

# **Sociale zekerheid en zorg**

# **Sociale zekerheid en zorg**

**Kansen en bedreigingen op het grensvlak van de sociale zekerheid en de zorg**

Advies uitgebracht door de voorlopige Raad voor de  
Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening aan de  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer juni 1996



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Adviesaanvraag en adviesopzet</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Uitgangspunten en probleemstelling</b>	<b>12</b>
2.1	Uitgangspunten voor het zorgstelsel	12
2.2	Advieskader en adviesdomein	15
	Beleidsvraag 1: Ontwikkelingen in de sociale zekerheid	15
	Beleidsvraag 2: Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	17
	Beleidsvraag 3: Raakvlakanalyse sociale zekerheid - gezondheidszorg	18
2.3	Probleemstelling	20
<b>3</b>	<b>Verkenning van de oplossingsrichtingen</b>	<b>22</b>
	Beleidsvraag 4: Afstemming sociale zekerheid - gezondheidszorg	22
3.1	Is integratie van beide stelsels een oplossing?	22
3.2	Betere afstemming van het beleid	24
3.3	Beleidsvraag 5: Aanvullend beleid op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt	26
3.4	Beleidsvraag 6: Toerusting wettelijk zorgstelsel	28
<b>4</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>30</b>
4.1	Afstemming sociale zekerheid - gezondheidszorg	30
4.2	Flankerend beleid	33
4.3	Toerusting zorgstelsel	35
4.4	Slotwoord	37
	<b>Bijlagen</b>	
1	Adviesaanvraag	43
2	Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening	49
3	Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening	51
4	De ontwikkelingen in de sociale zekerheid	53
5	De ontwikkelingen in de gezondheidszorg	77
6	Raakvlakanalyse sociale zekerheid - gezondheidszorg	81
7	Privatisering: motieven en concepten	85
8	Lijst van afkortingen	97
9	Literatuur	99



## Samenvatting

### *Adviesaanvraag*

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening advies gevraagd over de relatie tussen de ziektegerelateerde sociale zekerheid en de zorg. De afspraak in het regeerakkoord om in het najaar van 1996 een discussie te voeren over de herijking van de verzorgingsstaat vormt de directe aanleiding voor dit advies.

### *Probleemstelling*

Bij belangrijke sociaal-economische beleidsbeslissingen wordt onvoldoende rekening gehouden met de gevolgen voor de volksgezondheid en, in het verlengde daarvan, met de gevolgen voor de gezondheidszorg. Dat geldt ook voor de recente beslissingen ten aanzien van de sociale zekerheid, zoals de Wet terugdringing ziekteverzuim en de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte.

Toch denkt de Raad dat er thans onvoldoende gronden zijn om nu af te wijken van de ingeslagen weg in de sociale zekerheid om de financiële risico's voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid meer bij het bedrijfsleven te leggen. Deze verschuiving in verantwoordelijkheden heeft tot gevolg dat de aandacht voor de preventie van vermijdbaar ziekteverzuim toeneemt.

De Raad ziet ook risico's. Werkgevers kunnen bij het aantrekken van personeel mogelijk strenger gaan selecteren op gezondheid en bij optredende gezondheidsproblemen of handicaps eerder het desbetreffende personeel ontslaan. Daarnaast kunnen werkgevers druk op de zorgsector gaan uitoefenen om het ziekteverzuim zoveel mogelijk te beperken, met als mogelijk ongewenst effect een structurele voorkeursbehandeling voor werkenden.

Bij de advisering is onderscheid gemaakt tussen de volgende aspecten: de beleidsafstemming, de afstemming in de uitvoering, het flankerend beleid en de toerusting van het zorgstelsel.

### *Betere beleidsafstemming*

De Raad concludeert dat er meer aandacht is gekomen voor de raakvlakken tussen het sociale zekerheidsstelsel en het zorgstelsel. Deze trend zal naar verwachting in de toekomst verder toenemen. Dit moet niet leiden tot het ineenschuiven van beide stelsels. Daar-

voor verschillen zij te zeer. De ziektegerelateerde sociale zekerheid heeft tot doel de inkomens van werkenden bij ziekte of arbeidsongeschiktheid op een aanvaardbaar niveau te houden. Het wettelijk zorgstelsel heeft tot doel voor alle mensen een gelijke toegang tot kwalitatief hoogwaardige zorg te garanderen. Deze verschillen in doelstelling en doelgroep (kring van verzekerden) kunnen niet goed in één stelsel worden verenigd.

De noodzakelijke afstemming tussen de veranderingen in de sociale zekerheid en het zorgbeleid moet daarom op een andere wijze plaatsvinden. De minister van VWS moet tijdens de beleidsvoorbereiding duidelijk maken welke effecten voorgenomen beleid in de sociale zekerheid heeft op de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Om te bevorderen dat hiermee meer rekening wordt gehouden, is het noodzakelijk de effecten op de zorg uiteindelijk ook in sociaal-economische termen te vertalen. Daarom is het onlangs in opdracht van het ministerie van VWS ontwikkelde instrument Gezondheidseffectscreening een goede, eerste stap. De ontwikkeling van instrumenten die het inzicht vergroten in de veranderingen van de zorgvraag en de zorgkosten als gevolg van beleidsveranderingen buiten de zorgsector, moet zo snel mogelijk volgen.

#### *Betere afstemming in de uitvoering*

Het fenomeen geïntegreerde verzekeringspakketten, ook wel aangeduid als employee benefits, neemt sterk toe. Steeds vaker worden daarin aanvullende inkomensdervingsverzekeringen en de inkoop van Arbo-zorg gecombineerd met collectieve zorgverzekeringen. Dit is een logisch gevolg van de verschuiving van de verantwoordelijkheden voor de sociale zekerheid in de richting van het bedrijfsleven.

De Raad beveelt de regering aan, aanvullende maatregelen te nemen om deze ontwikkeling in goede banen te leiden. De minister van VWS moet bewerkstelligen dat werknemers bij de beëindiging van hun dienstverband zonder selectie kunnen blijven beschikken over een zorgverzekering. Daarnaast moet de overheid scherp toezien op de naleving van de bestaande regels met betrekking tot de vertrouwelijkheid van informatie over de gezondheidssituatie en die met betrekking tot de administratieve onderscheiding van verschillende verzekeringsproducten. Indien in de praktijk blijkt dat de bestaande regels niet voldoen, zal de overheid deze moeten aanscherpen.

Mede daarom moet de minister van VWS nadere afspraken met de verzekeraars maken over de informatieverstrekking. VWS moet

zicht houden op de ontwikkeling van de inhoud en omvang van collectieve zorgverzekeringen en de integratie daarvan in grotere verzekeringspakketten (employee benefits).

De Raad vraagt ook aandacht voor het volgende probleem. De veranderingen in de sociale zekerheid (en de in het verlengde daarvan gewenste aanpassingen in het zorgstelsel) hebben tot doel de doelmatigheid van beide stelsels samen te vergroten. De Raad beveelt de regering aan onderzoek te doen naar bestaande maatregelen - in de domeinen sociale zekerheid, volkshuisvesting en gezondheidszorg - die mensen ertoe aanzetten extra maatschappelijke kosten te maken, wanneer zij de voor hen persoonlijk financieel aantrekkelijkste keuze maken. Dit onderzoek kan leiden tot een aanpassing van de verschillende afzonderlijke maatregelen. De Raad adviseert de regering na te gaan of het creëren van een nieuwe sociale voorziening voor de compensatie van de extra kosten voor levensonderhoud in verband met gezondheidsproblemen, niet een betere oplossing voor de in dit verband gesignaleerde problemen is.

#### *Flankerend beleid (sociale zekerheid en arbeidsmarkt)*

De Raad meent dat de ingezette veranderingen de toegankelijkheid tot de arbeidsmarkt voor (toekomstige) chronisch zieken en gehandicapten zouden kunnen verminderen. Om dat te voorkomen, moet de overheid aanvullende maatregelen treffen, die vooral op het terrein van de sociale zekerheid en het arbeidsmarktbeleid liggen.

Voorop staat de stroomlijning in de regelingen op het vlak van de arbeidsrentegratie voor zieke of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geworden werknemers én de uitvoering daarvan. Daarnaast moeten vooralsnog chronisch zieken en gehandicapten buiten de privatisering van de sociale zekerheid blijven door middel van collectieve uitzonderingsconstructies. De overheid moet onderzoek doen naar de effectiviteit van deze benadering en op grond daarvan het beleid optimaliseren.

Een andere manier om de positie van deze groepen op de arbeidsmarkt te versterken is het operationaliseren van de antidiscriminatiebepalingen. Mensen met een chronische ziekte of handicap zouden alleen voor bepaalde functies mogen worden uitgesloten, wanneer is aangetoond dat zij niet in staat zijn die functie uit te oefenen. Tot slot moet de overheid zorgen voor een adequate wet op de medische keuringen.

#### *Toerusting zorgstelsel*



De Raad is van oordeel dat het wettelijk zorgstelsel gericht moet blijven op gelijke toegang tot de zorg. De minister van VWS moet tegengaan dat bepaalde groepen (op andere dan medische gronden) structureel een voorkeursbehandeling krijgen.

De Raad ziet hiervoor twee verschillende benaderingswijzen die complementair ingezet moeten worden.

Ten eerste het verbieden van afspraken tussen enerzijds erkende zorginstellingen en anderzijds verzekeraars/bedrijven/medisch specialisten, waarin een bepaalde capaciteit exclusief wordt gereserveerd voor een selecte groep verzekerden.

Op de tweede plaats moet de minister van VWS blijven streven naar verbetering van het zorgstelsel in het algemeen: flexibilisering van de aanspraken, beter onderbouwde ramingen in het Financieel overzicht zorg/Jaaroverzicht zorg (FOZ/JOZ) en de verruiming van de middelen voor de zorgsector ofwel het dichten van de 'zorgkloof'. Daarbij zou de overheid zich meer moeten richten op de beheersing van de collectieve uitgaven in de zorg, waarbij de gelijke toegang tot de zorg voor iedereen gewaarborgd moet worden door maatregelen binnen het verzekeringsstelsel. De Raad denkt in dit verband aan beperking van premieverschillen door het aangeven van premiebandbreedten en door aanvullende maatregelen met betrekking tot de risicoselectie en de acceptatieplicht.

Verder beveelt de Raad aan bij de zorgverlening meer aandacht te besteden aan beperking van het verzuim. Verzuim moet in dit verband wel ruim worden opgevat: niet alleen de arbeidsuitval van personen met betaalde arbeid maar ook het verzuim van activiteiten van anderen, zoals huisvrouwen, huismannen, gepensioneerden en niet te vergeten kinderen.

#### *Slotwoord*

De Raad hoopt dat door het navolgen van de aanbevelingen uit dit advies de mogelijke effecten van veranderingen in de sociale zekerheid op de volksgezondheid en de gezondheidszorg al tijdens de beleidsconciëring een grotere rol zullen spelen. Ook moet het kabinet bij de besluitvorming meer aandacht schenken aan de mogelijke bijdragen die het zorgstelsel kan leveren aan het realiseren van doelstellingen op andere beleidsterreinen dan de gezondheidszorg. Op deze wijze ontstaat een evenwichtige belangenafweging, die gericht is op het vinden van oplossingen voor belangrijke maatschappelijke problemen over de grenzen van de afzonderlijke beleidsdomeinen heen.

### **1 Adviesaanvraag en adviesopzet**

In zijn regeerakkoord heeft het huidige kabinet vastgelegd dat het zich in de tweede helft van 1996 zal bezinnen op de toekomst van de verzorgingsstaat. Eén van de onderwerpen die in deze bezinning aan de orde zal komen, is de relatie tussen de gezondheidszorg en de sociale zekerheid, met name dat deel dat direct verband houdt met de gezondheid. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening gevraagd over deze problematiek advies uit te brengen. Zie voor de tekst van de adviesaanvraag bijlage 1.

Adviesaanvraag

De Raad heeft ervoor gekozen om het advies te concentreren op de relatie tussen het zorgstelsel en het stelsel van de ziektegerelateerde sociale zekerheid. De term zorg in dit advies betreft zowel de gezondheidszorg in engere zin als de zorggerelateerde dienstverlening. De term sociale zekerheid in dit advies betreft met name de Ziektewet (ZW) en de daarmee direct samenhangende nieuwe wetgeving waaronder de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ), de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW).

Begripsomschrijving

Er bestaan ongetwijfeld relaties tussen enerzijds de gezondheidssituatie en de vraag naar gezondheidszorg en anderzijds de sociaal-economische status in het algemeen en de inkomenspositie in het bijzonder. De duur en hoogte van alle, en dus niet alleen van de ziektegerelateerde, sociale uitkeringen zijn daarom ook van groot belang voor de zorg. De Raad heeft de indruk dat dit aspect tijdens de beleidsvoorbereiding te weinig aandacht krijgt. Echter, omdat de 'Programmacommissie gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status' de opdracht heeft over deze problematiek advies uit te brengen, besteedt de Raad in dit advies slechts marginaal aandacht aan de relatie zorg en sociaal-economische status.

Domeinafbakening

Het zorgstelsel is een wezenlijk onderdeel van onze verzorgingsstaat. De Raad is van mening dat de discussie over de herijking van de verzorgingsstaat wordt overheerst door sociaal-economische argumenten en belangen. De inrichting van de verzorgingsstaat heeft grote invloed op de volksgezondheid en de vraag naar gezondheidszorg. Tevens kan de gezondheidszorg ertoe bijdragen dat het beroep op de sociale verzekeringen vermindert. Deze relaties worden niet altijd onderkend. Dit leidt ertoe dat volksge-

Doel en functie van het advies

**Sociale zekerheid en zorg**

zondheidsaspecten een ondergeschikte rol spelen bij de discussie over de toekomst van de verzorgingsstaat.

Dit advies heeft een tweeledig doel, namelijk:

- a. het verhelderen van de relaties tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg en
- b. het bevorderen dat bij de veranderingen in de inrichting van onze verzorgingsstaat de belangen van de gezondheidszorg in de beleidsafwegingen evenwichtig worden meegewogen.

De Raad richt zich met dit advies primair tot de adviesvrager: de minister van VWS. Dat neemt niet weg dat een deel van de aanbevelingen uit dit advies onvermijdelijk ook andere beleids-terreinen dan de gezondheidszorg betreft waaronder natuurlijk de sociale zekerheid zelf. In die gevallen doet de Raad een beroep op de minister van VWS om te bewerkstelligen dat ook de aanbevelingen buiten het directe domein van de zorg in concreet beleid worden omgezet.

Deze dubbele doelstelling is ook terug te vinden in de opzet van het advies. Nadat de uitgangspunten zijn weergegeven, waarop naar de mening van de Raad het zorgstelsel gebaseerd moet zijn, wordt in hoofdstuk 2 de probleemstelling nader uitgewerkt. Dit gebeurt op basis van een beschrijving van de ontwikkeling in de relaties tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg. Een en ander gebeurt aan de hand van de volgende drie beschrijvende beleidsvragen:

Beschrijvende beleidsvragen

- 1 Wat zijn de ontwikkelingen in het sociale zekerheidsstelsel, voorzover gerelateerd aan de gezondheidszorg? Welke partijen spelen een rol in dit stelsel en welke belangen hebben deze partijen?
- 2 Wat zijn de ontwikkelingen in het gezondheidszorgsysteem, voorzover gerelateerd aan de sociale zekerheid? Welke partijen spelen een rol in dit stelsel en welke belangen hebben deze partijen?
- 3 Welke dilemma's en knelpunten doen zich, naast de kansen die door het ingezette beleid zijn gecreëerd, voor op de raakvlakken tussen de gezondheidszorg en de sociale zekerheid?

Hoofdstuk 3 bestaat uit een verkenning van de oplossingsrichtingen aan de hand van de volgende drie beleidsvragen:

Drie oplossingsrichtingen

- 4 Hoe kunnen vanuit het perspectief van de volksgezondheid en de gezondheidszorg de effecten van voorgenomen beleid worden geïdentificeerd en geconcretiseerd, zodat ongewenste

**Sociale zekerheid en zorg**

effecten kunnen worden voorkomen of tot aanvaardbare omvang worden teruggedrongen?

- 5 Aan welke beleidsmaatregelen buiten de gezondheidszorg kan worden gedacht om de vanuit het perspectief van de volksgezondheid ongewenste effecten van het beleid met betrekking tot de sociale zekerheid te voorkomen c.q. te verkleinen of te compenseren?
- 6 Hoe moet de inrichting van het zorgstelsel worden aangepast om adequaat op de veranderingen in de sociale zekerheid te kunnen reageren?

Hoofdstuk 4 bestaat uit het feitelijke advies. Daarin wordt de verkenning van de oplossingsrichtingen geoperationaliseerd in de vorm van een actieprogramma.

De samenstelling van de Raad en de direct bij de adviesvoorbereiding betrokken personen zijn weergegeven in de bijlagen 2 en 3.

De bijlagen 4 tot en met 7 bevatten de nadere uitwerkingen van diverse aspecten van het advies.

Het advies is op 1 juli 1996 aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## 2 Uitgangspunten en probleemstelling

De Raad heeft zich tot doel gesteld de ontwikkelingen in de sociale zekerheid te beoordelen vanuit de normen en waarden die ten grondslag liggen aan het zorgstelsel en op basis daarvan aanbevelingen te formuleren. Daarom beschrijft de Raad eerst de uitgangspunten waarop het zorgstelsel naar zijn mening gebaseerd moet zijn.

### 2.1 Uitgangspunten voor het zorgstelsel

#### *De toegankelijkheid van zorg binnen het wettelijk zorgstelsel*

In het zorgstelsel wordt onderscheid gemaakt tussen het wettelijk zorgstelsel (ook wel aangeduid als eerste en tweede compartiment) en de overige gezondheidszorg, het zogenaamde derde compartiment. Het wettelijk zorgstelsel bestaat uit het eerste compartiment, de AWBZ (de volksverzekering voor ziekterisico's die privaat onverzekerbaar zijn) en uit het tweede compartiment, thans de ZFW en de met de ZFW-overeenkomende zorgaanspraken in de particuliere zorgverzekeringen. Wettelijk zorgstelsel

Het wettelijk zorgstelsel moet gericht zijn en blijven op een voor iedereen gelijke toegang tot de aanspraken, onder de voorwaarde dat de betrokkene ook voor de desbetreffende zorg een indicatie heeft. Dit is het wezenskenmerk van het wettelijk zorgstelsel. Gelijke toegang

Gegeven het uitgangspunt van het streven naar gelijke toegankelijkheid is de overheid in beide compartimenten de eerstverantwoordelijke voor de beschikbaarheid van voldoende capaciteit en voldoende financiële middelen voor de uitvoering van het wettelijk zorgstelsel. Wanneer de gerechtvaardigde vraag op basis van de omschrijving van de wettelijke aanspraken en de door de overheid gegarandeerde capaciteit en financiële ruimte uit elkaar lopen, leidt dit tot een ondermijning van het wettelijk zorgstelsel. Het is daarom essentieel dat de overheidsramingen voor de kosten van het wettelijk zorgstelsel realistisch zijn en niet worden gedomineerd door politieke wenselijkheden. Zorgkloof

#### *De omvang van het wettelijk zorgstelsel*

De te maken keuzen met betrekking tot de omvang van de aanspraken in het wettelijk zorgstelsel en de kring van verzekerden. Wettelijke zorgaanspraken

**Sociale zekerheid en zorg**

die toegang heeft tot de wettelijke zorgverzekeringen, zijn wezenlijke beslissingen tegen de achtergrond van de algemene overheidverantwoordelijkheid voor een goede en toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen. Hierbij doet zich het volgende dilemma voor.

Een te ruim stelsel van wettelijke zorgaanspraken brengt een hoge collectievelastendruk met zich mee. Als gevolg van de politieke wens om de collectievelastendruk zo laag mogelijk te houden ontstaat het gevaar dat er onvoldoende financiële middelen beschikbaar komen om de aanspraken adequaat en snel genoeg te kunnen honoreren. Dit kan leiden tot een ondermijning van het wettelijk zorgstelsel. Het maatschappelijk draagvlak voor het wettelijk zorgstelsel dreigt in die situatie weg te vallen. Bij degenen die daartoe financieel in staat zijn, kan de neiging ontstaan hun eigen gezondheidszorg te regelen en naar mogelijkheden te zoeken om onder het te knellende kostenbeheersingsregime uit te komen.

Risico's te ruim wettelijk stelsel

Een te grote beperking van de wettelijke zorgaanspraken kan ertoe leiden dat een maatschappelijk ongewenst geacht onderscheid in de toegang tot de zorg ontstaat. De toegang tot noodzakelijke zorg wordt te zeer afhankelijk van de financiële mogelijkheden waarover iemand beschikt. Een bijkomend effect is dat het wettelijke aansprakenpakket als zo beperkt wordt ervaren dat de bereidheid tot solidariteit vervalt. Er ontstaat een houding: 'als er zo weinig collectief wordt geregeld, dan regel ik zelf alles wel'. Als gevolg daarvan zal een grote druk ontstaan om naast het wettelijk zorgstelsel een volledig privaat zorgstelsel in het leven te roepen.

Risico's te krap wettelijk stelsel

De omvang van het wettelijk stelsel moet zo gekozen worden dat beide hierboven genoemde bezwaren zoveel mogelijk worden vermeden. De commissie-Dunning heeft hiervoor een set criteria aangereikt. Het wettelijke zorgpakket moet bestaan uit noodzakelijke, doeltreffende en doelmatige zorg, waarvan de kosten zó hoog of zó ongelijk over de bevolking zijn verdeeld, dat niet alle burgers in staat zijn deze kosten direct zelf te betalen. Het sluitstuk van een dergelijke aanpak is een finale politieke afweging. Bij de opschoning van het zorgpakket op de wijze van de commissie-Dunning doen zich grote praktische problemen voor. Desondanks lijkt deze wijze van pakketopschoning (en selectieve uitbreiding) vooralsnog een goede methode om de omvang van het wettelijk zorgstelsel te bepalen.

