

UVI, zorgverzekeraar en Arbodienst. Nu nog een doorgeefluik naar de achterliggende organisaties, maar in de toekomst een actieve all round speler op de markt.

Bronnen

Marktwerking in de Sociale Zekerheid. NYFER-rapport; ISBN 90 399 1503 2

Uitvoering Sociale verzekeringen: het loodsmodel. NYFER-rapport;

ISBN 90 399 1503 2

Consequenties van de recente wetgeving en overheidsbeleid voor de arbodienstverlening

dr. P.C. Buijs, sociaal-geneeskundige, senior adviseur/onderzoeker NIA TNO bv
Hoofddorp

In de jaren negentig heeft de bedrijfsgezondheidszorg/Arbozorg met heel wat veranderingen te maken gehad, vooral wat betreft de wetgeving op sociale zekerheidsterrein. Het startschot daartoe werd gegeven door de toenmalige premier Lubbers, in reactie op de hoogte van het ziekteverzuim en het aantal WAO'ers. Met zijn one-liner 'Nederland is ziek!' ontketende hij in 1990 een heftig politiek-maatschappelijk debat, hetgeen in 1993/1994 resulteerde in de zogeheten T-wetten, oftewel Terugdringingswetten, te weten:

- TAV (Wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheids Volume)
- TBA (Wet Terugdringing Beroep Arbeidsongeschiktheidsregelingen)
- TZ (Wet Terugdringing Ziekteverzuim)

Die laatste, ingaande per 1-1-1994, had wel de meeste 'impact' op de BGZ, samen met de gelijk behandelde Wijziging van de Arbowet. Daarin kwam de fundamentele verandering in verantwoordelijkheidsverdeling tussen privaat en collectief m.b.t. ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid voor het eerst tot uitdrukking, m.n. in de 2/6 weken-maatregel en in art. 4a van de Arbowet. Daarin werd de werkgever eerstverantwoordelijke voor een preventief gericht ziekteverzuimbeleid en voor de sociaal-medische begeleiding van zijn (zieke) werknemers.

Deze wijzigingen werden im het algemeen positief ontvangen door vrijwel alle betrokkenen. Een uitdrukking daarvan vormt de gezamenlijke uitgave van de Algemene Werkgevers Vereniging AWV en de Industriebond FNV, getiteld Sociaal-medische begeleiding. Een model voor ziekteverzuimbeleid in de praktijk, geschreven door ondergetekende, en in 1995 bekroond met de allereerste prijs die de Arbo Unie uitreikte. In de Inleiding lezen wij:

'(Het TZ/Arbo-wetskoppel...) doorbreekt de schotten tussen de wereld van de primaire preventie, de arbeidsomstandigheden en die van de secundaire preventie, de sociale zekerheid. Zeer lang zijn dit gescheiden werelden geweest: op departementaal en wetgevend niveau, binnen organisaties van werkgevers, werknemers en die van artsen. Vaak was dat ook het geval binnen bedrijven, met name de grotere. Voor de aanpak van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid is het een grote stap voorwaarts dat deze schotten op wetsniveau nu zijn doorbroken. Dat dwingt alle betrokkenen elders hetzelfde te doen. (...) (Eén oorzaak van ziekteverzuim is) gelegen

in de arbeidsorganisatie. Daar, dicht bij de werkvloer van de werknemer zelf, valt een belangrijk deel van de problemen aan te vatten: het wegnemen van oorzaken van ziekteverzuim, door verbetering van arbeidsomstandigheden, stijl van leidinggeven, door veilig en gezond werken en tevens door een goede sociaal-medische begeleiding vanuit het bedrijf (...), met heldere, controleerbare afspraken en zonodig aanpassing van het werk, zodat een snelle en verantwoorde hervatting mogelijk is. Een goede samenwerking met de behandelende artsen is daarbij eveneens van groot belang.'

Met name TZ bleek een sterke dalende invloed te hebben op het ziekteverzuim. Uit CTSV-rapporten uit 1995 bleek dat dat in één jaar (1994) een daling vertoonde – en een financiële opbrengst – waar beleidsmatig drie jaar voor was uitgetrokken!

98 Maar nog voor men in het bedrijfsleven gewend was aan deze T-wetten begon de parlementaire behandeling van een nieuwe reeks wetten, die maatschappelijk veel meer omstreden waren, zowel bij werknemers en werkgevers als bij de artsen- en patiëntenorganisaties.

