiden. Daarnaast is bekend dat de levensverwachting van lager opgeleiden duidelijk lager is dan die van hoger opgeleiden. De lenen we de totale levensverwachting op in gezonde en ongezonde jaren, dan blijkt dat het aantal ongezonde jaren voor lager opgeleiden groter is dan dat voor hoger opgeleiden. De ziektevrije levensverwachting is voor zowel mannen als vrouwen met een lagere opleiding iets meer dan 49 jaar. Voor hoogopgeleide mannen is dit 59 jaar en voor hoogopgeleide vrouwen bijna 55 jaar.

Invloed op de sociale cohesie

De verschillen in loonniveau en gezondheid zal de solidariteit van goed betaalde, gezonde werknemers met werknemers aan de onderkant van de arbeidsmarkt op de proef stellen. Niet alleen als het om inkomen en gezondheid gaat, maar ook op het gebied van huisvesting, onderwijs, mobiliteit, vermogen en vaardigheden in de snel veranderende en complexe samenleving. Kortom, het gaat om een verschil in kwaliteit van leven. Inkomensoverheveling van rijk naar arm door sociale verzekeringen, vangnetvoorzieningen, subsidies en zorgregelingen zal minder vanzelfsprekend worden. Voor de overheid ligt er de taak een duurzame sociale cohesie te bewerkstelligen, waarbij een doelmatige uitvoering van overheidsbeleid niet onbelangrijk is voor haar legitimiteit. Wat wel of niet maatschappelijk rechtvaardig is, blijft een politieke afweging.

2.3 Vergrijzing

Demografische ontwikkeling

Nederland zal de komende decennia sterk vergrijzen. Op dit moment is bijna 15 procent van de bevolking 65 jaar of ouder. In 2025 zal dit ruim 20 procent zijn en in 2040 maar liefst 23 procent. Tegelijkertijd krimpt het bevolkingsaandeel in de leeftijd waarop we doorgaans actief zijn op de arbeidsmarkt. Nu behoort 62 procent van de Nederlandse bevolking tot de potentiële beroepsbevolking (20 tot en met 64 jaar). In 2025 zal dat 58 procent zijn en in 2040 slechts 54 procent. Hierdoor zal de demo-

grafische druk fors toenemen.³ Momenteel moeten 100 personen uit de potentiële beroepsbevolking gemiddeld 62 inactieve 65-plussers en 0-19-jarigen onderhouden. In 2025 zal deze verhouding zijn veranderd in 100 op 73 en in 2040 in 100 op 85. In principe is het aantal inactieven groter, omdat binnen de potentiële beroepsbevolking ook mensen met een uitkering (Bijstand, WW, WAO) en niet-uitkeringsgerechtigden (de zogenaamde Nuggers) vallen.

Stijgende kosten

De gevolgen van de vergrijzing voor sociale zekerheid en zorg zijn evident. Omdat ouderen relatief meer zorg nodig hebben dan jongeren zullen de kosten van de zorg fors toenemen. Daarnaast zullen de pensioenpremies omhoog moeten en zal er meer AOW en pensioen uitgekeerd moeten worden. De verwachting is dan ook dat de premielasten van de ziektekostenverzekeringen, AWBZ en AOW fors zullen stijgen. Deze ontwikkeling zal ongetwijfeld de solidariteit tussen en binnen generaties op de proef stellen. Daarnaast zal het aantal personen werkzaam in de zorg in verhouding toenemen. Gezien de aard van de werkzaamheden in de zorg (persoonlijke dienstverlening) zullen in de sectoren onderwijs, zorg en cultuur minder hoge productiviteitsstijgingen te bereiken zijn dan in andere sectoren. De Wet van Baumol⁴ voorspelt permanente spanningen op de arbeidsmarkt alleen al door dit fenomeen. Dit betekent ook een toenemende kostenstijging in verhouding tot sectoren die wel in staat zijn productiviteitsstijgingen te realiseren. Naast 'slimmer werken' zal de dienstverlenende sector het moeten zoeken in een toenemend hogere kwaliteit van dienstverlening. Dit vraagt het nodige aan competentieontwikkeling van de werknemers in deze sectoren. Hoe dan ook blijft de zoektocht naar innovatieve oplossingen op dit terrein noodzakelijk.

³ De demografische druk is de verhouding tussen het aantal 65-plussers en 0-19-jarigen ten opzichte van de potentiële beroepsbevolking van 20- tot en met 64-jarigen. Deze verhouding geeft een indruk van de druk van het niet-werkende deel van de bevolking op het werkende deel van de bevolking.

⁴ Aangezien bedrijfstakken met ongeveer dezelfde loonstijgingen te maken hebben, zullen de prijzen in bedrijfstakken met een lage groei van de arbeidsproductiviteit harder stijgen dan de prijzen in bedrijfstakken met een hoge groei van de arbeidsproductiviteit. Daardoor lokken de hoog productieve bedrijfstakken relatief meer effectieve vraag uit dan laag productieve bedrijfstakken en groeien ze over het algemeen harder. (Wet van Baumol 1967)

2.4 Individualisering

Individuele keuze voor kwaliteit

Op vele maatschappelijke terreinen is een toenemende individualisering zichtbaar. De grotere welvaart en het hogere opleidingsniveau leiden ertoe dat burgers meer keuzevrijheid wensen. Hun belangrijkste consumptieve drijfveren zijn genot, gemak, gewin en gezondheid. In een tijd van economische welvaart zijn ze zelfbewuster en mondiger geworden. Ze willen in het publieke domein hetzelfde behandeld worden als in het private domein. Keuze en kwaliteit, daar gaat het om. Via internet en andere wegen stellen ze zich op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen en met minder dan het beste nemen ze veelal geen genoegen meer. De professionele kwaliteit wordt – op basis van wetenschappelijk onderzoek – neergelegd in standaarden en richtlijnen. De organisatorische kwaliteit kent steeds vaker normenkaders op basis waarvan getoetst kan worden. Een voorbeeld van dit laatste is de borging van de organisatorische kwaliteit in ziekenhuizen door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Ook in de sociale zekerheid is kwaliteit een belangrijk thema. Zo heeft de brancheorganisatie van reïntegratiebedrijven Borea een keurmerk opgesteld voor haar leden.

In de zorg heeft de individualiseringstrend inmiddels geleid tot het Persoonsgebonden Budget (PGB). Met een PGB kunnen patiënten zelf bepalen welke zorg ze wanneer, waar of bij wie inkopen. Analoog hieraan krijgen cliënten in de sociale zekerheid de beschikking over een persoonlijk reïntegratiebudget. Het ontstaan van een verzuim- en reïntegratiemarkt in de sociale zekerheid en de invoering van het DBC-stelsel (Diagnose Behandel Combinaties) in de zorg stimuleren de concurrentie tussen marktaanbieders. Dit heeft als gevolg dat klantgerichtheid en prestatie steeds centraler komen te staan. Tot slot zien we dat de dienstverlening in toenemende mate vanuit een *full-service*concept wordt aangeboden: de verschillende diensten vormen een integraal geheel en zijn toegesneden op de behoeften van de individuele klant.

Versnippering

Tegelijkertijd valt te constateren dat sommige samenlevingsverbanden door de individualisering minder vaak voorkomen of zelfs helemaal verdwijnen. Maatschappelijke organisaties merken dit bijvoorbeeld aan het teruglopend ledental. Voor sociale zekerheid en zorg betekent dit dat er steeds minder draagvlak is voor alternatieven op basis van solidariteit. Zo neemt de capaciteit van mantelzorg af door de kleinere gezinnen, de geografische spreiding en de minder sterke familieband. Ook het ledental van werknemersorganisaties loopt terug, terwijl de ontstane leemte

niet direct door andere organisatievormen adequaat wordt opgevuld. Er zullen zich nieuwe vormen van overleg en uitruil van wensen en belangen ontwikkelen. In paragraaf 7.2 kunt u lezen hoe lokale overheid en marktpartijen daarop (kunnen) inspelen.

2.5 Maatschappelijke trends en sociale zekerheid en zorg: doelmatigheid versus sociale cohesie ?

Uit de vier beschreven maatschappelijke trends komt een beeld naar voren van een samenleving die steeds meer dynamiek ontwikkelt. Er is sprake van een permanente versnelling: de samenleving moet sneller, effectiever en doelmatiger functioneren anders kunnen burgers, overheid en bedrijfsleven hun wensen niet realiseren en hun toekomst niet zelf vormgeven.

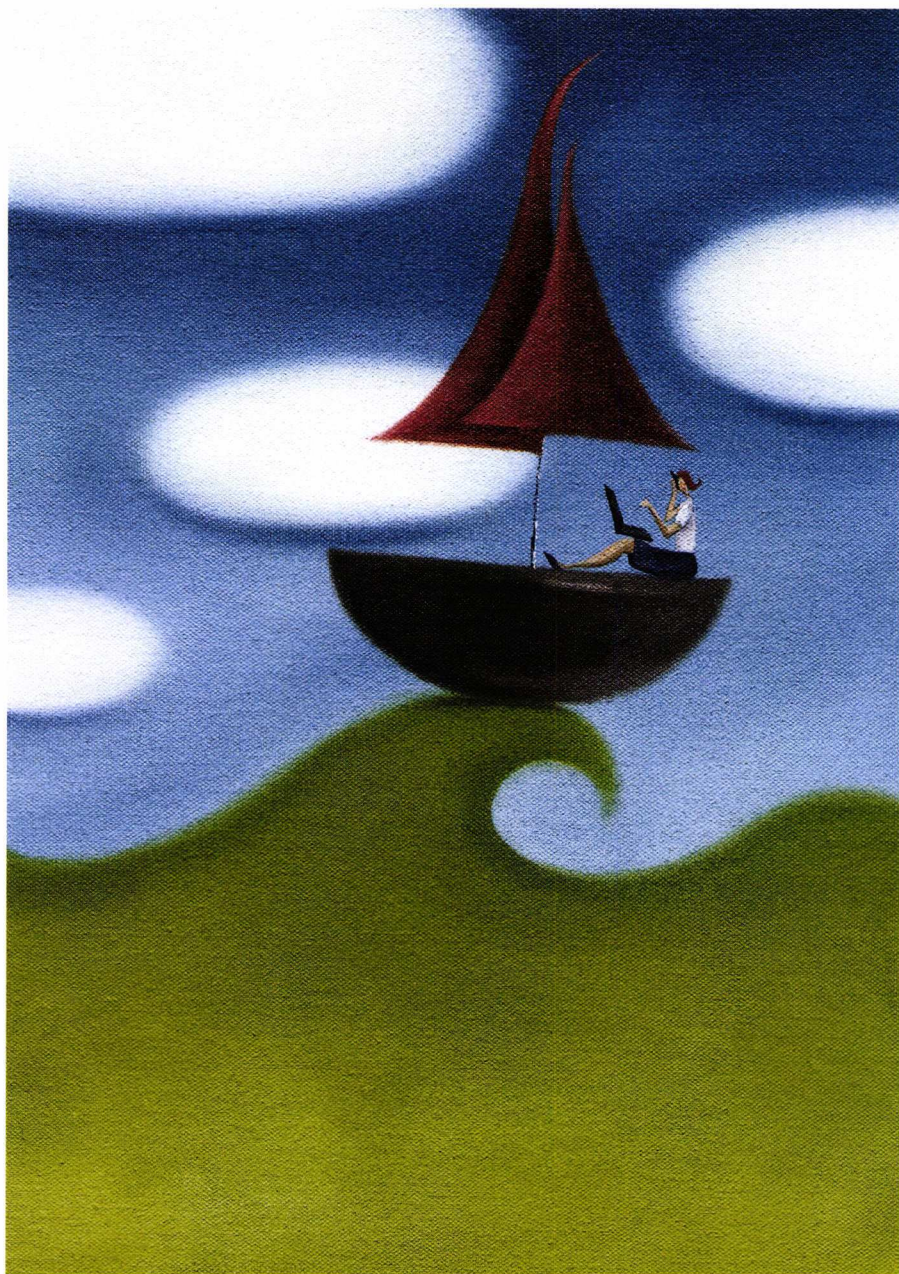
Zoals aangegeven zullen de groeiende (internationale) arbeidsmobiliteit en de toename van flexibele werkvormen ertoe leiden dat de financiering van collectieve voorzieningen als de sociale zekerheid en zorg in het nauw komt. Steeds vaker zullen er vraagtekens gezet worden bij de doelmatigheid en de doeltreffendheid van collectief gefinancierde voorzieningen.

Bij de doelmatige inzet van collectieve middelen speelt bijvoorbeeld de vraag of iedereen die zorg moet ontvangen die technisch mogelijk is en van de allerhoogste kwaliteit. Of moet er een kwalitatief goede en hoogwaardig samengestelde basiszorg zijn voor iedereen en moeten mensen zich voor extra service of aanvullende behandelingen bijverzekeren? Te verwachten valt dat de vraag naar kwaliteit én doelmatig gebruik van beschikbare middelen, op gespannen voet komt te staan met de systemen waarin verzekeraars producten en diensten met een minimaal aanvaardbare kwaliteit zo goedkoop mogelijk inkopen. Dit probleem lijkt alleen oplosbaar te zijn door de introductie van verzekeringsystemen waarbij je je door bijbetaling kunt verzekeren voor topkwaliteit. Uiteindelijk is de collectief bekostigde basisgezondheidszorg voor ons allemaal en is de privaat verzekerde zorg afhankelijk van de portemonnee van de individuele burger.

Op het terrein van de sociale zekerheid spelen deze vragen ook: wat betalen we collectief en wat verzekeren we bij? Ondertussen is het pad ingeslagen dat het basisniveau collectief bekostigd wordt en bijna alle overige verzekeringen privaat moeten worden aangegaan. Uiteindelijk raakt dit de kwaliteit van de samenleving.

Dilemma: doelmatigheid versus sociale cohesie

De overheid kan haar ogen niet sluiten voor deze trends. Zeker als er stelselaanpassingen worden doorgevoerd, moeten deze *trendproof* zijn. Zo niet, dan holt het de geloofwaardigheid van het overheidshandelen uit. Anderzijds loopt de overheid het risico dat zij terechtkomt in een spiraal van een steeds verdergaande versobering van de collectief gefinancierde voorzieningen. Op middellange termijn kan hierdoor de legitimiteit van het overheidshandelen in het algemeen in het gedrang komen. Om de sociale cohesie in de samenleving te bewaren zal de overheid zich dan ook moeten richten op nieuwe manieren van doelmatig en doeltreffend handelen.



3 Het individu en de werkgever

3.1 Verzuim: veel oorzaken, veel spelers

In de afgelopen tien jaar zijn de kosten van loondoorbetaling en uitkeringen door verzuim en arbeidsongeschiktheid steeds nadrukkelijker bij de werkgevers komen te liggen. Als reactie hierop hebben veel (vooral kleinere) werkgevers zich bij inkomensverzekeraars verzekerd tegen deze financiële risico's.

Maar ook de werknemers zullen steeds meer geconfronteerd worden met de financiële gevolgen van hun ziekteverzuim. Sociale partners hebben afgesproken dat de werknemer in het tweede verzuimjaar nog maar 70 procent van zijn loon ontvangt.

Mede door de toenemende financiële betrokkenheid van werkgevers en werknemers is er steeds nadrukkelijker aandacht voor de oorzaken en de aanpak van het verzuim en voor de afstemming tussen de betrokken partijen.

Het multicausale karakter van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vergt de gezamenlijke inzet van de verschillende publieke en private partijen uit sociale zekerheid en zorg. Voor de individuele werknemer en zijn werkgever is het van belang dat de diensten goed op elkaar worden afgestemd. Pas dan zal er sprake zijn van adequate zorg en tijdige werkhervatting.

Tabel 1 geeft weer op welke moment welke partij betrokken is bij het verzuim en de arbeidsongeschiktheid.

SOCIAAL-MEDISCHE BEGELEIDING GERICHT OP ADEQUATE ZORG EN TIJDIGE WERKHERVATTING				
Werkgever	Werknemer/ patiënt	Eerstelijns zorg	Tweedelijns zorg	Systeem/financiers
Werkgever	<i>Werkend</i> ↓	Bedrijfsarts en andere disciplines Arbodienst		Werkgever Verzekeraar (collec- tief/ preventie)
Werkgever	<i>Klachten</i> ↓	Huisarts Paramedici Bedrijfsarts Paramedici	Regulier: specialis- ten/paramedici Buiten regulier: tweedelijns Arbo- zorg, interventie- en reïntegratiebedrijven	Zorgverzekeraar, ZFW, AWBZ Werkgever, (Rea)subsidies, inkomens- en zorg- verzekeraar
Werkgever	<i>Verzuim</i> ↓	Bedrijfsarts Paramedici Huisarts Paramedici	Buitenregulier: tweedelijns Arbo- zorg, interventie- en reïntegratiebedrijven Regulier: specialis- ten, paramedici	Werkgever, (Rea)- subsidies, inkomens- en zorg- verzekeraar Zorgverzekeraar, ZFW, AWBZ
Werkgever	<i>WAO</i>	Verzekeringsarts Arbeidsdeskundige	Reïntegratiebedrijf	UWV

Tabel 1. Sociaal-medische begeleiding gericht op adequate zorg en tijdige werkhervatting.

Drie risico's bepalen de kans om arbeidsongeschikt te worden: het risico om ziek te worden, het risico om langdurig ziek te blijven en het risico om na langdurig verzuim in de WAO te geraken. In tabel 1 zijn deze risico's met pijlen in de tweede kolom weergegeven.

In de volgende paragrafen gaan we in op de activiteiten waarmee deze risico's zoveel mogelijk beperkt of beheerst kunnen worden en op de rol die sociale zekerheid en zorg daarbij spelen.

3.2 Preventie

Werkgevers en werknemers hebben de laatste jaren een groter belang gekregen bij een goede preventie. Dit komt mede doordat zij steeds meer verantwoordelijkheid (moeten) dragen voor de gevolgen van het ziekteverzuim en de reïntegratie. Preventieve maatregelen gericht op het bevorderen van goede arbeidsomstandigheden en een snel herstel bij ziekte of (arbeids)ongeval betalen zich terug in lagere verzuimlasten en een beperking van het productiviteitsverlies. De preventie begeeft zich zowel op het terrein van de sociale zekerheid als dat van de zorg. De werkgever moet zorgen voor goede arbeidsomstandigheden. De Arbo-

dienst is wettelijk verplicht de werkgever daarbij te ondersteunen. De werknemer op zijn beurt is verplicht zich te houden aan de Arbovorschriften. Deze eisen zijn gebaseerd op het stelsel van de Arbowetgeving. Daarnaast gaat er een preventieve werking uit van het aansprakelijkheidsrecht. Meer dan vroeger worden bedrijven immers aangesproken door werknemers die het slachtoffer zijn geworden van een arbeidsongeval of beroepsziekte.