Oplossing: een opgeschoond wettelijk zorgpakket

**Sociale zekerheid en zorg**

*Verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de overheid en de veldpartijen*

De overheid is ten aanzien van het wettelijk zorgstelsel verantwoordelijk voor de samenstelling van het pakket en de beschikbaarheid van voldoende capaciteit en financiële middelen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn primair verantwoordelijk voor doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorgverlening. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid het zorgstelsel zodanig in te richten dat de veldpartijen deze verantwoordelijkheid kunnen waarmaken.

Verantwoordelijkverdeling

Er bestaat een wezenlijk verschil tussen het eerste en tweede compartiment. Weliswaar spelen verzekeraars in de uitvoering van de tot het eerste compartiment behorende zorg een niet onbelangrijke rol, maar vanwege de onverzekerbaarheid van deze zorg in een privaat verzekeringsstelsel draagt de overheid de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars lopen in het eerste compartiment dan ook geen of zeer beperkt financieel risico.

Eerste compartiment: overheidsregulering

Dit ligt anders voor het tweede compartiment. Daarin is het leidende principe de gereguleerde marktwerking. Binnen door de overheid gestelde (inhoudelijke en budgettaire) randvoorwaarden moeten verzekeraars en aanbieders mogelijkheden hebben zich van elkaar te onderscheiden. Dit draagt ertoe bij dat aanbieders en zorgverzekeraars belang krijgen bij een grotere doelmatigheid in de zorg en zich inspannen om aan de gerechtvaardigde wensen van verzekerden tegemoet te komen.

Tweede compartiment: gereguleerde marktwerking

Gegeven deze soms met elkaar strijdige uitgangspunten is het voor de overheid een uitdaging een zodanig wettelijk zorgstelsel (in het bijzonder voor het tweede compartiment) te ontwerpen dat deze vorm van marktwerking voldoende kans krijgt, terwijl door de onderlinge concurrentie in een transparante omgeving de verschillen in toegankelijkheid voortdurend verminderen. Cruciaal is daarbij de vraag hoe groot de onderlinge verschillen mogen zijn. De Raad is van mening dat de eventuele onderlinge verschillen tussen verschillende groepen verzekerden en patinten beperkt moeten blijven, niet alleen in omvang maar ook in tijd.

Dilemma

## 2.2 Advieskader en adviesdomein

Alvorens de probleemstelling nader uit te werken, zullen eerst de recente ontwikkelingen in de sociale zekerheid (zie bijlage 4) en de gezondheidszorg (zie bijlage 5) worden beschreven en zal worden aangegeven welke relaties tussen beide stelsels bestaan (zie bijlage 6). In deze beschrijvingen zal ook aandacht worden besteed aan de veranderingen in de verdeling van de verantwoordelijkheden over de verschillende actoren in de beide beleidsdomeinen. Een en ander gebeurt aan de hand van de eerste drie beleidsvragen zoals deze in hoofdstuk 1 zijn geformuleerd.

Inleiding

### *Beleidsvraag 1: Ontwikkelingen in de sociale zekerheid*

In de loop van de jaren tachtig kwam het sociale zekerheidsstelsel steeds meer onder druk te staan. Het hoge ziekteverzuim en meer nog het hoge percentage WAO-gerechtigden baarden grote zorgen. De parlementaire enquêtecommissie uitvoeringsorganen sociale verzekeringen (de zogenaamde commissie-Buurmeijer) heeft aangetoond, dat de ziektegerelateerde sociale verzekeringen zijn gebruikt om de gevolgen van de economische recessie van de jaren zeventig en tachtig op te vangen, c.q. te maskeren. Steeds vaker kregen (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering omdat men van mening was dat ze toch geen werk meer konden krijgen. Deze tendens was het gevolg van het gehanteerde arbeidsongeschiktheidsbegrip en de methodiek van medische beoordeling. Deze boden de gelegenheid om bredere groepen werknemers arbeidsongeschikt te verklaren. Daarnaast speelden de directe belangen van werkgevers en werknemers een grote rol. Voor werknemers was het aantrekkelijker om tot de WAO toe te treden dan een beroep te doen op de werkloosheidsregelingen. Uit sociale overwegingen en omdat zij niet direct financieel de gevolgen ondervonden van de individuele toetredingen tot de WAO, hebben ook werkgevers deze ontwikkeling gesteund. Bovendien konden zij mede hierdoor de gemiddelde arbeidsproductiviteit sterk laten toenemen. Ook de politiek heeft er, zij het vaak impliciet, mee ingestemd dat een deel van de werkloosheidsproblemen werd afgewenteld op de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Toename ziekteverzuim

De sterke toename van het gebruik van loondervingsregelingen is voor de overheid aanleiding geweest om de verantwoordelijkheid van de individuele werkgevers voor het terugdringen van vermijdbaar ziekteverzuim en de toestroom in de WAO te vergroten. Dit

Bedrijfsleven meer  
verantwoordelijkheid

**Sociale zekerheid en zorg**



heeft geresulteerd in diverse wetten (TBA, TAV, TZ/Arbo, WULBZ). Voor werknemers is de toetreding tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen minder aantrekkelijk geworden omdat de duur en de hoogte van de uitkeringen neerwaarts zijn bijgesteld. Ook de uitvoeringsstructuur en het toezicht op de sociale zekerheid zijn ingrijpend gewijzigd, onder meer door vermindering van de invloed van sociale partners op koepelniveau.

De algemene lijn die bij de veranderingen in de sociale zekerheid is gekozen, is het verschuiven van steeds meer verantwoordelijkheden naar het ondernemingsniveau, onder zekere waarborgen voor de betrokken werknemers. Dit neemt de vorm aan van grotere vrijheden voor werkgevers om invulling te geven aan de uitvoering van de sociale zekerheid, waarvan de minimumeisen wettelijk zijn verankerd. Deze ontwikkeling sloot ook aan bij algemene maatschappelijke tendensen als decollectivisering en individualisering.

Deze verschuiving is ingegeven door een tweetal overwegingen. Het is duidelijk geworden dat het in één hand bijeen brengen van het financiële risico en de uitvoering van de sociale verzekering een preventief effect op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid heeft en de mogelijkheden van arbeidsreintegratie vergroot. Deze keuze heeft ook tot gevolg dat er een betere afstemming ontstaat tussen de sociale zekerheid en het arbeidsomstandighedenbeleid. Tevens zijn er steeds meer signalen dat werkgevers ook geïnteresseerd raken in de rol die de gezondheidszorg kan spelen bij het terugdringen van het ziekteverzuim, onder andere door het verminderen van de wachttijden in de zorg.

Daarnaast vermindert een verdergaande privatisering de collectievelastendruk. Het rechtstreekse economische effect daarvan moet overigens niet worden overschat. Weliswaar dalen de collectieve uitgaven door verdergaande privatisering van de sociale zekerheid, maar de loonkosten nemen op zichzelf niet af, maar stijgen mogelijk zelfs. Pas wanneer inderdaad de totale doelmatigheid in de drie genoemde beleidsterreinen (sociale zekerheid, zorgverzekeringen en arbeidsomstandighedenbeleid) door de verdergaande integratie toeneemt (dat wil zeggen dat het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid nog verder dalen) zullen ook de loonkosten daadwerkelijk verminderen. Bij de gekozen algemene beleidslijn past naar de mening van de Raad nog de volgende kanttekening. In de jaren zeventig en tachtig bleef door het toenemende beroep op de arbeidsonge-

**Sociale zekerheid en zorg**

schikheidsuitkeringen het beroep op de werkloosheidsregelingen beperkt. De nu ingezette veranderingen in de sociale zekerheid hebben op hun beurt weer het ziekteverzuim en het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen verminderd. Het ligt voor de hand dat als gevolg daarvan een toename van de werkloosheid of een verminderde arbeidsparticipatie zal ontstaan. Het probleem van het aantal niet-actieven is niet uitsluitend door veranderingen in toetredingsmogelijkheden op te lossen. Wat uiteindelijk de gevolgen van veranderingen op macroniveau zullen zijn, is mede afhankelijk van de groei van de werkgelegenheid, van de hoogte en de duur van de uitkeringen en de mate waarin de uitgesloten van de arbeidsmarkt een intensiever beroep (kunnen) doen op andere sectoren van onze verzorgingsstaat, waaronder de intramurale gezondheidszorg.

*Beleidsvraag 2: Ontwikkelingen in de gezondheidszorg*

De Structuurnota uit 1974 heeft een periode ingeleid waarin de invloed van de overheid op het zorgstelsel sterk is toegenomen. Onder invloed van de wens de voorzieningen beter te spreiden en toegankelijk te maken, maar vooral ook ingegeven door de behoefte om de kosten beter te kunnen beheersen, heeft de overheid steeds meer instrumenten ontworpen om direct invloed op de gezondheidszorg uit te oefenen.

Overheid

In het begin van de jaren tachtig kwam de overheid tot het inzicht dat de weg van steeds grotere overheidsinvloed doodliep. De behoefte ontstond om de partijen in het veld meer verantwoordelijkheden te geven met als voornaamste doelen de doeltreffendheid en de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Onder invloed van het rapport van de commissie-Dekker is onder staatssecretaris Simons een tweesporenbeleid gevoerd met enerzijds een groot accent op marktwerking en anderzijds een versterking van de collectivisering in de vorm van een verplichte volksverzekering.

Marktwerking

In het huidige regeerakkoord is van beide hoofdlijnen afstand genomen. In plaats van het streven naar één grote volksverzekering, met vooral een inkomensafhankelijke financiering, wordt thans ingezet op het naast elkaar bestaan van de ZFW en de particuliere verzekeringen. Daarbij wordt gestreefd naar een geleidelijke overeenstemming in de aanspraken. Ook ten aanzien van de premiestelling (via gedeeltelijke nominalisering) en de eigenbijdragensystematieken wordt ernaar gestreefd om de verschillen tussen de beide verzekeringsvormen te verkleinen.

Convergentie

**Sociale zekerheid en zorg**

Daarnaast komt de regering ook terug op het uitgangspunt van de vrije marktwerking. De overheid blijft primair verantwoordelijkheid voor de inrichting van het stelsel, de wettelijke zorg-aanspraken, de capaciteitsvaststelling en de vaststelling van de financile ruimte voor het wettelijk zorgstelsel. Binnen door de overheid met betrekking tot deze aspecten vastgestelde randvoorwaarden worden met name in het tweede compartiment de veldpartijen verantwoordelijk voor de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg.

Gereguleerde marktwerking

Bovengenoemde ontwikkelingen betreffen vooral het tweede compartiment.

Eerste en derde compartiment

In het eerste compartiment is overheidsregulering het leidende beginsel, terwijl het derde compartiment grotendeels wordt overgelaten aan het vrije spel van de markt, zij het dat de overheid voor de noodzakelijke zorgonderdelen uit het derde compartiment verantwoordelijk blijft voor de beschikbaarheid van voldoende capaciteit en voor de tarieven van de zorg.

### *Beleidsvraag 3: Raakvlakanalyse sociale zekerheid - gezondheidszorg*

Als gevolg van de recente herbezinning op de inrichting en financiering van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid komen de raakvlakken tussen de beide stelsels steeds pregnanter in beeld. Verwacht mag worden dat dit in de toekomst nog verder zal toenemen. Als gevolg daarvan richt de discussie over de herinrichting van de verzorgingsstaat zich niet alleen op de veranderingen in elk van de stelsels afzonderlijk, maar ook op de relaties tussen beide stelsels. Dit is een trendbreuk met het verleden en wel ten aanzien van twee aspecten.

Raakvlakken

Extreem geformuleerd kan worden gesteld dat in het verleden het zorgstelsel en het sociale zekerheidsstelsel zich los van elkaar hebben ontwikkeld en dat er tussen deze beide stelsels weinig of geen directe interacties bestonden.

Verkokering

Voorts waren de beide stelsels oorspronkelijk vooral reactief ingesteld: enerzijds het (financieel) compenseren van noodzakelijke gezondheidszorgkosten c.q. het rechtstreeks voorzien in de noodzakelijke gezondheidszorg, anderzijds het compenseren van de inkomensschade als gevolg van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Voor beide beleidsterreinen geldt thans dat in toenemende mate een pro-actieve opstelling wordt ingenomen. Er is meer

Van reactief naar pro-actief

**Sociale zekerheid en zorg**

aandacht gekomen voor het terugdringen van het volume, en het voorkómen van een beroep op de verzekeringen.

Daarmee zijn ook relaties tussen de domeinen van beide stelsels ontstaan. Voorkómen van ziekte en handicap en de bevordering van arbeidsreintegratie dragen bij tot het verminderen van zowel het beroep op de gezondheidszorg als op de sociale verzekeringen. Het toegenomen besef van de wederzijdse belangen heeft overigens niet direct tot gevolg gehad dat de schotten tussen beide systemen zijn verdwenen of dat het beleid ten aanzien van de beide stelsels formeel op elkaar wordt afgestemd.

Toenemende wederzijdse belangen

Naast deze positieve effecten die voortvloeien uit de privatiseringen in de sociale zekerheid, vraagt de Raad ook aandacht voor mogelijke risico's. Als gevolg van de veranderingen in de sociale zekerheid is de positie van de individuele burger/patiënt onder druk komen te staan. De onzekerheden in de rechtspositie zijn nog eens helder naar voren gekomen.

Mogelijke risico's

Uit de studie 'De ziektewet onder het mes' van de vakgroep gezondheidsrecht van de rijksuniversiteit Limburg die ten behoeve van dit advies is uitgevoerd, komt naar voren dat op de keuringspraktijk een aantal algemene rechtsnormen (de Grondwet, de Wet op de persoonsregistratie) van toepassing is, naast de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en het KNMG-protocol aanstellingskeuringen. Dit protocol, ontstaan in het kader van zelfregulering, lijkt niet voldoende om problemen rond aanstellingskeuringen te voorkomen. Het blijkt in de praktijk niet goed mogelijk om naleving van de bepalingen uit het protocol af te dwingen.

Aanstellingskeuringen

Als gevolg van de veranderingen in de sociale zekerheid is ook de positie van de werknemer-patiënt-verzekerde veranderd en onduidelijker geworden.

Werknemer-patiënt-verzekerde

Een werknemer heeft relaties met zijn werkgever (aanstelling, bevordering, ontslag) en voorts met de Arbo-dienst (controle, verzuimbegeleiding, werkhervatting, periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek), de curatieve zorg, de zorgverzekeraar, de bedrijfsvereniging en de particuliere verzekeraar voor inkomensdervingsverzekeringen. Tussen de partijen waarmee de werknemer-patiënt-verzekerde een relatie onderhoudt, bestaan ook onderling relaties. Al deze instanties hebben elk hun eigen belangen, die ook onderling strijdig kunnen zijn. Dit maakt het relatienetwerk zeer complex. Daarbij komt dat de belangen van

**Sociale zekerheid en zorg**

een individu al gemakkelijk worden overheerst door de belangen van gevestigde instanties en organisaties.

Dit geldt ook voor de gegevensuitwisseling tussen de verschillende instanties. Weliswaar moet in principe de werknemer-patiënt-verzekerde veelal toestemming voor de gegevensuitwisseling geven, maar er bestaat, zo blijkt uit de studie 'De ziektewet onder het mes', gerede twijfel of in alle gevallen deze toestemming ook inderdaad wordt gevraagd. Daarnaast kan zich het probleem voordoen dat weliswaar formeel om toestemming wordt gevraagd, maar dat de betrokkene zich niet vrij voelt om de toestemming te weigeren.

Gegevensuitwisseling

### 2.3 Probleemstelling

De verdergaande privatisering in de sociale zekerheid heeft tot gevolg dat werkgevers (en in het verlengde daarvan ook werknemers) grotere risico's lopen dan voorheen. Naast het positieve effect van een grotere aandacht voor de gezondheid van werknemers kan deze risicoverschuiving tot de volgende negatieve effecten leiden.

Problematiek

Werkgevers zullen mogelijk een strenger selectie- en uitstootbeleid gaan voeren op basis van een inschatting van de ziekerisico's van (potentiële) werknemers.

De grotere aandacht van werkgevers voor de gezondheid van hun werknemers kan er ook toe leiden, dat zij druk uitoefenen op de gezondheidszorg. Zij zien in het effectiever en efficiënter functioneren van de gezondheidszorg een mogelijkheid om hun toegenomen financiële risico's te verminderen. Onder het effectiever en efficiënter functioneren van de gezondheidszorg verstaan zij dan vooral het verminderen van de arbeidsuitval vanwege ziekte. Naast preventie moet daarbij vooral worden gedacht aan snellere hulpverlening.

Tot slot vraagt de Raad aandacht voor de mogelijk toenemende invloed van werkgevers op de leefwijze van hun werknemer, bijvoorbeeld met betrekking tot doktersbezoek, rookgedrag, drankgebruik, en (risicovolle) sportbeoefening. Dit is geen nieuw verschijnsel maar het gevaar bestaat dat, mede onder invloed van de veranderingen in de sociale zekerheid, de drang om invloed op de persoonlijke leefwijze uit te oefenen, 'ongezond' toeneemt.

Sociale zekerheid en zorg

**De probleemstelling:**

Hoe kan de overheid bevorderen dat de privatisering van de sociale zekerheid ook een positieve uitwerking op de volksgezondheid en de gezondheidszorg heeft, zonder dat ongewenste neveneffecten met betrekking tot de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt en van de gezondheidszorg optreden.

Bij de verkenning van de oplossingsrichtingen en de formulering van de aanbevelingen heeft de Raad de volgende drie aspecten onderscheiden: Beleidsvragen

- \* de afstemming tussen de beleidsontwikkeling in de zorg en de sociale zekerheid (zie ook beleidsvraag 4);
- \* het flankerend beleid op het terrein van de sociale zekerheid, de arbeidsmarkt en de gezondheidszorg om toegankelijkheid tot de arbeidsmarkt voor mensen met verhoogde gezondheidsrisico's of handicaps te vergroten (zie ook beleidsvraag 5);
- \* de toerusting van het zorgstelsel zodat beter kan worden ingespeeld op de wensen vanuit het bedrijfsleven als gevolg van de veranderingen in de sociale zekerheid, zonder dat de uitgangspunten van het zorgstelsel worden aangetast (zie ook beleidsvraag 6).

### 3 Verkenning van de oplossingsrichtingen

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de beleidsvragen 4, 5 en 6 verkend in welke richting de oplossing van de gesignaleerde problemen gevonden kan worden.

*Beleidsvraag 4: Afstemming sociale zekerheid - gezondheidszorg*  
Zoals reeds eerder is opgemerkt, zijn door de veranderingen in de gezondheidszorg en de sociale zekerheid de raakvlakken tussen de beide domeinen steeds duidelijker naar voren gekomen. Dit leidt tot een toenemende behoefte om het zorgbeleid en het sociale zekerheidsbeleid beter op elkaar af te stemmen. In de volgende twee paragrafen staat de vraag centraal hoe deze afstemming het beste vorm kan krijgen.

#### 3.1 Is integratie van beide stelsels een oplossing?

Het is, gegeven de toegenomen aandacht voor de raakvlakken tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg, begrijpelijk dat soms wordt gesuggereerd om het zorgstelsel en het sociale zekerheidsstelsel in één totaal verzekeringssysteem te integreren. De Raad is evenwel van mening dat integratie geen goede oplossing voor de gesignaleerde problemen biedt. Deze mening is op de volgende overwegingen gebaseerd.

Geen integratie van de stelsels

1 Het wettelijk zorgstelsel is in principe gericht op een gelijke toegang tot de zorg voor iedereen en niet alleen op een goede en toegankelijke zorg voor werkenden. Daarbij komt dat ook in de zorgverzekeringen, met name de ZFW, een discussie wordt gevoerd die er toe kan leiden dat daar tot op zekere hoogte afstand wordt genomen van het begrip werknemersverzekering. De AWBZ is een volksverzekering. De ziektegerelateerde sociale zekerheid bestaat uit inkomensdervingsverzekeringen, in hoofdzaak gericht op werknemers. Deze verschillen in de kring van verzekerden c.q. het verschil in gerichtheid op de totale bevolking dan wel alleen de werknemers vormen een belemmering voor integratie.

Werkenden versus totale bevolking

2 Een tweede aspect betreft de inrichting van de stelsels. In de gezondheidszorg spelen de zorgverleners een belangrijke rol met hun eigen verantwoordelijkheden. In de sociale zekerheid

Inkomensderving versus zorgverlening

**Sociale zekerheid en zorg**

spelen zorgaanbieders per definitie geen directe rol. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de verzekeraars in beide stelsels verschillende rollen spelen. Zorgverzekeraars moeten in de gezondheidszorg naast de rol van verzekeraar in de strikte betekenis van het woord, ook de rol van medebeslisser bij de uitvoering van de zorgverlening spelen.

Daarbij moet evenwel de kanttekening worden gemaakt dat nu preventie en arbeidsreintegratie in de sociale zekerheid een grotere rol gaan spelen, de bedrijfsverenigingen en de private verzekeraars naast hun rol als inkomensdervingsverzekeraar ook een rol dienen te spelen met betrekking tot de preventie en arbeidsreintegratie. De verschillen in positie van beide typen verzekeraars vermindert enigszins, maar in de preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid enerzijds en de zorg anderzijds opereren verschillende partijen.

