

Hoe ziek is Nederland?

De problemen die Nederland ervaart op het gebied van de WAO-keuring zijn niet uniek, zo blijkt uit internationaal onderzoek. De oplossingen zijn dat voor een deel wel. Maar toch: er leiden veel wegen naar Rome als het om verzuim-begeleiding en reïntegratie gaat.

door: Wout de Boer, TNO Arbeid

200019964



De zorgen die ons kikkerlandje al jaren heeft als het gaat om ziekte-verzuim en arbeidsongeschiktheid worden al snel gezien als typisch Nederlandse verschijnselen. 'Nederland is ziek' is een nog steeds voor velen geldige uitspraak. Een oppervlakkige blik op cijfers bevestigt dit beeld: het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in Nederland springen er in Europees perspectief niet positief uit. Wat doen ze elders dan beter? De zoektocht naar ideale buitenlandse modellen loopt vaak stuk op de constatering dat het niet meevalt tot een betrouwbare vergelijking te komen. Hoe zit het eigenlijk met verschillen en overeenkomsten? Kunnen we wellicht leren van de bureaus, zonder praktijken klakkeloos over te nemen? Het vergt vooral tijd en geduld om de juiste vergelijkingen te maken, maar het resultaat mag er zijn. De afgelo-

pen jaren komt er steeds meer inzicht in reële en vermeende verschillen tussen landen als het gaat om de arbeidsmarkt. Het rapport *Transforming disability into ability*¹ uit 2003 geeft een goed inzicht in de ontwikkeling van beleid in verschillende landen en de effectiviteit daarvan.

■ WAO-beoordeling

De huidige WAO-discussie is voor TNO aanleiding geweest om de uitvoering van de WAO in vijftien verschillende landen in beeld te brengen. Zowel in Europa als in de VS is onderzocht hoe de WAO-beoordeling is georganiseerd, wordt uitgevoerd en op kwaliteit bewaakt. Grofweg gezien verschillen de details onderling behoorlijk, maar de verschillen vallen behoorlijk mee als wordt gekeken naar de principes. Overal worden mensen ziek en

gebrekkig en nergens worden die mensen zomaar aan hun lot overgelaten. De stelling dat in het buitenland lijsten van ziektebeelden bestaan op basis waarvan mensen geen WAO-uitkering zouden ontvangen, is op niets gebaseerd. Wel zijn er lijsten aan de hand waarvan de uitkering min of meer automatisch kan worden toegekend. Het rapport *Long term disability arrangements*² gaat hier nader op in. In dit artikel zal vooral aandacht worden besteed aan een item dat in het eigenlijke onderzoek meer zijdelings aan bod kwam: de Poortwachtersfunctie.

■ Bureaucratie

De afgelopen vijftien jaar is in Nederland veel gesleuteld aan het voorportaal van de WAO. De controlearts die voor de Zieketwet min of meer autonoom besliste of iemand wel of niet geschikt was om zijn eigen werk te doen, is vervangen door een systeem waarin werknemer en werkgever samen een grote verantwoordelijkheid dragen. De bedrijfsarts kijkt bij langer verzuim wat de werknemer nog wel of niet kan, waarna het werk eventueel wordt aangepast. Dit tamelijk uitgebreide, bureaucratische systeem van verant-

'Nederland heeft een nieuwe vorm van bureaucratie in het leven geroepen'

wording heeft Nederland in het leven geroepen omdat de sociale verzekering uiteindelijk kan worden geconfronteerd met mislukte reïntegratietrajecten. Naast de bedrijfsarts spelen bij ons ook de huisarts en bij lang durende gevallen de verzekeringsarts, een rol. Bekende knelpunten zijn de grenzen van wat wel en niet ziek moet heten, zoals bij arbeidsconflicten, en het vinden van een goed evenwicht tussen de verantwoordelijkheden van partijen en hun mogelijkheden, onder andere in de arbocuratieve samenwerking. Ondanks de bemoedigende

tie en iemand een reïntegratie-uitkering te geven. Is dat niet mogelijk, dan verzorgt de sociale verzekering een uitkering arbeidsongeschiktheid.

■ Discussiepunten

Nederland en Noorwegen zijn twee uitersten als het gaat om de inrichting van de verzuimbegeleiding. In Noorwegen is het inschakelen van bedrijfsartsen uitzonderlijk. Vrijwel overal voeren de huisarts en de verzekeringsarts van de sociale verzekering de verzuimbegeleiding uit. De

'Nederland en Noorwegen zijn twee uitersten'

resultaten van de Wet verbetering poortwachter heeft de regering de loondoorbetaling bij ziekte naar twee jaar getild en gekozen voor een beduidend strengere WAO-keuring.

■ Noorwegen

Een land als Noorwegen bewijst dat het ook anders kan. Hier zijn niet drie artsen bij verzuim en arbeidsongeschiktheid betrokken, maar slechts één. Op zich logisch: Noorwegen is een zeer groot en dun bevolkt land met weinig artsen per inwoner en per vierkante kilometer. Het opzetten van een 'Nederlandse' structuur is hier wat personeel betreft simpelweg niet te realiseren. Overigens is men ook in Noorwegen niet tevreden met het huidige stelsel omdat de huisartsen onvoldoende deskundig en te toegeeflijk zouden zijn. Op het moment van onderzoek was het zo dat de zieke ziekingeld kreeg. De eerste twee weken van de werkgever, daarna van de sociale verzekering. In de eerste acht weken controleert de behandelende huisarts op eigen gezag het ziekteverzuim en adviseert werkgever en werknemer over een passende werkherleving. Hierna stelt de huisarts een certificaat op voor de sociale verzekering waarin ziekte, behandeling en reïntegratiemogelijkheden en -plannen staan vermeld. Bij de sociale verzekering beoordeelt een niet-medicus deze informatie en zo nodig consulteert hij een arts voor uitleg. De beoordeling is erop gericht om suggesties aan te dragen voor reïntegra-

huisarts meestal gedurende enkele weken, waarna de sociale verzekering het veelal overneemt. Deze rolverdeling wordt in het algemeen als tamelijk vanzelfsprekend gezien. Ook het verstrekken van medische inlichtingen van behandelaren aan de sociale verzekering acht men in andere landen een logisch gevolg van het feit dat de werknemer ziekingeld claimt. Een aparte toestemming wordt dan ook niet gevraagd. Ook de discussiepunten die men in Noorwegen aangeeft, klinken bekend in de oren, uiteenlopend van de leesbaarheid van certificaten tot de bezorgdheid dat behandelaren zich onvoldoende realiseren dat 'werk' onderdeel moet zijn van diagnose en therapie. Op diverse plaatsen blijkt het beoordelen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, door dokters of anderen, een uitgesproken moeilijke en gevoelige taak te zijn. Ook het comfortabel afvloeien van minder functionerende werknemers is niet alleen een Nederlands verschijnsel.

■ Andere varianten

Het zou te ver voeren om alle onderzochte landen de revue te laten passeren. Enkele voorbeelden zijn wel aardig om hier te vermelden. In Denemarken bijvoorbeeld is het eerst de huisarts die het verzuim certificeert en het bedrijf dat het loon doorbetaalt. Het ziekingeld wordt na twee weken betaald door de gemeente, die vervolgens ook de beoordeling en begeleiding doet. Een casemanager maakt vrij snel een multidisciplinair

reïntegratieprofiel, waarin naast de medische component onder meer opleiding, ervaring, belangstelling, leervermogen en huisvesting zijn opgenomen. Gedurende maximaal vijf jaar staat alles in het teken van reïntegratie. Lukt dit niet, dan wordt de cliënt als blijvend arbeidsongeschikt beschouwd.

In Frankrijk doet de huisarts onder supervisie van een verzekeringsarts de verzuimbegeleiding tot de melding voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Na 120 dagen verzuim vult de huisarts een uitgebreid formulier in over de behandeling, de prognose en aspecten van het werk. De verzekeringsarts is tevens de arts die namens de ziektekostenverzekering de behandeling monitort. Als er, na meestal 12 tot 18 maanden een aanvraag komt inzake arbeidsongeschiktheid, is er dus veel kennis opgebouwd bij de sociale verzekering.

■ Oostblok

Weer anders gaat het in het voormalige Oostblok. In de Russische Federatie staat de arbeidsongeschiktheidsregeling los van het ziekteverzuim. Vaak is het de behandelend specialist die de meldingsprocedure in gang zet. Deze stelt een uitgebreid verslag op over de ziekte, behandeling en prognose, waarna een sociaal werker een uitgebreid rapport toevoegt over de arbeidsomstandigheden en de huisvesting. Hierna voeren, binnen een week na de melding, drie medisch specialisten een beoordeling uit, waarna onmiddellijk de beslissing volgt. In Slovenië moet bij de aanvraag van een uitkering ook de medische informatie van de behandelend arts zijn opgenomen. Zijn de gegevens volgens de casemanager van de sociale verzekering compleet, dan wordt beslist welke medisch specialisten de beoordeling doen. Interessant is dat de werkgever wordt uitgenodigd om deel te nemen aan de beoordeling voor het niet-medische deel. Deze krijgt de vraag voorgelegd of het mogelijk is het werk in overeenstemming te brengen met de capaciteiten van de cliënt. De beoordeling kan uitmonden in een uitspraak over arbeidsongeschiktheid, de noodzaak het werk aan te passen, of over de vraag of er sprake is van een beroepsgebonden aandoening. 

1 OECD 2003

2 Boer W.E.L. de, Brenninkmeijer V., Zuidam W.