Goed werkgeverschap blijkt preventief te werken. Werkgevers en werknemers hebben baat bij een goed HRM op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Uit *best practices* blijkt dat HRM-activiteiten als het periodieke functioneringsgesprek preventief werken voor verzuim. Het is dan ook wenselijk dat het AVR-beleid (Arbo Verzuim en Reïntegratiebeleid) een integraal onderdeel uitmaakt van het HRM-beleid. De tweede tranche van Arboconvenanten richt zich dan ook met name op het stimuleren van een verdere professionalisering van de HRM-functie voor een verdere afname van het ziekteverzuim en de instroom in de WAO.

Daarnaast kunnen we constateren dat Arbodiensten en overheid preventieve activiteiten een belangrijker plaats geven binnen het totale Arbobeleid. Daarbij kunt u denken aan de ontwikkeling van protocollen voor de aanstellingskeuring, het ontwikkelen van een plan van aanpak in vervolg op de afname van de Risico-inventarisatie en –evaluatie, en het verder ontwikkelen van instrumentarium voor de periodieke arbeidsgezondheidskundige onderzoeken (PAGO).

3.3 Gezondheidsklachten en ziekteverzuim

Snelle werkhervatting gewenst

Mocht preventie niet baten en is uitval uit het arbeidsproces onvermijdelijk, dan is het zaak dat mensen weer zo snel mogelijk aan de slag komen. Anders dan vroeger is de mening dat in veel gevallen een snelle werkhervatting bevorderlijk is voor het herstel. Een goede begeleiding bij verzuim en een daarop afgestemde curatieve zorg zijn van groot belang voor een voorspoedige en duurzame terugkeer in het arbeidsproces. Zodra de werknemer zich ziek meldt, moet de werkgever in het kader van de Wulbz (Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte) het loon aan hem doorbetalen. De Arbodienst wint vervolgens bij de werknemer en soms ook bij de huisarts of de medisch specialist informatie in om zich een beeld te vormen van de ziekte. Dit resulteert uiterlijk zes weken ná de eerste ziektedag in een probleemanalyse. Met deze analyse in de hand moeten werkgever en werknemer met elkaar een reïntegratieplan opstellen. Verder verplicht de Wet Verbetering Poortwachter de werknemer om na negen maanden verzuim een reïntegratieverslag in

te dienen bij het UWV. De werknemer moet zijn klachten en verzuim serieus nemen en meewerken aan een spoedig herstel en werkhervatting.

Het Leer-Werktraject Optimale Inzetbaarheid

Het Leer-Werktraject Optimale Inzetbaarheid is geschikt voor iedere organisatie die een sleutelrol heeft toegedacht aan het middenkader bij de uitvoering van de primaire processen en human resources management, en die daar tegelijkertijd een aantal hardnekkige knelpunten bij ervaart. Thema's die binnen het leer-werktraject kunnen worden uitgewerkt, zijn bijvoorbeeld verzuimbegeleiding, reïntegratiebevordering, diversiteitbeleid en competentie-management.

Het leer-werktraject is een aanpak gericht op het bevorderen van het functioneren, de inzetbaarheid en de betrokkenheid van medewerkers. Organisaties leren anders te kijken naar de interne processen en ze werken aan structurele verbeteringen; zowel voor de organisatie als voor de mensen die de organisatie vormen. Geen leer-werktraject is hetzelfde, maar de aanpak is helder: Het middenkader én het managementteam en de directie gaan aan de slag.

Na een gezamenlijke start volgen parallel een coachingstraject voor directie en MT en een trainingstraject voor het middenkader. Gedurende het traject van ongeveer driekwart jaar vindt op gezette momenten uitwisseling en afstemming plaats.

Voor een zorginstelling die al langere tijd worstelde met het verzuim leverde het leer-werktraject bijvoorbeeld een compleet nieuwe overlegstructuur op. Taken en verantwoordelijkheden werden opnieuw en scherp gedefinieerd en daarop werden de benodigde bevoegdheden en faciliteiten georganiseerd. Het middenkader leerde vooral om de match te maken tussen de belangen van de organisatie en die van de medewerkers en daar helder over te communiceren. Om dat mogelijk te maken werd een gezamenlijk begrippenkader ontwikkeld. Resultaat van het leer-werktraject is dat in organisaties de tevredenheid van en over het middenkader enorm toeneemt. Verwachtingen worden helder en reëel en het middenkader is daadwerkelijk in staat om een sleutelrol te spelen. Functioneringsgesprekken en verzuimbegeleiding kunnen de bedoelde invulling krijgen en iedereen is 'aanspreekbaar' vanuit 'dezelfde gedachte' en op basis van heldere verantwoordelijkheden. Managers krijgen greep op het optimaal maken en houden van de individuele inzetbaarheid en weten hun medewerkers daar actief bij te betrekken.

Werknemers die gezondheidsklachten krijgen, maar niet verzuimen, gaan meestal met hun klachten naar de huisarts. De bedrijfsarts komt vaak pas in beeld op het moment dat er sprake is van verzuim dat langer dan één of enkele weken duurt. In de afgelopen jaren is echter duidelijk

geworden dat de curatieve (reguliere) zorg de vraag naar arbeidsgerichte zorg niet of nauwelijks kan opvangen. Knelpunten zijn onder meer de wachttijden voor behandeling, het moeilijk kunnen combineren van psychische zorg (vanuit de AWBZ) en somatische zorg (ZFW), budgetteringsproblemen, het niet gericht zijn op arbeid en functioneel herstel (de zogenaamde blinde vlek voor arbeid) en dat de zorg niet rond de patiënt maar rond de specialist is georganiseerd. Belangrijk voordeel van dit circuit is evenwel dat alle werknemers verzekerd zijn voor de behandelingskosten en dat er een vrij strikt toezicht is op de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling.

Inmiddels zijn tal van initiatieven genomen om de curatieve zorg meer gevoelig te maken voor de factor arbeid. Voorbeelden hiervan zijn de Nederlandse Kenniscentra Arbeidsrelevante Aandoeningen, Medwerk en specifieke projecten zoals het hersteltijdenproject.

Samenwerking bedrijfs- en huisartsen

Een belangrijk knelpunt blijft dat de reguliere curatieve zorg inhoudelijk niet is afgestemd op de eerstelijns problematiek van de bedrijfsarts. Hierbij gaat het onder meer om RSI, lage rugpijn, werkgerelateerde stress, burnout, overwerktheid en arbeidsconflicten. Juist door deze problematiek is een groot buitenregulier circuit ontstaan van interventie- en reïntegratiebedrijven die zich richten op arbeid en functioneel herstel (multidisciplinair en rond de patiënt georganiseerd). Dit buitenreguliere circuit wordt aanvullend gefinancierd door de werkgever, tot voor kort ook met REA-subsidies en een enkele keer door bijdragen van inkomensverzekeraars. Het komt echter voor dat werknemers niet voor deze zorg in aanmerking komen bij gebrek aan financiering. Ook gebeurt het regelmatig dat de start van de behandeling erg lang op zich laat wachten, omdat eerst aanvullende financiering georganiseerd moet worden. Ook is er in dit buitenreguliere circuit nauwelijks of helemaal geen sprake van toezicht op de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg.

In de afgelopen jaren zijn belangrijke initiatieven genomen om de samenwerking tussen bedrijfsarts, huisarts en specialist te bevorderen. Alleen al het bestaan van twee verwijscircuits maakt dit noodzakelijk.

Definitiestudie en Methodiekontwikkeling Integraal GezondheidsManagement (IGM)

Het Ministerie VWS wil het onderwerp Integraal Gezondheidsmanagement (IGM) op de werkplek een impuls geven. Het idee erachter is dat bedrijfsactiviteiten op diverse manieren een impact op de volksgezondheid hebben, en dat het bewust managen ervan veel verbetering mogelijk maakt. Bewust managen houdt onder meer in dat werkgevers ervan overtuigd moeten worden dat hun verantwoordelijkheid voor gezonde arbeidsomstandigheden een onderdeel is van hun kwaliteitsbeleid en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Veel bedrijven besteden al de nodige aandacht aan de gezondheid van de medewerkers. De gezondheidssector zelf is overigens ook een sector waarin de arbeidsomstandigheden speciale aandacht behoeven. Daarnaast is er in toenemende mate aandacht voor de gezondheidsimpact van de producten en diensten die een bedrijf produceert. In zeer weinig organisaties is er echter sprake van een geïntegreerd beleid. Hetzelfde probleem zien we in de omgeving van deze organisaties (de infrastructuur). Er is bij de aanbieders echter nauwelijks sprake van een gedeelde visie over welke doelen ze met hun diensten willen bereiken. Bovendien ontbreekt het aan gemeenschappelijke middelen en werkprocessen en een coördinatie van de diensten.

Het project kent twee hoofddoelen:

- 1) Nadere inhoudelijke uitwerking van het concept Integraal GezondheidsManagement (IGM), inclusief verheldering van de beleidsperspectieven, potentiële doelgroepen, rollen van belanghebbende partijen (waaronder lagere overheden), ambities die belanghebbende actoren door IGM kunnen realiseren, enzovoorts. De uitwerking moet het voor VWS mogelijk maken haar beleidsinzet op effectieve wijze vorm te geven, met gebruikmaking van bestaande netwerken en infrastructuren.
- 2) Methodiekontwikkeling voor het gericht opzetten en duurzaam implementeren van IGM in bedrijven en instellingen. Met deze methodiek kunnen bedrijven en instellingen de VWS-beleidsinzet mede vormgeven.

De twee hoofddoelen worden uitgevoerd in twee aan elkaar gerelateerde deelprojecten: het deelproject definitiestudie IGM en het deelproject methodiekontwikkeling IGM. In beide deelprojecten worden gesprekken gevoerd met een reeks van belanghebbende partijen en worden twee interactieve workshops georganiseerd. Over de resultaten verschijnen diverse publicaties.

Demedicalisering

Een belangrijk thema bij ziekteverzuim is demedicalisering. Hiermee bedoelen we dat de achterliggende oorzaken van verzuim lang niet altijd van medische aard zijn. Arbeidsconflicten zijn hiervan een bekend voorbeeld. Door een goede probleemanalyse valt te voorkomen dat gezondheidsklachten door arbeidsconflicten als een op zichzelf staand medisch probleem worden beschouwd. Uiteindelijk zal de oplossing moeten komen van de aanpak van het achterliggende probleem en niet van (alleen) de behandeling van de gezondheidsklachten. Dit maakt het ook noodzakelijk om bij ziekteverzuim de arbeid (maar ook andere factoren zoals de privé-situatie) te betrekken bij de probleemanalyse. Dit geldt zowel voor de Arbozorg als voor de curatieve zorg.

Er is op dit terrein een belangrijke ontwikkeling waar te nemen bij Arbodiensten. Zij streven ernaar om al snel in het verzuimtraject de achterliggende problemen en risico's op langdurig verzuim te onderscheiden. Op basis hiervan zetten ze een zo gericht mogelijke begeleiding in. Een steeds terugkomende vraag hierbij is: wie doet de eerste intake en besluit welke begeleidingstraject wordt ingezet? Een vergelijkbare ontwikkeling doet zich overigens voor in de curatieve zorg, waar zorgadvieslijnen en direct toegankelijke paramedici het tekort aan huisartsen moeten ondervangen.

Een andere ontwikkeling betreft de rol die de werknemers/patiënten spelen. In veel initiatieven om Arbocuratieve samenwerking te verbeteren en arbeid een meer integraal onderdeel te laten zijn van de curatieve zorg, ligt de nadruk sterk op de professionals en hun beroepsorganisaties. Projecten en initiatieven waarbij het perspectief van de patiënt voorop staat, komen langzamerhand van de grond.

Een voorbeeld is het project Ziek en Mondig, dat wordt uitgevoerd door het Breed Platform Verzekerden & Werk. In dit project is een substantieel onderdeel gewijd aan het perspectief van de patiënt bij de samenwerking tussen professionals uit de Arbozorg en de curatieve zorg.

3.4 Langdurige arbeidsongeschiktheid en reïntegratie

Bij langduriger ziekteverzuim kan de situatie zich voordoen dat terugkeer naar het eigen of ander werk niet mogelijk is. De werknemer dient dan een WAO-aanvraag in. Vervolgens moet de verzekeringsarts als (publieke) poortwachter van de WAO een oordeel geven over de vraag of werkgever en werknemer (bijgestaan door de private Arbodienst) zich wel voldoende hebben ingespannen om terugkeer naar het eigen of ander werk te realiseren.

Hersteltijden volgens bedrijfsartsen en medisch specialisten

In opdracht van het College voor zorgverzekeringen heeft TNO Arbeid samen met de NVAB een project uitgevoerd om vast te stellen wat de medische hersteltijden zijn bij vier aandoeningen. In het project bleek het mogelijk om met medewerking van bedrijfsartsen en medisch specialisten een gezamenlijk referentiekader op te stellen over de te verwachten hersteltijden na medische ingrepen voor vier aandoeningen. Hierbij zijn de herstelperioden uitgesplitst naar elk van de belastingen die voorkomen op de FML. Deze lijst wordt zowel door bedrijfsartsen als verzekeringsartsen veel gebruikt bij het vaststellen van de arbeidsmogelijkheden van een individu.

Dit gezamenlijke referentiekader heeft een signaalfunctie voor bedrijfsartsen en medisch specialisten: wijkt het herstel bij een individuele patiënt af van de verwachtingen? En zo ja, is er aanleiding om een onderzoek in te stellen naar eventuele factoren die de werkhervatting kunnen belemmeren?

Het is voor alle partijen van belang dat het oordeel van de verzekeringsarts over de kwaliteit van de reïntegratieinspanningen afgestemd is op het advies van de bedrijfsarts. Ook op dit terrein wordt inmiddels gewerkt aan een gemeenschappelijk referentiekader voor bedrijfsarts en verzekeringsarts.

Op het terrein van reïntegratie zijn ook interessante ontwikkelingen te zien. Zo hanteren private partijen veelal een succesvolle multidisciplinaire aanpak. Hierbij bestaat de interventie uit zowel een zorg- als een werkcomponent, waarbij de zorgcomponent ook gericht is op het zo goed mogelijk verhelpen van klachten die met het werk verband houden. Dit geldt zowel voor cliënten met een dienstverband (werknemers die langdurend ziek zijn) als voor cliënten van het UWV, die een (gedeeltelijke) WAO-uitkering ontvangen. Ook wordt de zorgcomponent vanuit het klantperspectief benaderd. Het rapport Sociale Zekerheid en Zorg dat onder leiding van project-Directeur Generaal Van Lieshout is geschreven, meldt over de interventiebedrijven: 'ze zetten de orthopeed, fysiotherapeut, en psycholoog niet na maar naast elkaar, en realiseren zo een samenhangend pakket dat beter aansluit op het (complexe) ziektepatroon dat zo kenmerkend is voor veel ziekteverzuim. Het stimulerende effect hiervan op de reguliere zorg kan moeilijk overschat worden: nu al beginnen de betere ziekenhuisdirecteuren zich druk te maken over de potentiële bedreiging die er van deze interventiebedrijven uitgaat en beraaden ze zich voorzichtig op de vraag wat ze zelf kunnen.'

Verwijsfunctie bedrijfsarts

Met ingang van 1 januari 2004 hebben bedrijfsartsen een formele verwijsbevoegdheid. Dit wil zeggen dat de behandelingskosten na verwijzing door een bedrijfsarts vergoed worden door de verzekeraar. Hierbij gaat het om behandelingen die krachtens de ZFW en AWBZ worden vergoed. Deze verwijsfunctie is landelijk ingevoerd.

Als onderdeel van het totale invoeringstraject heeft de staatssecretaris van het Ministerie van VWS het College voor Zorgverzekeringen verzocht een monitor en evaluatieonderzoek uit te zetten om de ontwikkeling van de verwijsfunctie in het eerste invoeringsjaar te volgen. Het onderzoek levert een eindrapportage op die het mogelijk maakt in de tweede helft van 2005 een besluit te nemen over het te voeren beleid.

TNO Arbeid voert dit onderzoek samen met Prismant en Marketconcern uit. In zes deelprojecten worden de verschillende aspecten van de verwijsfunctie gevolgd: van het microniveau in de spreekkamer van de bedrijfsarts tot het macroniveau van de behandelingskosten.

Samenwerking met huisarts

In nauw overleg met de beroepsorganisaties en de KNMG heeft TNO Arbeid een leidraad voor samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts ontwikkeld. Dit heeft geleid tot een wetenschappelijk onderbouwd protocol inclusief communicatieformulier. Dit instrumentarium is in een gezamenlijke uitgave van de tijdschriften *De huisarts* en *TBV* verspreid onder alle huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in Nederland. Het ministerie van VWS financierde dit traject, dat voortbouwde op een kennisinvesteringsproject van TNO Arbeid. Implementatie en evaluatie zijn de volgende stappen die gezet moeten worden.

Verder voert TNO voor de ZonMw een onderzoek uit naar de effectiviteit van een samenwerkingsprotocol voor de begeleiding van werknemers met psychische klachten. Huisartsen die patiënten met psychische klachten zien op hun spreekuur, stellen aan de hand van het protocol vast of er een indicatie is voor overleg met/verwijzing naar de bedrijfsarts. Dit moet resulteren in een optimale begeleiding van patiënten die ook een bedrijfsarts hebben.

3.5 Samenhang sociale zekerheid & zorg: interactie tussen snelle behandeling en werkhervatting

Er bestaat samenhang tussen sociale zekerheid en zorg op het terrein van werkhervatting: een combinatie van een snelle behandeling en een reïntegratieprogramma biedt uitzicht op een snelle terugkeer naar de werkplek en adequaat herstel. Een goede zorg zonder lange wachtlijsten

levert een belangrijke bijdrage aan het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid en aan een voorspoedige reïntegratie na ziekte of ongeval. Zo blijkt uit onderzoek dat het opheffen van wachtlijsten in de zorg het ziekteverzuim met 10 procent doet dalen. Voorzieningen uit de sociale zekerheid en de zorg blijken niet alleen gedeeltelijk complementair aan elkaar te zijn, maar elkaar ook te beïnvloeden. De artsen in beide circuits krijgen meer met elkaar te maken.

Een belangrijke strategie zal bestaan uit het optimaal op elkaar afstemmen van de diensten van huisartsen, medisch specialisten, bedrijfsartsen, reïntegratiebedrijven, en zorg- en inkomensverzekeraars. Dit kan in de vorm van een *full-service*concept, waarbij de ene dienst het logische en praktische gevolg is van de andere dienst. Vanzelfsprekend moeten zorg en sociale zekerheid binnen dit concept geïntegreerd zijn. Dat de bedrijfsarts een rechtstreekse verwijfsfunctie naar de curatieve zorg heeft gekregen, is een stap in de goede richting. Maar er kan nog veel verbeterd worden in de verwijfsingen tussen de verschillende medisch specialistische disciplines en in de begeleiding van langdurig verzuim.