- 3 Ook de positie van de verzekeraar verschilt sterk. Zeker in een geprivatiseerd stelsel van sociale zekerheid staat de relatie werkgever - werknemer centraal. De inkomensdervingsverzekeraar heeft slechts een relatie met de werkgever (en de Arbeidsdienst), en formeel geen directe relatie met de werknemer. In de zorgverzekeringen heeft de verzekeraar primair een relatie met de verzekerde (werknemer), hoewel ook nu reeds in veel gevallen de werkgever, indien er sprake is van collectieve zorgverzekeringscontracten, partij is geworden. In die situatie behoeven de belangen van werkgevers en werknemers niet volledig parallel te lopen. De verzekeraar kan dan in een belangenconflict terechtkomen. De kans daarop neemt toe wanneer de verzekeraar naast de zorgverzekering ook de inkomensdervingsverzekering aanbiedt. Positie verzekeraars
- 4 Naast deze inhoudelijke bezwaren is er ook een meer bestuurlijk bezwaar. De tijd van grote blauwdrukken in het beleid is voorbij. De ervaringen met de veranderingen van het zorgstelsel, maar ook op andere beleidsterreinen, hebben geleerd voorzichtig te zijn met grootschalige rigoureuze stelselwijzigingen. Een dergelijke aanpak is zeker geen garantie voor succes. Vanuit dat bestuurlijke inzicht acht de Raad het onverstandig (naast inhoudelijk ook ongewenst) het stelsel van de sociale zekerheid en dat van de zorgverzekeringen (ook wanneer deze beperkt zou blijven tot de zorgverzekeringen van werknemers) in één nieuw stelsel te integreren. Deze tijd en de Nederlandse bestuurscultuur vragen veeleer om geleidelijke (zodanig omkeerbare of bij te stellen) veranderingen. Geleidelijke veranderingen



### 3.2 Betere afstemming van het beleid

Ondanks de afwijzing van een integratie op stelselniveau, kunnen onmiskenbaar voordelen worden behaald wanneer het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg en het sociale zekerheidsbeleid beter op elkaar worden afgestemd. De Raad is voorstander van het in beginsel intact houden van de twee stelsels met hun eigen inrichting en verantwoordelijkheidsverdeling, maar met meer mogelijkheden tot onderlinge afstemming. Daarvoor is het noodzakelijk dat de verkokering tussen beide stelsels wordt doorbroken en dat bij de beleidsvoorbereiding op kabinetsniveau expliciet aandacht wordt besteed aan de samenhang tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg, respectievelijk de volksgezondheid. Het is niet gemakkelijk tijdens de beleidsvoorbereiding een goed inzicht te krijgen in de mogelijke onderlinge uitstralingseffecten.

Afstemming beleidsvoorbereiding

De Raad is daarom ingenomen met het VWS-initiatief voor de ontwikkeling van een zogenaamde Gezondheidseffectscreening (GES). Het resultaat hiervan is onlangs gepresenteerd. Dit instrument dat door een kritische toepassing ervan geleidelijk verder moet worden ontwikkeld en geoperationaliseerd, biedt de minister van VWS de mogelijkheden om systematisch te onderzoeken, en voorzover mogelijk ook te kwantificeren, welke effecten op de volksgezondheid zijn te verwachten van beleidsveranderingen in bijvoorbeeld de sociale zekerheid. Dit betreft dan niet zozeer de volksgezondheid in zijn algemeenheid, maar dient juist te worden geconcretiseerd in de gezondheidseffecten van nader te onderscheiden doelgroepen, zoals ouderen, gehandicapten, chronisch zieken en dergelijke. De uitkomsten van de gezondheidseffectscreening moeten vooral niet als argument tegen de voorgenomen beleidsveranderingen worden gehanteerd, maar als vroegtijdig signaal hoe het voorgenomen beleid moet worden aangepast, bijgesteld of aangevuld. Op deze wijze kan dan worden bewerkstelligd dat niet alleen de in het beleidsvoornemen gestelde doelen worden bereikt, maar dat tevens een bijdrage wordt geleverd aan de doelstellingen op het terrein van de volksgezondheid. Ook kunnen ongewenste effecten op deze beide terreinen worden voorkomen of verkleind. Gezondheidseffectscreening richt zich op de gezondheidseffecten. Het is daarnaast ook van belang welke effecten beleidsveranderingen voor de gezondheidszorg hebben. Dit betreft op de

Gezondheidseffectscreening

Zorgvraag en zorgorganisatie

**Sociale zekerheid en zorg**

eerste plaats de veranderingen in de geïndiceerde vraag naar zorg en de kosten die met die veranderingen gepaard gaan. De Raad acht het van groot belang dat er naast de gezondheidseffect-screening ook instrumenten worden ontwikkeld die een betrouwbaar inzicht geven in de veranderingen in de noodzakelijke zorgcapaciteit en de zorgkosten, die worden veroorzaakt door veranderingen in de gezondheidssituatie.

Tot slot kunnen veranderingen in aanpalende beleidsterreinen ook van invloed zijn op de zorgorganisatie. Verschuivingen in de verantwoordelijkheidsverdeling voor de sociale zekerheid kunnen ook effecten hebben op de verantwoordelijkheidsverdeling voor de zorg. Ook aan dit aspect zal bij de beleidsvoorbereiding systematisch aandacht moeten worden besteed.

De bestuurlijke keuze voor afstemming van beleid in plaats van integratie op stelselniveau, laat nog open hoe de afstemming in de uitvoering het beste kan plaatsvinden. Gegeven de ontwikkelingen in de sociale zekerheid, waar de verantwoordelijkheden steeds meer op bedrijfsniveau worden gelegd, is een tendens waarneembaar dat op bedrijfsniveau (en bij bedrijfstakken met relatief veel kleine ondernemingen ook wel op bedrijfstak- of CAO-niveau) naar mogelijkheden wordt gezocht voor het voeren van een samenhangend beleid. Dit komt vooral tot uiting in het samenbrengen van verschillende verzekeringen, waaronder de zorgverzekeringen en de aanvullende inkomensdervingsverzekeringen, aangevuld met Arbo-zorg in zogenaamde employee benefitregelingen. De Raad verwacht dat deze ontwikkeling zich in de toekomst verder zal doorzetten en als zodanig ook een te verwachten reactie is op de door de overheid ingezette verschuiving van verantwoordelijkheden.

Employee benefits

Naast voordelen kleeft er echter ook een aantal mogelijke risico's aan deze ontwikkeling. Vanuit volksgezondheidsoptiek betreft dit enerzijds de drang om vanuit het ondernemingsbelang invloed uit te gaan oefenen op de zorgverlening, in het bijzonder door aan te sturen op voorrangsbehandeling van werknemers of van bepaalde groepen werknemers. Hierop zal nader ingegaan worden bij de beantwoording van beleidsvraag 6. Anderzijds bestaan er mogelijk risico's met betrekking tot de persoonlijke levenssfeer. Hierbij denkt de Raad aan het zonder toestemming uitwisselen van vertrouwelijke informatie en de drang van de werkgever om zich te mengen in de leefwijze of leefstijl van hun werknemers. Het is de taak van de overheid tijdig te signaleren of deze mogelijke gevaren zich voordoen en waar mogelijk deze te voorkomen.

Voorkomen risico's employee benefits

**Sociale zekerheid en zorg**

Bij de beantwoording van beleidsvraag 5 zal aandacht worden besteed aan de mogelijke risico's met betrekking tot arbeidsparticipatie en het functioneren van de arbeidsmarkt.

De Raad heeft de relatie tussen de inkomenspositie en de gezondheidszorg buiten het adviesdomein geplaatst en hierbij gewezen op de activiteiten van de 'Programmacommissie gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status'. Eén aspect betreffende de inkomenspositie verdient naar de mening van de Raad wel aandacht in dit advies.

Tegendraadse financiële prikkels

In sommige gevallen kan de wet- en regelgeving ertoe leiden dat de keuze voor de persoonlijk financieel aantrekkelijkste oplossing voor een bepaald probleem, onnodig hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt. Dit doet zich ook voor op het grensvlak van de sociale zekerheid en de zorg. Het kan bijvoorbeeld in bijzondere omstandigheden voor mensen, die daar op zich wel voor geïndiceerd zijn, financieel aantrekkelijk zijn om in het verzorgingshuis te worden opgenomen, zeker na afschaffing van de vermogenstoets, terwijl het maatschappelijk gezien goedkoper en zorginhoudelijk beter is wanneer de betrokkenen thuis zorg blijven ontvangen.

### **3.3 Beleidsvraag 5: Aanvullend beleid op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt**

Uit de raakvlakanalyse (zie paragraaf 2.3 en bijlage 6) is naar voren gekomen, dat de veranderingen in de sociale zekerheid waarschijnlijk zullen leiden tot verdere belemmeringen voor de arbeidsparticipatie van mensen met een verhoogd ziekterisico. Dit betreft enerzijds de mensen met een chronische ziekte of een handicap. Daarnaast wordt het voor steeds meer erfelijk bepaalde aandoeningen mogelijk, ruim voor het daadwerkelijk manifest worden, de 'toekomstige' ziekte te onderkennen. Dit mogelijke gevaar van selectie op (toekomstig) ziekterisico is ook wel onderkend bij de parlementaire behandeling van de verschillende veranderingen in de sociale zekerheid, maar heeft naar de mening van de Raad nog onvoldoende concrete tegenmaatregelen op het terrein van de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt opgeleverd. Ook de CTSV-rapportage over de effectiviteit van de verschillende arbeidsreïntegratie-instrumenten is niet erg hoopgevend.

Arbeidsparticipatie

De Raad meent dat aan de problematiek met betrekking tot

Maatregelen tegen ongewenste

**Sociale zekerheid en zorg**

arbeidsselectie meer aandacht moet worden besteed, eerst en vooral door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Daarbij moet een aantal trajecten parallel worden verkend. Een algemeen probleem is dat er geen consensus bestaat over de effectiviteit van de diverse maatregelen om arbeidsparticipatie, in dit geval van mensen met een verhoogd ziekterisico, te bevorderen. Het is derhalve noodzakelijk hiervoor een gedegen onderzoekprogramma op te zetten, gericht op elk van de hierna aangeduide oplossingsrichtingen.

selectie

De Raad vreest negatieve effecten van het zonder meer afschaffen c.q. verbieden van aanstellingskeuringen. Het risico hiervan is dat op een veel grovere wijze en op basis van vooroordelen wordt geselecteerd. De Raad ziet meer in het nader regelen van de aanstellingskeuringen, waarbij het doel moet zijn te bepalen of de sollicitant op dit moment medisch voldoet aan de eisen die voortvloeien uit de functie. Hierdoor moet worden uitgesloten dat kennis over het mogelijk in de toekomst optreden van bepaalde (erfelijk bepaalde) ziekten bij aanstellingskeuringen een rol spelen. Kernpunten vormen verder, naast het voorkomen van risico's voor derden, zoals bijvoorbeeld bij een keuring van een piloot de vliegtuigpassagiers, het voorkomen van ernstige gezondheidsproblemen van de (potentiële) werknemer en het doen van aanbevelingen ter verbetering of aanpassing van de arbeidsomstandigheden. De aanstellingskeuring heeft op deze wijze ten hoogste in uitzonderingssituaties een selectieve werking, namelijk wanneer uit de keuring een te groot gezondheidsrisico voor de werknemer blijkt. Het 'KNMG-protocol aanstellingskeuringen' vormt een goede basis voor nadere wetgeving. De grotere afdwingbaarheid en handhaafbaarheid vormen de redenen om dit protocol in wetgeving om te zetten.

Keuringen

Een tweede traject is het creëren van uitzonderingssituaties met betrekking tot de privatisering voor mensen met een verhoogd (toekomstig) ziekterisico. Voor deze groepen moet een collectief vangnet beschikbaar blijven. Het onvermijdelijke nadeel van deze aanpak is een mogelijke (verdere) stigmatisering van deze groepen.

Uitzonderingen op de privatisering

Een derde spoor dat nader verkend moet worden, is het reëel vergroten van de arbeidsmogelijkheden voor mensen met een chronische ziekte of handicap, waarin deze op een gelijkwaardige wijze kunnen functioneren als gezonde mensen. Chronisch zieken

Ziek/gehandicapt is niet arbeidsongeschikt

**Sociale zekerheid en zorg**

en gehandicapten zouden voor dergelijke vormen van arbeid ook een voorkeursbehandeling moeten krijgen. Hieraan ten grondslag ligt het inzicht dat het hebben van een ziekte of een handicap niet in alle gevallen leidt tot een hoger ziekteverzuim of hogere kansen op toetreding tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen. De verbreding van dit inzicht onder alle betrokkenen dient krachtig te worden gestimuleerd.

In tal van wetten en regelingen is sprake van maatregelen ter bevordering van de arbeidsintegratie en -reïntegratie. Deze wet- en regelgeving of tenminste de uitvoering ervan moet worden gestroomlijnd. De beleidsverantwoordelijkheid ligt hier vooral bij het ministerie van SZW.

Stroomlijning van de verantwoordelijkheden

### 3.4 Beleidsvraag 6: Toerusting wettelijk zorgstelsel

De discussies over de inrichting van het zorgstelsel lijken een zekere slingerbeweging te vertonen: overheid - markt - overheid. Wanneer men echter nauwkeurig naar deze beleidsontwikkeling kijkt, lijkt het erop alsof de uitwijking van de slinger geleidelijk vermindert en zich in het tweede compartiment een nieuw stabiel evenwicht aankondigt in de vorm van geregleerde marktwerking. Daarbij komt dat de kwaliteit, het macrokostenniveau en de doelmatigheid van het Nederlandse zorgstelsel in het algemeen, zeker ook internationaal gezien, van een hoog niveau zijn. Er is op dit moment geen enkele reden het Nederlandse zorgstelsel abrupt en fundamenteel te hervormen. Integendeel, de veranderingen in het zorgstelsel zullen geleidelijk moeten verlopen.

Geregleerde marktwerking

Er bestaat weliswaar een zekere druk vanuit het bedrijfsleven om vanwege de veranderingen in de sociale zekerheid een grotere invloed op het functioneren van de gezondheidszorg uit te oefenen; in de praktijk beperkt deze behoefte zich op dit moment overigens vooral tot die gevallen waarin het hulpverleningsproces te lang duurt naar de mening van de direct betrokken partijen: werkgever, zorgverzekeraar, particuliere sociale verzekeraar of Arbo-dienst. Dit is ten opzichte van het totale zorggebruik en ook ten opzichte van het zorggebruik van werknemers een betrekkelijk gering percentage. De Raad acht de stelling verdedigbaar dat mits dit in omvang beperkt blijft en de voordelen voor bepaalde groepen (in dit geval groepen werknemers) ook slechts van tijdelijke aard zijn, van deze maatschappelijke druk mogelijk ook een positieve werking voor het totale zorgstelsel uitgaat.

Inspelen op maatschappelijke behoeften mogelijk maken

**Sociale zekerheid en zorg**

Het is daarom zaak naar mogelijkheden te zoeken om de fricties in het huidige stelsel op te lossen, zonder dat aan de uitgangspunten daarvan wordt getornd. Dit moet uitmonden in het verder afbakenen en tegelijkertijd aanscherpen van de verantwoordelijkheden van de overheid: de bevordering van de gelijkwaardigheid van de aanspraken binnen de verschillende verzekeringsvormen in het tweede compartiment, het dichten van de zorgkloof en het geven van meer vrijheden aan aanbieders en verzekeraars, binnen door de overheid gestelde kaders.

Algemene verbeteringen zorgstelsel

De verdere afbakening van de verantwoordelijkheden van de overheid heeft ook tot gevolg dat duidelijk wordt dat de aanbieders en verzekeraars de verantwoordelijkheid krijgen voor de doelmatigheid en doeltreffendheid van het zorgstelsel. Daarvoor dienen zij meer mogelijkheden te krijgen zich van elkaar te onderscheiden. De concurrentie die daardoor ontstaat moet tot verbetering in de doelmatigheid en doeltreffendheid van het zorgstelsel leiden. Daarbij moet onevenredige risicoselectie voorkomen worden, alsmede het ontstaan van structurele verschillen in de toegang tot de zorg tussen groepen verzekerden.

Verantwoordelijkheden en vrijheden

Onder de voorwaarde dat iedereen in staat is zijn gerechtvaardigde aanspraken op zorg te realiseren, is de Raad er niet op tegen dat zorginstellingen een gedifferentieerd aanbod aan zorgfaciliteiten aanbieden, bijvoorbeeld openstelling van de polikliniek buiten de thans geldende openingstijden. Wanneer daarmee extra kosten gepaard gaan, zouden deze ook in rekening gebracht moeten kunnen worden. Of patinten, bedrijven of verzekeraars ook bereid zijn deze extra kosten te vergoeden, is hun eigen keus en zal mede afhangen van de eigen financiële overwegingen. Om te bevorderen dat door dergelijke differentiaties de doeltreffendheid en doelmatigheid van het totale zorgstelsel wordt bevorderd, is de Raad wel tegen het sluiten van afspraken tussen erkende zorginstellingen en verzekeraars/bedrijven/medisch specialisten, waarin een bepaalde capaciteit voor zorg uit het eerste of tweede compartiment exclusief voor een selecte groep verzekerden wordt gereserveerd.

Geen structurele verschillen in aanspraken

#### **4 Aanbevelingen**

Dit hoofdstuk bestaat uit de concrete beleidsaanbevelingen. Daarbij is het stramien uit het vorige hoofdstuk gevolgd, waarbij verder onderscheid is gemaakt in aanbevelingen die direct op het

Inleiding

**Sociale zekerheid en zorg**

terrein van de overheid liggen en in beleidsaanbevelingen richting veldpartijen waarbij de overheid faciliterend moet optreden.

#### 4.1 Afstemming sociale zekerheid - gezondheidszorg

##### *Overheid*

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.1 | De Raad beveelt de minister van VWS aan om, in aansluiting op het in ontwikkeling zijnde instrument Gezondheidseffectscreening, instrumenten te ontwikkelen, die inzicht geven in de effecten op de zorgvraag, de zorgorganisatie en de zorgkosten. De ontwikkeling door het Centraal Plan Bureau en het Sociaal Cultureel Planbureau in opdracht van VWS van een zorgmodel, dat aansluit bij de macro-economische modellen van het CPB, is daarvan een goed voorbeeld. | Effectscreeningen/zorgmodel                |
| 1.2 | De Raad ziet drie toepassingsmogelijkheden van die effectscreeningen:   |  |
| a   | de toepassing op eigen voorstellen van het ministerie van VWS. Hiervan gaat een voorbeeldwerking uit. Daarnaast biedt dit de mogelijkheid de methodologie nader te ontwikkelen.   | Vorbereiding VWS-voorstellen               |
| b   | de toepassing op beleidsvoorstellen die van andere ministeries afkomstig zijn en die (mogelijke) uitstralingseffecten hebben op de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn beleidsvoornemens met betrekking tot de sociale zekerheid, het armoedebestrijdingsbeleid en het arbeidsmarktbeleid, in het bijzonder specifiek arbeidsmarktbeleid gericht op mensen met gezondheidsproblemen of handicaps.   | Toetsing voorstellen overige departementen |
| c   | de inbreng van de minister van VWS van de resultaten van de screeningen in de interdepartementale beleidsvoorbereiding. Daarvoor moeten op kabinetsniveau afspraken worden gemaakt. De minister van VWS moet hiertoe het initiatief nemen en voorts bevorderen dat in het volgende regeerakkoord een dergelijke afspraak wordt opgenomen.   | Interdepartementaal overleg                |
| 1.3 | De Raad beveelt aan dat de minister van VWS nog in 1996 in samenwerking met de overige betrokken ministeries, zoals SZW, VROM en BiZa, een onderzoek start naar mogelijke tegendraadse effecten in de huidige wet- en regelgeving. Het betreft hierbij zowel volksgezondheidsbeleid (waaronder de eigenbijdrageregelingen), als beleid in de sociale zekerheid (in brede zin), de volkshuisvesting en het gemeentelijke domein (o.a. de WVG).                           | Tegendraadse effecten                      |

**Sociale zekerheid en zorg**

Het hierboven aangeduide onderzoek kan leiden tot het aanpassen van elk van de desbetreffende regelingen afzonderlijk. Het kan evenwel doelmatiger zijn een nieuwe sociale voorzieningsregeling te creëren voor een aanvulling op de extra kosten van levensonderhoud in verband met gezondheidsproblemen. De minister van VWS moet in samenwerking met SZW vooruitlopend op het genoemde onderzoek nagaan wat de voor- en nadelen van een dergelijke nieuwe sociale voorziening zijn.

*Veldpartijen, gefaciliteerd door de overheid*

- 2.1 De Raad beveelt de minister van VWS aan, het initiatief te nemen om met verzekeraars in het algemeen en zorgverzekeraars in het bijzonder nadere afspraken te maken over de inpassing van collectieve zorgverzekeringen in geïntegreerde verzekeringspakketten op bedrijfs-, CAO- of bedrijfstakniveau (de zogenaamde employee benefits) waarvan ook (aanvullende) inkomensdervingsverzekeringen en Arbo-zorg deel uitmaken. Daarbij moet in ieder geval ook aan bod komen de wijze waarop werknemers bij beëindiging van hun dienstverband kunnen wisselen van zorgverzekeraar, dan wel een passend individuele zorgverzekering aangeboden krijgen. Het moet zoveel mogelijk worden voorkomen dat mensen met een hoog (verwacht) ziekterisico niet meer van werkkring kunnen veranderen, omdat ze elders geen aanvaardbare zorgverzekering kunnen afsluiten. Zorgverzekeringen en employee benefits
- 2.2 De verschillende betrokken departementen (Justitie, SZW, VWS en Financiën) dienen erop toe te zien dat zich geen ongewenste effecten voordoen bij de verdere integratie van verzekeringspakketten in zogenaamde employee benefitregelingen. Het betreft hier in het bijzonder de bescherming van de privacy van werknemers/verzekerden en de administratieve onderscheiding tussen de verschillende verzekeringen in een geïntegreerd pakket. De huidige wet- en regelgeving is in principe toereikend, maar op de naleving ervan moet worden toegezien. De naleving van de regelgeving kan worden bevorderd door een nadere informatiecampagne over de rechten en plichten met betrekking tot de verschillende vormen van informatie-uitwisseling. Bij wijziging van de huidige wetgeving (bijvoorbeeld de Wet bescherming persoonsgegevens) moet de minister van VWS aan beide genoemde aspecten aandacht besteden, voorzover het de gezondheidszorg Toezicht op employee benefits



- betreft.
- 2.3 De minister van VWS zou ook afspraken met de zorgverzekeraars moeten maken over de informatievoorziening, niet alleen voor wat de uitvoering van de zorgverzekeringen (inclusief de AWBZ en de ZFW) betreft, maar ook voor wat de verzekeringsvormen als zodanig betreft. Daarbij denkt de Raad aan het periodiek verschaffen van macrogegevens over het vóórkomen van collectieve contracten, over de aard en inhoud van dergelijke contracten, het onderbrengen van zorgverzekeringen (inclusief ZFW) in zogenaamde employee benefitregelingen, de omvang van het bovenwettelijke zorgkostendeel hierin en het vóórkomen van verzekeringen voor snellere hulp. ZFW-verzekerden en employee benefits
- 2.4 De minister van VWS moet een nader onderzoek instellen naar de mogelijkheden en bezwaren die verbonden zijn aan het opnemen van de ZFW-verzekering in collectieve contracten en in geïntegreerde verzekeringspakketten (employee benefitregelingen). In dit onderzoek moet onder andere aan de orde komen, of er een deugdelijke juridische grondslag te ontwikkelen valt om een specifiek deel van de ZFW-verzekerden al dan niet tijdelijk uit het ZFW-regime te laten uittreden (en daar eventueel weer te laten herintreden), welke budgettaire effecten hierdoor optreden en hoe deze eventueel te compenseren zijn. ZFW-verzekerden en employee benefits
- Twee thema's moeten in dit onderzoek aan bod komen:
- a. hoe kan worden voorkomen dat alleen de 'goede risico's' uittreden zonder financiële compensatie voor de achterblijvende slechte risico's;
  - b. hoe kan worden voorkomen dat de mogelijke voordelen van geïntegreerde verzekeringspakketten (employee benefits) uitsluitend beschikbaar komen voor werknemers die niet tot ZFW-verzekerden behoren.