Werd in 1993 het regeringsvoorstel voor een eigen-risico-periode van drie weken voor kleine ondernemingen nog te veel gevonden – het werd twee weken –, in 1995 stemde de (nieuwe) Tweede Kamer in met de WULbZ: een verlenging van die periode voor alle bedrijven naar 52 weken: de facto de afschaffing van de ziekwet voor de meeste werknemers.

Deze nieuwe reeks veranderingen in de sociale wetgeving, met grote gevolgen voor de BGZ/Arbozorg, werd van kracht van 1996 tot en met 1998:

- WULbZ (Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht bij Ziekte)
- PEMBA (Premiëdifferentiatie En Marktwerving Bij Arbeidsongeschiktheidsregelingen)
- REA (Wet op Reïntegratie in de Arbeid)
- Wet op de Aanstellingskeuringen (Wet van Boxtel).

Bovendien werd de Arbowet opnieuw gewijzigd, terwijl ook de hele uitvoeringsstructuur van de Sociale Zekerheid diverse keren grondig werd herzien (de Organisatiewetten Sociale Zekerheid OSV '95 en '97). En het Tweede Paarse Kabinet wil de uitvoering van de sociale zekerheid verder privatiseren, al wil men daarin niet zover gaan als de SER in haar advies van juni 1998: het kabinet wil de claimbeoordeling in het publieke domein houden, om een onafhankelijk oordeel te kunnen garanderen. Wat overigens de interessante vraag oproept waarom oordelen over de gezondheidstoestand van werknemers in relatie tot hun werk vanaf de ziekmelding tot aan de (WAO-)claimbeoordeling wel in een profit-kader gegeven mogen worden, namelijk door de bedrijfsartsen, werkzaam bij (commerciële) Arbodiensten...

Gevolgen

Deze stortvloed aan wetten en daarmee samenhangende maatregelen had grote gevolgen voor de BGZ/arbodienstverlening. Om met een aantal positieve te beginnen:

- De helderder verantwoordelijkheidsverdeling, m.n. richting werkgever. Deze is de eerstverantwoordelijke voor zowel de arbeidsomstandigheden als het (preventief gericht) ziekteverzuimbeleid. Arbodiensten werken ondersteunend en adviserend;
- Bedrijfsgezondheidszorg voor alle werknemers. Tussen 1994 en 1998 moest elke

werkgever een contract afsluiten met een gecertificeerde Arbodienst, tenminste voor wettelijke taken als het arbeidsgezondheidskundig spreekuur, het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek en de sociaal-medische begeleiding.

- De wettelijke verplichting tot het (laten) doen van een RI&E.
- De mede door dit alles toegenomen aandacht voor arbeidsomstandigheden.
- De sterk toegenomen aandacht voor de (meestal onvoldoende) samenwerking tussen de curatieve gezondheidszorg en de arbozorg.

Maar er waren ook negatieve gevolgen van de wetswijzigingen, zoals:

- een sterke toename van het selecteren van werknemers door werkgevers op gezondheidsrisico's
- een sterke toename van de onderlinge concurrentie tussen Arbodiensten, leidend tot fusies, faillissementen en concurrentie op prijs i.p.v. op kwaliteit (zie ook de inleiding dd 10-11-1998 van Laterveer, SZW);
- groeiende onvrede onder bedrijfsartsen (Willems, 1998), mede door toename van de werkdruk, m.n. vanwege de sterke aandacht voor ziekteverzuim;
- het in het gedrang komen van de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsartsen (leidend tot het aannemen van het Professionele Statuut van de NVAB);
- terughoudendheid bij behandelend artsen om samen te werken met bedrijfsartsen, vanwege het commerciële kader. ('Wiens brood men eet, etc.')

99

Het eerste punt wordt ook door de politiek erkend als een gevolg van m.n. de WULbZ en PEMBA, maar een afdoend antwoord is nog niet gevonden. De andere punten zijn niet los te zien van het besluit van het kabinet Lubbers/Kok om voor de Arbodiensten – tot dan toe bedrijfsgezondheidsdiensten – het non-profit-beginsel, de regiobepalingen en het streven naar een paritaire bestuurssamenstelling los te laten. Besluiten die juist de sterke punten betrof van de voorloper van de Arbo Unie, de Federatie van regionale BGD'en, en aan de wieg stonden van de commercialisering van de arbozorg.

De SER en de arbo-curatieve samenwerking (ACS)

Met één positieve ontwikkeling heeft NIA TNO bv een bijzondere affiniteit: de arbo-curatieve samenwerking (ACS). Die neemt ook een speciale plaats in in het recente SER-advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg (juni 98), uitgebracht wegens '... de groeiende onderlinge verwevenheid tussen deze thans grotendeels gescheiden stelsels.' De raad bepleit onderlinge synergie met wederzijds voordeel: terugdringing ZV/AO én minder beroep op de gezondheidszorg. Vervolgens stelt ze dat '... de verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen bij SMB van werknemers een prioriteit in het beleid inzake sociale zekerheid en gezondheidszorg (is). Hij acht dit des te meer opportuun nu alle werknemers per 1-1-98 toegang dienen te hebben tot een gecertificeerde Arbodienst (...) Tevens acht de raad het, met de STAR, wenselijk en nuttig dat de betrokken beroepsgroepen tot afspraken komen langs de lijnen zoals aanbevolen in het NIA TNO bv rapport Voor verbetering vatbaar. In dit verband verheugt het de raad dat de LHV en de NVAB – mede naar aanleiding van deze aanbevelingen – in april 1977 een overeenkomst hebben gesloten om de wederzijdse samenwerking te verbeteren en dat zij op basis daarvan april 1998 een gezamenlijke visie

hebben ontwikkeld op de plaats en taak van beide disciplines (auteur: P.C. Buijs) met de daarbij gehanteerde uitgangspunten, zoals: het centraal staan van het werknemer bij SMB; het bevorderen van preventie van gezondheidsschade en van reïntegratie na ziekte; het voorkomen van medicalisering en het vermijden van tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden.’ De SER vervolgt: ‘De samenwerking en communicatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen is gebrekkig, o.a. vanwege de perceptie van de positie van de bedrijfsartsen; ook de discrepantie tussen formele regelgeving en feitelijke praktijk speelt daarbij een rol. (...) Bedrijfsartsen (moeten) hun taken adequaat kunnen uitoefenen, dit wil zeggen met behoud van professionele onafhankelijkheid; van belang daarbij is ook dat medisch-inhoudelijke gegevens alleen met uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de werknemer aan de werkgever mogen worden verstrekt.

100

Als leidraad voor de positie van de bedrijfsarts in deze kan volgens de raad worden gehanteerd de reeds genoemde gezamenlijke visie van LHV en NVAB.(...) (Daarin) wordt het van groot belang geacht dat huisartsen en bedrijfsartsen samenwerken op basis van gelijkwaardigheid, met respect voor elkaars deskundigheid en onafhankelijke positie, die huisartsen vanouds bezitten en die bedrijfsartsen in een ingrijpend gewijzigde (wettelijke) context opnieuw hebben moeten definiëren. De ontwikkeling door de NVAB van een Professioneel Statuut is in dit verband een belangrijke stap. Dit statuut geldt als een extra waarborg voor de onafhankelijke positie en oordeelsvorming van de bedrijfsarts tegenover de werkgever, werknemer en Arbodienst. De raad acht het ten eerste van belang dat de BOA dit Statuut heeft aanvaard en zal inpassen in de kwaliteitssystemen van Arbodiensten, en dat het statuut ook onderdeel wordt van de per 1 juli 1998 voor Arbodiensten geldende certificeringseisen.’

Hoe nu verder?

Om als ArboUnie verder een weg te zoeken in deze nieuwe verhoudingen, en m.n. goed in te kunnen spelen op de door sociale partners en kabinet zo belangrijk geachte betere arbo-curatieve samenwerking, lijken me de volgende uitgangspunten van belang:

- onafhankelijkheid, m.n. van verzekeraars;
- regionale oriëntatie, zowel naar bedrijven de lokale arbeidsmarkt, de CWI's en zeker ook de curatieve gezondheidszorg;
- streven naar paritaire bestuursstructuur van werkgevers en werknemers;
- not-for-profit, zodat goede arbozorg het doel kan blijven, en niet een middel om winst te maken die niet ten goede komt aan de zorg.

Deze uitgangspunten moeten leden van de Arbo Unie niet vreemd voorkomen. De meeste van hen kenden ze al van voor 1994. En dat dat kan weet ik al jaren uit bestuurlijke ervaring, als lid van de Raad van Toezicht van één van de grootste, goeddraaiende Arbo Unie-diensten, die van Amsterdam en omstreken. Daarom zie ik de toekomst niet somber tegemoet!