Laboretum

Het Laboretum is een project waarin STECR5 en TNO Arbeid gezamenlijk opereren. In dit project wordt bestaande informatie over diagnostiek, behandeling, reïntegratie en verzuimuren in een kennisstelsel ondergebracht. Dit stelsel biedt professionals op het gebied van reïntegratie, Arbozorg en curatie een compact overzicht van evidence, consensus en practice based handelen. Zo raken de verschillende disciplines bekend met elkaars werkwijze en de onderbouwing daarvan. Hiermee wordt een basis gelegd voor een effectieve samenwerking, waardoor de individuele werknemers uiteindelijk beter worden begeleid en geholpen.

In twee voortrajecten zijn voorbeelden van het op te leveren product ontwikkeld en is het draagvlak bij alle betrokkenen in het veld gecreëerd. In 2004 start het hoofdproject, het verzamelen van de eerder genoemde informatie over een groot aantal aandoeningen.

⁵ STECR is er primair voor en door professionals en sterk interactief van opzet. De waarde van STECR uit zich in het praktisch toepasbaar maken van wetenschappelijke kennis en het bundelen van praktijkkennis van arbozorg en reïntegratie.

Disability Management

Disability Management (DM) is een aanpak waarmee bedrijven de inzetbaarheid van hun (ziek en gezond) personeel kunnen vergroten. DM regisseert de inzetbaarheid van werknemers, rekening houdend met hun eventuele gezondheidsklachten. De regie ligt daarbij nadrukkelijk binnen het bedrijf, op de werkvloer. Feitelijk gaat het om Ability Management, maar deze term heeft als risico dat het gezien wordt als competentiebeleid waarbij géén rekening wordt gehouden met gezondheidsklachten. DM is een nieuwe loot aan de HRM-stam en verbindt preventie aan reïntegratie.

De implementatie van effectief verzuim- en reïntegratiebeleid (en dus van DM) gaat niet vanzelf. Hoewel inzicht in de kosten en baten van arbeidsongeschiktheid zeker helpt bij het introduceren van eigen beleid, is dit voor bedrijven niet genoeg. Koploperbedrijven (die meedingen naar de Kroon op het Werk prijs van de Commissie het Werkend Perspectief) laten zien dat voor echt DM twee zaken cruciaal zijn:

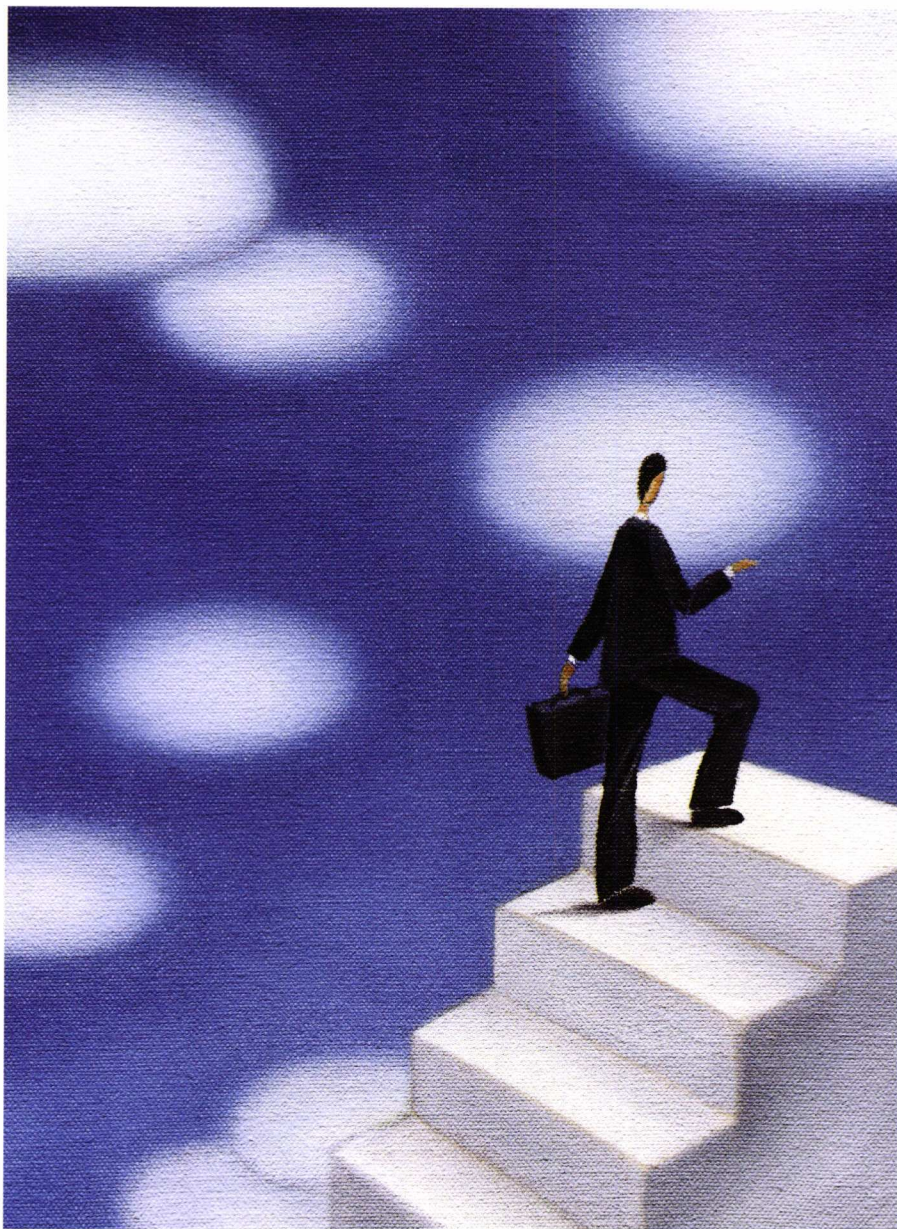
- De rolverdeling die helpt om de regie in het bedrijf vorm te geven;
- Het accent op het veranderen van de omgangsvormen inzake arbeidsongeschiktheid.

In opdracht van het Ministerie van SZW voert TNO Arbeid in 2003/2004 een implementatieproject uit, waarin deze aspecten vertaald worden naar concrete interventies en maatregelen bij bedrijven en instellingen. Er wordt een praktisch instrumentarium ontwikkeld, dat vervolgens wordt geïmplementeerd en getoetst in een aantal bedrijven. Deze bedrijven krijgen de instrumenten én projectbegeleiding van TNO Arbeid aangeboden en zij moeten er een duidelijk omschreven inspanning tegenover stellen.

Het instrumentarium omvat:

1. Een meetinstrument om de eigen beleidsinspanningen te toetsen.
2. Een instrument om een uitgebreide kosten-en-batenanalyse te maken.
3. Een gespecificeerde rolverdeling in de regie van DM (bestaande uit een discussienota met workshop en/of een interne managementconferentie).
4. Een pakket interventies om omgangsvormen inzake arbeidsongeschiktheid bespreekbaar en veranderbaar te maken (thema's: stijl van leidinggeven, verzuimcultuur en het slechten van hervattingsdrempels).

In september 2004 rapporteert TNO de resultaten op het Tweede Internationale Forum for Disability Management aan werkgevers, beleidsmakers en professionals. TNO Arbeid organiseert dit congres in samenwerking met het ministerie van SZW en de Europese Commissie.



4 De wet- en regelgeving

De overheid is de belangrijkste initiator van veranderingen in sociale zekerheid en zorg. In het laatste decennium kenmerkt het centrale overheidsbeleid zich door het overdragen van bepaalde taken en verantwoordelijkheden aan werkgevers en werknemers, lagere overheden en publieke en private instellingen. Tegelijkertijd heeft de overheid haar regie versterkt. We maken een korte gang langs de belangrijkste veranderingen in de wet- en regelgeving en nemen daarbij meer specifiek de relatie tussen sociale zekerheid en zorg in beschouwing.

4.1 **Wijzigingen in de wetgeving voor verzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid**

Versobering en privatisering

Door wetwijzigingen in de werknemersverzekeringen zijn werkgevers en werknemers de afgelopen jaren geprikkeld om het volume van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te brengen. Ter gedeeltelijke vervanging van de Ziektewet werd per 1 januari 1994 in de Wet Terugdringing Ziekteverzuim een eigen-risicoperiode van twee of zes weken geïntroduceerd voor de werkgever. Tegelijkertijd werd de Arbeidsomstandighedenwet uit 1980 vernieuwd door de introductie van een verplichte risico-inventarisatie en -evaluatie en de gefaseerd ingevoerde verplichte aansluiting bij een Arbodienst. Sinds 1996 zijn werkgevers verplicht om het loon van een zieke werknemer gedurende het eerste ziektejaar uit te betalen (Wulbz). Deze periode is per 1 januari 2004 uitgebreid tot twee jaar. Werkgevers krijgen steeds sterker de rekening gepresenteerd als hun personeel meer dan gemiddeld in de WAO terechtkomt (TAV 1992, en Pemba in 1998).

Ten slotte is sinds 1 april 2002 de Wet Verbetering Poortwachter van kracht. Deze wet dwingt de werkgever en de zieke werknemer na acht weken ziekte een reïntegratieplan op te stellen én uit te voeren. Na 39 weken ziekte moet de werknemer een reïntegratieverslag indienen bij het UWV, tegelijkertijd met het indienen van zijn WAO-aanvraag. Bij onvoldoende inspanning van de werkgever en/of de werknemer volgen boetes of wordt de WAO-aanvraag niet in behandeling genomen.

De komende herziening van de WAO en de WW betekent een logische voortzetting van het gevolgde beleid (TBA). Door aanscherping van het WAO-criterium krijgen alleen de volledig en duurzaam arbeidsongeschikten recht op een WAO-uitkering. Voor de gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers die voor 35 tot 80 procent zijn afgekeurd, moeten

werkgevers voortaan een vangnet regelen. Gedeeltelijke arbeidsongeschikten die geen baan meer hebben, komen eerst in een waarschijnlijk geprivatiseerde WW-achtige uitkering en daarna in de bijstand. Tegelijkertijd wordt de WW versoerd. Zo wordt de uitkeringsduur van de WW ingekort en worden de WW-kortdurende uitkering en de WW-vervolguitkering afgeschaft. Daarmee is het aantal mensen dat een beroep kan doen op een WW- of WAO-uitkering gedecimeerd en volgt er al snel een bijstandsuitkering waarvoor een vermogens- en partnertoets geldt.

Reïntegratieprikkel

De wijzigingen in de wet- en regelgeving betekenen extra prikkels voor werkgevers en werknemers om werk te maken van reïntegratie. Arbeidsongeschikte werknemers komen eerder in aanmerking voor werk en werkgevers moeten meer doen voor arbeidsgehandicapten. In de vorm van medische behandeling en revalidatie is voor de zorg een belangrijke rol weggelegd bij het vergroten van de arbeidsmogelijkheden voor arbeidsgehandicapten.

4.2 Bijstand, gesubsidieerde arbeid en ...

Decentralisatie bijstandswet

De nieuwe Wet Werk & Bijstand heeft per 1 januari 2004 de ABW, IOAW, IOAZ, WIW en het besluit ID-banen vervangen. In de bijstandsregeling ligt de uitvoering nu primair bij de gemeente. De 100-procentbudgettering in een FWI vergroot het financiële en politieke risico voor gemeenten aanzienlijk. Het Rijk geeft gemeenten volgens een gecompliceerde verdeelsleutel geld voor twee doelen: bijstand en reïntegratie. De bijstand wordt gefinancierd uit het inkomensdeel van het FWI, de reïntegratie uit het werkdeel van het FWI. Als het inkomensdeel na afloop van het boekjaar niet op is, mogen gemeenten het overgebleven geld vrijelijk besteden. Ze kunnen dit bijvoorbeeld overhevelen naar het werkdeel. Als er daarentegen na afloop van het boekjaar overschotten zijn bij het werkdeel, moeten de gemeenten deze teruggeven aan het rijk.

Risicomanagement

Voor gemeenten nemen de risico's toe als zij er niet in slagen voldoende bijstandsgerechtigden aan het werk te krijgen. Door de opzet van het FWI moeten ze geld zien te vinden binnen de gemeentelijke begroting om de bijstandsuitkeringen te betalen. Daar komt bij dat het Rijk besparingen inboekt, waardoor er relatief minder geld voor de uitvoering en reïntegratietaken van de Wet Werk & Bijstand beschikbaar is.

Gemeenten kunnen het risico beperken door een optimale mix van reïntegratie-instrumenten in te zetten. Het uitgangspunt hierbij is dat een persoonsgerichte aanpak (maatwerk) bij reïntegratie het meeste effect sorteert. Bovendien biedt de nieuwe wet gemeenten de ruimte om flexibel in te spelen op de multicausale problematiek van bijstandcliënten door schuldhulpverlening, welzijn, huisvesting, scholing en zorginterventies in te zetten. Dit betekent dat behalve de medewerkers van de gemeentelijke sociale dienst en het CWI, ook maatschappelijk werkers, medewerkers van woningbouwverenigingen, leerkrachten en huisartsen actief betrokken kunnen worden bij het verbeteren van de arbeidskansen van bijstandcliënten.

Met de Wet Werk & Bijstand komt er een einde aan de gesubsidieerde arbeid als zodanig. Wel blijft de gemeente de mogelijkheid houden om gesubsidieerde arbeid als instrument in te zetten voor reïntegratie. Er kan echter geen beroep meer worden gedaan op rijksmiddelen. Dit betekent dat gemeenten meer vrijheid hebben om hiermee creatief om te gaan. Dit kan bijvoorbeeld door reïntegratiebedrijven in te huren voor de zwaardere doelgroep of gebruik te maken van de infrastructuur die sociale werkvoorzieningsbedrijven als uitvoerder van de Wsw met gemeenschapsgeld hebben opgebouwd.

Methodiek Prestatiemogelijkheden gesubsidieerde arbeid

Samen met de gemeente Hengelo heeft TNO Arbeid een methodiek Prestatiemogelijkheden ontwikkeld waarmee competenties van gesubsidieerde werknemers in beeld worden gebracht. In de gesubsidieerde arbeidsplaats worden de competenties verbeterd. Einddoel is een reguliere arbeidsplaats. Op basis van de methodiek Prestatiemogelijkheden kan de gemeente, in overleg met de werkgever en de cliënt, de hoogte bepalen van het subsidiebedrag. Het subsidiebedrag neemt af met het verbeteren van de competenties.

4.3 ... sociale werkvoorziening

Strenger indiceren

Sinds 1998 is de Wsw gebonden aan een strengere indicatiestelling. Aanvankelijk leidde de nieuwe wet tot een lagere instroom. Pas de laatste twee jaren is er weer sprake van een forse toename van het aantal nieuwe Wsw-geïndiceerden. De indicatiestelling van de Wsw ondergaat in 2004 wederom een inhoudelijke en institutionele wijziging als die wordt overgedragen aan de CWI. Het werk van de bestaande indicatiestellingscommissies wordt dan overgenomen door medewerkers van het CWI, die daarvoor een aangepast beoordelingsproces zullen volgen.

Ontkokering

Veranderingen in de indicatiestelling van de Wsw hebben al snel gevolgen voor de AWBZ-dagopvang en de reïntegratievoorzieningen van de Wet Rea. Zo kan een strengere Wsw-indicatiestelling ertoe leiden dat potentiële kandidaten te veel of te grote beperkingen hebben om geïndiceerd te worden. Deze cliënten kunnen dan een beroep doen op de AWBZ-dagopvang. Cliënten die niet worden geïndiceerd omdat ze te weinig beperkingen hebben, kunnen in aanmerking komen voor voorzieningen van de Wet Rea. Andersom kan een soepele Wsw-indicatiestelling een dalende instroom in de AWBZ-dagopvang en voorzieningen van de Wet Rea tot gevolg hebben. De Wsw, de AWBZ-dagopvang en de Wet Rea functioneren in feite als communicerende vaten. De overgang van de Wsw-indicatiestelling naar het CWI heeft onder meer als doel te zorgen voor een ‘warme overdracht’ naar het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) van cliënten die te veel beperkingen hebben om toegelaten te worden tot de Wsw.

Te beschut?

De in totaal 90.000 cliënten van de sociale werkvoorziening zijn in circa honderd SW-bedrijven tewerkgesteld. Uit onderzoek van TNO Arbeid blijkt dat in Nederland, vergeleken met andere westerse landen, relatief veel cliënten in een beschutte werkomgeving werken. Op slechts beperkte schaal worden instrumenten als begeleid werken en detachering ingezet om SW-cliënten in een reguliere werkomgeving te laten werken. Hierin komt echter geleidelijk verandering. Vanuit het tripartiete overleg van sociale partners en gemeenten (RWI), de SW-bedrijven en de Tweede Kamer wordt hardop nagedacht over mogelijkheden om begeleid werken en detachering verder te ontwikkelen en te stimuleren. Bovendien ontwikkelen sommige SW-bedrijven reïntegratieactiviteiten voor hun cliënten.

Decentralisatie Wsw

Bij de uitvoering van de Wsw speelt de curatieve sector een belangrijke adviserende en ondersteunende rol. De SW-populatie is kwetsbaar. Het gaat om mensen met ernstige fysieke, psychiatrische en/of psychologische beperkingen. Zij kunnen om die reden alleen in een aangepaste omgeving werken. Bij de indicatiestelling van de Wsw worden medische, psychiatrische en psychologische factoren zorgvuldig meegewogen. Vooral de laatste jaren is de instroom van mensen met een psychiatrische of psychologische problematiek sterk toegenomen. Hierdoor is de samenwerking en onderlinge afstemming tussen SW-bedrijven, huisartsen, psychologen, instellingen en beroepsbeoefenaars van de psychiatrie

intensiever geworden. Ook gemeenten tonen de afgelopen tijd meer belangstelling voor de sociale werkvoorziening. In het kader van de nieuwe Wet Werk & Bijstand kan de sociale werkvoorziening een belangrijke functie krijgen in de tewerkstelling van moeilijk plaatsbare bijstandsccliënten. Ook huisartsen en andere curatieve zorgverleners zouden hierbij een belangrijke adviserende en ondersteunende rol kunnen spelen.

Strategievorming bij een SW-bedrijf

TNO Arbeid heeft een Sociaal Werkvoorzieningsbedrijf ondersteund bij de strategievorming. Allereerst zijn de externe ontwikkelingen op het terrein van sociale werkvoorziening, bijstandswet en reïntegratie geanalyseerd. Vervolgens hebben het hoger- en middenkader van het bedrijf gezamenlijk onder begeleiding van TNO Arbeid de strategie ontwikkeld. Het bestuur van de gemeenschappelijke regeling is ook bij het proces betrokken. De uitkomsten zijn onder meer vevat in het ondernemingsplan.