## 4.2 Flankerend beleid

### *Overheid*

- 1.4 De minister van VWS moet naar de mening van de Raad zich ervoor inspannen dat bij de verdere privatisering van de sociale zekerheid voor bepaalde groepen zieken en gehandicapten vooralsnog uitzonderingsconstructies worden afgesproken om zo hun mogelijkheden voor toetreding tot de arbeidsmarkt te behouden, zoals ook bij het totstandkomen van de WULBZ is gebeurd. Uitzonderingen voor chronisch zieken en gehandicapten

**Sociale zekerheid en zorg**

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 1.5 | Omdat het effect van dergelijke uitzonderingsconstructies niet volledig bekend is, moet gericht onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke uitzonderingsconstructies worden verricht en moet op grond daarvan nagaan in hoeverre het uitbreiden van dergelijke uitzonderingsconstructies (in duur dan wel voor wat betreft de doelgroepen) bijdraagt aan kansen op werk voor (chronisch) zieken en gehandicapten. Het verdient aanbeveling de effecten op de sociale zekerheid en de zorg in hun onderlinge samenhang te onderzoeken. De minister van VWS zou dergelijk onderzoek en de toepassing ervan moeten stimuleren.  | Onderzoek naar uitzonderingsconstructies  |
| 1.6 | De minister van VWS dient, naar de mening van de Raad, te bevorderen dat haast wordt gemaakt met de uitvoering van de toezegging van het ministerie van SZW om bij de behandeling van de WULBZ zo snel mogelijk de arbeidsreïntegratiemogelijkheden uit te breiden en onderling beter op elkaar af te stemmen. Het betreft hier inspanningen vanuit de sociale zekerheid, de arbeidsvoorziening, het gemeentelijk beleid en de gezondheidszorg. Daarnaast verdient het aanbeveling de uitvoering van de verschillende reïntegratiemogelijkheden te vereenvoudigen, met name voor wat betreft de beleving van de betrokken burgers en ondernemingen.<br>In dit verband vraagt de Raad aandacht voor het idee om de antidiscriminatiebepalingen te operationaliseren voor chronisch zieken en gehandicapten, zoals ook in de Verenigde Staten in de Americans with Disabilities Act (ADA) is gebeurd. De gedachte hierachter is dat mensen met een chronische ziekte of handicap alleen voor bepaalde functies mogen worden uitgesloten wanneer zij echt niet in staat zijn de desbetreffende functie uit te oefenen. De bewijslast daarvoor ligt in principe bij de potentiële werkgever. | Bevorderen arbeidsreïntegratie<br><br>Antidiscriminatie chronisch zieken en gehandicapten |
| 1.7 | De Raad beveelt aan dat bij het totstandkomen van de nieuwe Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV) ook de afstemming wordt verbeterd tussen enerzijds de uitvoeringsorganen sociale zekerheid, de arbeidsvoorziening en de gemeentelijke sociale diensten en anderzijds de verzekeraars en aanbieders in de zorgsector. De minister van VWS zou deze wens in het interdepartementale overleg moeten inbrengen.   | Afstemming in de uitvoering sociale zekerheid - gezondheidszorg                           |
| 1.8 | De Raad adviseert de minister van VWS een Wet op de medische keuringen tot stand te brengen. Deze wet moet de positie van de keurlingen in het algemeen beschermen en in het bijzonder voorkómen dat mensen met een (toekomstige)  | Medische keuringen  |

**Sociale zekerheid en zorg**

chronische ziekte of handicap geen of te moeilijk toegang tot voor hen geschikte arbeid krijgen.

*Veldpartijen, gefaciliteerd door de overheid*

- 2.5 De Raad meent dat werkgevers door de overheid gestimuleerd moeten worden een gericht reïntegratiebeleid voor herintredende zieke werknemers te voeren. Dit zou kunnen gebeuren door op grond van de Arbo-wet een wettelijke taak aan de Arbo-diensten op te dragen met betrekking tot deze systematische arbeidsreïntegratie en de uitvoeringsorganen sociale zekerheid op de naleving van deze verplichting te laten toezien. De minister van VWS zou hiervoor concrete suggesties voor de minister van SZW kunnen ontwikkelen. Werkgevers verantwoordelijk voor arbeidsreïntegratie
- 2.6 De Raad beveelt de minister van VWS aan de protocollering van het begrip gerechtvaardigd ziekteverzuim te bevorderen. Hierbij moeten (tenminste) de Nederlandse vereniging voor verzekeringsgeneeskunde (VVVG), de Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Verbond van Verzekeraars (VvV) worden betrokken. Protocollering begrip ziekteverzuim
- 2.7 De minister van VWS moet in samenwerking met het ministerie van SZW beleid ontwikkelen dat erop gericht is het vooroordeel te bestrijden dat het hebben van een ziekte of handicap automatisch betekent dat er sprake is van arbeidsbeperking of het risico van een hoger ziekteverzuim. Bestaande activiteiten op dit terrein, bijvoorbeeld van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken (WOCZ) en ZVN werksupport (Zorgverzekeraars Nederland), moeten verder worden ondersteund. Vooroordelen bestrijden
- 2.8 De minister van VWS moet het initiatief nemen het onderwerp bevordering van de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en gehandicapten op de agenda van het reguliere overleg tussen de regering en de sociale partners te plaatsen. Mogelijk kan dat overleg resulteren in een adviesaanvraag aan de SER over dit onderwerp. Het verdient verder aanbeveling dat overheid, werkgevers en werknemers in de Stichting van de Arbeid, in navolging van een soortgelijk besluit met betrekking tot allochtonen, een convenant sluiten waarin zij overeenkomen gedurende de komende drie jaren een concreet aangeduid aantal gedeeltelijk arbeidsongeschikten aan een reguliere arbeidsplaats te helpen. SER-advies arbeidsparticipatie chronisch zieken en gehandicapten  
Sociaal akkoord

**Sociale zekerheid en zorg**

### 4.3 Toerusting zorgstelsel

#### *Overheid*

- 1.9 De minister van VWS moet het zorgstelsel zodanig inrichten dat zorgaanbieders gestimuleerd worden in te spelen op wensen uit de samenleving met betrekking tot de zorgverlening, zoals het beperken van het ziekteverzuim tijdens de periode van hulpverlening. Zorgaanbieders moeten daarom de mogelijkheid hebben gedifferentieerde zorgfaciliteiten aan te bieden. Dit bevordert ook de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de zorgverlening. Daarbij moet voorkomen worden dat bepaalde groepen patiënten (op andere dan medische gronden) structureel een voorkeursbehandeling krijgen met betrekking tot de wettelijke zorgaanspraken. De minister van VWS moet daarom verbieden dat erkende zorginstellingen en verzekeraars/bedrijven/medisch specialisten voor zorg uit het eerste of tweede compartiment afspraken maken, waarin een bepaalde capaciteit exclusief voor een selecte groep verzekerden wordt gereserveerd. Geen structurele voorkeursbehandeling in de gezondheidszorg
- 1.10 De Raad acht het noodzakelijk dat het Basisonderzoek kosten structuur ziekenhuizen (BKZ) voldoende financiële ruimte biedt om tegemoet te komen aan de gerechtvaardigde aanspraken uit het wettelijk zorgstelsel. De Raad beveelt in dit verband aan, om de zorgverzekeraars en de aanbieders meer bij de opstelling van de ramingen in het FOZ/JOZ te betrekken. Dit laat onverlet de verantwoordelijkheid van de minister van VWS voor het FOZ/JOZ. De grotere betrokkenheid van de veldpartijen betreft de vaststelling van de technische consequenties van het door de overheid voorgenomen beleid. Dit sluit natuurlijk niet uit dat de minister van VWS ook overleg met veldpartijen heeft over het te voeren beleid. Dichten 'zorgkloof'  
Realistische kostenramingen
- Wanneer over technische consequenties van de voorgestelde beleidsmaatregelen verschillen van opvatting tussen de veldpartijen en de minister van VWS blijven bestaan, dienen deze zoveel mogelijk in het FOZ/JOZ zelf, of in een begeleidende nota bij het FOZ/JOZ, te worden gexpliciteerd en onderbouwd. Bij de politieke besluitvorming over het gezondheidszorgbeleid kan dan met deze discrepanties rekening worden gehouden.

- 1.11 De Raad meent dat de mogelijkheden in de gezondheidszorg om beter te kunnen reageren op maatschappelijke wensen, moeten worden vergroot. Dit betreft het wegnemen van belemmeringen in het wettelijk zorgstelsel voor verzekeraars en zorgaanbieders bij nieuwe vormen van zorgverlening, zoals transmurale zorg. Flexibilisering zorgaanspraken
- Anderzijds moeten de mogelijkheden om een groter deel van het beschikbare inkomen aan zorg te besteden, worden vergroot. De minister van VWS dient daarom te bevorderen dat de extra financile mogelijkheden (van bedrijven en burgers) ook daadwerkelijk kunnen worden benut, ook binnen het wettelijk zorgstelsel. Voorwaarde is wel dat, zeker binnen afzienbare termijn, deze extra zorgmogelijkheden voor de gehele bevolking beschikbaar komen. Flexibilisering financiering
- De overheid zou zich meer moeten concentreren op de beheersing van de collectieve uitgaven. Vervolgens moet zij de gelijke toegang tot de zorg bevorderen door maatregelen binnen het verzekeringsstelsel, zoals beperking van de premieverschillen door het aangeven van premiebandbreedten en door maatregelen met betrekking tot de risicoselectie en de acceptatieplicht. Het wordt dan wellicht op termijn ook mogelijk de macrobudgetten voor de verschillende subsectoren af te schaffen en te vervangen door indicatieve overheidsramingen in de sectorale beleidsvisies.

*Veldpartijen, gefaciliteerd door de overheid*

- 2.9 De minister van VWS zou moeten bevorderen dat zorgaanbieders (instellingen en beroepsbeoefenaren) worden gestimuleerd bij alle, en niet alleen bij de werkende patiënten, expliciet rekening te houden met de beperking van het ziekteverzuim in de ruime betekenis van het woord, gedurende het hulpverleningsproces. Het is niet alleen van belang dat iemand snel en goed wordt onderzocht en behandeld, maar ook dat hij tijdens dat proces niet onnodig wordt beperkt in zijn maatschappelijke functioneren. Ziekteverzuim en zorgverlening
- De Raad meent dat een aanpak die sterke gelijkens vertoont met de stimulering van het kwaliteitsbeleid en het bestrijden van de wachtlijsten in de zorg ook voor deze problematiek succesvol zou kunnen zijn. Onder een dergelijke aanpak verstaat de Raad een cyclus die bestaat uit

een ruim opgezette en in onderling overleg voorbereide startconferentie waarin een werkdocument wordt vastgesteld, een overlegplatform wordt ingesteld om de voortgang te bevorderen, gevolgd door een evaluatieconferentie. Zonodig wordt deze cyclus herhaald.

- 2.10 Mede ter ondersteuning van de aanbeveling 2.9, zou de minister van VWS een regeling moeten ontwerpen die instellingen verplicht inzicht te geven in een aantal goed gedefinieerde wachttijdgegevens, die per soort instelling kunnen verschillen. Het ministerie moet daarvoor in overleg met de verschillende organisaties van instellingen een systematiek ontwikkelen die tot vergelijkbare en gestandaardiseerde wachttijdgegevens leidt.
- Wachttijdinformatie

#### 4.4 Slotwoord

De Raad is van oordeel dat de effecten op de volksgezondheid en de gezondheidszorg meer dan in het verleden een rol moeten spelen bij de (voorbereiding van) veranderingen in de sociale zekerheid. Het gaat dan om de veranderingen met betrekking tot de ziektewet en de arbeidsongeschiktheidswetten. Dit geldt ook voor een aantal andere maatregelen, zoals bijvoorbeeld de zogenoemde Melkertbanen in de thuiszorg, of het beperken van de individuele huursubsidie voor onzelfstandige woonsituaties. De Raad acht het gewenst dat tijdens de beleidsvoorbereiding beter dan tot nu toe wordt geanalyseerd welke de, meestal onbedoelde, nadelige effecten op de volksgezondheid en gezondheidszorg zullen zijn. Zo'n ex-ante analyse moet er toe (kunnen) leiden dat het voorgenomen beleid wordt bijgesteld of dat door het nemen van flankerende maatregelen de ongewenste effecten worden voorkomen of verminderd.

Ook kan een dergelijke exercitie ertoe leiden dat financiële verschuivingen tussen beleidsterreinen worden overeengekomen. Wanneer bijvoorbeeld mocht blijken dat bepaalde maatregelen gunstig uitwerken voor de sociale zekerheidsuitgaven, maar tot een grotere vraag naar zorg leiden, ligt het voor de hand om (tenminste) een deel van de besparingen in de sociale zekerheid aan het BKZ toe te voegen. Het is niet uitgesloten dat zich ook een omgekeerde beweging voordoet, bijvoorbeeld bij het scheiden van wonen en zorg tussen de zorg en de volkshuisvesting.

De Raad wijst er nadrukkelijk op dat een verschuiving in verantwoordelijkheden voor sociale zekerheid in het algemeen en het

ziekteverzuim in het bijzonder, zeker op langere termijn, invloed kan hebben op de structuur van de samenleving. Dit betreft in het bijzonder de sociale en maatschappelijke positie van (toekomstige) chronisch zieken en gehandicapten.

Het is niet altijd mogelijk alle effecten van voorgenomen beleid goed te kwantificeren of in sociaal-economische parameters uit te drukken. Dat geldt soms voor mogelijke effecten op de gezondheidssituatie. Hoe moeilijk dat ook is, de Raad acht het van wezenlijk belang ook dergelijke moeilijk te kwantificeren of in sociaal-economische parameters te vatten effecten in de beleidsvoorbereiding mee te wegen.

De Raad hoopt dat door, het navolgen van de aanbevelingen uit dit advies, reeds tijdens het concipiëren van beleid meer aandacht zal worden besteed aan de mogelijke effecten van veranderingen in de sociale zekerheid op de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Daarnaast moet meer aandacht worden geschonken aan de mogelijke bijdragen die het zorgstelsel kan leveren aan het realiseren van doelstellingen op andere beleidsterreinen.

Op deze wijze ontstaat een evenwichtige belangenafweging, waarbij op constructieve wijze wordt geprobeerd om over de grenzen van de afzonderlijke beleidsdomeinen heen oplossingen voor belangrijke maatschappelijke problemen te vinden.

**De voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening,**

*Voorzitter,*

Prof.dr.s J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs P. Vos





# Bijlagen



## **Bijlage 1**

### **Adviesaanvraag**













## **Bijlage 2**

### **Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening**

**Voorzitter:**

prof.dr.s J. van Londen

**Leden:**

mw prof.dr I.D. de Beaufort

mw M.J.M. le Grand-van den Bogaard

prof.dr T.E.D. van der Grinten

prof.dr P.A.H. van Lieshout

mw prof.dr B. Meyboom-de Jong

mr I.W. Opstelten

mr J.J. van Rijn

mw prof.dr S.P. Verloove-Vanhorick

**Algemeen secretaris:**

drs P. Vos



## **Bijlage 3**

### **Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening**

**Raadslid:**

mr J.J. van Rijn

**Projectgroep:**

drs J.J.G.M. van den Hoek, projectleider

drs J. van Hasselt, projectmedewerker

mr drs P.H.M. Thewissen, projectmedewerker

mw B. van Iersel, stagiaire, projectmedewerker

mw H.A. Charles, projectsecretaresse



## **Bijlage 4**

### **De ontwikkelingen in de sociale zekerheid**

Deze bijlage gaat in op de recente wettelijke maatregelen gericht op een beperking van het ziekteverzuim en de toestroom tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Ze bevat feitelijke informatie met betrekking tot de bewuste regelingen, aangevuld met waargenomen reacties van betrokken partijen, dat wil zeggen werknemers, werkgevers, verzekeraars, Arbo-diensten, hulpverleners en instellingen, op de ontwikkelingen in de sociale zekerheid. Bij deze reacties gaat het om de effectrapportages van het CTSV en om een eigen impressie van de Raad van ontwikkelde initiatieven.

De bijlage bevat de volgende hoofdstukken:

- 1 De wettelijke maatregelen
  - 2 De effectrapportages van het CTSV
  - 3 RVZ-impressie van de reacties in het veld
  - 4 Discussie en conclusies
- Addenda

#### **1 De wettelijke maatregelen**

Recent hebben zich in snel tempo vérstrekkende ontwikkelingen in de regelgeving ten aanzien van de sociale zekerheid voltrokken. Deze ontwikkelingen worden in algemene zin gekenmerkt door een versobering van de aanspraken van werknemers op regelingen ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en een geleidelijk sterker wordende nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van werkgevers ten aanzien van de consequenties van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De toename van eigen verantwoordelijkheid van werkgevers kan indirect ook een groeiende eigen verantwoordelijkheid van werknemers tot gevolg hebben. Enerzijds kan dit zich voordoen wanneer werkgevers kritischer met verzuim van werknemers omgaan, anderzijds doordat werknemers zelf, gelet op onder meer conjuncturele krapte, een kritischer gedrag ten aanzien van het eigen verzuim vertonen.

Het gaat om de volgende, tussen 1992 en nu, in rap tempo tot stand gekomen wetten:

- Terugdringing ziekteverzuim en wijziging Arbeidsomstandighe-

- denwet (TZ/Arbo);
  - Terugdringing arbeidsongeschiktheids volume (TAV);
  - Terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) en
  - de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ).
- In addendum 1 wordt een overzicht gegeven van de voor deze advisering relevante aspecten van deze wetten.

De achtergrond van de genomen wettelijke maatregelen vormt de dwingende wens van de overheid om het ziekteverzuim te doen afnemen en het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen terug te dringen. Wat dit laatste betreft bedroeg eind 1990 het aantal uitkeringsjaren 880.000. Bij ongewijzigd beleid verwachtte men een stijging tot 1.000.000 uitkeringsjaren rond het midden van de jaren negentig. Ook het ziekteverzuim ontwikkelde zich in de jaren tachtig en begin jaren negentig ongunstig, waarbij gevreesd werd voor een verdere toename. Deze vooruitzichten waren voor de overheid aanleiding om een strikt volumebeleid te gaan voeren. Dit beleid werd gestalte gegeven aan de hand van de invoering van een aantal wettelijke maatregelen, die aansluitend zullen worden genoemd.

Er werden al eerder maatregelen getroffen ter beheersing van het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Een van deze maatregelen vormt de invoering van de Arbeidsomstandighedenwet in 1980. Deze wet, die in de plaats kwam van de tot dan toe vigerende Veiligheidswet, maakte het arbeidsomstandighedenbeleid uitdrukkelijk tot een gedeelde verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers.

Verder kan gewezen worden op de verlaging van de uitkeringen in het kader van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering/Algemene arbeidsongeschiktheidswet (WAO/AAW) van 80% van het laatst verdiende loon naar 70%, alsook op het schrappen van de verdiscontering van de werkloosheid uit het arbeidsongeschiktheids criterium. Beide laatst genoemde maatregelen gingen op 1 januari 1987 in. In 1986 werd de Wet arbeid gehandicapte werknemers (WAGW) van kracht die tot doel had de positie van gehandicapten op de arbeidsmarkt te verbeteren.

Het accent bij de recent genomen maatregelen ligt op verschillende aspecten. In eerste instantie gaat het om maatregelen die het optreden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid moeten voorkomen (preventie). Daarnaast gaat het om maatregelen die

erop gericht zijn de omvang van eenmaal opgetreden verzuim te beperken.

Met betrekking tot de preventie van verzuim worden in dat kader instrumenten gehanteerd die de werkgever moeten aanzetten tot het voeren van een bewust en op beperking gericht ziekteverzuimbeleid, alsook tot het ontwikkelen c.q. optimaliseren van een arbeidsomstandighedenbeleid (met name in de later te noemen TZ/Arbo). De gehanteerde prikkels kunnen van financiële aard zijn, zoals het aanbrenge van een differentiatie in de Ziektewetpremie (TAV), dan wel het vergroten van de verantwoordelijkheid van de werkgever voor loondervingskosten ten gevolge van verzuim (i.c. TZ en later de WULBZ), of van instrumentele aard, zoals de verplichting voor werkgevers om op termijn aangesloten te zijn bij een gecertificeerde Arbo-dienst (wijziging Arbo-wet). Voor de werknemers gelden meer indirect werkende prikkels, die samenhangen met de aan werkgevers opgelegde verplichtingen. Zo zal de eigen verantwoordelijkheid van de werkgever voor de loondervingskosten en het daaruit mogelijk resulterende striktere verzuimbeleid, voor werknemers aanleiding kunnen zijn kritischer met het eigen verzuim om te gaan.

De instrumenten om arbeidsongeschiktheid te voorkomen liggen grotendeels in het verlengde van zo-even genoemde instrumenten ten aanzien van de preventie van ziekteverzuim. Het gaat dan om onder meer het malusaspect van de zogenoemde bonus/malusregeling met betrekking tot de toegang tot de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en andere maatregelen om werkgevers te stimuleren werknemers niet in de WAO/ AAW te laten instromen (TBA).

Een tweede belangrijk aspect van de wettelijke maatregelen vormen de prikkels die van belang zijn ten aanzien van werknemers die reeds verzuimen of die geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn verklaard. Het gaat dan onder meer om het bonusaspect van de eerder genoemde bonus/malusregeling (TBA) en andere maatregelen die de reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers kunnen bevorderen (Wet arbeid gehandicapte werknemers (WAGW), TBA, Wet afschaffing malus en bevordering reïntegratie (AMBER)).

## **2 De effectrapportages van het CTSV**



Het College van Toezicht Sociale Verzekeringen (CTSV) heeft recent een aantal rapporten gepubliceerd waarin verslag wordt gedaan van onderzoek naar de effecten van getroffen maatregelen op het terrein van de sociale zekerheid. In het onderstaande zullen de belangrijkste conclusies uit de volgende rapporten kort worden weergegeven:

**A De werkgever geprikkeld?**

Effectiviteit financiële prikkels voor werkgevers in de ZW, AAW en WAO  
CTSV november 1995.

**B Kwantitatieve effecten van financiële prikkels in de Ziektewet**

CTSV november 1995.

**C Verzuimbeleid voor eigen risico**

Gedragreacties van grote werkgevers op de financiële prikkels in de Ziektewet  
CTSV november 1995.

**ad A De werkgever geprikkeld?**

*Inleiding*

Dit rapport biedt een inventarisatie van vooral de financiële prikkels die uitgaan van recent getroffen wettelijke maatregelen op het terrein van de sociale zekerheid. De effectrapportage is gebaseerd op analyse van een groot aantal evaluaties die de afgelopen jaren werden verricht.

*Conclusies*

Prikkels ten aanzien van reïntegratie bij een andere werkgever, zoals loonkostensubsidie en bonus, zijn slechts weinig werkzaam. De geringe werkzaamheid zou verklaard kunnen worden op grond van een strenger selectiebeleid door werkgevers en het meer inzetten van uitzendkrachten.

Prikkels gericht op preventie hebben duidelijk meer effect. Werkgevers voeren veelal een beter verzuimbeleid en hebben meer oog voor arbeidsomstandigheden. Dit geldt met name voor de grotere bedrijven. Vooral de 2/6 weken-maatregel sorteert effect, vanwege de direct voelbare gevolgen voor de werkgever. Dit geldt uiteraard het sterkst voor omslagleden.

Negatieve prikkels ten aanzien van hervatting bij de eigen

werkgever lijken effectief. Soms kan aan een dergelijke prikkel geen praktische uitvoering gegeven worden.

## **ad B Kwantitatieve effecten van financiële prikkels in de Ziektewet**

### *Inleiding*

Het CTSV deed onderzoek naar het effect van premiedifferentiatie (als onderdeel van de wet TAV) en de wet TZ op de ontwikkeling van het volume en de kosten van ziekteverzuim. Gemeten is verzuim langer dan 6 weken. Voor het korter durende verzuim zijn de beschikbare cijfers, mede ten gevolge van TZ, minder of niet betrouwbaar. Het gaat om een vergelijking van het langer durende verzuim voor cohorten werknemers in de maanden januari t/m juni van de jaren 1991-1994.

### *Conclusies*

De algemene conclusie is dat er vanaf 1991 een dalende tendens waargenomen kan worden in het verzuim. Na 1994 daalt het verzuim opmerkelijk veel sneller. Men schrijft deze trendbreuk toe aan de invoering van de wet TZ op 1 januari 1994. Het verzuimpercentage voor het langer durende verzuim (> 6 wkn) daalt van 3,8% in 1993 naar 2,9% in 1994.

De uitkeringslasten voor het totale ziekteverzuim dalen sterk van f 10,2 mrd in 1993 naar f 5,3 mrd in 1994. De uitvoeringskosten dalen van f 880 mln in 1993 naar f 660 mln in 1994, ten gevolge van afname in het aantal controles en in het aantal te verzorgen uitkeringen.

De premiedifferentiatie Ziektewet, ingevoerd per 1 januari 1993 (wet TAV), heeft geen duidelijke invloed gehad op het ziekterisico in 1993. De dalende tendens in het ziekterisico stabiliseert zich in 1993. Dit wordt mede het gevolg geacht van de dubbele griepgolven in dat jaar, die het kort durende verzuim hebben beïnvloed. Echter ook bij groepen werknemers waarop de premiedifferentiatie niet van toepassing is (ambtenaren, eigen risicodragers) stabiliseerde het verzuim. De conclusie is daarom dat premiedifferentiatie geen invloed heeft gehad bij de omslagleden.

Met name de grotere bedrijven hebben op redelijk grote schaal gebruik gemaakt van de in de TZ verruimde mogelijkheid om

eigen risicodragers te worden (3.000 werkgevers = 1% van de bedrijven). Het gaat vooral om bedrijven met een traditioneel vrij hoog verzuim: de bouwnijverheid, de gezondheidszorg en de dienstverlenende sector.

### **ad C Verzuimbeleid voor eigen risico**

#### *Inleiding*

Dit CTSV-rapport betreft een onderzoek naar de gedragsreacties van grote werkgevers - alsook de effecten van die reacties - op de prikkels in de Ziektewet die tussen 1992 en 1994 zijn ingevoerd: premiedifferentiatie, de 2/6 weken-maatregel en de beëindiging van de bovenwettelijke ZW-verzekeringen. Omdat eventueel waar te nemen gedragsveranderingen niet of niet uitsluitend aan de genoemde prikkels gerelateerd behoeven te zijn, is in het onderzoek een 'controle' ingebouwd, door een vergelijking te maken tussen verschillende typen werkgevers. Het gaat om omslagleden met een hoog ziekteverzuim, omslagleden met een laag ziekteverzuim en akers. Terzijde zij opgemerkt dat onder omslagleden werkgevers worden verstaan die traditioneel het ziekteverzuimrisico collectief hebben verzekerd bij bedrijfsverenigingen. Akers (afdelingskassen en eigen risico-dragers) zijn werkgevers die traditioneel het risico van ziekteverzuim zelf dragen. Op voorhand is waarschijnlijk dat financiële prikkels het meest duidelijk gevoeld zullen worden door omslagleden met een hoog verzuim. Omslagleden met een laag verzuim zullen naar verwachting minder consequenties ondervinden van financiële prikkels, terwijl akers er niet of nauwelijks door beïnvloed zullen worden.

Het onderzoek betrof een steekproef van 41 bedrijven. Alle bedrijven werden meermaals geïnterviewd. De bedrijven zijn afkomstig uit de metaalindustrie, het wegvervoer en de bankwereld. Negentien bedrijven hadden minder dan 500 werknemers, 22 bedrijven hadden meer dan 500 werknemers. De verdeling naar verzekeringstype is als volgt:

- a omslagleden hoge premieklasse (15 bedrijven);
- b omslagleden lage en midden premieklasse (12 bedrijven);
- c akers (14 bedrijven).

### **Geconstateerde gedragsveranderingen**

### *Algemeen*

De mate waarin gedragsveranderingen opgetreden zijn, verschilt tussen de drie groepen bedrijven: het meest bij groep a, het minst bij groep c. De aard van de aangebrachte veranderingen verschilt niet wezenlijk per groep. Specifiek voor groep a is dat men zich meer bewust is geworden van het fenomeen verzuim, er is soms ook een strenger beleid ingezet: controle, huisbezoek e.d. Bij de akers zijn preventieve aspecten van oudsher belangrijker dan bij de overige typen: hier is het arbeidsomstandighedenbeleid het meest bewust in beeld. Groep a scoort relatief het hoogste waar het gaat om initiatieven in de sfeer van de begeleiding van het verzuim. De gedragsveranderingen kunnen betrekking hebben op onder meer de rol van de leidinggevende in het bedrijf, formalisering van het beleid ten aanzien van verzuim, het meer inschakelen van een Arbo-dienst en verbetering van de verzuimregistratie.

### *Ontwikkeling van het verzuim*

Er is een duidelijke ontwikkeling waar te nemen in het verzuim binnen de geïnterviewde bedrijven. Voor alle drie groepen bedrijven is het verzuim in de periode 1992-1994 verminderd. Het meest spectaculair was de vermindering bij de omslagleden hoog verzuim, namelijk van gemiddeld 10,3% in 1992 naar 7,8% in 1994 (daling met bijna 25% van het ziekteverzuimpercentage). Het minst spectaculair was de afname van het verzuim voor de akers, van 6,1% in 1992 naar 5,5% in 1994 (daling met ruim 10% van het verzuimpercentage). Voor de omslagleden laag/midden verzuim werd een daling van het verzuimpercentage met ruim 14% gerealiseerd, namelijk van 6,7% in 1992 naar 5,8% in 1994. Het rapport komt tot de conclusie dat deze ontwikkelingen in het verzuim slechts ten dele zouden kunnen worden toegeschreven aan de ingevoerde financiële prikkels.

Het onderzoek kan slechts gedeeltelijk antwoord geven op de vraag of de ontwikkeling in het verzuim geleid heeft tot financiële baten voor de bedrijven. Meer dan de helft van de bedrijven was niet in staat een dergelijke analyse te maken. Uit de wel beschikbare gegevens kan worden afgeleid dat per werknemer een gemiddelde besparing op de bruto loonkosten werd gerealiseerd van f 1.150 per jaar.

### *Verschillen in gedragsreacties tussen grote en kleine bedrijven*

Het rapport maakt een vergelijking tussen de eigen onderzoeksgegevens, die betrekking hebben op zeer grote bedrijven, en gedragsreacties van kleine bedrijven. Deze laatste gegevens worden ontleend aan de zogenoemde TZ-monitor. Dit betreft een telefonische steekproef onder bedrijven in alle grootteklassen, verricht door het NIPG in opdracht van het CTSV.

Uit de gegevens van de TZ-monitor blijkt dat de kennis van en reacties op TZ sterk en vrijwel lineair toenemen met de bedrijfsgrootte tot 50 werknemers. Deze samenhang vlt bovendien sterk af: de bedrijven van 50-99 werknemers verschillen op vrijwel alle gemeten aspecten nog maar marginaal van de 100+ bedrijven.

Van de bedrijven boven 100 werknemers geeft bijna driekwart aan recent veranderingen te hebben aangebracht in het verzuimbeleid, van de bedrijven met minder dan 20 werknemers geldt dit in een kwart van de gevallen. Overigens geeft gemiddeld 60% van de bedrijven aan dat de aangebrachte veranderingen het gevolg zijn van invoering van TZ/Arbo.

#### *Specifieke verschillen in gedragsveranderingen tussen grote en kleine bedrijven*

Voor de specifieke gedragsveranderingen geldt het volgende. Naarmate bedrijven groter zijn, wordt het toepassen van eerstedagcontrole en 'spoedcontrole' van verzuimende werknemers vaker gemeld. Dit geldt eveneens voor het toepassen van wachtdagen bij verzuim en bonussen bij geen verzuim. Bij grote bedrijven komt ook vaker ontslag voor wegens hoog verzuim. Opmerkelijk is verder dat het toepassen van aanstellingskeuringen eveneens positief gecorreleerd is met de bedrijfsgrootte. Er lijkt echter een negatief verband te zijn met selectie op gezondheid. Merkwaardig is in dit verband de discrepantie met het aannemen van WAO'ers: grotere bedrijven zijn minder snel geneigd (ex-)arbeidsongeschikten in dienst te nemen dan kleinere bedrijven.

Er is bij de kleine bedrijven een duidelijk verschil waarneembaar in reactie op de financiële prikkels uit de wet TZ. Toename van verzuimbestrijdende maatregelen is sterker voor bedrijven in de grootteklasse 20-49 werknemers (eigen risicoperiode van 6 weken) dan in de grootteklasse kleiner dan 20 werknemers (eigen risicoperiode 2 weken). Dit geldt zowel voor maatregelen gericht op de persoon, in de vorm van drempelverhoging bijvoorbeeld, als voor maatregelen gericht op de bedrijfsleiding. Toename van alle

typen maatregelen blijkt voorts duidelijk verband te houden met de hoogte van het verzuim: hoe hoger het verzuim, des te sterker is de toename van het aantal maatregelen. Verder geeft ook het TZ-monitor onderzoek aan dat er duidelijke verschillen in gedragsreacties zijn tussen omslagleden en akers. De bevindingen uit TZ-monitor sporen wat dit betreft goeddeels met het onderhavige onderzoek van het CTSV.

### **3 RVZ-impressie van de reacties in het veld**

#### **3.1 Inleiding**

In het onderstaande wordt getracht een beeld te geven van de waar te nemen reacties in het veld op de recente, in deel één van deze bijlage aangegeven, wettelijke maatregelen met betrekking tot het beperken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De volgende actoren worden in beeld gebracht:

- werkgever
- werknemer
- verzekeraar ziektekosten
- verzekeraar loondervingsschade
- Arbo-dienst
- medisch specialist
- huisarts

De wettelijke maatregelen hadden onder meer tot doel de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim en eventueel daaruit resulterende arbeidsongeschiktheid sterker te articuleren en deze (meer) expliciet bij partijen i.c. de werkgever en in het verlengde daarvan de werknemer neer te leggen. De maatregelen hebben bij de onderscheiden partijen tot reacties aanleiding gegeven en dit proces is nog in volle gang. Deze reacties komen bij de diverse betrokken partijen op verschillende wijzen tot uiting.

In principe gaat het om reacties die gericht zijn op het voorkomen van verzuim, reacties met betrekking tot het bekorten van verzuim en reacties gericht op de (vooral financiële) consequenties van verzuim. Bij het voorkomen van verzuim is van werkgeverszijde te denken aan een aanscherping van het aannamebeleid, waaronder het verscherpen van de selectiecriteria en met meer gebruik maken van flexibele arbeidskrachten. Verder speelt een verbetering van het arbeidsomstandighedenbeleid een rol. Met betrekking tot het bekorten van verzuim kunnen werkgevers ertoe overgaan hun verzuimbeleid aan te scherpen door bijvoorbeeld eerdere controle,

snellere reïntegratie, of het in CAO-verband treffen van maatregelen zoals het verrekenen van ziektedagen met verlofdagen. Verder kunnen werkgevers geneigd zijn gebruik te maken van arrangementen voor extra zorg. Met betrekking tot het financiële risico van verzuim kunnen werkgevers overgaan tot het verzekeren van dit risico, bijvoorbeeld door een conventionele verzekering of door een moderne stop loss variant. Verzekeraars, Arbo-diensten en hulpverleners spelen in op de ontwikkelingen door het aanbieden van opties aan werkgevers, zoals mogelijkheden voor snelle hulp.

### **3.2 Waargenomen reacties in samenhang met wettelijke maatregelen ziekteverzuim**

Omtrent de mate waarin de weergegeven reacties zich voordoen is in algemene zin geen aanduiding te geven. In sommige gevallen, onder meer bij de extra zorgarrangementen die plaatsvinden buiten de reguliere voorzieningen/kaders, gaat het om enkele initiatieven. Andere reacties, zoals het voeren van een strenger verzuimbeleid door werkgevers, het door werkgevers afsluiten van verzekeringen tegen het financiële risico van ziekteverzuim en het door werkgevers gebruikmaken van c.q. het aanbieden door verzekeraars of Arbo-diensten van wachtlijstbemiddeling, komen meer frequent voor. Voorts moet bedacht worden dat, zoals eerder opgemerkt, het veld sterk in beweging is, waardoor het aantal en de soort reacties van betrokken actoren voortdurend aan verandering onderhevig zijn.

Bij de weergegeven reacties is sprake van een onderscheid tussen activiteiten die plaatsvinden binnen het reguliere of regulier geachte kader, dan wel daarbuiten. Onder regulier wordt hier verstaan: binnen de gebruikelijke werktijden en met gebruikmaking van de bestaande voorzieningen, waaronder ziekenhuis- en laboratoriumfaciliteiten, met medewerking van het aldaar werkzame ondersteunende en verplegende personeel.

Buiten de reguliere kaders vallen activiteiten waarbij van een of meer van de volgende aspecten sprake is: gebruik van niet-reguliere voorzieningen, zoals privé-klinieken, inzet van niet-regulier personeel, activiteiten buiten de reguliere werktijden, zoals 's avonds of in het weekeinde, onderzoek en behandeling in het buitenland.

Het al dan niet binnen de aldus gedefinieerde reguliere kaders

vallen van een op snelle hulp gerichte activiteit kan verband houden met de financiering ervan. Snelle hulp die het gevolg is van wachtlijstbemiddeling, zal in de regel in aanmerking komen voor normale vergoeding, mits de hulp plaatsvindt binnen het reguliere kader. Voor hulp die niet binnen het reguliere kader geschiedt, zal vergoeding meestal afhankelijk zijn van de specifieke afspraken die hieromtrent tussen werkgever en zorgverzekeraar zijn gemaakt, bijvoorbeeld in het kader van een extra verzekering voor dit soort activiteiten.

In het onderstaande worden waargenomen initiatieven per actor schematisch weergegeven. Op basis van het onderzoek kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over de totale omvang van de verschillende initiatieven. Addendum II geeft een toelichting bij deze initiatieven.

### **Werkgever**

#### *Voert stringenter arbeidsomstandighedenbeleid*

- heeft meer aandacht voor arbeidsomstandigheden
- ontplooit (eerder) initiatieven tot reïntegratie

#### *Voert stringenter verzuimbeleid*

- voert sneller controle uit
- maakt binnen CAO-verband afspraken omtrent consequenties van verzuim voor werknemers
- ontplooit (eerder) initiatieven tot snellere hulp

#### *Voert stringenter aannamebeleid*

- selecteert op toekomstig verzuimrisico
- sluit kortdurende contracten af, zet projectmedewerkers in
- maakt meer gebruik van uitzendkrachten

#### *Sluit collectief contract af met verzekeraar, inclusief een arrangement voor snelle hulp*

#### *Maakt gebruik van aanbod Arbo-dienst en/of verzekeraar om te bemiddelen bij snelle hulp*

#### *Maakt gebruik van aanbod individuele hulpverleners tot verlenen van snelle hulp*

- rechtstreeks door individuele hulpverleners
- via externe bemiddeling



### **Werknemer individueel**

*Gaat kritischer om met het eigen ziekteverzuim*

- is minder snel geneigd tot ziek melden

*Gaat kritischer om met sollicitaties*

- is meer geneigd inzage in medisch verleden te weigeren

### **Werknemers collectief**

*Onderhandelen met werkgevers binnen CAO-verband omtrent consequenties van verzuim voor werknemers*

### **Verzekeraar ziektekosten**

*Voert beleid gericht op aanbieden van mogelijkheden van snelle hulp aan werkgevers*

- werft werkgevers
  - . collectieve contracten particulier verzekerde werknemers
  - . collectieve contracten particulier verzekerde werknemers en ziekenfondsverzekerden
  - . collectieve contracten ook voor ex-werknemers en familieleden
- werft hulpverleners/instellingen voor het uitvoeren van snelle hulp
  - . binnen regulier kader
  - . buiten regulier kader

*Sluit collectieve contracten af met werkgevers, waarin voorzieningen voor snelle hulp zijn opgenomen*

*Realiseert snelle hulpverlening via extra-zorgarrangementen*

- binnen regulier kader: wachtlijstbemiddeling
- buiten regulier kader: bedrijvenpolikliniek, privé-kliniek, behandeling in buitenland

### **Verzekeraar loondervingsschade**

*Sluit voor werkgevers verzekeringen af ter dekking van het finan-*

*ciële risico van ziekteverzuim*

- conventionele verzekering
- stop loss verzekering

### **Arbo-dienst**

*Voert in opdracht van werkgever strengere verzuimbegeleiding/controle uit*

- controleert sneller
- ontplooit eerder initiatieven tot reïntegratie

*Werkt mee aan realisering van snelle hulp*

- doet aan wachtlijstbemiddeling
- verwijst werknemers actief (al/niet via huisarts) naar specialist
- verricht follow-up in de zin van reïntegratiebegeleiding

### **Medisch specialist**

*Verleent geen medewerking aan snelle hulp*

*Verleent medewerking aan snelle hulp*

- binnen het reguliere kader: bereid tot prioritering wachtlijst en/of bereid tot extra hulp binnen de reguliere werktijden en met behulp van de reguliere voorzieningen
- buiten het reguliere kader: bereid tot hulpverlening op incourante uren, bereid tot hulpverlening binnen een incourante setting

### **Huisarts**

*Verleent geen medewerking aan snelle hulp*

*Verleent medewerking aan snelle hulp.*

## **4 Discussie en conclusies**

De in het tweede hoofdstuk van deze bijlage besproken rapporten van het CTSV maken duidelijk dat er veranderingen zijn waar te nemen in het gedrag van werkgevers ten aanzien van ziekteverzuim. In een aantal gevallen lijkt een rechtstreeks verband van een waargenomen verandering met een daaraan voorafgaande

maatregel aannemelijk. In veel gevallen is dit verband echter minder overtuigend aan te tonen.

Duidelijk is wel dat er aanzienlijke verschillen zijn in de aard van de waargenomen veranderingen die samenhang vertonen met ofwel de bedrijfsomvang, ofwel de wijze waarop bedrijven het verzuimrisico hebben verzekerd i.c. omslagleden en akers, dan wel met beide.