4.4 Wijziging van het zorgstelsel

Kostenbeheersing

Sinds 1983 schrijft de Nederlandse Grondwet voor dat de overheid een kwalitatief goede, over het land verspreiden en financieel bereikbare gezondheidszorg zo veel mogelijk moet bevorderen. Dit is geen eenvoudige taak, omdat het zorgaanbod voornamelijk particulier is georganiseerd. Ook de financiering loopt slechts in zeer beperkte mate via de overheid. De meeste financiering loopt via verzekeringen: de ziekenfondsverzekering, de AWBZ en particuliere verzekeringen. Door allerlei veranderingen zijn de overheidsbemoenissen en de verhouding tussen de verschillende partijen (overheid, particulier initiatief en verzekeraar) steeds complexer geworden. Bepaalde de overheid in de jaren '70 de planning, in de loop van de jaren '80 werd dat de marktwerking. Kostenbeheersing is in alle discussies een belangrijk item geweest. Ook in de huidige voorstellen voor de stelselherziening speelt kostenreductie een dominante rol.

Selectiviteit door privatisering

De geplande wijziging van het zorgstelsel zal grote veranderingen te weeg brengen voor de zorg en daarmee ook effect hebben op de sociale zekerheid. Het huidige stelsel van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars wordt vervangen door een stelsel met een publiek gefinancierd basispakket en daarboven een privaat deel van collectieve contracten en aanvullende dienstverlening. De uitvoering van zowel het basispakket als het private deel komt te liggen bij de zorg- en inkomens-

verzekeraars. Naar verwachting wordt voor het basispakket geconcentreerd op prijs en service. Voor het private deel spitst de concurrentie zich ter beperking van de schadelast toe op aanvullende dienstverlening, zoals Arbo, reïntegratie en HRM. De raakvlakken tussen de werkerreinen van zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars, Arbodiensten en reïntegratiebedrijven worden hiermee aanzienlijk groter.

Vraagsturing

De financiering van de Nederlandse gezondheidszorg vindt met name plaats op basis van de regelgeving, vastgelegd in de Ziekenfondswet en de AWBZ. De ziekenfondsverzekering betreft vergoedingen in de curatieve zorg en is beschikbaar voor personen onder een bepaalde inkomensgrens. Wie boven deze grens zit, wordt geacht een particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten. Sinds het begin van de jaren '90 wordt gedacht aan één algemene basisverzekering voor alle inwoners van Nederland, waarin mogelijk ook de AWBZ-zorg kan worden ondergebracht. De rijksoverheid bepaalt de minimale inhoud van het ziekenfondspakket; bijverzekeren is mogelijk. Ook de verstrekkingen op basis van de AWBZ legt de rijksoverheid vast. De uitvoering ligt echter op het bord van de lokale overheid. De AWBZ-zorg heeft betrekking op de *care* (verpleging en verzorging). Het is een collectieve verzekering. Momenteel wordt de AWBZ gemoderniseerd, dit houdt in dat AWBZ-instellingen meer vraaggestuurd moeten opereren.

Daarnaast wil het kabinet een wettelijke grondslag voor een stelsel waarin de huidige verantwoordelijkheid voor de WVG en deels de AWBZ alsmede de verantwoordelijkheid voor een vangnet voor niet-medisch georiënteerde zaken samenkomen: de Wet Maatschappelijke Zorg. De invoering van deze wet is voorzien in 2006.

4.5 Samenhang sociale zekerheid en zorg: privatisering, decentralisatie en vraagsturing

In de huidige wet- en regelgeving ontbreekt nog een duidelijke samenhang tussen de sociale zekerheid en zorg. Wel is het duidelijk dat in de recente wetwijzigingen steeds nadrukkelijker ruimte wordt geschapen om voorzieningen uit de sociale zekerheid en zorg gecombineerd in te zetten. Dit kan opgepakt worden door de lokale overheid. Die kan vanuit een integrale beleidsvisie als ketenregisseur bepalen wat zij zelf uitvoert en wat zij laat uitvoeren, hetzij door private organisaties hetzij door semi-publieke organisaties zoals SW-bedrijven. Daarnaast moeten private partijen als verzekeraars, Arbodiensten en reïntegratiebedrijven voor hun dienstenaanbod een combinatie maken van sociale zekerheid en zorg. Enerzijds om de schadelast te beperken, anderzijds om een vraag-

gestuurde, cliëntgerichte dienstverlening aan te bieden. Voor werkgevers betekenen de veranderingen een (her)overweging van hun opdrachtgeverschap: wat willen ze zelf doen en wat willen ze uitbesteden? In het laatste geval kunnen we denken aan een brancheorganisatie, (zorg)verzekeraar of andere dienstverlener. Ook hier is ketenregie van wezenlijk belang.

Naast privatisering spelen ook decentralisatie en vraagsturing op beide terreinen een belangrijke rol. Hierbij zijn voor de private aanbieders, lokale overheden en cliënten de grenzen tussen sociale zekerheid en zorg aan het vervagen.

Effectieve reïntegratie bijstandsgerechtigden door gecombineerde Werk- en zorginterventies

De gemeente Alkmaar voert samen met de gemeenten Groningen, Lelystad, Assen, Leeuwarden, Emmen, en de regionale zorgverzekeraars pilots uit waarin een groep bijstandsgerechtigden een werk-en-zorginterventie krijgen. TNO Arbeid monitort in deze pilot de uitvoering door procesevaluatie (wat zijn ervaringen, knelpunten, enzovoorts) en effectevaluatie (wat is het effect van de toegepaste interventies?).

De pilots moeten inzicht geven in de effectiviteit van en ervaringen met werk-en-zorginterventies voor bijstandsgerechtigden. Het gaat met name om het protocolleren van de werk-en-zorginterventies, zodat de ketenregisseur daadwerkelijk de regie kan voeren en de reïntegratie effectief en efficiënt kan worden opgezet en uitgevoerd.



5 De publieke uitvoeringsorganisatie

De veranderende wet- en regelgeving heeft de afgelopen jaren haar sporen nagelaten in de uitvoeringsorganisatie van de sociale zekerheid. Re-integratietaken werden geprivatiseerd en de (overgebleven) publieke taken geherstructureerd. Deze operatie staat sinds 2001 bekend als SUWI: Structuur Uitvoering Werk & Inkomen. Dit leidde tot een andere verdeling van verantwoordelijkheden van partijen die betrokken zijn bij de sociale zekerheid, een andere afbakening tussen overheid, markt en sociale partners.

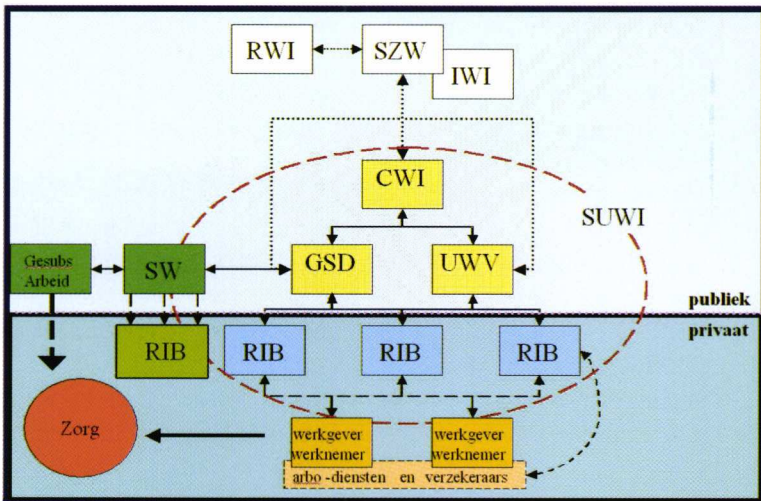
Ook in de zorg zijn de nodige wijzigingen doorgevoerd. De overheid had hierbij vooral aandacht voor de bestuurlijke, juridische en financiële randvoorwaarden. De uitvoering was een zaak van de patiënten/consumenten/verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars.

Er zijn wel verdergaande stelselwijzigingen voorbereid, maar die zijn niet uitgevoerd.

Een groot verschil tussen de sociale zekerheid en de zorg is dat de zorgverleners privaatrechtelijke organisaties zijn en de uitvoeringsorganisaties in de sociale zekerheid met name publiekrechtelijk.

5.1 SUWI-stelsel

Als gevolg van de Wet SUWI ziet de uitvoeringsorganisatie voor werkloosheid en arbeidsongeschiktheid er per 1 januari 2001 als volgt uit:



Schema 1. Organisaties in de sociale zekerheid per 1 januari 2002

UWV (Uitvoering Werknemers Verzekeringen)

Op 1 januari 2002 zijn de vijf uitvoeringsinstellingen van werknemersverzekeringen (uvi's) en het Lisv opgegaan in één publieke uitvoeringsorganisatie: het UWV. Dit is een omvangrijke administratieve organisatie met circa 20.000 werknemers. Het UWV streeft naar een doelmatige en rechtmatige uitvoering van werknemersverzekeringen, een klantgerichte dienstverlening en werk boven uitkering. De samenvoeging van verschillende organisaties in één uniforme uitvoeringsorganisatie is een operatie die qua omvang en complexiteit haar weerga niet kent in Nederland. Het creëren van één bedrijfscultuur, uniforme bedrijfsprocessen en een adequate ICT-ondersteuning vereist veel inzet en aanpassingsvermogen van de medewerkers. Bovendien moet ongeveer de helft van het aantal medewerkers de komende jaren afvloeien, omdat het takenpakket van het UWV de komende jaren sterk wordt gereduceerd. Zo wordt de premie-inning voor de werknemersverzekeringen bij de Belastingdienst ondergebracht. Daarnaast wordt de uitvoering van de WAO beperkt tot beoordelingen (keuringen) en uitkeringsverstrekking aan de naar schatting 25.000 cliënten per jaar die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt raken. Als poortwachter van de WAO voert het UWV nog wel de verzekeringsgeneeskundige keuringen uit.

Het UWV heeft als beoordelaar van de WAO en als grootste opdrachtgever van reïntegratietrajecten in Nederland veel raakvlakken met de zorg. Niettemin is er door het gecompliceerde fusieproces nog maar weinig sprake van een grotere samenhang met zorgaanbieders.

CWI

Eerst op experimentele basis en vanaf 2002 formeel volgens de Wet SUWI, zijn de 130 CWI's belast met de vacaturerepresentatie, het bepalen van kansen op de arbeidsmarkt en de intake voor de ABW en de WW. Het vinden van een baan heeft hierbij de hoogste prioriteit. Daarom moet een werkzoekende eerst door een haag van vacatures, voordat hij of zij in aanmerking komt voor een uitkering. Is er geen baan te vinden, dan bepaalt een CWI-medewerker op welke uitkering iemand recht heeft. De definitieve toekenning van de uitkering komt bij de gemeentelijke sociale dienst (WWB) of het UWV (WW) vandaan. Tot op heden heeft de CWI-organisatie weinig met de zorg te maken. Dit kan in 2004 veranderen als de Wsw-indicatiestelling bij de CWI's wordt ondergebracht. Het is dan ook de verwachting dat er medische en psychologische expertise wordt ingezet bij de beoordeling van cliënten.

Wsw-indicatiestelling naar CWI

In opdracht van de Raad van Bestuur CWI adviseert en ondersteunt TNO bij de overdracht van de Wsw-indicatiestelling naar CWI. TNO heeft een ontwerp-werkproces ontwikkeld dat zij op zeven pilotlocaties test. Tevens ondersteunt TNO de CWI-vestigingen met het maken van afspraken met verschillende partijen. Daarnaast is TNO betrokken bij de aanpassing van de 'beslistabel' die de basis vormt voor de indicatiestelling. Doel is een meer onafhankelijke, uniforme en efficiënte indicatiestelling.

RWI

De Raad voor Werk en Inkomen is sinds 1 januari 2002 het officiële en onafhankelijke overlegorgaan van vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers en gemeenten. De Raad adviseert de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over het beleid rond werk en inkomen in de meest brede zin. De Raad wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter.

Klanttevredenheid over reïntegratiebedrijven

In opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen is door TNO onder klanten van reïntegratiebedrijven (zowel opdrachtgevers als cliënten) nagegaan wat hun ervaringen zijn met de dienstverlening van deze bedrijven. Hiertoe is een tweetal vragenlijsten ontworpen die vervolgens zijn uitgezet onder klanten van een dertigtal reïntegratiebedrijven. Aan de hand van de uitkomsten van het klanttevredenheidsonderzoek heeft de Raad voor Werk en Inkomen inzicht gekregen in de prestaties van reïntegratiebedrijven. Tevens is inzicht verschaft in mogelijke verbeterpunten bij het uitvoeren van klanttevredenheidsonderzoek.

Gemeentelijke sociale diensten

De gemeenten spelen met hun circa 500 sociale diensten een belangrijke rol in het beleid en de uitvoering van de sociale zekerheid. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de beoordeling van uitkeringsaanvragen in het kader van de ABW, de IOAW en de IOAZ (vanaf 1 januari 2004 de Wet Werk & Bijstand), de reïntegratie van werkzoekenden (bijstandsccliënten, cliënten met een nabestaandenuitkering (ANW) en niet-uitkeringsgerechtigden). De Wsw-indicatiestelling wordt in 2004 ondergebracht bij de CWI's. Met name bij bijstandsccliënten is er vaak sprake van een multicausale problematiek, die om een geïntegreerde inzet vraagt van voorzieningen uit de zorg (WVG en RIO) en de sociale zekerheid (Wet Werk & Bijstand). De indicatiestellingen van Wsw en RIO (zie

paragraaf 5.2) zouden daarom beter op elkaar afgestemd moeten worden dan wel geïntegreerd.

SZW

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) staat voor het stimuleren van de werkgelegenheid, moderne arbeidsrelaties en een activerende sociale zekerheid. SZW ontwikkelt beleid dat goed uitvoerbaar en controleerbaar is.

De taken van SZW liggen op de volgende gebieden: Werkgelegenheid en arbeidsmarkt, Sociale zekerheid, Inkomens, Arbeidsverhoudingen, Arbeidsomstandigheden en Emancipatie.

IWI

De Inspectie Werk en Inkomen houdt onafhankelijk toezicht op de uitvoering van het beleid op het terrein werk en inkomen.

IWI onderzoekt of CWI, UWV en gemeentelijke sociale diensten zodanig samenwerken dat ze de doelen van de Wet SUWI realiseren. Het toezicht heeft betrekking op de werking van het systeem van sturing, beheersing en verantwoording.

SVB

Hoewel SUWI niet direct van invloed is op de SVB, geven we voor de volledigheid aan dat de SVB verantwoordelijk is voor de uitvoering van de regelingen AOW, Anw, AKW, TOG, TAS, REM, FVP en PGB in verpleging en verzorging. Burgers kunnen een aanvraag indienen bij het zorgkantoor. Na toekenning door het zorgkantoor, voert de SVB de regeling uit.

5.2 Het zorgstelsel

De curatieve zorg is in het private domein geregeld. Publieke organen die hierbij een rol spelen zijn onder andere het College voor zorgverzekeringen en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Hun activiteiten vallen echter buiten het aandachtsveld van deze publicatie. De verpleging en verzorging worden voor een deel ook door particuliere organisaties uitgevoerd. De toegeleiding naar de instellingen is in handen van het RIO (per 1 januari 2005 neemt het Landelijk Centrum Indicatiestelling zorg / LCI de taken van het RIO over). De preventieve gezondheidszorg is met name ondergebracht bij de GGD.

Centrale aansturing RIO's: LCI

Omdat de verzorgings- en verpleegthuizen hun capaciteit in de nabije toekomst niet uitbreiden, hebben gemeenten in 1998 de taak gekregen een onafhankelijk indicatieorgaan voor de gehele verpleeg- en verzor-

gingssector (inclusief ouderenzorg en gehandicaptenzorg) te organiseren. Het RIO is de poortwachter voor de verpleging en verzorging, zoals de huisarts dit tot op heden is voor de curatieve zorg en het CWI voor de sociale zekerheid. Het RIO beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor zorg zoals die is vastgelegd in de AWBZ. Ook kan het RIO, op verzoek van de gemeente, de advisering in het kader van de WVG op zich nemen. De WVG wordt door de gemeente uitgevoerd en lijkt qua benadering op de Wet Werk & Bijstand. Bij de WVG gaat het om taken die het Rijk heeft overgedragen aan de gemeenten inclusief het (*lumpsum*)budget. Zoals eerder aangegeven wil het kabinet de Wet Maatschappelijke Zorg in 2006 invoeren. Met die invoering komen de huidige verantwoordelijkheid voor de WVG en de Welzijnswet alsmede de verantwoordelijkheid voor een vangnet voor niet-medisch geïntendeerde zaken samen.

De staatssecretaris van VWS heeft in februari 2004 de Tweede Kamer laten weten dat er wordt aangestuurd op het vormen van een zelfstandig bestuursorgaan of agentschap die de taken van de huidige RIO's overneemt: het LCI. Per 1 januari 2005 neemt het LCI de taken van het RIO over.

De RIO's indiceren nu op zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf. Bij de eerste vijf functies kunnen cliënten kiezen uit zorg in natura of een PGB.

Het zorgkantoor

Het zorgkantoor voert namens alle zorgverzekeraars in een regio de AWBZ uit: ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en zorg voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten. Er zijn in Nederland 32 regio's met een zorgkantoor. Over het algemeen is het regionale zorgkantoor ondergebracht bij de zorgverzekeraar met de meeste ziekenfondsverzekerden. Bedrijfsmatig is het weliswaar geïntegreerd, maar de uitvoering is altijd beleidsmatig en financieel gescheiden van de reguliere activiteiten van de zorgverzekeraar. Het zorgkantoor stemt de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio zo goed mogelijk op elkaar af.

GGD

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn de verplichtingen van gemeenten in het kader van de preventieve zorg vastgelegd. Deze wet legt de verplichtingen van gemeenten in het kader van de volksgezondheid vast. De GGD voert deze taken veelal uit of voert de regio namens de gemeente. De activiteiten verschillen van regio tot regio

en betreffen onderzoek, advies en uitvoering van zorgactiviteiten op de volgende beleidsterreinen:

- Algemene preventieve zorg (versterking openbare gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, openbare geestelijke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding).
- Openbare veiligheid en crisismanagement (geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, crisismanagement, openbare veiligheid, medische milieukunde en forensische geneeskunde).
- Medische opvang asielzoekers.

In een aantal gemeenten worden GGD'en steeds meer betrokken bij het algemene gezondheidsbeleid en de jeugdzorg in relatie met bijvoorbeeld taalachterstand, werkloosheid en huisvesting. Zo wordt in wijken waar veel multicausale problemen spelen, de GGD ingezet om contact te leggen en te houden met ouders van jonge kinderen. Vaak gaat het om één-oudergezinnen. Indien nodig of gewenst verleent de GGD opvoedingsondersteuning om afglijden via probleemgedrag naar crimineel gedrag te voorkomen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat bijna alle jeugdcriminaliteit door opvoedingsproblemen worden voorafgegaan. In veel gevallen manifesteren deze problemen zich al op vierjarige leeftijd. Meestal bevinden de ouders zich in een achterstandsituatie: geen werk, een laag inkomen, schuldenproblematiek en dergelijke.

5.3 Samenhang sociale zekerheid en zorg: multicausale problemen, integrale beleidsvisie en adequate uitvoering

De uitvoeringsorganisaties in zowel het publieke als het private domein zullen steeds meer op elkaar aangewezen zijn. Vanuit het belang van de cliënt gezien is dit nodig, omdat zijn vaak multicausale probleem alleen door een integrale benadering kan worden opgelost. Veelal betekent dit dat zowel op individueel als op lokaal niveau (bijvoorbeeld in de wijk) de interventies georganiseerd moeten worden. Dit vraagt om een integrale beleidsvisie in combinatie met een gedetailleerde uitvoering waarbij de regie de gehele keten beslaat. Bij de betrokken organisaties moeten medewerkers zich hiervan bewust zijn en ook van het feit dat zij, afhankelijk van hun taak, verantwoordelijkheid zijn voor het welslagen van de interventies. Een voorbeeld is de doelgroep die gebruik maakt van voorzieningen op het terrein van beschut werken (Wsw) dan wel op het terrein van dagbesteding (AWBZ). Hoewel het verschillende uitvoeringsorganisaties betreft, heeft de lokale overheid voor deze doelgroep een regisserende rol te vervullen om het voorzieningenpakket optimaal aan te laten sluiten op de mogelijkheden van de doelgroep. Interessant thema hierbij is of de poortwachtersrol centraal door de rijksoverheid wordt

ingevuld of dat de lokale overheid dat uiteindelijk moet doen. Vanuit de doelgroep bezien, zullen om redenen van klantvriendelijkheid en efficiëntie beide poortwachtersfuncties (Wsw, en AWBZ) naadloos op elkaar aan moeten sluiten.

Door de veranderingen in zowel de sociale zekerheid als de zorg zullen er steeds nieuwe netwerken ontstaan die zich in relatie met hun omgeving vernieuwen. Dit vraagt een hoge mate van professionaliteit en betrokkenheid van zowel de lijnmanagers als de uitvoerende professionals. Uiteindelijk komt het immers aan op een doelmatige en doeltreffende, zeg maar adequate uitvoering.

In de praktijk lijkt van deze geïntegreerde benadering nog weinig terecht te komen: bureaucratie en langs elkaar heen werken, zijn eerder regel dan uitzondering.



6 De markt

6.1 Marktwerking

Door de invoering van prikkels en marktwerking in de sociale zekerheid (Wulbz, Pemba, Arbo, Wet Verbetering Poortwachter en wijzigingen WAO-criteria) is een private markt ontstaan voor het verzekeren van de verzuimkosten. De omzet van de verzuimverzekeringen lag in 2002 op circa 1 miljard euro en die van de WAO-verzekeringen op circa 2 miljard euro. Volgens schattingen kan daar circa 3 miljard bijkomen als een verdere privatisering wordt doorgevoerd. Naast inkomensverzekeraars zijn in toenemende mate zorgverzekeraars op deze markt actief. Het kenmerk van de private verzuimmarkt is ketenintegratie: *all care, employee benefits, make or buy*. Om deze ketenintegratie mogelijk te maken vormen zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars, pensioenbedrijven, Arbodiensten en reïntegratiebedrijven conglomeraten en allianties (zie tabel 2).

6.2 Arbodiensten

TZ/Arbo

Vanwege de Wet terugdringing ziekteverzuim en Arbowet zijn werkgevers sinds 1994 verplicht zich aan te sluiten bij een Arbodienst. De verplichte dienstverlening betreft onder andere de begeleiding van zieke werknemers, keuringen, risico-inventarisaties en -evaluaties. Met deze wet wil de overheid de instroom in de WAO een halt toeroepen.

Medische expertise tot nu toe centraal

Arbodiensten hebben vanouds hun medische expertise centraal gesteld. Op dit moment vindt er een omslag plaats. Enerzijds positioneren ze zich steeds meer als adviseur van de werkgever op het terrein van verzuim en arbeidsomstandigheden. Anderzijds begeleiden ze zieke werknemers steeds vaker als *case manager*. Deze omslag wordt gestimuleerd door de Wet Verbetering Poortwachter, die de werkgever meer verantwoordelijkheid heeft gegeven in het reïntegratieproces van zieke werknemers. Bij dreigend langdurig verzuim moet de Arbodienst voortaan een uitgebreide probleemanalyse opstellen en advies uit te brengen.

Tabel 2 Conglomeraten en strategische allianties

Concern	Inkomens- verzekeraar	Zorg- verzekeraar	Arbo- dienst	Reïntegratie- bedrijf	Privé- kliniek	Bank	Pensioen
ING	Nationale Nederlanden, Movir	AGIS	ArboNed, ArboDuo	Keerpunt		ING-bank, Postbank	ING Pensioen- services, Nationale Nederlanden
Achmea	Centraal Beheer, Avéro,FBTO, GAK- Verzekeringen	Groene Land Zilveren Kruis, PWZ, FBTO, Euro Cross, DVZ Achmea Health	Achmea Arbo 1)	Argonaut, Ver- zuim-Alert, Winnock, Pim Mulier, Leefstijl Trainings Centrum	Medi- Nova,	Staal Bankiers, Banque Colbert Luxembourg, Europabank, Eduard de Graaff & Co, Woonfonds Hypotheke, Achmea Hypotheek, Achmea Vastgoed Bank	Achmea Pensioen, Centraal Beheer, Avero, PVF
ASR	Amersfoorts, Stad R'dam, AMEV, AMEVArdanta, Euro- peesche, Woudsend, Falcon Leven	Stad R'dam, Amersfoortse, Woudsend DSW, OZ (samenwerking)	ArboNed, ArboDuo	Keerpunt, Effort Care	Medi- Nova	Fortis Bank, SNS Bank	Fortis IM , AMEV, Amersfoortse
Delta Lloyd	Delta Lloyd, Ohra, Ennia Caribe (Curaçao)	Delta Lloyd, Zorgverz. OHRA Zorg- verzekering	ArboNed	Verzuim- mana- gement Centrale, Verzuimeffect		Delta Lloyd Bank, OHRA Bank, OHRA Hypotheek fonds	Delta Lloyd Ohra
Rabo	Interpolis IP inkomens en Arbeidsonges- chiktheids- verzekeringen, Relan Zekerheid	VGZ /IZZ	Meatis, Commit en Rèlan Arbo, Beon Advies, Meditel Compaan	Compaan, Rèlan Werk, Tredin, DGZ, Rantrea		Rabobank, Robeco Ribbon	Interpolis, Rèlan, Beon Interpolis & van Spaendonck
Menzis	Amicon Assurantie- bemiddeling, Oost-Nederland Verzekeringen	Geové-RZG, Amicon	Ardyn	Prové			
SFB- groep	SFB-verzekeringen				Keer- punt		SFB-Pensioenen
PGGM	PGGM- Verzekeringen		Meatis	Rantrea			PGGM
ABP	Loyalis			Mens en Werk			ABP
AGIS	Cardian	Agis		VerzuimInterventie Plan	DCA		

1) Samengaan van voorheen Arbo Management Groep en Arbogroep GAK
(bron: Sociale zekerheid & zorg, SZW, 2003)

Deelcertificering van de toekomst?

Het is nog maar de vraag, maar wel een heel belangrijke vraag, of de komende jaren de verplichte winkelnering voor preventie bij Arbodiensten wordt afgeschaft. Het Europese Hof van Justitie heeft dit strijdig verklaard met de Europese Kaderrichtlijn inzake veiligheid en gezondheid op het werk. Het Nederlandse systeem van Arbodienstverlening moet dus op redelijk korte termijn worden aangepast. De kans bestaat dat hierbij de rol van de Arbocoördinator wordt opgewaardeerd. Immers, artikel 7 van de Kaderrichtlijn spreekt over een werkgever die werknemers moet aanwijzen om hem of haar bij te staan op het gebied van preventie. Nederland kent inmiddels al enige tienduizenden Arbocoördinatoren. De certificering voor preventie en die voor verzuim worden mogelijk gescheiden, zo blijkt uit de adviesaanvraag die het kabinet bij de SER heeft ingediend.

Positioneringsvraag

Voor de Arbodiensten betekent dit dat zij zich moeten bezinnen op hun positionering. Globaal gesproken moeten ze kiezen of ze een meer algemeen gerichte dienstverlener op het terrein van arbeid, reïntegratie en zorg willen zijn of een Arbozorgspecialist.

6.3 Reïntegratiebedrijven

Brede markt

Met de SUWI-reorganisatie in 2002 is de marktwerking voor de reïntegratiedienstverlening geïntroduceerd. Het gevolg is dat het UWV en de gemeenten voor de reïntegratie van werklozen en gedeeltelijk arbeidsongeschikten diensten inkopen bij commerciële reïntegratiebedrijven. Bovendien kloppen werkgevers steeds vaker aan bij commerciële reïntegratiebedrijven voor de reïntegratie van (zieke) werknemers bij andere werkgevers (reïntegratie van het tweede spoor), sinds zij daar verantwoordelijk voor zijn in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Inmiddels is er een commerciële reïntegratiemarkt ontstaan, waarop circa 650 reïntegratiebedrijven actief zijn (Reïntegratiemonitor RWI, 2003). Deze bieden een breed dienstenpakket aan, variërend van arbeidsbemiddeling en plaatsing tot medische begeleiding en psychische hulpverlening. De producten van reïntegratiebedrijven sluiten deels nauw aan op de dienstverlening van de Arbodiensten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Maar er zijn nog veel onbenutte mogelijkheden om voorzieningen uit de zorg en de sociale zekerheid te integreren.

Kwaliteitsbeleid bij een reïntegratiebedrijf

Voor een landelijk opererende reïntegratiebedrijf is een workshop georganiseerd waarin verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening centraal staat. In de workshop is inhoudelijk ingegaan op het thema kwaliteit en tevens is nagegaan wat de behoefte is van de klanten van dat reïntegratiebedrijf met betrekking tot de kwaliteit van dienstverlening. Vervolgens is stil gestaan bij het meten van klanttevredenheid. Het reïntegratiebedrijf wil de uitkomsten van deze meting gebruiken voor een continue verbetering van de kwaliteit van dienstverlening. TNO Arbeid ontwerpt hiertoe een aantal vragenlijsten en ondersteunt bij de implementatie van de uitkomsten.

Markt (nog) niet stabiel

De reïntegratiemarkt is nog niet stabiel te noemen. Enerzijds door prijsconcurrentie ten aanzien van arbeidsbemiddeling en anderzijds door de veranderende wet- en regelgeving. Zo is bijvoorbeeld de markt voor interventiebedrijven teruggelopen doordat de Wet Rea de subsidiemogelijkheden heeft ingeperkt. Er wordt vaker een beroep gedaan op de reguliere zorg, blijkt uit de rapportage van de zorgverzekeraars. De kans bestaat dat door de marktwerking van de curesector, die met de invoering van DBC's langzaam maar zeker wordt ingevoerd, de reguliere zorginstellingen zich ook op de reïntegratiemarkt begeven. Voor de reïntegratiebedrijven wordt het dan ook steeds belangrijker hun effectiviteit aan te tonen. Opdrachtgevers zullen zich bij hun keuze laten leiden door behaalde resultaten. Die informatie moet dus beschikbaar komen.

Clëntenkeurmerk Arcon voor reïntegratiebedrijven

Arcon belangenbehartigers voor cliënten van dienstverlening zorg & arbeid te Hengelo vroeg TNO Arbeid (periode 2001-2002) mee te werken aan de introductie van een Clënten Kwaliteitskeurmerk Reïntegratie (CKR). Als reïntegratiebedrijven aan vijf kwaliteitseisen voldoen, komen ze in aanmerking voor dit keurmerk.

Eerst zijn cliënten gevraagd naar hun opvattingen over het ideale reïntegratiebedrijf. Vervolgens is de haalbaarheid van de verkregen criteria getoetst bij opdrachtgevers en uitvoerders van reïntegratietrajecten. Het keurmerk kan op dit moment als complementair beschouwd worden naast het Borea keurmerk dat vanuit aanbieders van diensten is ontstaan.

6.4 Zorgverleners

Omvang en spelers

Het zorgaanbod in Nederland is privaat georganiseerd. Niettemin zijn onder meer de capaciteitsplanning en financiering sterk door de overheid gereguleerd. In 2001 werd in Nederland 37,5 miljard euro aan de gezondheidszorg besteed, dat is 8,5 procent van het Bruto Nationaal Product (BNP). Ondanks dat het zorgaanbod in Nederland internationaal goed staat aangeschreven, zijn er wel degelijk knelpunten: lange wachtlijsten, personeelstekorten, een hoog ziekteverzuim en beperkte mogelijkheden om daadwerkelijk aan de zorgvraag tegemoet te komen. Mede hierdoor is er sprake van een belangrijke en geleidelijke verschuiving van aanbodregulering door de overheid naar meer vraagsturing en marktwerking.

Nederland beschikt over ruim honderd algemene ziekenhuizen en acht academische ziekenhuizen. Daarnaast zijn er in de afgelopen jaren enkele privé-klinieken opgericht die poliklinische zorg en dagbehandeling leveren. Meestal is deze zorg gericht op slechts één of enkele medische disciplines of bepaalde aandoeningen (zoals rugklachten).

Trends

De curatieve zorg (*cure*) en verpleging en verzorging (*care*) vertonen trends als een toename van de ketenzorg (waardoor *cure* en *care* in elkaar overlopen), een afname van het klinisch werken (meer vanuit de thuissituatie herstellen) en de snel voortschrijdende technologie. Hierbij gaat het enerzijds puur om het doorgeven van cliënt/patiëntinformatie met behulp van informatie- en communicatietechnologie, anderzijds worden steeds meer *stand alone* apparaten 'intelligent' en hun signalen kunnen, eventueel na voorbewerking of voorselectie, via deze netwerken op andere plaatsen worden beoordeeld op de noodzaak tot verdere actie. Geleidelijk geeft de zorgsector zich meer rekenschap van verwante activiteiten. Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat de reïntegratie van de werknemer meer in het zorgbeleid wordt betrokken. Ook zouden systemen voor het informeren over en voorschrijven van hulpmiddelen beter op elkaar kunnen aansluiten, zoals de Rea Wijzer voor werkaanpassingen en het Hulpmiddelenkompas voor medische hulpmiddelen. Een ander voorbeeld is het ontstaan van initiatieven gericht op arbeidsgerelateerde aandoeningen. De gedachte achter de Arbeidsrelevante Diagnose Behandel Combinatie (ADBC's) is er één van.

Positionering

Door de schaalvergroting en marktwerking kunnen zorgverleners zich enerzijds richten op specifieke zorginterventies, ook op het gebied van Arbocuratieve zorg, en anderzijds op het aan de cliënt aanbieden van ketenregie voor het brede pakket van zorg en sociale zekerheid. Juist bij grote instellingen moet de menselijke maat voor zowel de cliënt als de werknemer in het oog worden gehouden.

6.5 Zorgverzekeraars

De in Nederland werkzame zorgverzekeraars zijn in drie categorieën onder te verdelen: regionale ziekenfondsen, landelijk werkende zorgverzekeraars en landelijk werkende verzekeraars. De regionale ziekenfondsen bieden vaak uitsluitend ziekenfondsverzekeringen aan. Zij streven bewust naar een sterke positie in hun regionale zorgveld om zo rechtstreeks met zorgverleners te kunnen onderhandelen. De landelijk werkende zorgverzekeraars zijn vaak voormalige ziekenfondsen die hun afzetgebied willen uitbreiden, of ondernemingen die zijn ontstaan door fusies en samenvoegingen van verschillende ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Zij bieden zowel ziekenfondsverzekeringen als particuliere polissen aan. Tot slot bestaan er landelijk werkende verzekeraars die ook ziektekostenverzekeringen in hun pakket hebben.

In de afgelopen jaren hebben fusies voor een belangrijke schaalvergroting gezorgd. Deze trend zet zich naar verwachting voort. Inmiddels zijn er enkele grote verzekeraars ontstaan met enkele miljoenen zorgverzekerden. Toch blijft een aantal voormalige ziekenfondsen met nadruk de filosofie uitdragen van relatieve kleinschaligheid en regionaal werken.

Ongeveer tweederde van de Nederlandse bevolking heeft een ziekenfondsverzekering, éénderde is particulier verzekerd. De particuliere verzekering kan zowel op individueel niveau als collectief via de werkgever worden afgesloten. Doordat langs deze weg ook werkgevers klant zijn, neemt het belang van de samenhang tussen zorgverzekeraars en arbeidsgerelateerde verzekeringen en dienstverlening toe. De zorgverzekeraar zou een intermediaire rol kunnen vervullen in het terugdringen van ziekteverzuim door een adequate toegang tot het zorgaanbod te regelen. Er bestaan reeds grote verzekeraars (zoals Achmea) die Arbo- en reïntegratiedienstverlening, zorgverzekeringen en al dan niet ziektegerelateerde inkomensverzekeringen in één integraal product aanbieden.

Mededingen en marktwerking

Op de markt van de zorgverzekeringen is in toenemende mate sprake van mededinging en marktwerking. Voor ziekenfondsverzekeringen is dit een vrij recente ontwikkeling, die in gang is gezet door de wens van de overheid om het stelsel te moderniseren. Hierbij tracht de overheid het onderscheid tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen zoveel mogelijk op te heffen. In de huidige discussie over de aanpassing van het zorg- en verzekeringsstelsel wil men komen tot één verplicht pakket in de basisverzekering en daarnaast de mogelijkheid tot aanvullende verzekeringen. De basisverzekering en aanvullende verzekeringen zouden zowel door de voormalige ziekenfondsen als door particuliere verzekeraars worden aangeboden en uitgevoerd.

Zorgverzekeraars staan voor de opgave kosten te besparen door goed op prijs en kwaliteit in te kopen, tegelijkertijd te investeren in zorginnovaties en dit zo snel mogelijk te vertalen naar hun dienstenaanbod. Bovendien moet dit dienstenaanbod in de pas lopen met de interne bedrijfsvoering en vice versa.

6.6 Verzekeraars (inkomen/schade)

Ontwikkeling sociale verzekeringsmarkt

Met de privatisering van de ziektewet, de introductie van Pemba en het wijzigen van de WAO is een markt ontstaan van diverse inkomens- en schadeverzekeringen. Alle verzekeringsmaatschappijen bieden op deze markt producten aan. Na een eerste prijzenslag wordt de laatste jaren vooral ingezet op schadelastbeperking. Dit wordt met name bereikt door diverse arrangementen van Arbo- en reïntegratiedienstverlening in combinatie met flexibele premies aan te bieden. Overigens zien we ook hier dat sommige branches op basis van CAO-afspraken collectieve verzekeringen afsluiten die bovenop de wettelijke regelingen komen. Het is met name het MKB dat zich verzekert. Hierdoor is in feite de financiële schadelast van de overheid, via de werkgever naar de verzekeraar verschoven. De verzekeraars bieden dan ook aanvullende diensten om het verzuim te verlagen. Ook de prijsprikkel (pakketkorting bij een verzekering en afname Arbocontract van hetzelfde conglomeraat) wordt daarbij gehanteerd. Het is echter onvermijdelijk dat de verzekeraars de door de aard van het bedrijf olopemde schadelast uiteindelijk doorvertalen in hogere premies.

Ook lokale overheden ontwikkelen initiatieven voor geïntegreerde dienstverlening op het terrein van verzekeren, reïntegratie en zorg.

Ketenregisseurs?

Verzekeraars staan voor de opgave om in een zwaar concurrerende markt de kansen die de nieuwe ontwikkelingen bieden om te zetten in winstgevendende diensten voor werkgevers, branches en lokale overheden. De ketenregie van het aanbod zal hierbij een belangrijke rol spelen.

Procesherontwerp voor grote verzekeraar

Een grote landelijke verzekeraar heeft TNO Arbeid gevraagd hen te ondersteunen bij het herontwerpen van het claimbehandelingsproces van de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen. Doelstelling was het omvormen van de claimbehandeling van een volgend administratief proces tot een pro-actief casemanagement: een klantgerichte benadering en het beheersbaar maken van de schadelast. In een aantal sessies met de klant zijn de uitgangspunten voor het nieuwe werkproces geformuleerd. TNO heeft vervolgens in nauwe afstemming met de klant een nieuw werkproces en ondersteunende richtlijnen opgesteld, gericht op het zo vroeg mogelijk in het proces adequaat beoordelen van de claim en het opstellen van een plan van aanpak. Het actief betrekken van de betrokken medewerkers heeft niet alleen geresulteerd in voor de praktijk bruikbare producten, maar heeft tevens bijgedragen aan de noodzakelijk attitudeverandering.

6.7 Pensioenfondsen

Vermogenspositie

De dalende beurskoersen in de jaren 2002 en 2003 en de te lage premieinkomsten in de periode daarvoor hebben de vermogenspositie van de pensioenfondsen aangetast. Dit heeft geleid tot een discussie over het minimale vermogen dat pensioenfondsen moeten aanhouden om hun toekomstige lasten te kunnen dekken. Overigens is in Nederland nooit echt een maatschappelijke discussie gevoerd over bijvoorbeeld een combinatie van omslagstelsel en kapitaallastdekking. In België is er wel zo'n discussie geweest en die heeft geleid tot een wezenlijk andere benadering van kapitaallastdekking.

De wijziging in de vermogenspositie van de pensioenfondsen heeft geresulteerd in een forse stijging van de pensioenpremies voor werkgevers en werknemers. Dit komt ten laste van het bedrijfsresultaat en de koopkracht. Daar komt bij dat langzamerhand steeds meer pensioenfondsen kiezen voor een middelloondekking in plaats van een eindloondekking. Dit betekent dat velen zich individueel moeten bijverzekeren om de gewenste inkomenspositie op de pensioengerechtigde leeftijd veilig te stellen. Verder wordt door de vergrijzing de arbeidsparticipatie van ouderen

een steeds belangrijker thema, mede in relatie tot het opbrengen van de premie voor diverse regelingen.

Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en levensloop

Een aantal pensioenfondsen kent een premievrije pensioenopbouw bij arbeidsongeschiktheid. In feite is dit een schadelast door arbeidsongeschiktheid die honderden miljoenen euro's bedraagt. In 2003 is bij onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers in de sector rijksoverheid overeengekomen dat het ABP de premievrije pensioenopbouw bij arbeidsongeschiktheid gedeeltelijk laat vallen. Hoe dan ook heeft een groot aantal pensioenfondsen baat bij een lage arbeidsongeschiktheid binnen hun sector.

Als laatste valt ten aanzien van pensioenfondsen nog te melden dat zij mogelijk een rol krijgen bij het opzetten en uitvoeren van levensloopregelingen. Hierbij zouden zorgverlof, spaarverlof en een variabele pensioenleeftijd kunnen leiden tot het verschuiven van kosten en baten in het arbeidzame leven van de werknemer. Ook zou dit aanleiding kunnen zijn tot een andere kijk op het sociale zekerheidsstelsel, omdat werknemers en werkgevers de pensioenfondsen besturen.

Pensioenfondsen staan voor de uitdaging het concept van de levensloopregeling verder inhoud te geven door in te spelen op de mogelijkheden die CAO-partijen en individuele cliënten wensen.

6.8 Samenhang sociale zekerheid en zorg: ketens, regisseurs en onderaannemers

De samenhang tussen de sociale zekerheid en zorg op de markt is duidelijk te zien in het overzicht aan het begin van dit hoofdstuk, dat de ketens toont die vanuit een geïntegreerde klantbenadering een *full-service*concept aanbieden. Dit wil overigens nog niet zeggen dat de *back-office* van deze ketens optimaal is georganiseerd. De ketens zijn vaak door overnames ontstaan en in veel gevallen moet het nog tot synergie komen. Daarnaast blijven er zelfstandige spelers in de markt die als vitale onderaannemer in wisselende ketens functioneren.

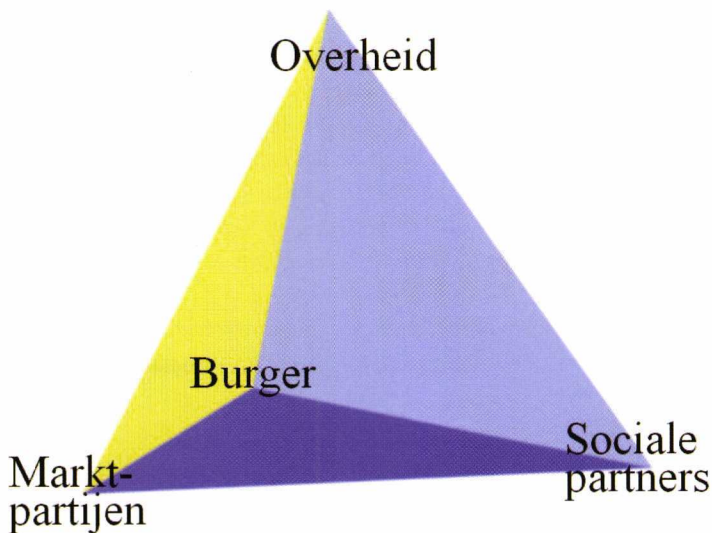
Een volgende stap is de zorgmarkt. Voor diverse verzekeraars, zowel schade- als zorgverzekeraars, lopen pilots met particuliere initiatieven. Zo worden langzaam maar zeker zorgverleningketens opgezet voor een optimale dienstverlening. Veel zal afhangen van de richting die de wetgever bij het moderniseren van het zorgstelsel inslaat.



7 Drie scenario's

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven wij u, mede op basis van de trends en ontwikkelingen uit hoofdstuk 2, drie scenario's. Deze bieden u de mogelijkheid uw gedachten voor de toekomst verder aan te scherpen.



Figuur A, spanningsdriehoek

Vier trends

Er zijn vier maatschappelijke trends waar te nemen en die samenkomen in begrippen als versnelling en dynamisering van de samenleving. Ook op de sociale zekerheid en zorg hebben deze trends hun uitwerking. Voor zowel de publieke als de private sector geldt dat veranderingen *trendproof* moeten zijn. Een aantal zaken is al in gang gezet. Zo laat het CPB in haar studie *Four Futures of Europe* zien hoe het aankijkt tegen de toekomst van de welvaartsstaat. Hoewel overheden die zich terugtrekken op kerntaken minder kwetsbaar zijn voor structurele ontwikkelingen, blijft een adequaat optreden van de overheid nodig in de sociale zekerheid, de zorg en het onderwijs. Overheden kunnen er volgens het CPB voor kiezen sociale zekerheid en zorg te hervormen. Gerichter werken

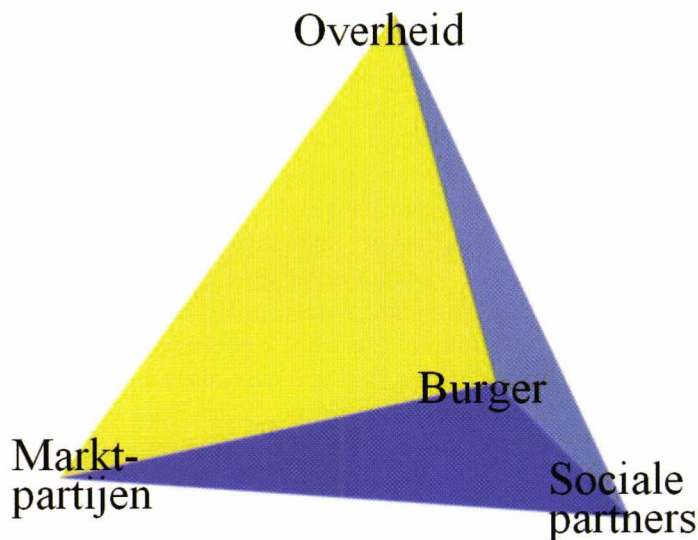
kan het overheidsbeleid doelmatiger en doeltreffender maken. Ook zal het draagvlak voor overheidsoptreden in stand blijven. Hoe dan ook betekent dit een terugtrekkende dan wel een (zichzelf) hervormende overheid, en die staat centraal in alle drie de scenario's.

De analyse van het CPB onderschrijft het beeld dat er een spanning is tussen de vier maatschappelijke actoren op het terrein van sociale zekerheid en zorg: de overheid, de marktpartijen, het individu (de burger, de cliënt, de werknemer) en de sociale partners. Elk scenario gaat uit van een dominante ontwikkeling die de rol van drie van de vier actoren benadrukt. De vierde actor blijft echter een rol spelen, zij het duidelijk minder prominent dan de andere drie. Figuur A geeft dit in een zogenoemde 'spanningsdriehoek' weer. De spanningsdriehoek in figuur A legt de nadruk bij burger, overheid en sociale partners; dit beslaat het grootste veld binnen de spanningsdriehoek. Overigens is de figuur ten principale niet statisch maar dynamisch. De onderlinge vlakverdeling wijzigt aan de hand van de invulling van de dominante trend. Uw organisatie kan haar positie verder bepalen door deze spanningsdriehoek vanuit de eigen omgeving te analyseren en in te vullen.

In het eerste scenario speelt de lokale overheid een sleutelrol in de sociale zekerheid en zorg in relatie met lokale marktpartijen en het individu. Het tweede scenario beschrijft een toekomst waarin er meer verantwoordelijkheden liggen bij de sociale partners die een relatie hebben met de marktpartijen en individuen. In het derde scenario ten slotte staat het individu als consument met veel koopkracht centraal.

7.2 'It's the community, stupid!'

In dit scenario voert de lokale gemeenschapszin de boventoon. Op lokaal niveau ontwikkelt zich een sterk gemeentelijk bestuur, dat mede wordt gedragen door een vitale, directe en lokale democratie. Deze democratie is te herkennen aan de gekozen burgemeester, lokale referenda, burgerinitiatief, burgerpanels om voor lokale problemen lokale oplossingen te zoeken en onafhankelijke gemeentelijke rekenkamers waarin betrokken en deskundige burgers periodiek zitting hebben.



Figuur B, lokale gemeenschapszin: overheid – burger - markt

Werk en participeren

Het gemeentelijk beleid is integraal en stuurt actief op de keten van werk, inkomen, welzijn, zorg, onderwijs en huisvesting. Het gedachtegoed van de Wet Werk & Bijstand en de Wet Maatschappelijke Zorg biedt hiervoor de basis. Bij het revitaliseren van wijken is er aandacht voor verbetering van de harde infrastructuur (zoals huisvesting) én van de zachte infrastructuur (zoals onderwijs en reïntegratietrajecten). De gemeente initieert lokaal overleg tussen werknemers en werkgeversorganisaties dat prima aansluit op het versterken van de lokale economie en de arbeidsmarkt die, zeker voor de onderkant, lokaal georiënteerd is. De gemeente is zich bewust van haar relatie met haar klanten, de burgers. Zakelijke dienstverleners als reïntegratiebedrijven en verzekeraars ondersteunen de gemeente bij het hieraan invulling geven.

Werkgevers, al dan niet lokaal georiënteerd, hebben zich op bedrijventerreinniveau georganiseerd en kopen gezamenlijk dienstverlening in. Zij sluiten verzekeringen af, regelen de mobiliteit en hebben een arbeidspool die in goede tijden uitkeringsgerechtigden een werkervaringsplaats biedt zodat zij met ervaring kunnen doorstromen naar een reguliere arbeidsplaats bij één van de bedrijven op het bedrijventerrein. De gemeente koopt reïntegratietrajecten in bij reïntegratiebedrijven die dergelijke initiatieven ondersteunen. In slechte tijden fungeert de ar-

beidspool als buffer, door werknemers die overtollig dreigen te raken bij andere bedrijven in te zetten. De overheid ondersteunt dit met een 'inverdienpremie' aan de werkgevers, omdat zij op deze manier minder WW-uitkeringen en daarna minder bijstandsuitkeringen moet betalen. Ook het risico van verzuim en arbeidsongeschiktheid is gespreid. Gezamenlijk wordt op maat gesneden Arbodienstverlening ingekocht en tijdelijk (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten kunnen vanuit de arbeidspool reïntegreren bij de oorspronkelijke of een nieuwe werkgever. Verder zijn er in overleg met de gemeente de nodige voorzieningen geregeld, zoals de kinderopvang en een dependance van het Regionaal Opleidings-Centrum. De verantwoordelijkheid voor de medeburgers die geen volwaardige arbeid kunnen verrichten, denk aan de voormalige sociale-werkvoorzieningspopulatie, ligt bij het lokale bedrijfsleven. Werk en participeren in de lokale gemeenschap staat boven aan het normen-en-waardenlijstje van de lokale bevolking.

Handen ineen geslagen

De gemeente heeft niet alleen haar beleid, maar ook haar *front-office* goed geregeld. Trajecten op het terrein van werk, inkomen en zorg sluiten naadloos op elkaar aan. De administratieve *back-office* is inmiddels ondergebracht bij een regionaal samenwerkingsverband, dat op het punt staat over te gaan naar een private zakelijke dienstverlener. Dit model lijkt ook op dat van de voormalige thuiszorg, verzorging en verpleging en ziekenhuizen: een lokale, kleinschalige *front-office* waar de professional adviseert en begeleidt en een *back-office* die uitermate efficiënt de processen organiseert met een hoge kwaliteit tegen een lage prijs. De samenwerking tussen al deze instanties verloopt efficiënt door een intensieve inzet van ICT. Dit betekent onder andere dat de gemeente alleen samenwerkt met partijen die werken volgens haar gefiatteerde en geprotocolleerde werkwijze. In het verlengde van de gemeentelijke Rekenkamers heeft de gemeenteraad in een aantal gemeenten en regio's aangedrongen op sterke toezichthoudende organen dan wel marktautoriteiten. Deze instanties moeten onder andere de gemeentelijke aanbesteding controleren en waken over de mededinging in het algemeen.

De Belastingdienst en de voormalige zelfstandige bestuursorganen als het UWV, de CWI en SVB zijn in de *back-office* georganiseerd als één groot *shared service center* met lokale, vriendelijke, laagdrempelige winkels volgens het justitie-in-de-wijkconcept en met een op de couleur locale gerichte uitstraling. De *community* heeft de handen in één geslagen om 'oud- en nieuwkomers' goed op te vangen. Burgers geven vrijwillig onderwijs in de Nederlandse taal en geschiedenis aan hun allochtone wijkgenoten. Het inburgeringsproces verloopt voorspoedig.

Differentiatie naar regio

De binding met de lokale klant is een belangrijk aspect van dit scenario. Als eerste moet de gemeente bepalen hoe smal of hoe breed ze de relatie met de burger wil invullen. Ook voor de zakelijke dienstverleners als re-integratiebedrijven en verzekeraars geldt dat ze een rol spelen bij het ontwikkelen van de relatie met de klant. Door een uitgekiend merkenmanagement worden regionaal getinte diensten vermarkt die in de back-office van één en hetzelfde 'platform' komen. In dit scenario differentieert een verzekeraar of Arbodienst de diensten niet naar doelgroepen maar naar regio. Ook kunnen ze samen met de gemeente initiatieven ontplooiën om bijvoorbeeld gezamenlijk een compleet dienstenpakket aan te bieden voor werkgevers op een bedrijventerrein zoals een reïntegratie/arbeidspool voor werklozen, arbeidsongeschikten of langdurig zieken. Een plaatselijk filiaal van een landelijke keten kan Wsw-geïndiceerden in dienst nemen (met ondersteuning van het publieke sociale werkvoorzieningsbedrijf) om zo zijn binding met de lokale gemeenschap en zijn maatschappelijke rol tot uitdrukking te laten komen.

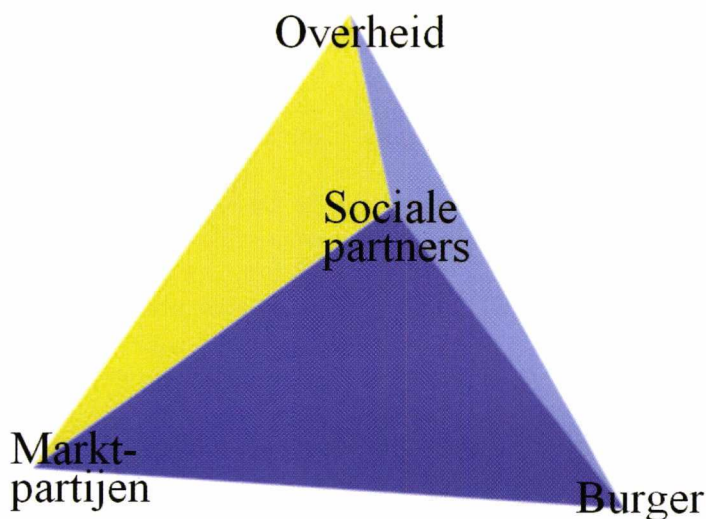
Enkele nadelen

Langzamerhand tekenen zich ook enkele nadelen af. Zo is de *community* steeds meer gericht op behoud en niet op vernieuwing. Dit wordt nog eens versterkt door de vergrijzende bevolking. Er wordt weinig van de buitenwereld aangenomen. Er ontstaat steeds meer verzet tegen de regelgeving uit Brussel (Den Haag als voormalig centrum van de rijksoverheid is niet meer; de tegenpolen zijn nu Brussel en de *communities* verspreid over de Europese Unie). De bij aanvang positieve gemeenschappelijke verantwoordelijkheid krijgt trekjes van een gemeenschap die alleen voor 'ons soort mensen' is.

7.3 'Sociale partners aan zet'

Uiteindelijk bleek het najaarsakkoord van 2003 de waterscheiding te hebben aangebracht tussen de oude en nieuwe verhoudingen tussen werkgevers, werknemers en overheid. Er waren ook al wel de nodige voortekenen: de overheid trok zich terug op een sociaalzekerheids- en zorgstelsel met enkel nog de basale voorzieningen voor degenen die het echt nodig hebben. De WAO is enkel nog maar voor mensen die 80 tot 100 procent arbeidsongeschikt zijn. De facto wordt de WW afgeschaft en het vangnet, de bijstand, wordt aan de gemeenten overgelaten. Maar die gemeenten zijn in feite nog niet in staat dit goed te organiseren. De maatregelen die bij het Najaarsakkoord 2003 nog waren afgekocht met loonmatiging, komen twee jaar later dubbel zo hard terug. Ondertussen

verbeteren in een paar sectoren waar al gesaneerd was, de arbeidsvoorwaarden op bedrijfs- en individueel niveau weer zoals eind jaren negentig van de 20e eeuw; de tweedeling op de arbeidsmarkt zet door.



Figuur C: tweedeling arbeidsmarkt zet door: sociale partners – markt – overheid

Met de start van de door Brussel ingegeven discussie over *risque social* en *risque professionnel*, wordt langzaam maar zeker begonnen met sectorale fondsen om bovenwettelijk regelingen aan te vullen. Als eerste stellen de werkgevers in de bouw in 2003 een fonds voor aanvullende uitkeringen bij bedrijfsongevallen in, uit angst voor een claimcultuur⁶ en arbeids-onrust. Grote bedrijven als Unilever sponsoren de werknemersorganisaties met marketingstrategieën. Het is niet ongebruikelijk om vakbondsleden ook in arbeidsvoorwaardelijke zin een streepje voor te geven. Eerst uit zich dit in een betere vertrekregeling bij gedwongen

⁶ Op dit moment maakt het onderwerp sociale zekerheid nog geen deel uit van de EU-verdragen. Dit betekent dat op dit moment Nederland nog in zekere zin autonoom kan optreden. De verwachting is dat dit onderwerp in de toekomst wél tot de bevoegdheid van de Europese Unie gaat behoren. Dan lijkt het waarschijnlijk dat Nederland het onderscheid tussen het *risque professionnel* en het *risque social* moet invoeren overeenkomstig het systeem in de overige EU-lidstaten. Daarmee zou Nederland terugkeren tot een situatie die sterk doet denken aan de Ongevallenwet, zoals die tot 1967 in Nederland vigeerde. Dat daartoe al aanzetten worden gegeven illustreert het SER-advies over de WAO. Dat oppert werkgevers te verplichten zich te verzekeren tegen dit *risque professionnel*, onder gelijktijdige intrekking van de mogelijkheid van de werknemer om de schade van een arbeidsongeval of een beroepsziekte te verhalen op de werkgever. Bijkomend voordeel is dat er een dam wordt opgeworpen tegen de claimcultuur.

ontslag. Later wordt het ook positief geformuleerd in de vorm van spaar- en verzekeringsarrangementen. De werknemersorganisaties krijgen in bepaalde sectoren duidelijk de wind in de rug.

Employee-benefits

Zakelijke dienstverleners als (zorg)verzekeraars, Arbodiensten en reïntegratiebedrijven benaderen sociale partners met interessante *employee-benefits*arrangementen. Na verloop van tijd worden ook nevendiensten georganiseerd, zoals opleidingen (*education permanente*), kinderopvang, voorrangszorg, thuiszorg voor de zieke werknemer of zijn partner die extra zorg nodig heeft. Dit wordt grotendeels betaald uit de loonruimte die voor de Sectorale *employee-benefits*afspraken (voorheen ook wel CAO-afspraken genoemd) is ingezet. Binnen deze afspraken is er individuele ruimte voor besteding nu of reservering voor pensioen. De dreigende werkloosheid wordt opgelost door een speciale procesregisseur die snel schakelt binnen de sector in samenwerking met de reïntegratiebedrijven/uitzendbureaus die binnen de sector als *preferred supplier* opereren. In de echt moeilijke gevallen worden de problemen in overleg met andere sectoren opgelost. Ook de reïntegratie van (langdurig) zieken wordt langs deze weg georganiseerd. Binnen de goed georganiseerde sectoren is er volop solidariteit. In een aantal sectoren verzorgen de sociale partners in nieuwe *joint ventures* met zakelijke dienstverleners de regie. Dit betekent voor de zakelijke dienstverleners die niet tot een holding behoren, dat zij zich met name toeleggen op een doelmatige en doeltreffende dienstverlening op het terrein van reïntegratie, HRM en arbo. Overigens kunnen bedrijven ook een tweeledige strategie opzetten: regievoerder én *value-for-money* onderaannemer.

Ondertussen heeft de overheid, die zich nu geheel op haar kerntaken van ordehandhaving kan richten, onder druk van werknemers en werkgevers de sectoren met het meest economische gewicht fiscaal voordeel verschaft via diverse regelingen.

Enkele nadelen

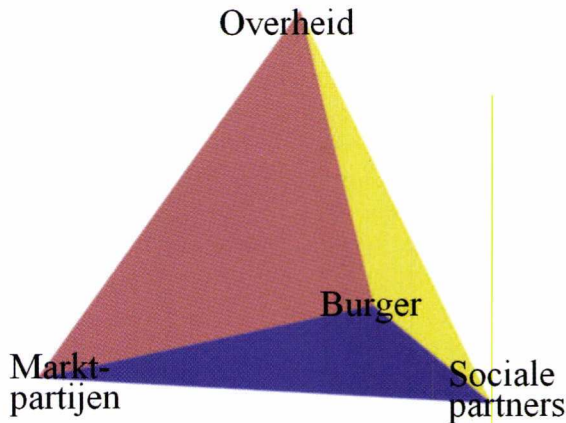
Helaas kent ook dit scenario nadelen. De groep die, door omstandigheden, in een minder vitale sector werkt of helemaal niet aan werken toekomt door bijvoorbeeld een afgebroken schoolcarrière, moet zien rond te komen van twee laagbetaalde routinebanen ('McJobs'). Met hun schamele inkomen moeten ze ook de alledaagse voorzieningen zoals huisvesting, onderwijs en dergelijke betalen. Individueel bijverzekeren is voor deze groep te duur. Rest slechts het terugvallen op de lokale voorzieningen. Door de decentralisatie van de bijstand en de schadelast ver-

schilt het uitkeringsniveau per gemeente. De gemeente is vrijer en kan de dienstverlening zelf op peil houden.

7.4 'Consument als lifestyle'

De wereld ligt open voor de burger die zich steeds meer als consument gedraagt. Via internet is hij één klik verwijderd van zijn wensen; informatie, entertainment, shoppen: het kan altijd en overal. Kortom, vrijhandelsverkeer via de informatiesnelweg.

De burger is zich ook bewust van zijn macht als consument en kan met gecoördineerde acties (meedoen aan een boycot, hoppen van de ene naar de andere dienstverlener) zaken naar zijn hand zetten. De dienstverlening is in de afgelopen jaren met sprongen vooruit gegaan. De overheid bewaakt de kwaliteit en is vooral als marktmeester actief.



Figuur D: vrijhandelsverkeer via de informatiesnelweg: burger – markt - overheid

Sociale zekerheidsstelsels worden gelijkgeschakeld

'Europa' is prominent terug te vinden in het basisrecht op werk, het vrije verkeer van werknemers én in het sociale vangnet. De socialezekerheidsstelsels worden gelijkgeschakeld. Als iemand zijn gelijk niet krijgt, heeft hij de weg naar de Europese rechter snel gevonden.

Organisaties (zowel publiek als privaat) zijn transparant en bieden inzicht in prijs en kwaliteit. Tegelijkertijd is het onderscheidend vermogen van producten en diensten geworden tot de lifestyle die ze uitdragen: differentiatie naar doelgroepen. Dat in de *back-office* dezelfde dienst wordt geleverd, doet er niet zoveel toe. Daarnaast stelt een aantal partijen zich op basis van hun betrouwbare merknaam op als adviseur en intermediair. Zij maken overzichten van alle beschikbare diensten inclusief

een kwalitatief oordeel; dit alles om het de consument eenvoudiger te maken. Daarnaast zijn er organisaties die als intermediair tussen aanbieder en vrager opereren. Dit levert gemak en snelheid op en de merknaam staat (in principe) garant voor betrouwbaarheid.

Rijksoverheid en consument

De rijksoverheid heeft zichzelf hervonden door enerzijds als toezichthouder op te treden en anderzijds door zelf ook efficiënt, *just in time* en klantgericht te werken. Inspecties en marktautoriteiten op het terrein van onderwijs, gezondheidszorg, reïntegratie, financiële dienstverleners en dergelijke zetten haarfijn op internet de meest actuele benchmarks. Wanpresterende organisaties (publiek en privaat) worden genadeloos in het openbaar te kijk gezet. Omdat een dergelijke negatieve publiciteit schadelijk is voor het imago, is de organisaties er veel aan gelegen om goed te presteren. Ook maatschappelijk ondernemen, bijvoorbeeld door arbeidsgehandicapten in dienst te nemen, draagt bij aan een beter imago.

De overheid voert specifiek beleid om individuen die minder kansen hebben gehad een extra kans te geven. Hoewel dit ten koste gaat van de privacy, is de opinie over de op maat gemaakte overheidsinterventie van welke aard dan ook (extra scholing, schuldhulpverlening, reïntegratietraject) over het algemeen positief. Overigens zijn deze interventies gericht op meetbare successen en duren ze nooit lang: snel en goed is het adagium dat de cliënt extra motiveert.

Voormalige zelfstandige bestuursorganen als het UWV, de SVB en IBG, maar ook de uitvoerder van de huursubsidie en zorgsubsidie en de Belastingdienst zijn samengesmolten tot één krachtige rijksdienst. De voormalige Belastingdienst vormt hiervan de kern. Deze rijksdienst ressorteert rechtstreeks onder de verantwoordelijke minister.

De goed geïnformeerde consument regelt, bij dreigende werkloosheid of arbeidsongeschiktheid, zijn eigen reïntegratie. Hij zoekt het meest geschikte reïntegratiebedrijf met het beste imago en kan, nog steeds *on line*, een deel van zijn 'Individuele Arbeid, Zorg en Inkomen Budget' inzetten voor het betalen van de rekening. Eventueel kan hij met behulp van de *e-adviser* van het 'Portaal voor Arbeid, Zorg en Inkomen' (PAZI) gratis advies inwinnen. Na enig touwtrekken is de nieuwe PAZI-organisatie een samensmelting van de CWI, het LCI, het zorgkantoor en de *front-offices* van het UWV en de SVB. Als hij zich zondagavond meldt bij het reïntegratiebedrijf - dit kwam hem namelijk het beste uit - zijn de relevante onderdelen van zijn elektronische dossier al bij het reïntegratiebedrijf gearriveerd, uiteraard onder streng toezicht van de Algemene

Informatiekamer. Via internet regelen mensen zelf een afspraak met een consulent en kunnen ze een eerste elektronische *assessment* afleggen.

De zorg

Zorginstellingen hebben zich gespecialiseerd om een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitverhouding te kunnen leveren. De zorgverzekeraars hebben ondertussen de touwtjes strak aangehaald. De zorgverzekeraars kopen immers in, zijn intermediair en verwijzen door. Vergeleken met de andere dienstverleners die aanspraak maken op de rol van regisseur hebben zij de meeste aandacht besteed aan hun imago en bedienen zij met diverse labels verschillende doelgroepen. De zorgverzekeraars zijn de daadwerkelijke procesregisseurs geworden. Onderwijl wordt door *cross selling* via het intranet van de werkgever (waarmee het collectieve contract is gesloten) een *last-minutereis* aangeboden voor een lang weekend in een Spaans kuuroord. Zorginstellingen die onder de norm presteren, worden gepasseerd. De zorgconsument kan *real time* zien op welk tijdstip hij is ingepland voor zijn behandeling en krijgt schadevergoeding als de zorginstelling haar afspraak niet na komt.

Enkele nadelen

Ook in dit scenario wordt een aantal nadelen zichtbaar. Hoewel de senioren in de samenleving ondertussen behoorlijk goed met de nieuwe media overweg kunnen, is er een groep die de aansluiting heeft gemist. Initiatieven om langdurig werklozen een pc van overheidswege ter beschikking te stellen, baten niet. Deze groep digibeten (veelal lager opgeleiden) krijgt het steeds moeilijker de juiste informatie te bemachtigen en hun zaken te behartigen. Helaas blijkt deze groep ook op andere terreinen achterstanden te hebben opgelopen. Die achterstanden blijken nu voor het eerst ook intergenerationeel te zijn: geen toegang tot de belangrijkste informatie, geen werk (net niet snel of handig genoeg gereageerd op *on-linevacatures*), een lage uitkering, een minder goede gezondheid, weinig onderwijs.



8 Betekenis van de scenario's

De drie scenario's zijn niet bedoeld als voorspellingen, daarvoor is de werkelijkheid te ingewikkeld. Daarbij komt dat we de toekomst niet kunnen voorspellen: maatschappelijke actoren maken samen de toekomst. Elke partij heeft daarbij zijn eigen mogelijkheden en verwachtingen. Met scenario's kun je grip krijgen op de complexe werkelijkheid doordat ze laten zien hoe alles met alles samenhangt. Dankzij die grip kunnen individuele maatschappelijke actoren de meest verstandige koers uitzetten. De internationale samenleving is zo dynamisch geworden en vraagt om zoveel aanpassingsvermogen dat overleven zonder scenario's eigenlijk niet meer mogelijk is.

De vier maatschappelijke actoren waartussen spanningsrelaties bestaan, vormen het kader voor de scenario's. We hebben het over de overheid, het individu, de sociale partners en de markt. Daartussen bevinden zich de opties voor diverse partijen (zowel publiek als privaat) om hun positie te bepalen. In de complexere samenleving zullen individuele actoren met deze vier stakeholders of klantgroepen rekening moeten houden bij het bepalen en uitwerken van hun missie, visie strategie en doelen.

8.1 Procesregisseur

Alle drie de scenario's kennen een behoefte aan procesregie binnen een keten. De procesregisseur zal zowel kennis en kunde moeten hebben op het gebied van strategische en beleidsmatige vraagstukken en de uitvoering. Juist in die uitvoering blijkt de complexiteit van de materie, die er door de huidige wet- en regelgeving niet eenvoudiger op wordt. Met een moderne wijze van protocollering, kwaliteitsbewaking en *online* informatievoorziening zijn goede stappen te zetten in de richting van een sluitend en efficiënt proces. Op een aantal terreinen kan de overheid (rijksoverheid, provincie, gemeente of ZBO) deze rol vervullen. Op andere terreinen kunnen sociale partners of marktpartijen een dergelijke regie op zich nemen en uitvoeren. Welke terreinen en welke rollen, dat moet nog blijken.

8.2 Metamediair

Verder is duidelijk geworden dat de advies- en intermediairrol belangrijk zijn. Door de technologische veranderingen nemen de keuzemogelijkheden oneindig toe. De burger, cliënt en werknemer, maar ook de werkgever en overheidsinstantie hebben behoefte aan een organisatie (publiek

of *privaat*) die *on line* betrouwbare informatie verschaft. Behalve een product- of dienstvergelijking (waarbij de cliënt zelf zijn oordeel vel) kan dit ook een advies over het juiste product of de juiste dienst zijn, waarbij ook meer kwalitatieve informatie wordt gebruikt. Als derde, meest uitgebreide optie, kan de adviseur ook als intermediair optreden en ervoor zorgen dat de transactie daadwerkelijk tot stand komt. Dit laatste betreft een *full-service* benadering waarbij de organisatie zowel adviseur als intermediair is. Omdat deze organisatie over de partijen heen kijkt, betitelen we dit als een metamediair. Het kan gaan om advies over een kwalitatief goede, prijsbewuste en onder goede arbeidsomstandigheden gemaakte sportschoen. Maar ook om advies over de best passende arbeidsongeschiktheidsverzekering of om advies over het meest geschikte reïntegratiebedrijf.

8.3 Executieve organisatie

De executieve organisatie⁷ zal een steeds belangrijke rol innemen in de scenario's. We hebben het over organisaties die doelmatig en doeltreffend hun dienstverlenings- of productieproces hebben georganiseerd. Ze hebben actuele kennis van de wensen van hun afnemers en kunnen snel nieuwe diensten en producten leveren. Tot de executieve organisaties kunnen we specialisten rekenen, maar ook grotere organisaties die met schaalvoordelen en *state-of-the-art* technologie één of meer administratieve *back-offices* uitvoeren. Een aantal van hen staat los van tijd en plaats, maar houdt *feeling* met regionale markten. Het kan gaan om private partijen als reïntegratie- en Arbodiensten, maar ook om publieke organisaties als een school. De beoordeling door de consument van de private organisaties kan ertoe leiden dat hij naar een andere marktpartij gaat. De publieke executieven worden beoordeeld aan de hand van concrete, meetbare en in de tijd afgebakende doelstellingen. Dit maakt de verantwoording door de gekozen bestuurder over het geformuleerde beleid en de uitvoering ervan aan de gekozen volksvertegenwoordigers een stuk eenduidiger.

8.4 Effectieve professional

Naast de kwaliteit van het proces zal het vooral gaan om de kwaliteit en effectiviteit van de face-to-face dienstverlening door de professionals. Is rugtraining dan een pijnstillertje? En wat is dan een goede rugtraining?

⁷ Wellicht lijkt het een woordspel, maar er is expliciet voor gekozen om de term 'uitvoeringsorganisatie' niet te hanteren. Met de term 'executieve organisatie' willen we het huidige, onterecht minder hoog in aanzien staande beeld van de uitvoeringsorganisatie opwaarderen. De gedachte is simpel: de CEO van Shell wordt immers geen 'hoofd uitvoering' genoemd.

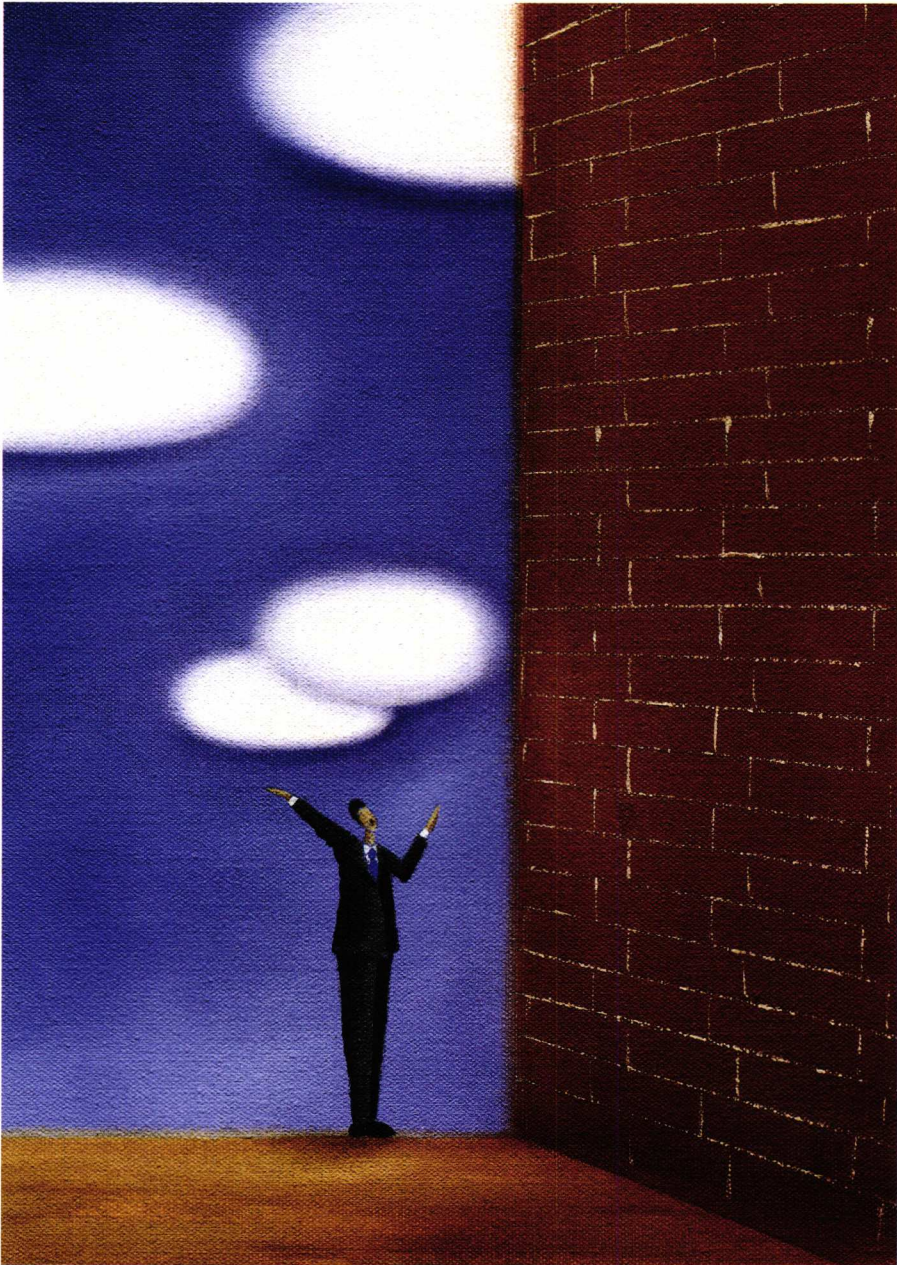
Wanneer en hoe wordt gedrag, therapie of opvoedingsondersteuning ingezet en leidt dit tot deëscalatie van de problemen? Van soortgelijke vragen dient de professional zich steeds rekenschap te geven. Zowel aan zijn cliënt als aan zijn opdrachtgever: *evidence based*. Ook voor de professional - van bedrijfsarts en huisarts tot bijstandsconsulent- is het de uitdaging in zijn interventies een antwoord te vinden op de maatschappelijke veranderingen. Binnen de (executive) organisatie zijn randvoorwaarden noodzakelijk zodat de professional optimaal functioneert.

8.5 Marktautoriteiten en toezichtorganen

Vanwege de toenemende nadruk op de beleidsuitvoering en de privatiseringen zal de overheid meer en professionelere marktautoriteiten en toezichtorganen instellen. Deze zullen toezien op de mededinging en een rechtmatige en doelmatige uitvoering. Een interessante vraag daarbij is of de sectorale marktautoriteiten en toezichtorganen vervangen zullen worden door een groot geheel. In ieder geval lijken lokale marktautoriteiten of toezichthoudende organen die waken over de gemeentelijke aanbestedingen (van infrastructuur tot en met reïntegratietrajecten) niet onlogisch, gelet op de grotere financiële belangen die op lokaal niveau zullen spelen.

8.6 Ten slotte

Welke rol uw organisatie wil vervullen hangt nauw samen met de plaats die u wilt innemen binnen de *spanningsdriehoek*. De positionering binnen deze driehoek is van groot gewicht voor uw missie, visie, strategie en doelen. TNO ondersteunt u graag bij het zicht krijgen op de complexe werkelijkheid en het ontwikkelen van scenario's ter voorbereiding op de noodzakelijke strategische beslissingen.



9 Meer informatie

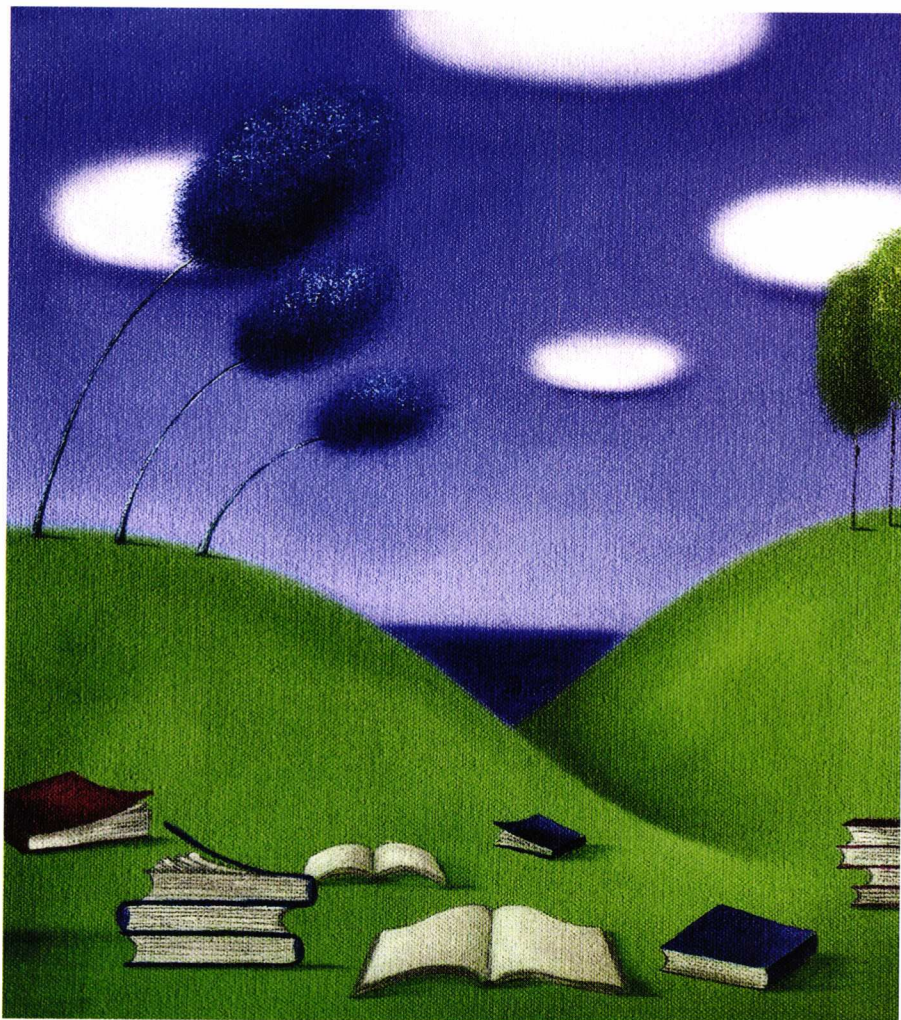
Als u meer informatie wilt of een vrijblijvend gesprek wenst, kunt u contact opnemen met:

TNO Arbeid
drs Anton J.M. Revenboer

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp
T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

a.revenboer@arbeid.tno.nl
www.arbeid.tno.nl

Deze publicatie is een gezamenlijk product van:
TNO Arbeid te Hoofddorp en TNO Preventie en Gezondheid te Leiden.



A Literatuur

Anema, H., P. Buijs, R. van Amstel. *Leidraad voor huisarts & bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding bij arbeidsverzuim*. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2001

Bavel, H.W.M., A. ten Dam-Boschloo, R. Cremer. *De cliënt als onderhandelaar op de reïntegratiemarkt: kwaliteit vanuit het perspectief van de reïntegrant*. Hengelo: Arcon, 2003.

Bevolkingsprognose voor de lange termijn. Den Haag / Heerlen: CBS, 2002.

Boer, W. de. *Claimbeoordeling in zorg en werk & inkomen*. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2003

Breitenfeller, A.J.H., B.J.B. Buiks, G. Kasten, R. Prins, M. Taylor, E.H.M. Snijders, E. Stigter. *Themastudie arbeidsgerelateerde zorg: op weg naar werkhervatting*. Utrecht: ING Medinet, 2002.

Duren, J.M.C.W. van, W.G.M. de Leeuw. *Toekomstperspectief Zorgverzekeraars op herstructurering 1e lijn*. Projectgroep herstructurering 1e lijn. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2002.

Genabeek, J. van ; A.M. Hazelzet ; W.S. Zwinkels, *Werkgelegenheidsvoorzieningen voor de Wsw-doelgroep: buitenlandse ervaringen*. Den Haag: RWI, 2003.

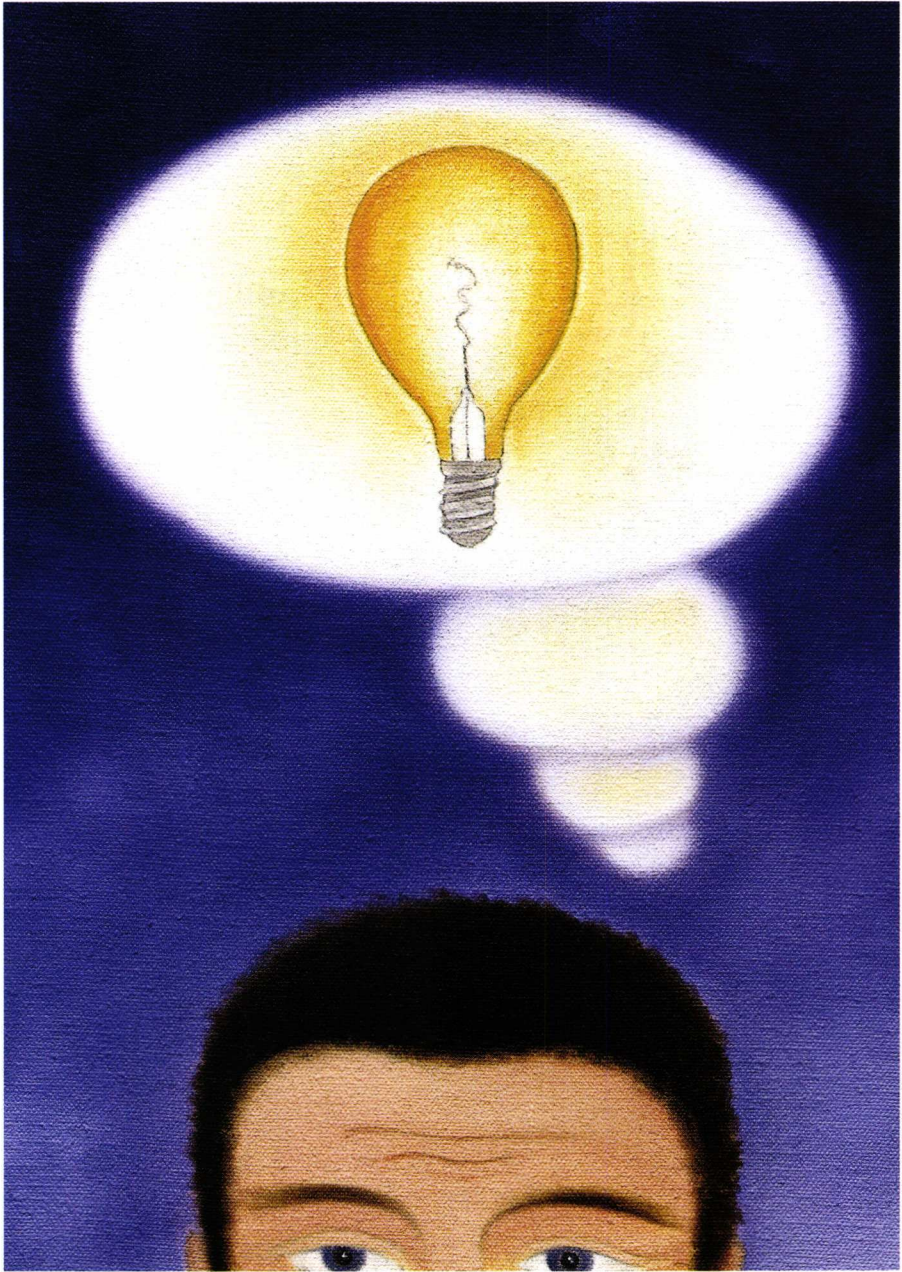
Keuzenkamp, H., L. Kok, J. van Seters. *De sociale zekerheid uitgedokterd: sociale zekerheid, gezondheidszorg en de markt voor arbeidsgerichte zorg*. Amsterdam: SEO, 2002.

Mooij, R. de ; P. Tang. *Four Futures of Europe*. Den Haag: CBP, 2003.

Rapport Sociale zekerheid en zorg. Den Haag: Ministerie van SZW, 2003.

Sociaal-Economische Raad. *Sociale zekerheid en gezondheidszorg: advies sociale zekerheid en gezondheidszorg*, nr. 98/13. Den Haag: SER, 1998

Vraag aan bod. *Hoofddlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.



B Afkortingenlijst

ABW	Algemene Bijstandswet
ADBC	Arbeidsrelevante Diagnose Behandel Combinatie
AKW	Algemene Kinderbijslagwet
Anw	Algemene Nabestaandenwet
AOW	Algemene Ouderdomswet
AVR	Arbo Verzuim en Reïntegratiebeleid
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BNP	Bruto Nationaal Product
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
CKR	Clënten Kwaliteitskeurmerk Reïntegratie
CPB	Centraal Planbureau
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DED	Digitaal Ervaringen Dossier
ESF	Europees Sociaal Fonds
FML	Functionele Mogelijkheden Lijst
FVP	Financiering Voortzetting Pensioenverzekering
FWI	Fonds voor Werk en Inkomen
GGD	Gemeentelijke, Gemeenschappelijke of Gewestelijke Geneeskundige Dienst
HRM	Human Resources Management
IBG	Informatie Beheergroep
ID-banen	In- en Doorstroombanen
IGM	Integraal Gezondheidsmanagement
IOAW	Wet Inkomensvoorziening voor Oudere en gedeeltelijk Arbeidsongeschikte Werknemers
IOAZ	Wet Inkomensvoorziening voor Oudere en gedeeltelijk Arbeidsongeschikte gewezen Zelfstandigen
IWI	Inspectie Werk en Inkomen
KNMG	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LCI	Landelijk Centrum Indicatiestelling zorg
Lisv	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen
MKB	Het Midden- en Kleinbedrijf
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
PAZI	Portaal Arbeid, Zorg en Inkomen
PAGO	Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek
PGB	Persoonsgebonden budget

Pemba	Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
QMIC [®]	Quality for Medical Information and Communication
Rea	Wet op de (re)integratie van arbeidsgehandicapten
REM	Remigratiewet
RIE	Risico-inventarisatie en evaluatie
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
RWI	Raad voor Werk en Inkomen
STECR	Platform Reïntegratie
SUWI	Structuur Uitvoering Werk & Inkomen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SZW	Ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TAS	Regeling tegemoetkoming asbestslachtoffers
TAV	Terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume
TBA	Terugdringing beroep op arbeidsongeschiktheidsregelingen
TOG	Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen
TZ/Arbo	Wet terugdringing ziekteverzuim en de Arbowet
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAJONG	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jong gehandicapten
WAZ	Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen
WIW	Wet Inschakeling Werkzoekenden
Wsw	Wet sociale werkvoorziening
Wulbz	Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WW	Werkloosheidswet
WWB	Wet Werk & Bijstand
ZBO	Zelfstandig Bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet

Er verandert veel op het terrein van sociale zekerheid en zorg. Stelselwijzingen, decentralisatie van beleid en privatisering van de uitvoering zijn belangrijke thema's. Daarbij wordt de samenhang tussen sociale zekerheid en zorg, of soms juist het ontbreken daarvan, steeds dringender.

Adequaat beleid en succesvolle uitvoering zijn alleen in goede samenhang te realiseren.

In deze publicatie geeft TNO een viertal maatschappelijke trends weer. Vanuit deze trends belichten wij de samenhang tussen sociale zekerheid en zorg. Daarbij gaan we uit van de volgende gezichtspunten:

- Individu en werkgever
- Wet- en regelgeving als kader
- Publieke uitvoeringsorganisatie
- Markt sociale zekerheid en zorg

Maatschappelijke actoren als individu, overheid, sociale partners en markt maken samen de toekomst. Om voor deze ongewisse toekomst de juiste koers uit te zetten beschrijven we een drietal scenario's. Van daaruit zijn missie, visie en strategie te formuleren. In dit kader onderscheidt TNO vijf verschillende positioneringen die van belang zijn voor het beleid en de in te zetten koers van uw organisatie. Deze scenario's en positioneringen zijn met name interessant voor beleidsbeslissers, beleidsadviseurs, uitvoerders of toezichthouders op het terrein van werk, inkomen en zorg.

Waarom deze publicatie van TNO? Onder de noemer 'kwaliteit van leven' voert TNO onderzoek uit naar en adviseert zij over concrete toepassingen bij het bedrijfsleven en de overheid op het gebied van sociale zekerheid, (gezondheids)zorg en arbeids- en organisatievraagstukken. TNO is daarin een belangrijk partner.