Uit de in hoofdstuk 3 van de bijlage weergegeven impressie van initiatieven in het veld komt naar voren dat er momenteel, naast reacties in de zin van verscherping van het verzuimbeleid en aanpassing van het arbeidsomstandighedenbeleid, ook veel ontwikkelingen zijn die tot doel hebben een snellere hulpverlening aan werknemers te realiseren. Bij laatstgenoemde initiatieven kunnen verschillende partijen betrokken zijn, zowel in initiërende zin, als in het verlenen van medewerking aan de uitwerking van een initiatief. Een aantal vraagpunten doet zich daarbij voor, die onder meer te maken hebben met de positie van de gezondheidszorgconsument in het algemeen en de werknemer als consument van gezondheidszorg in het bijzonder. Cruciaal daarbij is de mate waarin snelle hulparrangementen aanvaardbaar zijn. Duidelijk is immers dat, in een schaarstesituatie, waarin sprake is van wachttijden en wachtlijsten, het voorrang verlenen aan individuen of groepen i.c. werknemers, consequenties heeft voor personen die geen deel uitmaken van deze groep.

Door de KNMG is in het Concept-referentiekader wachttijden in de zorg 1995 een pragmatische invalshoek gekozen. Men stelt het recht van een ieder op toegang tot de gezondheidszorg binnen een aanvaardbare termijn centraal. Indien in het kader van onderzoek of behandeling plaatsing van een patiënt op een wachtlijst noodzakelijk is, dan dient betrokken patiënt hieromtrent door de zorgverlener zorgvuldig te worden geïnformeerd. De prioriteit op de wachtlijst wordt door de hulpverlener in de eerste plaats bepaald aan de hand van medisch-wetenschappelijke criteria. In tweede instantie wordt de plaats op de wachtlijst mogelijk ook bepaald door sociaal-medische factoren. Het verlenen van snellere toegang tot hulp dan via de hier omschreven wachtlijstprocedure, wordt beschouwd als extra service.

Het Concept-referentiekader geeft aan dat voor extra service in de vorm van *snellere toegang tot de zorg* de volgende voorwaarden gelden:

- a De kosten die zijn verbonden aan extra service worden betaald door degene die er gebruik van maakt. In deze kosten zijn

- inbegrepen de overhead- en beschikbaarheidskosten.
- b Extra service kan alleen worden geboden als dat geen nadelige consequenties heeft voor de wachttijden van andere patienten.
  - c Voor extra service wordt extra betaald; de kosten van de snellere toegang komen niet ten laste van de collectieve middelen.

In het kader van deze bijlage wordt bovenstaande redenering gevolgd. Dat geldt ook voor de relatie tussen de huisarts en de bedrijfsarts/verzekeringsarts. Uit de beschreven reacties kan worden opgemaakt dat de huisarts als poortwachter binnen sommige initiatieven buiten spel dreigt te raken, of reeds buiten spel geraakt is. Dit geldt met name voor de situaties waarin de toestemming van de huisarts, in de vorm van een verwijfsbrief, niet langer noodzakelijk is om snelle hulp te kunnen realiseren. Het Concept-referentiekader van de KNMG stelt in dit verband dat de bedrijfsarts/verzekeringsarts patienten zelf mag verwijzen voor een *advies* indien voldaan is aan de voorwaarde van voorafgaand overleg met de huisarts, waarbij - ingeval geen overeenstemming wordt bereikt - de patient een doorslaggevende stem heeft, en de verwijzende arts de andere arts op de hoogte stelt van de resultaten van de verwijzing.

Het Concept-referentiekader van de KNMG biedt duidelijkheid omtrent de aanvaardbaarheid van snellere toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen. Het biedt evenwel geen houvast voor de vraag in hoeverre individuele werknemers door hun werkgever verplicht kunnen worden om gebruik te maken van een geboden mogelijkheid van snelle hulp. Vooralsnog lijkt het zinvol uit te gaan van de mogelijkheid van weigering van de werknemer, onder meer gelet op de vrijheid van artskenkeuze. De vraag is evenwel welke repercussies een dergelijke weigering op termijn voor de werknemer zouden kunnen hebben.

#### **Addendum 1**

##### *Overzicht relevante wettelijke maatregelen*

Slechts de in het kader van de onderhavige advisering relevante aspecten van de wetten zijn vermeld. Onderdelen van de regelingen kunnen op een andere datum van kracht zijn geworden dan de genoemde datum voor het in werking treden van de wettelijke regeling als zodanig.

##### **TAV (Wet terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume)**

van kracht: 1 maart 1992

behelst: bonus (artikel 59c ev AAW): bij een minimaal

dienstverband van 1 jaar ontvangt de werkgever de helft van het loon van de werknemer over dat jaar.  
Malus (artikel 59c ev AAW): werkgever betaalt boete voor elke werknemer die (meer) ao wordt.  
Loonkosten- en inwerk- en begeleidingssubsidie (artikel 59n AAW): subsidie van maximaal 20% van het loon van een in dienst genomen c.q. herplaatste, gedeeltelijk ao werknemer over maximaal 4 jaren. Geldt niet indien voor betreffende werknemers reeds een bonus werd verstrekt.

Premiedifferentiatie ZW (art. 60).

Aanvulling ziekgeld gedurende maximaal 3 jaar tot 100% bij AAW/WAO-uitkering.

Aanscherping sanctie art. 30 ZW en invoering van sanctie art.46 WAO/ 35 AAW. Deze laatste sancties liggen in het verlengde van de ZW-sanctie.

beoogd effect: structureel f 600 mln, overeenkomend met daling ziekterisico met 0,5%.

bereikt effect: van bonus en loonkostensubsidie werd weinig gebruikgemaakt.

Een malus kon in veel gevallen niet worden opgelegd (College van Toezicht Sociale Verzekeringen (CTSV), De werkgever geprikkeld?, 1995).

### **TBA (Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen)**

van kracht: 1 augustus 1993

behelst: wijziging van het arbeidsongeschiktheids criterium WAO/AAW, waarbij geen rekening meer wordt gehouden met de opleiding en ervaring van de werknemer die arbeidsongeschikt wordt verklaard; criterium wordt 'gangbare' arbeid in plaats van 'passende' arbeid.

De duur van de WAO/AAW uitkering wordt afhankelijk gesteld van de leeftijd van de werknemer.

Er wordt een beperking aangebracht ten aanzien van de maximale uitkeringsduur.

beoogd effect: afname van het beroep op de arbeidsongeschikt-

heidsverzekeringen, afname aantal uitkeringsjaren in 1994 met 25.000, hetgeen neerkomt op een besparing van f 925 mln. Structureel wordt een besparing beoogd van 118.000 uitkeringsjaren, hetgeen neerkomt op een besparing van f 6,04 mrd.

bereikt effect: onduidelijk.

#### **TZ (Wet terugdringing ziekteverzuim)**

van kracht: 1 maart 1994

behelst: 2/6 weken-maatregel (art. 29,2 ev ZW): werkgever verplicht over de eerste 2 (kleine bedrijven, minder dan 15 werknemers) of 6 weken tenminste 70% van het loon door te betalen.  
Blokking mogelijkheid collectieve herverzekering van bovenwettelijke uitkering.  
Overname ziekterisico (art. 29b.2 ZW).  
Verhaal bij inadequate verzuimbegeleiding door de werkgever (ten hoogste 6 weken ziekingeld) (art. 39b ZW).  
Overname van het risico van de malus (art. 59i.4 AAW/ 59j.3 AAW).  
Sanctie bij niet meewerken aan opstellen en uitwerken reïntegratieplan na 13 weken verzuim.

beoogd effect: daling van het ziekteverzuim met 1% in 3 jaar.

bereikt effect: het beoogde effect is ruimschoots gehaald.

#### **Wijziging arbeidsomstandighedenwet**

van kracht: 1 januari 1994

behelst: verplichting voor de werkgever om een ziekteverzuimbeleid te voeren.  
Gedurende de eerste 2/6 weken van het ziekteverzuim van een werknemer is de werkgever verantwoordelijk voor de verzuimbegeleiding. Hij dient hierbij een bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige te betrekken.  
Aangewezen bedrijven worden verplicht een verzuimregistratie en verzuimanalyse te voeren. Zij dienen hiervan jaarlijks verslag uit te brengen aan de ondernemingsraad of aan de werknemers.  
De werkgever dient een werknemer in staat te

stellen tot een periodiek geneeskundig onderzoek op vrijwillige basis.

De werkgever dient te voorzien in een risico-inventarisatie en -evaluatie binnen zijn bedrijf.

beoogd effect: grotere verantwoordelijkheid van de werkgever voor verzuimbeleid en arbeidsomstandighedenbeleid.

bereikt effect: onduidelijk.

**AMBER (Wet afschaffing malus en bevordering rentegratie)**

van kracht: 29 december 1995

behelst: afschaffen bonus/malussysteem (art. 59c ev AAW).

Versterking loonkostensubsidie (art. 59n AAW): maximaal 25% van het loon (was in TAV 20%). startersregeling zelfstandigen.

Proefplaatsing c.q. scholing met behoud van uitkering WW of WAO/AAW.

beoogd effect: wegnemen van de negatieve prikkel (malus). Deze werkte in de praktijk onvoldoende of zelfs contra-productief.

bereikt effect: nog onduidelijk, evaluatieperiode te kort.

## **Addendum 2**

*Toelichting bij de waargenomen reacties in het veld*

### **Reacties van werkgevers**

Werkgevers zijn verplicht zich aan te sluiten bij een Arbo-dienst voor het doen uitvoeren van de verzuimbegeleiding, het laten verrichten van een risico-inventarisatie en het bieden van de mogelijkheid aan werknemers tot een vrijwillig periodiek bedrijfsgeneeskundig onderzoek. In het kader van de aansluitingsverplichting komen werkgevers met de Arbo-dienst(en) een bepaald pakket dienstverlening overeen, waarin de zo-even genoemde onderdelen in ieder geval zijn vervat. Aanvullend onderdeel van het vast te stellen pakket kan zijn de wachtlijstbemiddeling door de Arbo-dienst. Op de wachtlijstbemiddeling als zodanig wordt in het onderstaande nader ingegaan.

Momenteel doet zich een initiatief voor waarbij snelle hulp wordt geleverd door individuele hulpverleners, via bemiddeling door een soort uitzendbureau. De betrokken hulpverleners zijn bij dit uitzendbureau aangesloten. Onderzoek en behandeling vinden deels plaats binnen de reguliere voorzieningen en deels bij privé-klinieken of in het buitenland.

### **Reacties van werknemers**

Bij werknemers zijn individuele reacties waarneembaar op de getroffen maatregelen. Het gaat daarbij om een neiging tot het zorgvuldiger omgaan met verzuim. De drempel tot ziekmelding lijkt in veel gevallen verhoogd te zijn. Verder gaan werknemers bij sollicitaties kritischer om met het geven van openheid omtrent hun medisch verleden.

Daarnaast spelen de maatregelen een rol bij de bedrijfstakgewijze onderhandelingen omtrent CAO's, waaraan namens de werknemers wordt deelgenomen door de vakbonden. Verder is te denken aan bedrijfstakgewijze onderhandelingen over bijvoorbeeld het afsluiten van een collectieve ziektekostenverzekering, waaraan door de werknemersvertegenwoordiging (zoals ondernemingsraad, medezeggenschapsraad) wordt deelgenomen. De door andere actoren, met name de werkgever, getroffen maatregelen doen wel



de vraag rijzen in hoeverre de werknemer verplicht kan worden tot deelname aan een door de werkgever af te sluiten collectieve verzekering voor ziektekosten. Een bijzonder aspect vormt de vraag in hoeverre de werknemer in algemene zin verplicht kan worden, deel te nemen aan door de werkgever af te sluiten specifieke arrangementen voor snellere hulp. Daarnaast speelt in het individuele geval het toestemmingsvereiste van de werknemer voor een feitelijk aanbod van sneller onderzoek of snellere behandeling een rol. De vraag is in hoeverre een werknemer kan weigeren van dit aanbod gebruik te maken. Deze vraag wordt des te klemmender indien bedoelde snellere hulpverlening gepaard zou gaan met voor de werknemer bezwarende consequenties. Daarvan kan onder meer sprake zijn bij een behandeling die (ver) buiten de eigen regio van de werknemer plaatsvindt.

### **Reacties van verzekeraars**

Momenteel bestaat er bij verzekeraars veelal nog een strikte scheiding tussen de producten ziektekostenverzekering en verzekering voor inkomensderving. Er zijn wel tendensen in de richting van een toegroei tussen deze productvormen. Vooralsnog zijn in deze bijlage de beide typen verzekering c.q. verzekeraar gescheiden weergegeven.

Ziektekostenverzekeraars zijn druk doende de markt van snellere hulp te exploreren en te exploiteren. Daarnaast is er veel aandacht voor verzekering door de werkgever van het risico van ziekteverzuim. Wat dit laatste betreft zijn er grofweg twee varianten. In de eerste plaats kan de werkgever ervoor kiezen een conventionele verzekering af te sluiten ter dekking van het risico. Hierbij is meestal sprake van een wachttijd en wordt het uit te keren percentage van het loon vastgesteld. Een tweede mogelijkheid vormt de zogenoemde stop loss verzekering, waarbij de werkgever alleen ziekengeld krijgt uitgekeerd wanneer een afgesproken drempelbedrag of ziekerisicopercentage in een bepaalde periode wordt overschreden.

Waar het gaat om de arrangementen voor snelle hulp is in de meeste gevallen sprake van een aanvullende polis bij een reeds afgesloten collectieve verzekering voor ziektekosten. Dit houdt in dat het arrangement dan in ieder geval van toepassing is op de werknemers die via het collectieve contract verzekerd zijn voor ziektekosten. Een dergelijk arrangement voor snelle hulp wordt

zoals eerder opgemerkt ook geregeld aangeboden aan familieleden van collectief verzekerde werknemers of aan ex-werknemers. In sommige gevallen zijn de arrangementen ook beschikbaar voor individuele hulpvragers.

Wat betreft de inhoud van de arrangementen is in de meeste gevallen sprake van wachtlijstbemiddeling. Het kan daarbij gaan om het gebruikmaken van een overzicht van bestaande wachtlijsten teneinde de behandelmogelijkheid met de kortste wachttijd te identificeren. Naast bemiddeling tussen wachtlijsten kan ook sprake zijn van bemiddeling binnen één wachtlijst. Hierbij wordt met de betreffende behandelaar overlegd of herschikking van de wachtlijst mogelijk is. Beide soorten wachtlijstbemiddeling worden hier geacht plaats te vinden binnen het reguliere kader.

Bij door verzekeraars aangeboden arrangementen voor snelle hulp is in veel gevallen de toestemming c.q. medewerking van de betrokken Arbo-arts en de huisarts vereist. Uiteraard zal ook de werknemer in kwestie toestemming moeten verlenen voor deelname aan een dergelijk arrangement.

### **Reacties van Arbo-diensten**

De bijdrage vanuit de Arbo-dienst aan een strengere verzuimbegeleiding c.q. -controle, evenals wachtlijstbemiddeling door de Arbo-dienst werden reeds in het bovenstaande toegelicht.

De activiteiten in het kader van realisering van snelle hulp kunnen door de Arbo-dienst zelfstandig worden uitgevoerd, voor zover ze deel uitmaken van het door de werkgever of verzekeraar bij de Arbo-dienst gecontracteerde pakket dienstverlening. Voorzover dit niet het geval is, kan de Arbo-dienst een bemiddelende rol vervullen tussen werkgever en verzekeraar. Het behoort tot de reguliere activiteiten van een Arbo-dienst om de werkgever te ondersteunen bij het te voeren reïntegratiebeleid.

De Arbo-arts kan op eigen initiatief werknemers voor een eenmalig consult verwijzen naar een medisch specialist. Het kan bijvoorbeeld gaan om de mening van de specialist omtrent de specifieke belastbaarheid van de werknemer. Vergoeding van dit consult is voor bij het ziekenfonds verzekerde werknemers in de regel niet mogelijk.

## **Reacties van curatieve hulpverleners**

### *Medisch specialist*

Een medisch specialist kan al dan niet geneigd zijn medewerking te verlenen aan snelle hulp. De mate waarin sprake is van geneigdheid tot snelle hulp kan afhankelijk zijn van de mate waarin de activiteit binnen de reguliere (c.q. als regulier beschouwde) kaders plaatsvindt. In het verband van deze bijlage wordt prioritering binnen een wachtlijst, mede gelet op het uit 1995 daterende 'Concept-referentiekader wachttijden in de zorg' van de KNMG, beschouwd als een activiteit die plaatsvindt binnen de reguliere kaders, voorzover de prioritering te maken heeft met medische, dan wel sociaal-medische overwegingen.

Een waargenomen initiatief waarin medisch specialisten, via bemiddeling van een aparte organisatie, extra zorg verlenen aan werknemers/patinten, wordt alleen dan als niet vallend onder de reguliere kaders beschouwd, voorzover de activiteiten niet plaatsvinden binnen de reguliere werktijden en/of binnen de reguliere voorzieningen. Dit laat onverlet dat als regulier beschouwde activiteiten elementen kunnen bevatten die niet binnen de normale verhoudingen passen. In het geval van genoemd initiatief wordt bijvoorbeeld de huisarts niet om toestemming gevraagd voor een onderzoek of behandeling door betreffende specialist. Ook de financiering van de verleende snelle hulp kan elementen bevatten die niet binnen de normale verhoudingen vallen.

### *Huisarts*

De relatie tussen snelle hulp en de inbreng daarbij van de huisarts is gecompliceerd. De snelle hulp als zodanig heeft in de meeste gevallen geen betrekking op de huisartsenzorg. Vanwege het vereiste van drempelloze toegankelijkheid kent de huisartsenzorg geen wachttijd of wachtlijst. De huisarts kan evenwel een verwijzing geven voor specialistisch of paramedisch onderzoek of behandeling waarvoor wel sprake is van wachttijden of wachtlijsten.

Met het oog op de vergoeding van specialistische of paramedische zorg is het in ieder geval voor bij het ziekenfonds verzekerde patienten noodzakelijk dat een verwijzing door de huisarts heeft plaatsgevonden. Bij de meeste particuliere polissen is dit eveneens het geval.

Bij een deel van de waargenomen initiatieven voor snelle hulp is sprake van de noodzakelijke toestemming van de huisarts, in de vorm van een verwijzing, voor het kunnen realiseren van de snelle hulp. Bij een ander deel van de initiatieven wordt de hulp ook gerealiseerd, indien de huisarts geen toestemming verleent. In sommige gevallen wordt al dan niet bewust verzuimd om de huisarts om toestemming te vragen.



## **Bijlage 5**

### **De ontwikkelingen in de gezondheidszorg**

#### **Versterking overheidsinvloed**

De discussies over de herinrichting van de gezondheidszorg in de jaren zeventig en tachtig zijn onder het huidige kabinet tot het volgende standpunt geëvolueerd.

In de jaren zeventig en begin jaren tachtig was het beleid in hoge mate sterk gericht op het versterken van de rol van de overheid: versterking van de planning, de bekostiging en de kostenbeheersing. Dit leidde tot een verstarring in de gezondheidszorg en onvoldoende gedeelde verantwoordelijkheid voor de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg. Het was vooral de overheid die zich zorgen maakte over de kostenontwikkeling in de zorg en zich inspande deze beheerst te laten verlopen. Door steeds toenemende overheidsverantwoordelijkheden, in het bijzonder voor de kostenbeheersing, werden de overige partijen onvoldoende gestimuleerd zich in te zetten voor een verbetering van de doelmatigheid van de zorg. Daardoor dreigde de beschikbaarheid van voldoende en voldoende hoogwaardige zorg in gevaar te komen.

#### **Marktwerking**

Als reactie daarop werd, mede aangezet door het rapport van de commissie-Dekker, een groter accent op marktwerking gelegd. De gezondheidszorg werd beschreven in drie markten (de verzekeringsmarkt (met als belangrijkste actoren de verzekeraars en de verzekerden), de hulpverleningsmarkt (met als belangrijkste actoren de verzekerden/patiënten en de zorgaanbieders) en de bekostigingsmarkt (met als belangrijkste actoren de zorgaanbieders en de verzekeraars), waarbij de overheid slechts een regulerende rol zou moeten vervullen. Tussen de drie markten bestaan vanzelfsprekend relaties, omdat de actoren op de verschillende markten actief zijn. Zo heeft een patiënt ook belang bij de afspraken tussen verzekeraars en aanbieders omdat hij bij het verkrijgen van zorg afhankelijk is van de mogelijkheden die verzekeraars en aanbieders onderling zijn overeengekomen.

#### **Mentaliteitsverandering**

Hoewel in de praktijk feitelijk slechts in beperkte mate marktwerking is doorgevoerd, heeft deze verandering grote effecten gehad. Door de discussies over de marktwerking zijn de rolopvattingen van de diverse actoren veranderd. Verzekeraars en zorgaanbieders zijn zich marktgerichter gaan opstellen. Dit heeft onder meer tot gevolg gehad dat verzekeraars en aanbieders duidelijk een rol zijn gaan claimen op terreinen die tot dan toe vooral door de overheid werden beheerst: de planning, de tarieven en het kwaliteitsbeleid.

### **Nieuw evenwicht**

Het huidige kabinet heeft gekozen voor het tot stand brengen van een nieuw evenwicht tussen de extremen van volledige overheidsregulering en vrijemarktwerking.

De overheid moet een belangrijke, maar begrensde rol blijven spelen. De overheid blijft uiteindelijk verantwoordelijk voor de aanbodregulering, de bekostiging en vaststelling van de aanspraken in de wettelijke ziektekostenverzekeringen.

De aanbieders en de verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de zorg. Daartoe moet de bestaande wet- en regelgeving zodanig worden gemoderniseerd, dat aanbieders en verzekeraars binnen door de overheid aangegeven kaders meer mogelijkheden hebben om aan de wensen van de patiënten te kunnen voldoen.

### **Wettelijk zorgstelsel**

Deze benadering geldt met name voor het zogenaamde eerste en tweede compartiment, verder in dit advies aangeduid als de wettelijke ziektekostenverzekeringen. (Deze betreffen dus naast de AWBZ en de ZFW ook de met de ZFW-overeenkomstige aanspraken uit de particuliere ziektekostenverzekeringen.) De overheid houdt daarvoor in hoge mate de verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van de capaciteit en de budgetten. Ook spiegelt de overheid de partijen in de vorm van sectorale zorgvisies de in haar ogen gewenste beleidsrichting voor en ondersteunt die zo nodig met wet- en regelgeving.

### **Gelijke toegang**

Binnen het stelsel van het wettelijke zorgstelsel staat het begrip gelijke toegankelijkheid centraal. Gelijke toegankelijkheid moet worden beschouwd als het na te streven maar nooit volledig te bereiken ideaal. Echter, het stelsel van wettelijke ziektekostenverzekeringen moet zodanig worden ingericht en georganiseerd dat binnen het stelsel het ideaal van gelijke toegankelijkheid zoveel mogelijk wordt benaderd.

### **Derde compartiment**

Naast het wettelijke ziektekostenstelsel staat het derde compartiment, waarin zich die vormen van zorg bevinden waarvoor de politiek het niet noodzakelijk acht om op basis van wettelijke regelingen gelijke toegang te bewerkstelligen.

Het leidende principe in het derde compartiment is het marktbeginsel: de koopkrachtige vraag bepaalt de toegang tot de zorg. Dit neemt niet weg, dat de overheid ook aan het bovenwettelijke ziektekostenstelsel nadere eisen kan stellen, zeker ten aanzien van de (minimum)kwaliteit.

### **Overheid en het derde compartiment**

Naast de niet-noodzakelijke, niet-doeltreffende en niet-doelmatige gezondheidszorg (sprekende in de terminologie van Dunning) bestaat het derde compartiment ook uit noodzakelijke, doeltreffende en doelmatige zorg, waarvan de overheid van mening is dat de burger in staat is deze zelf te betalen. In het bijzonder voor deze vormen van zorg heeft de overheid de verantwoordelijkheid te waarborgen dat deze zorg van goede kwaliteit ook voor iedereen beschikbaar en betaalbaar blijft, hetgeen een reden kan zijn om invloed uit te oefenen op de tarieven voor de zorg en de beschikbare capaciteit. Echter de omvang van de geleverde zorg en de gelijkheid in toegang kan de overheid niet meer bepalen.





## Bijlage 6

### **Raakvlakanalyse sociale zekerheid - gezondheidszorg**

Bij het analyseren van de raakvlakken tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg is als opzet gekozen de fictieve gang van iemand die op zoek naar werk is, werk vindt, ziek wordt en vervolgens arbeidsongeschikt wordt. De CTSV-rapportages naar aanleiding van de recente veranderingen in de sociale zekerheid vormen een belangrijke bron voor deze raakvlakanalyse, zie ook bijlage 4.

#### **1 Op zoek naar werk**

Vanwege de toegenomen risico's die een werkgever loopt voor ziekteverzuim (en in de toekomst ook voor arbeidsongeschiktheid) zal hij geneigd zijn het ziekerisico van nieuwe werknemers in te schatten, ook wanneer feitelijke medische aanstellingskeuringen niet langer toegestaan zijn. Dit heeft tot gevolg dat mensen met (grote) ziekerisico's/gezondheidsbeperkingen moeilijker toegang tot de arbeidsmarkt krijgen.

Vanuit gezondheidsoptiek is het (gedurende langere tijd) ongewenst werkloos zijn een duidelijke risicofactor. Ook leidt dit tot maatschappelijke uitsluiting. Voor de gezondheid is het van belang dat mensen maatschappelijk zinvol geachte activiteiten verrichten. In onze huidige samenleving wordt gezonde en zinvolle arbeid nog veelal als de beste invulling hiervan beschouwd. Deze zingeving kan zeker ook in onbetaald werk worden gevonden. Echter, ook ingegeven door de voortgaande individualisering, wordt het niet hebben van een vorm van betaald werk nog steeds als een persoonlijk gemis ervaren.

#### **2 Gezondheidsbevordering en preventie op de werkplek**

Werkgevers hebben een groter belang gekregen bij het voorkomen van ziekteverzuim. Dit leidt tot grotere aandacht voor het arbeidsomstandighedenbeleid en voor de preventieve maatregelen ter voorkoming van ziekteverzuim, waaronder werkplekonderzoek, risico-inventarisaties en periodiek bedrijfsgeneeskundig onderzoek, maar ook meer mogelijkheden voor gezondheidsbevorderende maatregelen zoals het terugdringen of verbieden van tabaks- en alcoholgebruik tijdens het werk en het bevorderen van

bedrijfsfitness.

In principe kunnen dergelijke maatregelen daadwerkelijk leiden tot voorkoming van ziekte en daarmee van de vraag naar gezondheidszorg. De mate waarin dit het geval is, kan overigens (nog) niet goed gekwantificeerd worden. Naast een grotere aandacht voor het arbeidsomstandighedenbeleid kan de daling in het ziekteverzuim ook het gevolg zijn van een strenger selectiebeleid. In dit verband moet overigens ook rekening worden gehouden met een tegengesteld effect veroorzaakt door de zogenaamde preventieparadox: preventieve maatregelen, zeker wanneer deze gericht zijn op het vroegtijdig opsporen en onderkennen van mogelijke gezondheidsbedreigingen kunnen ook leiden tot een, overigens eveneens moeilijk te kwantificeren, toename van de zorgvraag. De voorlopige conclusie zou kunnen zijn dat de toegenomen aandacht voor het ziekteverzuim door het bedrijfsleven inderdaad tot verzuimvermindering heeft geleid, maar dat het onduidelijk is of deze verzuimvermindering ook geleid heeft tot een vermindering van het zorggebruik.

### **3 Flexibeler arbeidsovereenkomsten**

Mede als gevolg van de veranderingen in de sociale zekerheid, maar ook door allerlei andere maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder de individualisering en de vrouwenemancipatie, neemt de flexibiliteit in de arbeidsovereenkomsten toe. Deze ontwikkeling wordt zowel door werkgevers als door degenen die naar werk zoeken, gestimuleerd. Deze toegenomen flexibilisering heeft de mogelijkheden op werk voor velen vergroot. Aan deze toegenomen flexibiliteit, met name aan de flexibiliteit van de duur van de arbeidsovereenkomst, kleven ook risico's. Zij biedt werkgevers mogelijkheden om de arbeidsrelatie met mensen met relatief hoog ziekteverzuim gemakkelijker te beëindigen en veroorzaakt dat steeds vaker de toetredingsdrempel moet worden overschreden, met alle risico's die daarbij horen, zoals beschreven onder punt 1. De grotere flexibilisering van de arbeid vergroot de mogelijkheden voor arbeidsparticipatie maar eveneens de mogelijkheden tot snellere beëindiging van arbeidsrelaties, onder andere bij geconstateerde ziekerisico's.

### **4 Ziekte**

Bij het optreden van ziekteverzuim zal een werkgever (en de door

hem ingeschakelde Arbo-dienst) onder invloed van veranderingen in de sociale zekerheid alerter reageren. Een verbetering van het interne ziekteverzuimbeleid (betrokkenheid van de direct leidinggevende, controle, terugmelding van ziekerisico's als gevolg van een tekort schietend arbeidsomstandighedenbeleid, nadere aanpassingen van de werkplek etc.) leidt in principe tot vermindering van het vermijdbare ziekteverzuim en voorkoming van onnodige arbeidsongeschiktheid. Deze algemene constatering sluit overigens niet uit, dat al te stringente controle en te grote druk om snel de arbeid te hervatten ook in bepaalde gevallen kunnen leiden tot een toename van het langdurig ziekteverzuim omdat het daadwerkelijke gezondheidsprobleem niet tijdig wordt onderkend en aangepakt.

## **5 Langdurige of frequente ziekte**

De beperkte ervaringen met de toegenomen financiële risico's bij ziekteverzuim tonen aan dat de ondernemer niet onmiddellijk invloed wil uitoefenen op de gezondheidszorg. Dit wordt anders bij langdurige of frequente ziekte. De bedrijfsgeneeskundige kan in een dergelijke situatie van mening zijn dat de betrokkene onnodig lang in het zorgcircuit moet verblijven. De bedrijfsgeneeskundige kan het in die gevallen zinvol achten om een consult bij een (medisch) specialist in te winnen. Wanneer hij vervolgens van mening blijft dat er onnodig veel tijd met de behandeling heengaat (en het ziekteverzuim daardoor onnodig lang duurt), kan hij de zieke werknemer bijstaan om sneller zorg te krijgen. Instrumenten als zorgbemiddeling en wachtlijstbegeleiding, alsmede het extra contracteren van zorg voor dergelijke werknemers kunnen daarbij worden ingezet. Veelal zal er in een dergelijke situatie sprake zijn van een gezamenlijke actie van werkgever, zorgverzekeraar (collectieve contracten) en Arbo-dienst.

Daarnaast mag worden verwacht dat, als gevolg van de toegenomen financiële risico's van de werkgever voor de kosten van ziekteverzuim (en de arbeidsongeschiktheid), in de hand werkt dat een werkgever bij langdurig of frequent ziekteverzuim zo mogelijk de arbeidsrelatie zal willen beëindigen (zie ook punt 3).

## **6 Terugkeer in het arbeidsproces na ziekte**

De werkgever kan, met behulp van de Arbo-dienst, de terugkeer naar het arbeidsproces van een werknemer na herstel van een ernstige ziekte of ongeval, begeleiden of versnellen door middel van aanpassing van de arbeidsomstandigheden of het zoeken naar ander, zonodig aangepast, werk. Ook kan door gerichte extra medische of paramedische zorg de terugkeer tot de arbeid bevorderd worden. Wanneer herhaling dreigt van het ziekteverzuim of wanneer de kosten voor aanpassing en begeleiding te groot worden, kan dit ertoe leiden dat de werkgever gaat proberen de arbeidsrelatie te beëindigen, met de overwegingen zoals ook bij punt 5 vermeld.

## Bijlage 7

### Privatisering: motieven en concepten

#### 1 Inleiding

De afgelopen jaren is er veel veranderd in de bestuurlijke organisatie van de overheid. Die veranderingen zijn geen doel op zich en ook niet uitsluitend gericht op verbetering van het functioneren van de overheidsorganisatie. Volgens Meijerink en Schaap komen de veranderingen voort uit verdergaande politiek-bestuurlijke en maatschappelijke motieven: 'een ander evenwicht in de relatie overheid-samenleving, het leggen van taken en verantwoordelijkheden op plaatsen waar ze op grond van maatschappelijke ontwikkelingen of behoeften horen, een kleinere maar slagvaardiger overheidsorganisatie welke doet wat het moet doen en een politieke sturing die het maatschappelijk verkeer op een adequate wijze regelt en ordent.'

De veranderingen kunnen op verschillende wijzen vorm krijgen, aangeduid met begrippen als privatisering, verzelfstandiging en uitbesteding. Gemeenschappelijk kenmerk is dat in het nieuwe evenwicht tussen overheid en samenleving bestaande taken en verantwoordelijkheden zullen veranderen. Gesproken wordt van onderscheiden en tegelijkertijd gedeelde verantwoordelijkheden van betrokkenen.

Meijerink en Schaap noemen drie algemene redenen waarom de overheid in beweging is gekomen:

- 1 economische (doelmatigheid);
- 2 bestuurlijk-organisatorische (bestuurbaarheid, beheersbaarheid en controleerbaarheid);
- 3 politiek-maatschappelijke (nieuwe rol en positie van de overheid in de samenleving).

De afgelopen jaren zijn de verhoudingen tussen overheid en samenleving drastisch gewijzigd. Dit heeft ook zijn repercussies gehad in de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Een veelgebruikte term hierbij is privatisering, een term die in verschillende betekenissen blijkt te worden gebruikt. In deze notitie worden een aantal onderliggende motieven en modellen van privatisering nader verkend. Meer in het bijzonder wordt stilgestaan bij de betekenis van privatisering voor de sociale zekerheid.

#### 2 Nadere verkenning

In de literatuur wordt het begrip privatisering niet strikt omschreven. In feite gaat het om een containerbegrip waaronder allerlei vormen en modaliteiten van privatisering schuil gaan. Soms wordt gesproken over 'echte' of 'vergaande' privatisering, namelijk wanneer een activiteit in zijn geheel wordt overgeheveld van de overheid naar de marktsector en er geen sprake meer is van een politieke of financiële verantwoordelijkheid voor de overheid. Het ontstaan van KPN en de Postbank zijn hiervan voorbeelden. Het door elkaar gebruiken van het begrip privatisering in verschillende betekenissen geeft aanleiding tot misverstanden. De kern van elke privatiseringsoperatie is een verandering in het evenwicht tussen overheid en samenleving. Voor een nader begrip van zo'n privatiseringsoperatie is het noodzakelijk te kijken naar de specifieke motieven voor deze verandering.

Hoofdelementen van privatisering zijn verkleining van de omvang van de publieke sector, door vermindering van de rol van de overheid ten gunste van de particuliere sector en vervanging van het politiek gestuurde budgetmechanisme door het marktmechanisme. De hoofdelementen komen tot uiting in verschillende motieven voor privatisering, namelijk:

- 1 verkleining van de fysieke omvang van de publieke sector, zodat de publieke sector beter beheersbaar wordt en de burgers met lagere lasten worden geconfronteerd;
- 2 verhoging doelmatigheid en doeltreffendheid, door marktwerking en concurrentie na te streven;
- 3 beter beheer en bestuur van publieke sector door het afstoten van niet-essentiële taken;
- 4 meer wendbaarheid en beweeglijkheid doordat specifieke regelgeving van de overheid niet langer van toepassing is;
- 5 betere kwaliteit/kostenverhouding van het geleverde produkt door verbeterde klantgerichtheid (Weitenberg, 1995).

De motieven die in een concreet geval aan de orde zijn bepalen de uiteindelijke vormgeving van de privatisering. Privatisering kan variëren van zeer lichte tot zeer vergaande vormen.

Van vergaande privatisering is sprake wanneer een activiteit in alle opzichten onder het regime van de vrije markt kan opereren (inkoop en inzet van productiemiddelen, organisatie van het productieproces, afzet/verkoop van producten en diensten en de verdeling van het productieresultaat). Bij lichte privatisering worden slechts enkele facetten van het totale proces onder het regime van de vrije markt gebracht. Overigens kan privatisering ook geschieden via de (niet-commerciële) stichtingsvorm.

De wijze en mate van privatisering zijn afhankelijk van de aard

c.q. de taak van het desbetreffende onderdeel van de publieke sector. Daarbij kan privatisering betrekking hebben op zowel de vraagkant als de aanbodzijde. Aan de vraagkant speelt bijvoorbeeld de vermindering van kostprijsverlagende subsidies, zoals vervoerssubsidies aan NS en regionale vervoerbedrijven. Voor privatisering aan de aanbodzijde kunnen in beginsel alle organisatie-onderdelen van 'de via belastingen en premies gefinancierde publieke sector' in aanmerking komen (Weitenberg, 1995). Daarbij zijn de volgende modellen denkbaar:

- 1 Afstoting. De meest vergaande vorm waarbij een overheidsdienst in beginsel volledig wordt overgeheveld naar de marktsector. Daarbij kan het niet alleen gaan om bedrijven, maar ook om projecten als de aanleg van tunnels en de bouw van rechtbanken.
- 2 Uitbesteding. Hierbij is sprake van beëindiging van bepaalde overheidsdiensten om deze vervolgens te betrekken uit de marktsector. Voorbeelden zijn diensten als bewaking, onderhoud en catering; ook advieswerk behoort hiertoe.
- 3 Verzelfstandiging, te onderscheiden in een externe en interne variant. Het verschil tussen beide varianten wordt bepaald door de mate waarin een minister verantwoordelijk is.  
Bij externe verzelfstandiging vervalt de ministeriële verantwoordelijkheid en worden juridische verantwoordelijkheden en bevoegdheden gecreëerd voor de verzelfstandigde organisatie. Externe verzelfstandiging kan een privaatrechtelijke grondslag hebben (zoals een NV of stichting) of een publiekrechtelijke (bijvoorbeeld bij een zelfstandig bestuursorgaan).  
Bij interne verzelfstandiging blijft de minister politiek en juridisch volledig verantwoordelijk. Wel verkrijgt het desbetreffende dienstonderdeel ten opzichte van de Comptabiliteitswet een zekere financieel-economische zelfstandigheid. Vormen van interne verzelfstandiging zijn zelfbeheer, contractmanagement en het agentschap.

Weitenberg en Van de Ven (1995) hebben verschillende modellen



van privatisering als volgt samengevat:

Modellen	Oogmerken	Terreinen	Juridische vormgeving	Financiële aansturing en controle
echte privatisering, in de betekenis van overheveling naar markt of uitbesteding	- verkleining publieke sector - betere besturing publieke sector - versterkte marktwerking	(gehele) publieke sector (staatsdeelnemingen, semi-overheid, premiegefinancierde sector, uitvoerende departementale diensten voor zover prestaties individualiseerbaar zijn en toepassing prijsmechanisme niet stuit op hoge transactiekosten)	- privaatrechtelijke rechtspersoon - beheerst door Burgerlijk Wetboek (BW)	geregeld in BW wat betreft jaarrekening, verslaglegging en accountantscontrole
externe verzelfstandiging, in anticipatie op bovenstaande echte privatisering	- eerste stap op weg naar bereik van oogmerken van echte privatisering	idem	idem	idem
externe verzelfstandiging via functionele decentralisatie	herinrichting organisatie van de overheid op grond van primair bestuurlijke overwegingen door creatie van zelfstandige bestuursorganen	departementale organisatie onderdelen met bestuurlijke taken, d.w.z. onderdelen waarbij sprake is van de uitoefening van	- geen hiërarchische ondergeschiktheid aan minister; - bevoegdheden per geval bij wet regelen. - bij voorkeur publiekrechtelijk rechtspers-	per geval bij wet te regelen.

Sociale zekerheid en zorg

	die geen hiërarchische ondergeschiktheid aan de minister hebben.	overheidsgezag	soon
interne verzelfstandiging via agentschappen, sluiten van management-overeenkomsten en dergelijke	verlening van een zekere mate van economische zelfstandigheid en ruimte voor integraal management aan onderdelen van departementale organisaties, met behoud van volledige ministeriële politieke en juridische verantwoordelijkheid	onderdelen van de departementale organisatie waar wijziging van de ministeriële verantwoordelijkheid onwenselijk is	- extern blijft verantwoordelijkheidsverdeling ongewijzigd - door minister te herroepen afspraken over interne verantwoordelijkheden en bevoegdheden; - geen zelfstandige rechtspersoonlijkheid

Volgens Weitenberg en Van de Ven heeft privatisering in Nederland vooral vorm gekregen via verzelfstandiging. Externe verzelfstandiging dient daarbij in sommige gevallen als tussenfase naar volledige beëindiging van overheidsinvloed (zie bijvoorbeeld de reeds genoemde KPN en Postbank). In totaal zijn de afgelopen jaren op verschillende wijzen ca. 125.000 ambtenaren 'geprivatiseerd'.

### 3 Privatisering en sociale zekerheid

Zoals bekend heeft de privatiseringsgedachte, of beter gezegd het gewijzigde denken over het evenwicht tussen overheid en samenleving, ook gevolgen gehad voor de sociale zekerheid. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) heeft in 1994 een van zijn rapporten specifiek aan dit thema gewijd. De auteur van dit rapport, Bekkering, reserveert de term privatisering voor vormen van minder centrale sturing. Daarbij zijn

verschillende modaliteiten mogelijk; in het desbetreffende WRR-rapport gaat het met name over modaliteit E:

- 
- I De overheid stelt aansprakelijkheid vast  
De overheid houdt toezicht
- A uitvoering onder politieke controle
  - B uitvoering door zelfstandig bestuursorgaan
  - C uitvoering door geprivatiseerde overheid
  - D uitbesteding aan concurrerende opdrachtnemers

- II De private sector stelt aansprakelijkheid vast  
De overheid houdt toezicht/treedt marktordenend op
- E uitvoering door particuliere ondernemingen
- 

Van privatisering is sprake bij verschuiving van A naar B, C of D, maar ook bij verschuiving van I naar II. Voorbeelden:

- premiedifferentiatie ZW: privaat element in publieke regeling
- WAO-gat: privatisering (van I naar II)
- maatregelen ZW: privatisering (van I naar II)
- ministelsel: privatisering (van I naar II)

Verschuiving van I naar II hoeft voor de overheid geenszins een passieve rol te betekenen, omdat de overheid de rollen van marktordening en toezicht kan behouden.

Verantwoordelijkheid en privatisering zijn twee begrippen die volgens Bekkering in de discussie onterecht door elkaar worden gebruikt. Verantwoordelijkheid kan op drie verschillende manieren worden geïnterpreteerd:

- 1 verantwoordelijk voor het ontwerp en het totstandkomen van een regeling (definitie van de SER);
- 2 verantwoordelijk voor een efficiënte, doeltreffende en rechtmatige uitvoering van een gegeven regeling (definitie WRR);
- 3 verantwoordelijk voor het toezicht of voor het ordenen van de markt.

Verschillende interpretaties van verantwoordelijkheid leiden tot verwarring over de vraag of de overheid volgens de Grondwet (art. 20) verplicht is sociale zekerheid uit te voeren. Sommigen (zoals Hoffmans) achten privatisering van minimumuitkeringen in strijd met de Grondwet; privatiseren zou uitsluitend betrekking kunnen hebben op bovenminimale uitkeringen voor werknemers. Volgens andere (zoals de SER) betekent de Grondwetsbepaling niet dat de beslissingsbevoegdheid over dat stelsel primair of exclusief bij de overheid moet liggen. De overheid kan zelfs een verplichting opleggen om eerst alle beschikbare andere bronnen aan te boren

alvorens een beroep te doen op de bijstand. Daarin past een wettelijke verplichting aan (bijvoorbeeld) werknemers tot het afsluiten van een inkomensdervingsverzekering bij arbeidsongeschiktheid, te vergelijken met de verplichting een WA-verzekering af te sluiten voor autobezitters. Weer anderen menen dat ook het verschil tussen klassieke en sociale grondrechten van belang is bij de interpretatie van art. 20 GrW.

Bekkering zelf kiest in deze discussie voor een pragmatische opstelling ten opzichte van de grondwettelijke verantwoordelijkheid van de overheid. Bepaalde voordelen van privatisering kunnen ook bereikt worden zonder dat de verdeling van verantwoordelijkheden hoeft te worden veranderd. Daarom is het van belang de mogelijke privatisering van sociale zekerheid eerst op zijn merites te bekijken, dit wil zeggen na te gaan welke voordelen ermee zijn gemoeid, en pas dan de juridische uitwerking te beschouwen.

Het particuliere deel van de sociale zekerheid bestaat momenteel uit arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor zelfstandigen, excedentverzekeringen, het WAO-gat en de verplichte loondoorbetaling bij ziekte. Bij het aanbod van private inkomensdervingsverzekeringen is de opvatting van Bekkering dat door het wegvallen van een verzekering tussen verschillende geldstromen voor een aantal partijen een win-win situatie ontstaat. Particuliere verzekeraars voor inkomensderving tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid, Arbo-diensten en ziektekostenverzekeraars kunnen daarbij goed samenwerken.

Volledige privatisering van de sociale zekerheid zal volgens Bekkering neerkomen op afschaffing van publieke regelingen. Om verschillende redenen acht Bekkering dat niet realistisch. Het is bijvoorbeeld zeer onwaarschijnlijk dat particuliere verzekeraars bereid zijn het risico van langdurige werkloosheid of van de bijstand te verzekeren. De premie daarvoor is niet goed te berekenen en de cumulatierisico's zijn te groot.

Daarom is het realistisch ervan uit te gaan dat de sociale zekerheid altijd zal bestaan uit een particulier en een publiek deel. De grens tussen het publieke en het private deel ligt niet vast op grond van duidelijke criteria, maar is het resultaat van een politieke afweging. Dat er een publiek deel is, is een gevolg van de keuze voor solidariteit op nationaal niveau, een keuze die ook voortvloeit uit art. 20 GrW.

Omdat er altijd sprake zal zijn van een publiek en een particulier deel zijn twee vragen van belang. Allereerst: waar moet, bijvoorbeeld vanwege het gevaar van afwenteling, de grens worden getrokken tussen het particuliere en het publieke deel? En ten tweede: wat zijn de onderscheidende kenmerken van de twee verschillende markten en in hoeverre kunnen goede eigenschappen

van het ene systeem worden toegepast in het andere? Dat laatste is ook van belang bij uitvoering door anderen dan private verzekeraars, zoals onderlinge waarborgmaatschappijen en bedrijfsverenigingen. Ook zij zullen moeten voldoen aan dezelfde wetmatigheden.

Bij het beantwoorden van deze vragen zijn drie achtergronden van belang:

- verzekeringstechnische wetmatigheden (bijvoorbeeld het bestaan van onverzekerbare risico's),
- bestuurlijke vragen (de verdeling van taken en bevoegdheden) en
- de mogelijkheden tot afwenteling van risico's op een andere partij.

Van onverzekerbare risico's is sprake als er een vraag is naar verzekeringen tegen een risicodekkende premie, maar er geen markt voor verzekeringen kan ontstaan door versturende variabelen. De voornaamste daarvan zijn: risicoclustering, antiselectie en onbedoeld gebruik (moral hazard). Onverzekerbare risico's stellen de overheid voor een dilemma. Door in te grijpen in de markt (bijvoorbeeld via een wettelijke verplichting) kan worden bereikt dat alsnog verzekeringen tot stand komen. Tegen werkloosheid worden bijvoorbeeld geen verzekeringen aangeboden, terwijl er wel vraag naar is. Daarom is gekozen voor een publieke voorziening. Privaat verzekeren tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid kan wel. Via collectieve contracten kunnen risico's worden geclusterd. Via financiële sturing (bijvoorbeeld premiedifferentiatie en eigen risico's) kan antiselectie en onbedoeld gebruik worden tegengegaan. Ook via dwang en controle kan dat, maar die bevoegdheden zijn veelal voorbehouden aan de overheid. De keuze publiek of privaat hangt samen met de keuze voor instrumenten om antiselectie en onbedoeld gebruik tegen te gaan.

Voor de verdeling van bevoegdheden is het van belang na te gaan welke rollen gemoeid zijn met de uitvoering van inkomensdervingsverzekeringen.

Bekkering onderscheidt zes rollen en koppelt daaraan de volgende bevoegdheden:

Kerntaak	Bevoegdheden	Opmerkingen
risicovereeniging	ofwel vaststellen van premies, ofwel van de uitkeringen, ofwel allebei	een van beide is nodig om het risico te kunnen verevenen, om te zorgen dat de ontvangen premies gelijk zijn

**Sociale zekerheid en zorg**

		aan betaalde uitkeringen
premie-inning	incassobevoegdheden sancties op wanbetaling opleggen	
verstrekken van uitkeringen	geen bevoegdheden nodig	
preventie en reïntegratie (beleidsmatig)	bevoegdheid om 'middelen aan te reiken om de positie van de uitkeringstrekker te verbeteren'	dit kan op vrijwillige basis sancties voor onwillige verzekerden horen thuis onder 'beoordeling schadeclaims'
beoordeling schadeclaims (individuele aanvragen)	afwijzing van een aanvraag, intrekken van een uitkering, opleggen van sancties aan werkgever of werknemer	beoordeling niet alleen bij aanvraag, maar ook tussen- tijdse toetsing (herkeuringen bij WAO, toetsing op solli- citatiegedrag bij WW)
Toezicht: (1) financieel (2) beleidsmatig	(1) toegang tot alle gegevens (2) geven van aanwijzingen aan uitvoeringsorganen	

Sommige rollen hebben een vrij technisch karakter, zoals risicoverevening, premie-inning en de uitkering zelf. Preventie en reïntegratie hebben raakvlakken met het beleid en dat geldt volgens Bekkering zeker voor het beoordelen van schadeclaims en het houden van toezicht.

Na vergelijking met de situatie in een aantal andere landen concludeert Bekkering: 'Kennelijk behoren op de markt voor inkomensdervingsverzekeringen minimaal drie partijen te opereren. Risicoverevening, premie-inning, uitbetaling en preventie/reïntegratie kunnen tezamen door een instantie worden uitgevoerd. Toezicht, en eventueel marktordening, horen bij de overheid thuis, en de claimbeoordeling kan bij een onafhankelijke instantie worden ondergebracht, of een agentschap van de overheid.' Nederland wijkt met name af op het punt van het toezicht en de claimbeoordeling. Ten aanzien van het toezicht zijn inmiddels wijzigingen aangebracht. Het idee van een onafhankelijke claimbeoordeling riep volgens Bekkering in gesprekken met betrokkenen gemengde reacties op.

Van afwenteling is sprake wanneer de ene partij de financiële gevolgen draagt van beslissingen door een ander. Bij privatisering is dit van belang omdat daarmee de grens tussen het publieke en het private domein kan worden bepaald. Afwenteling komt de doelmatigheid en de belangen van de cliënt niet ten goede. Volgens Bekkering zijn er twee dimensies voor afwenteling,

**Sociale zekerheid en zorg**

namelijk de hoogte van de uitkering en de grens tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. Om afbakingsproblemen tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid te voorkomen acht Bekkering onafhankelijke claimbeoordeling noodzakelijk.

Voor de dimensie dient onderscheid te worden gemaakt tussen horizontale en verticale privatisering. Bij horizontale privatisering, ook wel mini- of basisstelsel genoemd, verstrekt de overheid uitsluitend uitkeringen op het minimumniveau. Wanneer aanvullende verzekeringen niet zijn toegestaan komt de prikkel tot reïntegratie vooral uit de laagte van de uitkering. Wanneer aanvullingen wel mogelijk zijn hebben zowel overheid als de markt belang bij reïntegratie. Toch zal reïntegratie dan een taak van de overheid zijn, omdat die er het meeste belang bij heeft. Bij verticale privatisering draagt een partij het integrale risico, zodat die partij ook belang heeft bij preventie en reïntegratie. De overheid kan bijvoorbeeld verzekeringen tegen werkloosheid verzorgen, terwijl private verzekeraars zich richten op ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het gevaar van afwenteling doet zich dan voor op het grensvlak tussen beide.

Bekkering concludeert 'dat verschillende modaliteiten voor de uitvoering van sociale zekerheid naar elkaar zullen convergeren, als de uitvoering meer wordt gebaseerd op transacties en financiële sturing (ruilrechtvaardigheid) dan op dwang en controle (verdelende rechtvaardigheid). De wetmatigheden van onverzekerbare risico's, van taken en bevoegdheden en van afwenteling veranderen niet wezenlijk als de verantwoordelijkheid voor de uitvoering zou liggen bij bijvoorbeeld de sociale partners in plaats van private verzekeraars.' Bekkering meent dat ook de sociale partners dan een verzekeraar zullen moeten oprichten of daarmee samenwerken. Essentieel is dat er een marktpartij is die het integrale risico van uitkering draagt.

#### **4 Uitgeleide**

In de adviesaanvraag Dilemma's op het grensvlak van de sociale zekerheid en de volksgezondheid wordt een onderscheid gemaakt tussen collectief van de overheid, privaatrechtelijk binnen een gegeven publiekrechtelijk kader en individueel. Op grond van het voorafgaande kan geconcludeerd worden dat het onderscheid niet zo scherp kan worden gemaakt. Waar het gaat om privatisering zijn allerlei verschillende gradaties denkbaar in het evenwicht tussen overheid en samenleving.

Daarbij is het van belang in het oog te houden welke motieven er zijn voor privatisering en welke activiteiten (rollen, taken) het

betreft. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de uitvoering nadrukkelijker bij organisaties uit de samenleving komt te liggen, maar dat tegelijkertijd de rol van de overheid bij het toezicht toeneemt. Duidelijk is dat rekening moet worden gehouden met een aantal algemene kenmerken van de verzekeringsmarkt, zoals de problematiek onverzekerbare risico's, de verdeling van verantwoordelijkheden en de afwenteling van risico's. Bij een geprivatiseerde sociale zekerheid is haast per definitie sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid van verschillende partijen: de overheid enerzijds en de samenleving (de 'markt', verzekeraars) anderzijds. Bij de uitvoering van de sociale zekerheid heeft ieder specifieke rollen, met bijbehorende bevoegdheden. Die bevoegdheden zullen dan ook voor iedereen klip en klaar moeten zijn. Om afwenteling van risico's te voorkomen is het van belang de verantwoordelijkheid voor preventie en reïntegratie duidelijk vast te leggen. Daarnaast dient het toezicht, zowel financieel als inhoudelijk goed te zijn geregeld.

## 5 Literatuur

- \* Bekkering, J.M. *Privatisering van sociale risico's*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1994.
- \* Coops, R.H. et al. *Van overheid naar markt*. Den Haag: Sdu uitgevers, 1995.
- \* Hoffmans, J.G.F.M. *Veranderingen in de sociale zekerheid*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1989.
- \* Kremers, J.J.M. *Privatisering en marktwerking: een economisch perspectief*. In Coops, R.H. a.w.
- \* Meijerink, M.H. en Schaap, J.H. *Nieuwe evenwichten*. In Coops, R.H. a.w.
- \* Weitenberg, J. en Ven, A.T.L.M. van de *Motieven en modellen voor privatisering*. In Coops, R.H. a.w.

## 6 Noten

1 Het uiteenlopende karakter van motieven tot privatisering blijkt ook uit de volgende voorbeelden. Verbetering van de arbeidsvoorwaarden speelde een rol bij de verzelfstandiging van het Loodswezen en de Verzekeringskamer, commerciële motieven waren aan de orde bij de Staatsloterij en de noodzaak tot technologische modernisering was van belang bij de verzelfstandiging van de Luchtverkeersleiding.

2 De Postbank is een voorbeeld van vergaande privatisering: eerst



verzelfstandigd als overheids-NV, later werden de aandelen afgestoten en volgde een fusie met NMB.

## Bijlage 8

### Lijst van afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ABW	Algemene Bijstandswet
AMBER	Wet Afschaffing Malus en Bevordering Rentegratie
Arbo(-wet)	Arbeidsomstandigheden(wet)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BiZa	ministerie van Binnenlandse Zaken
BKZ	Basisonderzoek Kosten structuur Ziekenhuizen
BW	Burgerlijk Wetboek
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CPB	Centraal Plan Bureau
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GES	Gezondheidseffectscreening
GZES	Gezondheidszorgeffectscreening
JOZ	Jaar Overzicht Zorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg
NMB	Nederlandse Middenstands Bank
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
OSV	Organisatiewet Sociale Verzekeringen
vRVZ	voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening
SER	Sociaal Economische Raad
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SZW	ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TAV	Wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume

Sociale zekerheid en zorg

TBA	Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen
TZ	Wet Terugdringing Ziekteverzuim
VR0M	ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiëne
VvV	Verbond van Verzekeraars
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAGW	Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WOCZ	Werkverband Organisaties Chronisch Zieken
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WPR	Wet Persoonsregistraties
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WULBZ	Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht Bij Ziekte
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WW	Werkloosheidswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZFW	Ziekenfondswet
ZW	Ziektewet

## Bijlage 9

### Literatuur

Bekkering, J.M. *Private verzekering van sociale risico's*. 's-Gravenhage: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1994.

Broertjes, P., Roelofs, A. en van der Lans, J. (red.). *Van de wieg tot het graf? De toekomst van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: De Volkskrant, 1995.

Bruine, M. de, Schut, F.T. Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering. *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, 1990, p. 114-149.

College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *Een jaar 'terugdringing ziekteverzuim' Effecten en neveneffecten van de financiële prikkels in de Ziektewet*. Zoetermeer: CTSV, maart 1995

College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *Verzuimbeleid voor eigen risico: Gedragsregels van grote werkgevers op de financiële prikkels in de Ziektewet*. Zoetermeer: CTSV, november 1995.

College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *Bijlagen bij Verzuimbeleid voor eigen risico*. Zoetermeer: CTSV, november 1995.

College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *Kwantitatieve effecten van financiële prikkels in de Ziektewet*. Zoetermeer: CTSV, november 1995.

College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *De werkgever geprikkeld? Effectiviteit financiële prikkels voor werkgevers in de ZW, AAW en WAO*. Zoetermeer: CTSV, november 1995.

College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *Kroniek van de sociale verzekeringen 1995, Wetgeving en volume-ontwikkeling in historisch perspectief*. Zoetermeer: CTSV, december 1995.

Douben, N.H. *Sociale zekerheid een economische benadering, bedrijfskundige signalen*. Leiden: H.E Stenfert Kroese BV, 1979.

Dute, J.C.J., et al. *De ziektewet onder het mes: een juridisch onderzoek naar de gevolgen van de privatisering van de Ziektewet*

voor patiënt en gezondheidszorg. Limburg: rijksuniversiteit, vakgroep gezondheidsrecht, 1996.

Einerhand, M., et al. *Sociale zekerheid: stelsels en regelingen in enkele Europese landen*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1995.

Einerhand, M.G.K., Prins, R., Veerman, T.J. Ziekteverzuim en WAO in enkele Westeuropese landen. *Sociaal Maandblad Arbeid SMA*, 1995, p. 520-528.

European Institute of Social Security, *Social Security: 50 Years after Beveridge, Volume 2, Competing Models of Social Security: A Comparative Perspective*. England: University of York, International Conference 27-30 September 1992.

Fase, W.J.P.M. De beoogde arbeidsongeschiktheidsverzekering van werknemers. *Sociaal Maandblad Arbeid SMA*, 1995, p. 552-561.

Fase, W.J.P.M. Privatisering van de Ziektewet. *Sociaal Maandblad Arbeid SMA*, 1995, p. 348-362.

Gallahan, D. *What kind of life, The limits of medical progress*. New York: 1990.

Goudswaard, A., van den Heuvel, S.G., van Putten, D.J. *Evaluatie wetgeving arbo- en verzuimbeleid, een jaar na invoering*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1995.

Guy Perrin, prof.dr. *De grondslagen van het internationale sociale zekerheidsrecht*. Deventer: Kluwer, 1978.

Hendriks, A. en Vlies, C. van der. De medische aanstellingskeuring op tweeërlei wijzen geregeld?! *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1995, nr 8, p. 474-484.

Hugo Sinzheimer Instituut. *Werken aan preventie, over onderzoek en beleid bij arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim*. Amsterdam: Onderzoeksgroep Arbeidsvraagstukken, 1992.

Jong, E.P. de. Renovatie en nieuwbouw: inhoud en organisatie van het sociale stelsel. *Sociaal Maandblad Arbeid SMA*, 1995, p. 343-347

Kabel, D.L., Vrancken, P.H.J., *Het basispakket zorgverzekering in het perspectief van de welvaartstheorie*. Den Haag: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1991.

Knepper, S. Twee jaar verder: een schrijnende WAO?  
*Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 1995, 9 december, 139(49), p. 2576-2579.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. *Privatisering van de Ziektewet*. Utrecht: 1995.

Kronjee, G. TenHaeff, C. *Risico op armoede: aanzet tot een kansarmoede-atlas van Nederland*. Utrecht: NIZW, 1994.

Krijnen, H. *Het zekere voor het onzekere: de noodzaak van een collectief stelsel van bovenminimale uitkeringen*. Amsterdam: Wetenschappelijk Bureau Groen Links, 1995.

Maarschalkerweerd, R. Grote verschillen in premies ziektegeld.  
*Ondernemen! Het opinieblad voor ondernemend Nederland*, januari/februari 1996, nr 1, p.33-35.

Mannoury, J. *Hoofdtrekken van de sociale verzekering*. Alphen aan den Rijn: N. Samson NV, 1967.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. *Oververtegenwoordiging van alleenstaanden in de sociale zekerheid*. Tilburg: IVA, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezondheids-effectscreening: verkennend rapport en verslag van een workshop*. Rijswijk: ministerie van VWS, 1995.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *Arbeidsmarktpositie chronisch zieken: overzichtsstudie naar Nederlandse literatuur van de laatste tien jaar, databestanden en lopende arbeidsprojecten*. Zoetermeer: NCCZ, 1993.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *De financiële situatie van chronisch zieken: interimrapport van de Longitudinale Studie naar de financiële situatie van chronisch zieken*. Zoetermeer/Rotterdam: NCCZ/EUR, 1994.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *De financiële situatie van chronisch zieken: tweede interim-rapport van de Longitudinale Studie naar de financiële situatie van chronisch zieken*. Zoetermeer/Rotterdam: NCCZ/EUR, 1995.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *De wachtende werknemer: achtergrondstudie over snellere hulpverlening in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: NRV, 1995.

Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging. *Naar een op maat gesneden integrale aanpak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, Beleidsplan NAB*. S.l.: najaar 1992-1993.

Nuyten, M.E.M. *Medisch advies en privacy*. Rijswijk: Registratiekamer, 1996.

NZI, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg. *Privatisering van zorg: van mogelijkheid naar werkelijkheid*. Utrecht: NZi, 1996.

Okma, K.G.H. (conference rapporteur). *Four country conference on health care reforms and health care policies in the United States, Canada, Germany and The Netherlands*. Rijswijk: Ministry of Health, Welfare and Sport, May 1996.

Peperzeel, H.A. van, Engel, G.L. (red.). *Geen tijd om ziek te zijn, beeld van gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Stichting Maatschappij en Onderneming, 1993.

Rommelse, A.F. *Ziekteverzuim en privacy: controle door de werkgever en verplichtingen van de werknemer*. Rijswijk: Registratiekamer, 1995.

Schuyt, C.J.M. *Tegendraadse werkingen, sociologische opstellen over de onvoorziene gevolgen van verzorging en verzekering*. Amsterdam: University Press, 1995.

Sociaal Economische Raad. *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: advies over het beleid ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. 's-Gravenhage: SER, 1991.

Sociaal Economische Raad. *Regionalisering uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen: advies inzake regionalisering uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen*. 's-Gravenhage:

SER, 1994.

Steyger, E. Het Europese recht en nationale stelsels van sociale zekerheid. *Sociaal Maandblad Arbeid SMA*, 1994, nrs 1 en 2, p. 8-19 en p.71-78.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Arbeid, gezondheid en welzijn in de toekomst: toekomstscenario's arbeid en gezondheid 1990-2010*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum, 1991.

Telegen, E. *Pleidooi voor een sociaal volume beleid*. Bussum: Coutinho, 1995.

Tweede Kamer der Staten-Generaal, *Voorgeschiedenis van de stelselwijziging (parlementaire enquête commissie-Willems)*: 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1993-1994, 23 666, nr 3.

Veerman, T.J. en Zoelen A.A.J. van. *Het ziekteverzuim in 1993 en 1994: resultaten van een telefonische enquête onder bedrijven*. 's-Gravenhage: ministerie van SZW; 's-Gravenhage: VUGA, 1996.

Veld, R.J. in 't. *Spelen met vuur, over hybride organisaties*. 's-Gravenhage: Vuga, 1995.

Veldkamp, G.M.J. *Inleiding tot de sociale verzekering*. Amsterdam: L.J. Veen's uitgeversmaatschappij NV, 1953.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Herwaardering van welzijnsbeleid*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Sociaal-economische gezondheidsverschillen, kansen voor beleid: verslag van een conferentie op 20-21 november 1991*. Den Haag: WRR, 1992.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Belang en beleid. Naar een verantwoorde uitvoering van de werknemersverzekeringen*. Den Haag: WRR, 1994.

Wolde, J.T. van. *Wachttijden in de curatieve sector '93-'95: een onderzoek naar de invloed van wachttijden in de curatieve sector op de duur van het ziekteverzuim*. Zeist: BVG/Detam afdeling onderzoek en statistiek, 1996.





**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer;  
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,  
Dordrecht (omslag)  
Uitgave: 1996  
ISBN: 90-5732-004-5

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,--  
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder  
vermelding van publicatienummer 96/04*

© voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening