



#### Opdrachtgever

SZW



Ministerie van Sociale Zaken en  
Werkgelegenheid

#### Opdrachtnemer

*Policy Productions i.s.m.*

*LangmanEconomen / Y. Hoogtanders,*

*M. Langman, M. Veenhof*

#### Onderzoek

*Naar een sluitende keten van preventie,  
verzuim en re-integratie: eindrapport*

*Startdatum – 1 november 2006*

*Einddatum – 1 november 2006*

#### Categorie

*Werkgevers*

# Naar een sluitende keten van preventie, verzuim en re-integratie

## Conclusie

Door middel van veranderingen in de wetgeving heeft de overheid de primaire verantwoordelijkheid voor de beheersing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid neergelegd bij werkgevers en werknemers. Een effectief ondernemingsbeleid ter beheersing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vergt een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie. Naast werkgever en werknemer vormen ook inkomens- en zorgverzekeraars een schakel in deze keten, net als de aanbieders van arbodienstverlening, re-integratiedienstverlening, en reguliere en niet-reguliere medische zorg. Sinds september 2002 werken het Ministerie van SZW en het Ministerie van VWS samen aan het project Sociale Zekerheid en Zorg. Doel van dit project is het tot stand brengen van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie. Het project is eind 2004 afgesloten met een invitationale conference waarbij afspraken zijn gemaakt met sociale partners, artsengroepen, arbodiensten, re-integratiebedrijven, zorg- en verzuimverzekeraars en Borea over de verdere versterking van de keten en verbetering van het preventie, verzuim- en re-integratiebeleid. In opdracht van het Ministerie van SZW is een onderzoek uitgevoerd om te monitoren in hoeverre de afspraken zijn nagekomen en of de totstandkoming van de integrale keten goed verloopt. In dit rapport worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Bron: Bibliotheek SZW

## Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/xecj36qd>



# Naar een sluitende keten van preventie, verzuim en re-integratie

Eindrapport

Opdrachtgever: Ministerie van SZW

Datum: 23 november 2006

Auteurs: Policy Productions i.s.m. LangmanEconomen

Yolanda Hoogtanders  
Michiel Langman  
Marianne Veenhof

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	1
1 Inleiding.....	6
1.1 Achtergrond .....	6
1.2 Vraagstelling .....	7
1.3 Onderzoeksaanpak.....	9
1.4 Opbouw rapportage .....	9
2 Achtergrond.....	10
2.1 Ontwikkeling in wet en regelgeving .....	10
2.2 De betrokken partijen.....	11
3 De ontwikkeling van de keten in cijfers.....	18
3.1 Preventie.....	18
3.2 Ziekteverzuim .....	19
3.3 WAO-instroom .....	22
3.4 Conclusie .....	24
4 De afspraken.....	25
4.1 Werkgevers en werknemers .....	25
4.2 Zorg- en verzuimverzekeraars.....	36
4.3 Artsenorganisaties .....	37
4.4 Arbodiensten en re-integratiebedrijven.....	38
5 De knelpunten en de toekomst van de keten .....	41
5.1 Werkgevers en werknemers .....	41
5.2 De verzekeraars .....	43
5.3 De dienstverleners.....	44
<i>Bijlagen</i>	
Bijlage 1. Gesprekspartners .....	46
Bijlage 2. Bronnen .....	47

## Samenvatting

Door middel van veranderingen in de wetgeving heeft de overheid de primaire verantwoordelijkheid voor de beheersing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid neergelegd bij werkgevers en werknemers. Een effectief ondernemingsbeleid ter beheersing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vergt een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie. Naast werkgever en werknemer vormen ook inkomens- en zorgverzekeraars een schakel in deze keten, net als de aanbieders van arbodienstverlening, re-integratiedienstverlening, en reguliere en niet-reguliere medische zorg.<sup>1</sup>

Sinds september 2002 werken het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samen aan het project Sociale Zekerheid en Zorg. Doel van dit project is het tot stand brengen van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie. Het project is eind 2004 afgesloten met een invitationale conferentie waarbij afspraken zijn gemaakt met sociale partners, artsengroepen, arbodiensten, re-integratiebedrijven, zorg- en verzuimverzekeraars en Borea over de verdere versterking van de keten en verbetering van het preventie, verzuim- en re-integratiebeleid.

De betrokken ministeries hebben aan de Tweede Kamer de toezegging gedaan te monitoren in hoeverre de afspraken zijn nagekomen en of de totstandkoming van de integrale keten goed verloopt. Het Ministerie van SZW heeft Policy Productions en LangmanEconomen de opdracht gegeven om dit onderzoek uit te voeren. Het voorliggende rapport is het resultaat van dit onderzoek.

### Cijfermatige ontwikkelingen

Uit de kwantitatieve gegevens die beschikbaar zijn komt het beeld naar voren dat ondernemingen meer aandacht besteden aan preventie, verzuim en re-integratie.

Werknemers zijn tevreden over hun arbeidsomstandigheden, hoewel die tevredenheid de laatste jaren iets is afgenomen. Bijna 90% van de werknemers valt onder een risico-inventarisatie en -evaluatie en een toenemend aantal bedrijven neemt maatregelen tegen arbeidsrisico's.

Het ziekteverzuim vertoont sinds 2002 een duidelijke daling. Deze daling is sterker bij grote bedrijven dan bij kleine, en is sterker in branches met arboconvenant dan in branches zonder convenant. De instroom in de WAO is vanaf 2001 gedaald. Ook deze daling is sterker bij grote bedrijven dan bij kleine.

### Afspraken in het kader van het project Sociale Zekerheid en Zorg

In het kader van het project Sociale Zekerheid en Zorg zijn door verschillende partijen toezeggingen gedaan die moeten bijdragen aan de totstandkoming van de integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie.

---

<sup>1</sup> Onder reguliere zorg verstaan we in dit rapport de zorg die valt onder de zorgverzekering en onder niet-reguliere zorg de zorg die daar niet onder valt. Het gaat dan met name om zelfstandige behandelcentra die zijn gespecialiseerd in arbeidsgerelateerde zorg.

### *Centrale werkgevers- en werknemersorganisaties*

Centrale werkgevers- en werknemersorganisaties hebben toegezegd om afspraken over preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie op te nemen in cao's en zich te verdiepen in de wijze waarop ze de mogelijkheden die ze krijgen met de nieuwe stelsels van zorg en sociale zekerheid kunnen omzetten in een effectieve integrale keten. Brancheverenigingen hebben toegezegd een belangrijke rol te spelen bij het stimuleren van de inkoopkracht van het midden- en kleinbedrijf.

In de uitwerking van deze toezeggingen is een belangrijke rol gespeeld door het Najaarsakkoord 2004 tussen de sociale partners en de overheid. In dit akkoord benadrukken de sociale partners dat een integrale benadering van het preventiebeleid, arbeidsomstandighedenbeleid, re-integratiebeleid en inkomensbeleid dient te worden bevorderd. In het akkoord is bovendien afgesproken om de loondoorbetaling in cao's te maximeren op 170% over twee jaar.

Uit een inventarisatie van cao-afspraken blijkt dat in bijna 60% van de cao's minstens één algemene doelstelling is opgenomen met betrekking tot de twee thema's preventie en ziekteverzuim. Bij algemene doelstellingen gaat het meestal om intentionele afspraken. Concrete doelstellingen komen veel minder vaak voor. In bijna alle cao's zijn maatregelen opgenomen over het thema preventie. In ruim 80% van de cao's zijn afspraken gemaakt over verzuimbegeleiding. Het gaat hierbij zowel om procedurele voorschriften als over controlevoorschriften. Het aantal cao's met afspraken over re-integratie blijkt in 2005 te zijn opgelopen tot bijna 90%.

Uit de Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006 blijkt dat bovendien in 82 van de onderzochte 109 cao's de loondoorbetaling bij ziekte is teruggebracht tot 170% of minder. Wel bestaat in 40 van deze gevallen de mogelijkheid van een aanvulling wanneer de werknemer meewerkt aan re-integratie.

Daarnaast hebben de sociale partners zich zowel op centraal niveau als op brancheniveau ingezet voor de totstandkoming van een integrale keten door middel van informatie-overdracht, voorlichtingscampagnes en trainingen.

### *Zorg- en inkomensverzekeraars*

Verzekeraars hebben toegezegd de mogelijkheden en voordelen van een integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie via combinaties van zorg- en verzuimverzekeringen te stimuleren en zichtbaar maken onder meer door in collectieve ziektekostenverzekeringen meer aandacht aan zorginkoop te besteden.

In de praktijk is gebleken dat de combinatie van zorg- en inkomensverzekering geen belangrijke meerwaarde hebben. Wel kan wel worden gesteld dat de verzuimverzekeraars een belangrijke stimulerende rol spelen ten opzichte van het midden- en kleinbedrijf, terwijl zorgverzekeraars een belangrijke faciliterende rol (kunnen) spelen voor het grootbedrijf.

Grote ondernemingen dragen het risico van loondoorbetaling bij ziekte doorgaans zelf. Zij doen dus geen beroep doen op een verzuimverzekeraar bij de vormgeving van het arbo- en verzuimbeleid. Wel zijn er werkgevers die een beroep doen op de zorgverzekeraar met wie ze een collectief contract hebben gesloten voor ondersteuning bij de inkoop van arbeidsgerelateerde zorg. Dit kan zowel gebeuren door opname van deze vorm van zorg in

de aanvullende verzekering als in de vorm van dienstverlening buiten de ziektekostenverzekering om.

Kleine ondernemingen kennen in de collectieve ziektekostencontracten een lagere deelnemingsgraad dan grote ondernemingen. Dit betekent dat het niet zo zinvol is om arbeidsgelateerde zorg onder te brengen bij de ziektekostenverzekeraar. In deze gevallen speelt de verzuimverzekeraar een belangrijke stimulerende rol, ofwel door in de polisvoorwaarden eisen te stellen aan het arbo- en verzuimbeleid van de werkgever, ofwel door zelf de arbodienstverlening voor de werkgever te coördineren.

#### *Artsenorganisaties*

Artsenorganisaties hebben toegezegd in 2005 verder te werken aan arbocuratieve afstemming, multidisciplinaire richtlijnen en aan het vergroten van de aandacht voor de factor arbeid in de artsopleiding.

De KNMG heeft deze toezegging gestalte gegeven door een Plan van Aanpak 'Arts en Arbeid' op te stellen. In het kader van dit Plan van Aanpak zijn activiteiten ontwikkeld om te bevorderen dat in de artsopleiding meer aandacht wordt besteed aan de factor arbeid en om de samenwerking tussen de bedrijfsarts en de reguliere zorg te verbeteren. Binnen de KNMG ontwikkelt de organisatie van bedrijfsartsen NVAB initiatieven ter bevordering van de integratie van de bedrijfsarts in de reguliere gezondheidszorg.

Van belang is daarnaast de ontwikkeling van de zogenoemde 3B-richtlijnen door ZonMw naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad over beoordelen, behandelen en begeleiden. Deze 3B-richtlijnen beogen de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verhogen.

#### *Arbodiensten en re-integratiebedrijven*

Arbodiensten en re-integratiebedrijven hebben toegezegd gezamenlijk met de Raad voor Werk en Inkomen (RWI) te werken aan instrumenten die de transparantie van de arbo- en re-integratiedienstverlening bevorderen.

Boaborea, de brancheorganisatie voor arbodiensten en re-integratiebedrijven werkt via de Stichting Blik op Werk aan de ontwikkeling van keurmerken voor deze bedrijven. In 2006 lag het marktaandeel van re-integratiebedrijven met een keurmerk op circa 80%. Ongeveer de helft van de 37 arbodiensten die in de keuzegids van de Stichting Blik op Werk is opgenomen beschikt over een keurmerk. De Stichting Blik op Werk ontwikkelt een nieuw keurmerk voor de sector waarin meer aandacht zal worden geschonken aan de geleverde prestaties.

### **De toekomst van de keten**

De markten voor inkomens- en zorgverzekeringen zijn volop in beweging, net als de markten voor arbo- en re-integratiedienstverlening. Op grond van ons onderzoek concluderen wij dat er sprake is van een beweging in de richting van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie, maar dat dit proces zeer geleidelijk verloopt.

Op centraal niveau is de keten voor preventie, verzuim en re-integratie door de sociale partners met behulp van de afgesloten akkoorden sluitend gemaakt. Het doorvertalen van deze afspraken naar het sectorale niveau vergt tijd. Dit concludeert niet alleen een groot

deel van onze gesprekspartners. Het blijkt ook uit de bevinding dat afspraken die in cao-verband gemaakt worden over preventie, verzuim en re-integratie met name afspraken op intentioneel niveau zijn; afspraken over concrete doelstellingen komt nog vrij weinig voor.

Een deel van de gesprekspartners heeft aangegeven dat op ondernemingsniveau de aandacht in eerste instantie uitgaat naar verzuimbegeleiding en re-integratie in het eerste spoor (in het eigen bedrijf). Preventie en re-integratie in het tweede spoor krijgen nog niet de aandacht die zij verdienen. Deze gesprekspartners constateren bijvoorbeeld dat werkgevers nog nauwelijks prestatie-afspraken maken met hun contractpartners over ingekochte dienstverlening op het gebied van preventie. Ook blijkt dat sociale partners proberen te bevorderen dat er op ondernemingsniveau meer aandacht wordt besteed aan de integrale keten - en specifiek aan preventie - door middel van informatieoverdracht, kennisuitwisseling en training.

De ontwikkeling van arbocatalogi is volgens de geïnterviewde sociale partners van belang voor de toekomst van de keten. Belangrijk voordeel van deze arbocatalogi is volgens hen de mogelijkheid om op brancheniveau specifieke oplossingen te ontwikkelen zodat zij werkgevers en werknemers kunnen gaan informeren en adviseren over best-practices op het gebied van arbeidsomstandigheden.

Enkele gesprekspartners ervaren als knelpunt dat de beelden over deze catalogi uiteen lopen van een "normenboek" waarin door sociale partners het minimaal wenselijk per sector wordt vastgelegd tot een maximumvariant met best-practices ("een pragmatisch arbo-oplossingenboek"). Deze gesprekspartners achten de minimumvariant niet haalbaar omdat de zorg bestaat dat individuele ondernemingen vervolgens op de geformuleerde normen zullen worden afgerekend door de Arbeidsinspectie. De maximumvariant kan volgens hen het arbobeleid op ondernemingsniveau inspireren mits de overheid meer helderheid verschaft over de normen waarop de Arbeidsinspectie zal gaan toetsen en de ruimte die zij zal bieden ten aanzien van de toepassing van best-practices. De nieuwe Arbowet beoogt dat (organisaties van) werkgevers en werknemers keuzes ter zake maken.

Op het niveau van verzekeraars concluderen wij dat niet combinaties van zorg- en verzuimverzekeringen de sleutel zijn voor het succes, maar dat zorg- en verzuimverzekeraars wel ieder afzonderlijk een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het tot stand komen van een effectief preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid. Deze bijdrage heeft zich bij verzuimverzekeraars al aanzienlijk verder uitgekristalliseerd dan bij zorgverzekeraars. De loondoorbetalingsverplichting dateert immers uit de jaren negentig, terwijl de stelselherziening in de zorg pas dit jaar zijn beslag heeft gekregen.

Verzuimverzekeraars noemen als belangrijk knelpunt voor hun bijdrage aan de keten dat zij geen recht hebben op inzage in de medische gegevens met betrekking tot het verzuim. Zorgverzekeraars noemen als belangrijk knelpunt dat zij als gevolg van de ziekenhuisbudgettering slechts beperkte mogelijkheden hebben om zorg in te kopen bij zelfstandige behandelcentra. De aangekondigde verruiming van de marktwerking in de ziekenhuissector wordt in dit opzicht als een belangrijke stap vooruit gezien.

Op het niveau van de dienstverleners lijkt de belangrijkste kloof te liggen tussen het reguliere zorgaanbod enerzijds en het niet-reguliere zorgaanbod anderzijds. Zowel artsorganisatie KNMG als vertegenwoordigers van verzekeraars en werkgevers constateren dat reguliere zorgaanbieders nog weinig affiniteit hebben met het werken voor opdrachtgevers en weinig



rekening houden met de factor arbeid. Van het toenemend belang van preventie en verzuimbeheersing en van de toenemende marktwerking in de zorg gaan sterke prikkels uit op zorgaanbieders om hierin verandering te brengen. Het bieden van adequate arbeidsgerelateerde zorg vergt echter een cultuuromslag die waarschijnlijk de nodige tijd zal vergen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Ziekte en verzuim hangen samen, maar zijn niet één-op-één aan elkaar gerelateerd. Ziekte - of ruimer, een arbeidshandicap - hoeft niet per definitie te leiden tot verzuim. En verzuim is niet altijd het gevolg van ziekte. Bovendien is herstel van de zieke werknemer vaak niet de enige manier om het verzuim te beperken. Aanpassing van het werk of de arbeidsomstandigheden kan ook een begaanbare weg zijn. Met adequate maatregelen op het terrein van preventie, verzuim en re-integratie kunnen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid sterk worden teruggedrongen. De individuele werknemer en zijn werkgever dragen daarin een grote verantwoordelijkheid.

Een effectief ondernemingsbeleid gericht op beheersing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vergt een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie. Naast werkgever en werknemer vormen inkomens- en zorgverzekeraars een schakel in deze keten, net als de aanbieders van arbodienstverlening, re-integratiedienstverlening, en reguliere en niet-reguliere medische zorg.

Om de totstandkoming van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie te bevorderen, werkten het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport sinds september 2002 samen aan het project Sociale Zekerheid en Zorg. Het realiseren van deze integrale keten is een middel om verzuim en arbeidsongeschiktheid en de kosten die daarmee gepaard gaan te verminderen. Om dit te bevorderen is er door de rijksoverheid en de sociale partners een aantal wegen bewandeld:

- het bevorderen van vroegtijdig onderkenning van verzuim en van tijdige interventie - ofwel van gedragsverandering - door de verantwoordelijkheid voor preventie, verzuim en re-integratie primair te beleggen bij werkgevers en werknemers (Wet verbetering Poortwachter; 2002);
- de verlenging van de loondoorbetaling bij ziekte tot twee jaar (Wet verlengde loondoorbetaling bij ziekte; 2004)
- de hervorming van de WAO (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen; 2006);
- het liberaliseren van de markt voor arbodienstverlening waardoor meer ruimte ontstaat voor maatwerk op ondernemingsniveau (Arbowet juli 2005; nieuwe Arbowet 2007);
- het introduceren van een nieuw zorgverzekeringsstelsel waardoor meer marktwerking en meer maatwerk in de zorg mogelijk wordt (nieuwe zorgwet 2006).

### Afspraken invitational conference

Het project Sociale Zekerheid en Zorg is eind 2004 afgesloten met een invitational conference waarbij afspraken zijn gemaakt met sociale partners, artsengroepen, arbodiensten, re-integratiebedrijven, zorg- en verzuimverzekeraars en Borea over de verdere versterking van de keten en verbetering van het preventie, verzuim- en re-integratiebeleid.<sup>2</sup> Het gaat om de volgende afspraken:

<sup>2</sup> Sociale zekerheid en zorg. Brief van de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, 2004-2005, 25 253 en 29 800 XV, nr. 8.

- centrale werkgevers- en werknemersorganisaties hebben besloten om afspraken over preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie op te nemen in cao's. Werkgevers- en werknemersorganisaties verdiepen zich in de wijze waarop ze de mogelijkheden die ze krijgen met de nieuwe stelsels van zorg en sociale zekerheid kunnen omzetten in een effectieve integrale keten. Brancheverenigingen spelen een belangrijke rol bij het stimuleren van de inkoopkracht van het midden- en kleinbedrijf;
- verzekeraars gaan de mogelijkheden en voordelen van een integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie via de combinaties van zorg- en verzuimverzekeringen stimuleren en zichtbaar maken onder meer door in collectieve contracten voor ziektekostenverzekeringen meer aandacht aan zorginkoop te besteden;
- artsenorganisaties werken in 2005 verder aan arbocuratieve afstemming, multidisciplinaire richtlijnen en aan het vergroten van de aandacht voor de factor arbeid in de artsenopleiding;
- de arbodiensten en re-integratiebedrijven werken gezamenlijk met de Raad voor Werk en Inkomen (RWI) aan instrumenten die de transparantie van de arbo- en re-integratiedienstverlening bevorderen.

De betrokken ministeries hebben aan de Tweede Kamer de toezegging gedaan te monitoren in hoeverre de afspraken zijn nagekomen en of de totstandkoming van de integrale keten goed verloopt. Het Ministerie van SZW heeft Policy Productions en LangmanEconomen de opdracht gegeven om dit onderzoek uit te voeren. Het voorliggende rapport is het resultaat van dit onderzoek.

## 1.2 Vraagstelling

De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

*'Geef aan in welke mate de integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie op de werkvloer tot stand gekomen is. Kijk daarbij gericht naar de afspraken die in het kader van het project Sociale Zekerheid en Zorg zijn gemaakt. Maak tot slot een doorkijk naar de toekomst van de keten.'*

Van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie is sprake wanneer alle betrokken partijen in de keten inzien dat integrale dienstverlening door de keten tot voordelen voor ieder leidt en daartoe over gaan. De integrale keten functioneert in de ogen van het Ministerie optimaal indien deze keten leidt tot een soepel en efficiënt verlopend proces van dienstverlening bij ziek worden, verzuim en re-integratie en indien iedereen in de keten zijn verantwoordelijkheid neemt, gericht op een zo spoedig mogelijk herstel van de arbeidsdeelname.

We tekenen aan dat de afspraken die in het kader van de invitational conference zijn gemaakt moeten worden gezien in hun context. Die context is dat in de wetgeving op het terrein van ziekte en arbeidsongeschiktheid belangrijke stappen zijn gezet om werkgevers en werknemers een grote verantwoordelijkheid en een financieel belang te geven bij het voorkomen en beheersen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De afspraken die gemaakt zijn op de invitational conference waren met name gericht op het stimuleren en faciliteren van werkgevers en werknemers om die verantwoordelijkheid waar te maken. De mate waarin een integrale keten tot stand is gekomen en de ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan op het terrein van preventie, verzuim en re-integratie moeten in de eerste plaats worden gezien als het gevolg van veranderingen in wetgeving. Dit doet echter

niet af aan het belang van de invitational conference, die immers de betrokken partijen tot actie heeft aangezet om hun noodzakelijke ondersteunende en stimulerende rol optimaal vorm te geven.

In ons onderzoek ligt de focus op de afspraken die op de invitational conference zijn gemaakt en op de mate waarin die afspraken zijn nagekomen. Per betrokken partij beantwoorden we in dit rapport daarom de volgende deelvragen:

#### *Centrale werkgevers- en werknemersorganisaties*

- in welke cao's zijn welke afspraken opgenomen over preventie, verzuim en re-integratie?
- hebben werkgevers- en werknemersorganisaties zich verdiept in de wijze waarop zij de mogelijkheden van de nieuwe stelsels van zorg en sociale zekerheid kunnen omzetten in een integrale keten?
- welke mogelijkheden hebben zij gedefinieerd en hoe hebben zij deze mogelijkheden vertaald naar hun verzuim- en re-integratiebeleid, de inkoop van arbo- en re-integratiedienstverlening en de inkoop van zorg- en inkomensverzekeringen?
- hebben brancheverenigingen zich ingespannen om een belangrijke rol te spelen bij het stimuleren van de inkoopkracht van het midden- en kleinbedrijf?
- zijn er inkoopcombinaties tot stand gekomen en in welke mate zijn collectieve contracten gesloten met verzekeraars, arbodiensten, re-integratiebedrijven of zorgverleners
- wat zijn de belangrijkste voordelen van de gezamenlijk gesloten contracten?

#### *Verzekeraars*

- hebben verzekeraars via combinaties van zorg- en inkomensverzekeringen de mogelijkheden en voordelen van een integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie gestimuleerd?
- hebben verzekeraars de voordelen hiervan zichtbaar gemaakt door in collectieve ziektekostenverzekeringen meer aandacht aan zorginkoop te besteden?
- welke accenten leggen de verzekeraars bij de zorginkoop gericht op preventie, verzuim en re-integratie?
- welke voorbeelden zijn er van specifieke zorgarrangementen gericht op verzuim, preventie en re-integratie?

#### *Artsenorganisaties*

- hebben artsorganisaties in 2005 verder gewerkt aan arbocuratieve afstemming en zo ja met welk resultaat?
- hebben artsorganisaties in 2005 verder gewerkt aan multidisciplinaire richtlijnen en zo ja met welk resultaat?
- hebben artsorganisaties in 2005 verder gewerkt aan het vergroten van de aandacht voor de factor arbeid in de artsopleiding en zo ja met welk resultaat?

#### *Arbodiensten en re-integratiebedrijven*

- hebben arbodiensten en re-integratiebedrijven samen met de Raad voor Werk en Inkomen gewerkt aan instrumenten die de transparantie van de arbo- en re-integratiedienstverlening bevorderen?
- welke instrumenten zijn ingezet en in welke mate heeft dit geleid tot meer transparantie?

Aan de hand van de ontwikkelingen in de geschetste indicatoren en de mate waarin de afspraken zijn nagekomen hebben we tenslotte geanalyseerd in welke mate er nu een integrale keten op de werkvloer tot stand is gekomen.

### 1.3 Onderzoeksaanpak

Om de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden hebben wij beschikbare literatuur en data geanalyseerd en gesprekken gevoerd met stakeholders. De gesprekspartners voor dit onderzoek hebben wij geselecteerd in overleg met de opdrachtgever (zie bijlage 1). De bronnen die wij voor dit onderzoek gebruikt hebben, zijn ons deels aangereikt door de beide ministeries. De overige bronnen zijn wij op het spoor gekomen tijdens het uitvoeren van het onderzoek en het afnemen van de interviews (zie bijlage 2).

Onze onderzoeksaanpak bestond daarnaast uit een aanvullend beknopt veldonderzoek naar relevante data als verzekeringspolissen en richtlijnen voor zorgverleners.

In ons onderzoek hebben we dus op basis van bestaand datamateriaal in beeld gebracht in hoeverre een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie tot stand is gekomen. Bovendien hebben we geïnventariseerd in welke mate de afspraken die aan het eind van het project Sociale Zekerheid en Zorg gemaakt zijn tot uitvoering zijn gebracht. Het gaat hierbij om een inventarisatie op hoofdlijnen.

Om deze inventarisatie te illustreren hebben we één praktijkvoorbeeld nader uitgewerkt. Het betreft de agrarische en groene sector. In de casebeschrijving geven we beknopt weer hoe de sociale partners in deze sector vorm en inhoud hebben gegeven aan de integrale keten voor preventie, verzuim en re-integratie. Deze case dient als illustratie, zij is niet noodzakelijkerwijs representatief voor de economie als geheel.

Het onderzoek omvat geen veldwerk. Dit betekent dat op basis van het onderzoek geen afspraken kunnen worden gedaan over de uitwerking van de keten op microniveau.

### 1.4 Opbouw rapportage

Na dit inleidende hoofdstuk schetsen wij in hoofdstuk 2 van dit rapport beknopt een aantal veranderingen in de relevante wet- en regelgeving en lopen wij de partijen langs die een rol spelen bij het preventie-, verzuim en re-integratiebeleid in ondernemingen. In hoofdstuk 3 geven wij een overzicht van de ontwikkeling in een aantal indicatoren voor preventie, verzuim en re-integratie. In hoofdstuk 4 gaan we na in welke mate de stakeholders hun afspraken zijn nagekomen en wat de resultaten van die afspraken zijn. In hoofdstuk 5 analyseren we in welke mate er medio 2006 sprake is van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie en welke knelpunten daarbij door de stakeholders geconstateerd worden. We voeren deze analyse uit vanuit het perspectief van werkgevers en werknemers, de zorgverzekeraars en de dienstverleners. Tenslotte vatten we in dit laatste hoofdstuk ook onze belangrijkste conclusies samen en geven we een doorkijk naar de toekomst.

## 2 Achtergrond

In dit hoofdstuk schetsen wij beknopt een aantal veranderingen in de relevante wet- en regelgeving. Daarnaast lopen wij de partijen langs die een rol spelen bij het preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid in ondernemingen en daarmee in de keten voor preventie, verzuim en re-integratie.

### 2.1 Ontwikkeling in wet en regelgeving

#### **Wet verbetering poortwachter en de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte**

In de Wet verbetering poortwachter (Wvp, in werking sinds 1 april 2002) en de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wvlz, in werking sinds 1 januari 2004) is voorzien in een stelsel van rechten en plichten, instrumenten en mechanismen om re-integratie te bevorderen en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Kern van deze wetten is dat werkgever en werknemer al het redelijkerwijs mogelijke moeten doen om de kansen op werkhervatting te vergroten en alle mogelijkheden moeten benutten om de werknemer weer aan de slag te krijgen.

Stimulansen voor re-integratie liggen bij beide partijen. Gedurende de eerste twee jaren kan de werkgever door een snelle re-integratie de periode bekorten waarin hij loon doorbetaalt waar geen productie tegenover staat. Als de werkgever nalatig is bij het re-integreren van een werknemer, wordt bovendien de loondoorbetalingsperiode na twee jaar verlengd. Dit spoort werkgevers aan om werk te maken van de re-integratie van zieke werknemers.

Ook de werknemer heeft een financiële prikkel. Als hij weigert mee te werken aan zijn re-integratie kan de werkgever de loondoorbetaling stopzetten. Verder riskeert hij daarmee na twee jaar een korting op de WIA- (of WW-)uitkering. Het UWV heeft in de periode van loondoorbetaling slechts een beperkt faciliterende rol. Zij verstrekt bijvoorbeeld vergoedingen voor arbeidsplaatsvoorzieningen die mensen met arbeidsbeperkingen een gelijke toegang tot het arbeidsproces bieden en kan op verzoek van werkgever of werknemer een second opinion geven over ziekte en re-integratie.

#### **De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen**

De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, in werking sinds 29 december 2005) ligt in het verlengde van de Wet verbetering poortwachter en de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte. De Wvp verplicht werkgever en werknemer al aan het eind van de loondoorbetalingsperiode samen een re-integratieverslag op te stellen. Daarin zetten ze uiteen welke activiteiten ze ten behoeve van de re-integratie hebben ondernomen. Het verslag moet de uitkeringsinstantie overtuigen dat werkgever en werknemer er alles aan hebben gedaan wat in redelijkheid verwacht mag worden om het werk te hervatten.

Als uit het re-integratieverslag blijkt dat werkgever en werknemer zich voldoende hebben ingespannen om re-integratie te realiseren, maar daarin niet zijn geslaagd, heeft een gedeeltelijk arbeidsgeschikte (maar meer dan 35% arbeidsongeschikte) werknemer op grond van de WIA recht op een uitkering op grond van de regeling Werkhervatting

gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA). Voor mensen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn, voorziet de WIA in inkomensbescherming op grond van de regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA).

### **Nieuwe Arbowet**

Net als de Wvp en de WIA legt de nieuwe Arbowet die waarschijnlijk op 1 januari 2007 in werking treedt een grotere verantwoordelijkheid bij werkgevers en werknemers. De wettelijke voorschriften voor het arbobeleid krijgen het karakter van doelvoorschriften, waardoor werkgevers en werknemers meer ruimte krijgen om zelf te bepalen op welke manier ze hun arbobeleid vormgeven. Naar verwachting zal de nieuwe Arbowet de regeldruk verminderen en werkgevers en werknemers in staat stellen het arbobeleid beter af te stemmen op de specifieke situatie in de onderneming.

Met de Wet 'gewijzigde organisatie van deskundigenbijstand bij het arbeidsomstandigheden-beleid' was in juli 2005 al een belangrijke stap gezet naar het creëren van meer ruimte voor maatwerk in het arbobeleid op ondernemingsniveau. De wet staat dan ook bekend als 'maatwerk arbodienstverlening'. Na invoering van deze wet zijn werkgevers nog steeds verplicht zich deskundig te laten ondersteunen bij hun arbobeleid. De wet biedt echter alternatieven voor het contract met een arbodienst. Voorwaarden hiervoor zijn dat er overeenstemming bestaat met de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging over de maatwerkoptie, of dat er in de cao afspraken zijn gemaakt.

### **Zorgverzekeringswet**

Sinds 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringswet van kracht. Met deze wet is het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden komen te vervallen. Daarvoor in de plaats is een basisverzekering gekomen die voor iedereen gelijk is. Werkgevers betalen (via de belastingdienst) mee aan de premie van de basisverzekering van werknemers. Voor de basisverzekering geldt een no-claim om patiënten bewuster met zorg te laten omspringen. Iedere persoon die in Nederland woont of hier loonbelasting betaalt, moet - al dan niet in de vorm van deelname aan een collectief contract - een basisverzekering afsluiten en kan een aanvullende verzekering afsluiten.

## **2.2 De betrokken partijen**

Preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie zijn als gevolg van de ontwikkelingen in de wetgeving primair de verantwoordelijkheid geworden van werkgever en werknemer. Op de werkgever rust de verantwoordelijkheid van een goed arbo- en re-integratiebeleid, op de werknemer rust een inspanningsverplichting om alles in het werk te stellen om het herstel en de werkhervatting te bespoedigen. Bij ziekteverzuim geldt voor de werkgever gedurende de eerste twee ziektejaren een loondoorbetalingsverplichting. De wettelijke loondoorbetalingsverplichting bedraagt 70% van het loon en kent wachtdagen. In vrijwel alle cao's zijn echter de wachtdagen geschrapt en is een aanvulling geregeld. De loondoorbetaling bedraagt op grond van het Najaarsakkoord 2004 tussen de sociale partners en de overheid over twee jaar maximaal 170%.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Stichting van de Arbeid, Najaarsoverleg 5 november 2004 – publicatienummer 15/04, blz. 2. In het akkoord staat: "De totale ziekengelduitkering aan de werknemer zal over de twee ziektejaren tezamen gemeten niet meer dan 170% van het laatst verdiende loon bedragen."

In het kader van het beleid op het terrein van preventie, verzuim en re-integratie kan de werkgever een arbodienst, re-integratiediensten en medische interventiebureaus inschakelen. Hij betaalt deze dienstverlening zelf, zij het dat de kosten ook kunnen worden gedragen door de verzuimverzekeraar, die net als de werkgever een belang heeft bij spoedige werkhervatting. De Arbowet 2005 maakt maatwerk mogelijk. De werkgever kan bepalen voor welke taken hij de arbodienst inschakelt en welke taken hij zelf of op een andere wijze invult, als daar een cao-afspraken of overeenkomst met de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging over is.

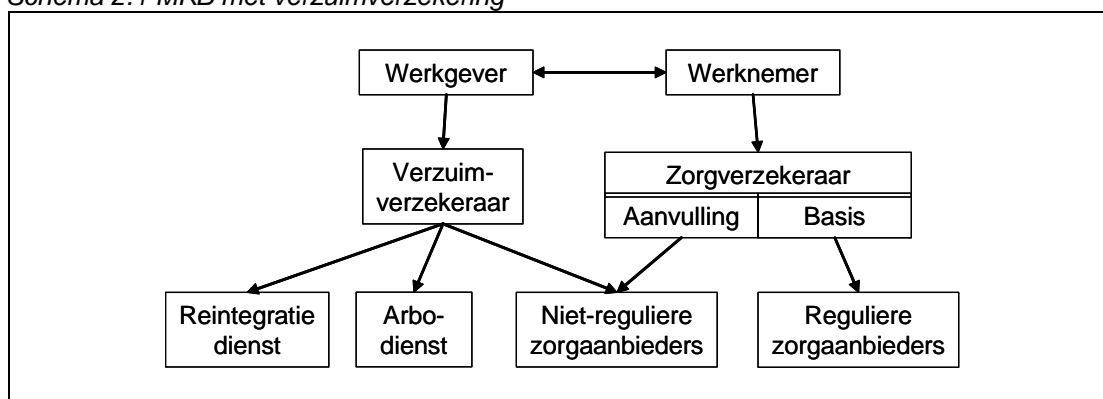
Werknemers zijn - net als niet-werknemers - verplicht verzekerd tegen ziektekosten. Een groot deel (circa 90%) van de Nederlandse bevolking heeft naast de verplichte basisverzekering een aanvullende verzekering afgesloten. Werkgevers kunnen voor hun werknemers een collectieve ziektekostenverzekering afsluiten.

De werkgever kan zich tegen de kosten van loondoorbetaling verzekeren bij een verzuimverzekeraar. In het algemeen kan worden gesteld dat ondernemingen in het MKB een verzuimverzekering afsluiten, terwijl ondernemingen in het grootbedrijf het verzuimrisico zelf dragen. In de markt wordt gesignaleerd dat werkgevers in dit opzicht in toenemende mate risicogeneigd zijn. De laatste jaren is de dekking van de verzuimverzekeringen afgenomen. Een aantal werkgevers heeft de verzuimverzekering opgezegd of beperkt (bijvoorbeeld door meer wachtdagen op te nemen).

Sinds de introductie van de loondoorbetalingsverplichting in 1994 en de uitbreiding daarvan in 1996 hebben verzuimverzekeringen een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Aanvankelijk was sprake van een verzekering die uitbetaalde bij ziekteverzuim, zonder verdere voorwaarden te stellen. Al snel hebben de verzekeraars in de polisvoorwaarden eisen opgenomen aan het verzuimbeleid van werkgevers. De laatste jaren ontwikkelen de verzuimverzekeraars zich steeds meer tot dienstverleners die voor verzekerde werkgevers desgewenst de coördinatie van het arbobeleid verzorgen.

De ontwikkeling van de verzuimverzekeringen heeft gezorgd voor verschillen in de aansturing van het preventie- en verzuimbeleid tussen ondernemingen die het verzuim hebben verzekerd en de eigenrisicodragers. Dit verschil is geschetst in de twee onderstaande schema's.

*Schema 2.1 MKB met verzuimverzekering*

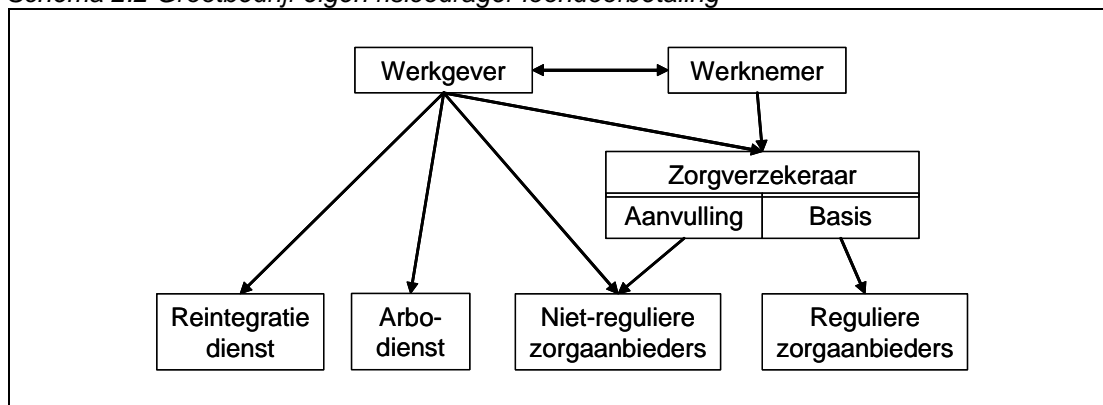


Bovenstaand schema brengt de situatie in beeld waarin de werkgever de dienstverlening via de verzuimverzekeraar organiseert. De werkgever kan die dienstverlening ook zelf



organiseren. In dat geval stelt de verzuimverzekeraar in de polisvoorwaarden wel eisen aan de ingekochte ondersteuning.

Schema 2.2 Grootbedrijf eigen risicodragers loondoorbetaling



In de schema's verstaan we onder reguliere zorg de zorg die in het basispakket valt en onder niet-reguliere zorg de zorg die niet onder het basispakket valt. Re-integratiediensten, arbodiensten en niet-reguliere zorgaanbieders zijn in de figuur nevensgeschikt. In de praktijk treden re-integratiediensten wel op als casemanagers die de arbodienstverlening en de medische interventiebureaus aansturen.

Vanuit het perspectief van de afspraken die zijn gemaakt op de invitational conference is er een belangrijk onderscheid tussen eigenrisicodragers en verzekerde werkgevers. Verzekerde werkgevers kunnen de coördinatie van de arbeidsgerelateerde zorg overlaten aan hun verzuimverzekeraar. Eigenrisicodragers kunnen dat niet. Zij kunnen wel de zorgverzekeraar inschakelen om deze zorg voor hen in te kopen ofwel door deze zorg onder te brengen in het aanvullende pakket van de collectieve verzekering voor hun werknemers, ofwel door deze inkoop als afzonderlijke dienstverlening bij de zorgverzekeraar in te kopen.

### Werkgevers en werknemers

De primaire verantwoordelijkheid voor preventie- en verzuimbeleid ligt bij werkgevers en werknemers. Voor individuele werknemers en voor het midden- en kleinbedrijf is dit een grote verantwoordelijkheid. Kleine bedrijven (zonder gespecialiseerde afdeling personeelszaken) hebben weinig inzicht in de markt voor arbodienstverlening. Werknemers moeten hun houding bepalen ten opzichte van grote professionele organisaties van (arbo-) dienstverleners, juist op een moment dat zij zelf niet sterk in hun schoenen staan.

Werkgever en werknemer hebben een gezamenlijk belang bij snelle re-integratie. In het merendeel van de gevallen van dreigend langdurig verzuim kunnen werkgever en werknemer zich dan ook goed vinden in een aanpak van de oorzaken van het verzuim.

In de gevallen waarin spanningen bestaan tussen werkgever en werknemer kan de loondoorbetaling - die in de meeste cao's tot en met 2004 steeds is aangevuld tot 100% van het loon - leiden tot versterking van het wederzijdse wantrouwen. Werknemers kunnen vanwege de loondoorbetalingsverplichting denken dat hun werkgever slechts belang hecht aan een snelle werkhervatting. Werkgevers kunnen vanwege diezelfde loondoorbetalingsverplichting denken dat hun werknemers er belang bij hebben om werkhervatting te

traineren. Dat kan de onderlinge communicatie over het te volgen re-integratietraject bemoeilijken.

De tussen overheid en sociale partners afgesproken maximering van de loondoorbetaling tot 170% in twee jaar heeft geleid tot een sterkere parallelle van belangen tussen werkgever en werknemer. Vaak is deze 170% ingevuld als 100% doorbetaling gedurende het eerste ziektejaar en een 70% doorbetaling in het tweede ziektejaar. Daardoor kan aan werknemerszijde gedurende het eerste ziektejaar het gevoel van urgentie van een snelle interventie ontbreken. In sommige cao's wordt om die reden de verdeling van de 170% loondoorbetaling tussen het eerste en tweede ziektejaar aangepast op een wijze dat werknemers ook in het eerste jaar een zeker financieel risico te dragen krijgen.<sup>4</sup>

### **Verzekeraars**

Verzekeraars vormen een essentiële schakel tussen werkgevers en werknemers enerzijds en de (al dan niet medische) zorgaanbieders aan de andere zijde. Zorgverzekeraars hebben geen direct belang bij beperking van het verzuim, maar ze kopen ten behoeve van de bij hen verzekerde werknemers diensten in van zorgaanbieders. Inkomensverzekeraars hebben wel een direct financieel belang bij de beperking van het verzuim en het bevorderen van re-integratie. Uit dien hoofde zijn deze verzekeraars vaak direct bij het preventie- en verzuimbeleid in ondernemingen betrokken, ofwel door in de polisvoorwaarden eisen te stellen aan het arbobeleid van werkgevers, ofwel door werkgevers te ondersteunen bij dat beleid.

#### *Zorgverzekeraars*

Bij de introductie van het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekeringen hebben veel verzekerden gekozen voor een collectief contract. Twee derde van deze collectieve contracten zijn tot stand gekomen via de werkgever. Daarnaast hebben zich veel zogenoemde 'gelegenheidscollectieven' gevormd via assurantietussenpersonen, vakbonden, sportorganisaties en dergelijke.

De inhoud van het basispakket in collectieve contracten onderscheidt zich niet van dat van individuele contracten. De inhoud van het basispakket is namelijk wettelijk voorgeschreven. "Wat" er verzekerd is in het basispakket is dus niet onderhandelbaar. Wel kunnen werkgevers met zorgverzekeraars afspraken maken over het "hoe" en "door wie" bepaalde behandelingen worden verricht. De inhoud van het aanvullende pakket is vrij onderhandelbaar. Werkgevers kunnen met hun verzekeraar afspraken maken om het aanvullende pakket af te stemmen op de behoeften vanuit het perspectief van het eigen preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid.

De speelruimte voor werkgevers om de inhoud van het aanvullende pakket af te stemmen op het eigen preventie- en verzuimbeleid is echter beperkt. Werkgevers bieden collectieve contracten aan als secundaire arbeidsvoorwaarde. De doelstelling van een aantrekkelijke arbeidsvoorwaarde spoort niet altijd met de doelstelling om het aanvullende pakket een optimale bijdrage te laten leveren aan het preventie- en verzuimbeleid.

Bovendien wijkt de populatie van de verzekerden onder het collectieve contract af van de populatie van werknemers bij de betreffende werkgever. Ten eerste zijn de collectieve

---

<sup>4</sup> Uit de Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006 blijkt dat in 68 van de onderzochte 109 cao's de loondoorbetaling in het eerste jaar 100% bedraagt, en in de resterende 41 cao's minder dan 100%.

contracten vaak opengesteld voor niet-werknemers, namelijk de gezinsleden van werknemers. Ten tweede maken niet alle werknemers gebruik van het aanbod van de collectieve verzekering van hun werkgever. Ze kunnen immers ook meedoen aan het collectieve contract van de werkgever van hun partner, ze kunnen een individuele polis afsluiten en ze kunnen meedoen aan een gelegenheidscollectief.

Dit stelt grenzen aan de mate waarin de werkgever de inhoud van het aanvullende pakket kan bepalen. Een pakket dat te zeer op de behoeften van de werkgever is afgestemd en dat onvoldoende rekening houdt met de behoeften van werknemers en hun gezinsleden zal worden gezien als een slechte secundaire arbeidsvoorwaarde.

Ten aanzien van de positie van zorgverzekeraars kan nog worden opgemerkt dat zorgverzekeraars geen direct financieel belang hebben bij het vooropstellen van het aspect arbeid in de medische behandeling. Zij hebben er belang bij de zorg te beperken tot hetgeen is opgenomen in het basispakket en de aanvullende verzekering. Anderzijds dwingt de markt de zorgverzekeraars tot het waarmaken van de toezeggingen die zij aan de werkgever hebben gedaan bij het afsluiten van het collectieve contract. Daar ligt voor de zorgverzekeraar dus wel degelijk een belang bij het bieden van adequate arbeidsgerelateerde zorg.

#### *Verzuimverzekeraars*

De primaire functie van een verzuimverzekeraar is het bekostigen van de loondoorbetaling bij ziekte. De verzuimverzekering is een inkomensverzekering die vaak wordt aangeboden in combinatie met andere inkomensverzekeringen, zoals een (aanvulling op de) arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Anders dan zorgverzekeraars hebben verzuimverzekeraars een direct financieel belang bij spoedige re-integratie. Om die reden hebben verzuimverzekeraars belang bij een adequaat beleid van de werkgever op het terrein van preventie, verzuim en re-integratie. In de polis stellen inkomensverzekeraars dan ook voorwaarden aan het beleid van de werkgever op dit terrein. Bovendien bieden verzuimverzekeraars in toenemende mate aan dit beleid voor werkgevers te coördineren en te verzekeren (of in abonnementsvorm aan te bieden).

Voor een modale werknemer bedragen de loonkosten in 2007 volgens het CPB € 39.303 per jaar.<sup>5</sup> Dit betekent dat een re-integratietraject van € 5.000 voor de verzekeraar/werkgever rendabel is wanneer dit de verzuimduur met anderhalve maand verkort.

Deze berekening is indicatief. Het zijn voor de werkgever immers niet de loonkosten die wegvallen, maar de productie van de zieke werknemer. Bij een normale bedrijfsvoering ligt de productiewaarde hoger dan de loonkosten. Bovendien houdt de som geen rekening met de extra kosten bij verzuim in de vorm van administratieve lasten, de organisatorische lasten en de directe kosten van het inschakelen van vervanging.

## **De dienstverleners**

### *Reguliere zorg*

Onder reguliere zorg verstaan we hier de zorg die is ondergebracht in de wettelijk gedefinieerde basisverzekering. Er is geen sprake van een waterscheiding tussen reguliere zorg en niet-reguliere zorg. In sommige gevallen is in de basisverzekering de aanspraak op bepaalde vormen van zorg beperkt (bijvoorbeeld een x-aantal behandelingen door de

<sup>5</sup> CPB, Microtax 2007, <http://www.cpb.nl/nl/data/microtax>

fysiotherapeut). Het staat aanbieders van reguliere zorg vrij ook niet-reguliere zorg aan te bieden.

Ziekteverzuim kan het gevolg zijn van medische problemen waarvan de behandeling is gedekt door het basispakket. In dat geval komt de financiering van de zorg voor rekening van de zorgverzekeraar van de werknemer. Vanuit het perspectief van het werknemerschap zijn daarbij twee zaken van belang:

- de snelheid van het herstel: het is van belang dat de werknemer zijn werk zo snel mogelijk kan hervatten. Wachtlijstbemiddeling kan daarbij een rol van betekenis spelen.
- de medische invalshoek: het is van belang dat de behandelende zorgaanbieders specifieke aandacht besteden aan het herstel van het arbeidsvermogen van de werknemer. De daarvoor benodigde aandacht voor het aspect arbeid komt tot op heden in de reguliere zorg nog onvoldoende tot zijn recht.<sup>6</sup>

Ziekteverzuim is echter in veel gevallen niet terug te voeren op medische oorzaken waar de reguliere gezondheidszorg iets mee kan. Dit ligt besloten in de werkwijze van de reguliere gezondheidszorg. Een belangrijk probleem is dat de reguliere gezondheidszorg monocausaal en serieel te werk gaat, ook wanneer een multidisciplinaire, parallelle aanpak de terugkeer naar werk zou kunnen bespoedigen.<sup>7</sup> Daarnaast speelt een rol dat de reguliere zorg ten behoeve van het herstel vaak rust voorschrijft. Over de vraag in hoeverre die rust werkelijk bijdraagt aan het herstel bestaat verschil van mening. Wel is duidelijk dat een rustperiode, naarmate die langer duurt, niet bevorderlijk is voor de re-integratie in het arbeidsproces. Ook door huisartsen worden de risico's van niet werken vanuit het oogpunt van re-integratie zwaar onderschat, terwijl de risico's van doorwerken ernstig worden overschat. Huisartsen achten het hun taak zo nodig een werkstakingsadvies te geven, maar zullen niet snel een werkhervattingsadvies geven.<sup>8</sup>

#### *De niet-reguliere zorg*

Niet-reguliere zorg omvat de zorg die niet is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. In het kader van dit onderzoek beperken we ons hier tot de niet-reguliere arbeidsgelateerde zorg. Onder arbeidsgelateerde zorg verstaan we zorg die gericht is op preventie van ziekteverzuim en op een zo spoedig mogelijk herstel van het arbeidsvermogen van (zieke) werknemers. De arbeidsgelateerde zorg hoeft zich niet te beperken tot herstel van de werknemer zelf, maar kan ook betrekking hebben op advies over werkplekaanpassing en dergelijke.

Niet-reguliere arbeidsgelateerde zorg kan worden onderscheiden in eerstelijnszorg (verleend door bedrijfsartsen) en tweedelijnszorg. De tweedelijnszorg is gericht op een spoedig herstel van het arbeidsvermogen en wordt verleend door zelfstandige behandelcentra. De bedrijfsarts heeft de rol van poortwachter tot de niet-reguliere zorg. De bedrijfsarts beoordeelt of een klacht reden is voor verzuim en begeleidt de werknemer (eventueel door inschakeling van gespecialiseerde zorgverleners) terug naar het werk.

---

<sup>6</sup> Hiervan getuigen de toezeggingen die door de KNMG op de Groenekan-conferentie zijn gedaan om meer aandacht te vragen voor de factor arbeid in de reguliere gezondheidszorg.

<sup>7</sup> Uit de gesprekken die we in het kader van het onderzoek hebben gevoerd met vertegenwoordigers van het bedrijfsleven en de verzekeringssector komt naar voren dat de kracht van commerciële medische interventiebureaus met name is gelegen in de multidisciplinaire en parallelle aanpak van het traject.

<sup>8</sup> SEO, De sociale zekerheid uitgedokterd, oktober 2002, blz. 19.

Tot voor kort konden bedrijfsartsen hun patiënten niet doorverwijzen naar de tweede lijn van de reguliere gezondheidszorg. Per 1 januari 2004 hebben zij echter een formele verwijsbevoegdheid gekregen. Het is zelfs zo dat als bedrijfsartsen een patiënt doorverwijzen naar de reguliere gezondheidszorg, zij het betreffende consult in rekening kunnen brengen bij de zorgverzekeraar van de patiënt (mits zij door die zorgverzekeraar zijn gecontracteerd). Uit een evaluatieonderzoek blijkt dat bedrijfsartsen in 2004 (nog) weinig van de verwijsbevoegdheid gebruik hebben gemaakt.<sup>9</sup>

Het beperkte gebruik dat bedrijfsartsen hebben gemaakt van de mogelijkheid om naar de reguliere tweedelijnszorg te verwijzen kan verschillende achtergronden hebben. Aan de ene kant kan het zijn dat bedrijfsartsen menen onvoldoende inzicht te hebben in de reguliere zorg om zelf de verwijzing te doen. Aan de andere kant bestaat de mogelijkheid dat bedrijfsartsen voor de behandeling van arbeidsgerelateerde problematiek meer vertrouwen hebben in niet-reguliere zorgaanbieders zoals medische interventiebureaus.<sup>10</sup> Daarnaast zou een rol kunnen spelen dat niet-reguliere zorg wordt betaald door de werkgever of zijn verzuimverzekeraar en dus niet van invloed is op de no-claimkorting van de werknemer.

---

<sup>9</sup> TNO Kwaliteit van leven en Marketconcern, De juiste verwijzing: evaluatieonderzoek verwijfsfunctie bedrijfsarts. Eindmeting: stand van zaken een jaar na de invoering, 27 juni 2005. Het feit dat van de verwijfsfunctie door bedrijfsartsen weinig gebruik is gemaakt leidt tot verschillende reacties van professionals over die verwijfsfunctie: "Met uitzondering van huisartsen zijn professionals teleurgesteld en dus negatiever; huisartsen zijn opgelucht en dus minder negatief." (blz. 10).

<sup>10</sup> TNO stelt: "En juist op het punt van verwijzen naar de tweedelijns reguliere zorg uiten veel partijen twijfels over de vraag of de bedrijfsarts daarvoor goed geëquipeerd is respectievelijk voldoende ingewerkt is in het circuit van de tweedelijns reguliere zorg. Tegelijkertijd blijken er inmiddels intensieve relaties te zijn tussen arbodiensten en tweedelijns arbozorg en kopen zorgverzekeraars deze zorg in omdat zij vinden dat die beter is afgestemd op de behoeften van de klant."

### 3 De ontwikkeling van de keten in cijfers

Uitgangspunt voor de afspraken die met de stakeholders in het project Sociale Zekerheid en Zorg zijn gemaakt, is dat het versterken van de integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie uiteindelijk tot een lager verzuim en een lagere instroom in de WAO zal leiden. Om een oordeel te kunnen vormen over de effecten van de keten geven we in dit hoofdstuk een beknopt overzicht van de belangrijkste indicatoren voor preventie, verzuim en re-integratie.

Voor het functioneren van de keten van preventie, verzuim en re-integratie hanteren we in dit onderzoek de volgende indicatoren:

- preventie: tevredenheid van werknemers over arbobeleid en gezondheid, aantal RI&E's en aantal arbeidsongevallen;
- verzuim: ontwikkeling verzuimpercentage, uitgesplitst naar lang en kort verzuim en het aandeel van het werkgerelateerd verzuim;
- re-integratie: instroom in de WAO, uitgesplitst naar volledig en gedeeltelijk arbeidsongeschikt en het aantal succesvolle re-integratietrajecten.

De basis van dit hoofdstuk wordt gevormd door:

- de Arbobalansen 2004 en 2005 van TNO;
- de evaluatie van de Wvp door bureau AStri;
- en de benchmark re-integratie 2005 van Boaborea.

#### 3.1 Preventie

Om een beeld te geven van de ontwikkelingen in preventie gebruiken wij de volgende indicatoren:

- de tevredenheid van werknemers over gezondheid en arbeidsomstandigheden
- de uitvoering van de RI&E's en preventieve maatregelen
- de ontwikkeling in het aantal arbeidsongevallen in de periode 2003 – 2005

##### **Tevredenheid werknemers over gezondheid en arbeidsomstandigheden**

De meeste werknemers in Nederland voelen zich gezond. Uit onderzoeken van CBS blijkt dat gemiddeld 87% van de werknemers zich gezond voelt en dit cijfer is al jaren stabiel.<sup>11</sup> Goede arbeidsomstandigheden zijn een belangrijke voorwaarde voor het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) blijkt dat meeste werknemers in Nederland over het algemeen tevreden zijn over hun arbeidsomstandigheden. De tevredenheid is tussen 2003 en 2005 wel gedaald. Was in 2003 nog 76% tevreden tot zeer tevreden over de arbeidsomstandigheden, in 2005 is dat nog 70%.<sup>12</sup> Een verklaring hiervoor geeft de NEA niet.

---

<sup>11</sup> Arbobalans 2005, blz 46.

<sup>12</sup> CBS, Statline.

### Uitvoering RI&E's en preventieve maatregelen

De risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E) is een hulpmiddel voor werkgevers om risico's binnen zijn bedrijf in kaart te brengen en gepaste maatregelen te nemen. Alle werkgevers zijn verplicht om een RI&E op te stellen. Tussen 2000 en 2003 is het aantal bedrijven met een door de arbodienst getoetste RI&E's gestegen van 46% naar 76%.<sup>13</sup> In 2004 en 2005 laat de AI-monitor echter beduidend lagere cijfers zien van gemiddeld 37%. Dit lagere aantal is het gevolg van een betere vertegenwoordiging van kleine bedrijven in de monitor en het minder strikt handhaven van de RI&E. In totaal valt ook in 2004/2005 nog zo'n 88% van de werknemers onder een RI&E.<sup>14</sup>

De meeste bedrijven waarin arbo-risico's vastgesteld zijn, nemen ook maatregelen om deze risico's tegen te gaan. Gemiddeld neemt tussen de 80% en 96% maatregelen tegen de verschillende arbo-risico's. Tussen 2004 en 2005 laat de Arbobalans een significante toename zien van het aantal bedrijven dat maatregelen heeft genomen om arbeidsrisico's te verminderen. Het gaat daarbij om het aantal bedrijven dat maatregelen neemt tegen psychische belasting, tegen tillen of dragen en tegen gevaarlijke stoffen.<sup>15</sup>

Tabel 3.1 Percentage blootgestelde bedrijven dat maatregelen neemt

risico	2004	2005	verschil
psychische belasting	73%	85%	significant
tillen of dragen	81%	85%	significant
trillingen	71%	-	nvt
RSI	78%	80%	niet significant
schadelijk geluid	95%	97%	niet significant
gevaarlijke stoffen	79%	90%	significant
valgevaar	-	13%	nvt
biologische agentia	100	-	nvt

Bron: Arbobalans 2005

### Aantal arbeidsongevallen

Het aantal arbeidsongevallen laat de laatste jaren een dalende trend zien. Uit de Arbobalans 2005 blijkt dat de daling zowel de arbeidsongevallen met en zonder verzuim betreft. Werden in 2000 nog zo'n 1.340 arbeidsongevallen per 100.000 werkenden gemeld, in 2004 was dit aantal gedaald tot minder dan 1.100 arbeidsongevallen per 100.000 werkenden. Of deze daling het gevolg is van veiliger werken is niet bekend.<sup>16</sup>

## 3.2 Ziekteverzuim

In de evaluatie van de WvP heeft bureau AStri de ziekteverzuimcijfers voor de periode 1999 – 2004 geanalyseerd. De cijfers zijn gebaseerd op de gegevens van de nationale verzuimstatistiek die het CBS sinds 2002 publiceert. Voor 2005 zijn bij het verschijnen van deze rapportage nog geen gegevens beschikbaar.

<sup>13</sup> Arbobalans 2004, blz. 8.

<sup>14</sup> Arbobalans 2005, blz. 81.

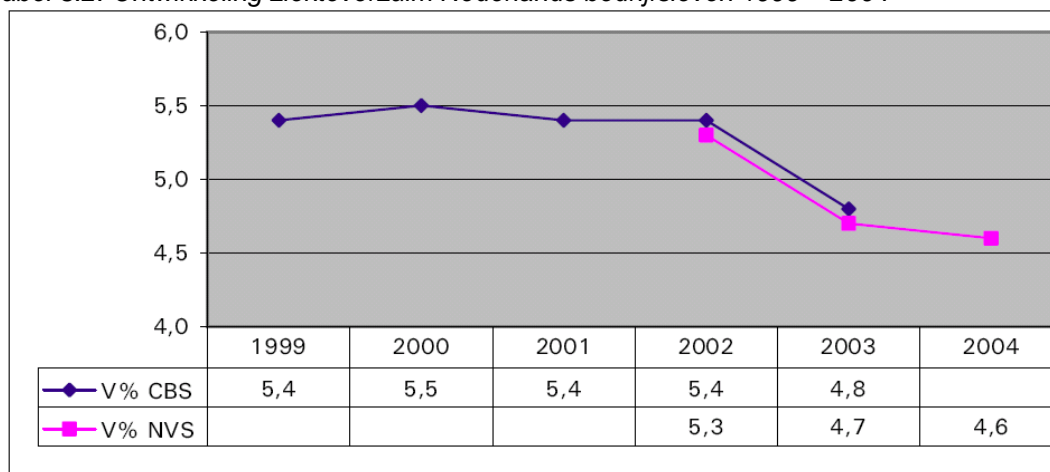
<sup>15</sup> Arbobalans 2005, blz. 82.

<sup>16</sup> Arbobalans 2005, blz. 62 e.v.

### Ziekteverzuim daalt sinds 2003 en is voor kwart werkgebonden

Tabel 3.2. laat de ontwikkeling van het ziekteverzuim zien in de periode 1999 – 2004. Na een aantal jaren stabiel te zijn geweest op zo'n 5,4% laat het ziekteverzuimpercentage in 2003 een flinke daling zien naar 4,8% en in 2004 naar 4,6%. Deze daling is volgens bureau AStri het gevolg van de invoering van de WvP in 2002.

Tabel 3.2. Ontwikkeling ziekteverzuim Nederlands bedrijfsleven 1999 – 2004



Bron: Evaluatie WvP, bureau AStri<sup>17</sup>

Het verzuim is volgens de Arbobalans 2004 en 2005 voor een kwart werk- of grotendeels werkgebonden, dat wil zeggen dat het samenhangt met arbeid of arbeidsomstandigheden. Dit aandeel is de laatste jaren stabiel. Eenderde van het werkgebonden verzuim wordt veroorzaakt door werkdruk of werkstress terwijl een vijfde het gevolg is van te zware lichamelijke belasting.

### Ontwikkeling lang en kort verzuim vertoont grillig beeld

Het langdurig ziekteverzuim daalt na invoering van de WvP, terwijl het kortdurend verzuim van 2002 naar 2003 toeneemt. In 2004 is de situatie echter omgekeerd: het langdurig verzuim neemt weer toe en het kortdurend verzuim daalt. Hiervoor is geen verklaring gegeven. Tabel 3.3 illustreert deze ontwikkeling.

<sup>17</sup> Het CBS hanteert sinds 2002 de Nationale Verzuimstatistiek, gebaseerd op cijfers van Arbodiensten. Cijfers van de Statistiek Ziekteverzuim particuliere bedrijven zijn beschikbaar tot en met 2003.



Tabel 3.3. Ontwikkeling ziekteverzuim bedrijfsleven naar duurklasse 1999 – 2004

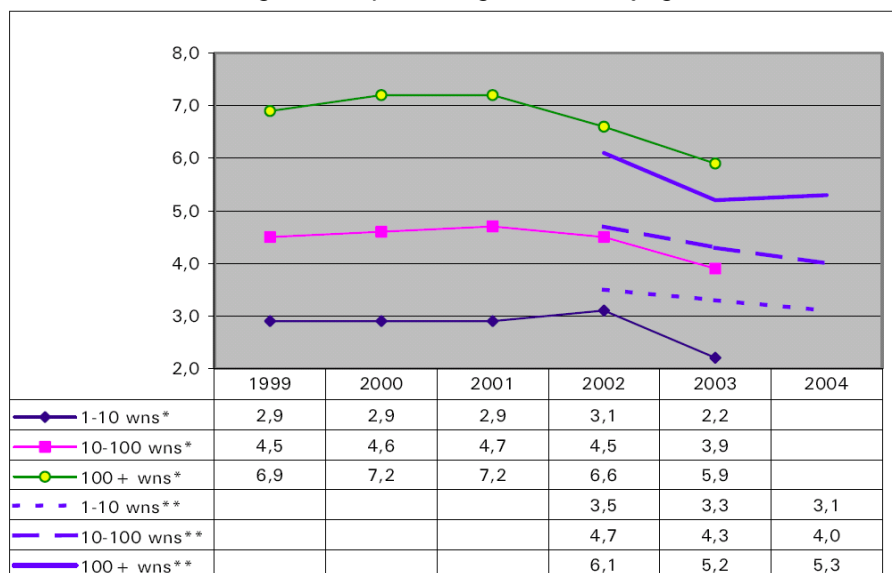
	V% totaal	V% per duurklasse (dagen)				
		1-7	8-42	43-91	92-182	183-365
2002-1	6,1	1,1	1,8	1,2	1,1	0,8
2002-2	5,3	0,8	1,5	1,1	1,1	0,8
2002-3	4,6	0,6	1,3	0,9	0,9	0,9
2002-4	5,2	1,0	1,6	1,1	0,9	0,7
2003-1	5,0	1,2	1,6	1,0	0,7	0,5
2003-2	4,5	0,8	1,4	1,0	0,9	0,5
2003-3	4,2	0,7	1,2	0,8	0,9	0,6
2003-4	5,2	1,1	1,5	1,0	0,9	0,7
2004-1	5,2	0,9	1,5	1,1	0,9	0,7
2004-2	4,7	0,6	1,2	1,1	1,1	0,7
2004-3	4,1	0,5	1,0	0,8	1,0	0,9
2004-4	4,7	0,8	1,2	0,9	0,8	1,0

Bron: Evaluatie WvP, bureau AStri

### Verzuim daalt eerder bij grote bedrijven maar sterker bij kleine

De samenhang tussen verzuim en de grootte van het bedrijf is weergegeven in tabel 3.4.

Tabel 3.4. Ontwikkeling verzuimpercentage naar bedrijfsgrootte, 1999 – 2004



\* Statistiek ziekteverzuim particuliere bedrijven

\*\* Nationale verzuimstatistiek

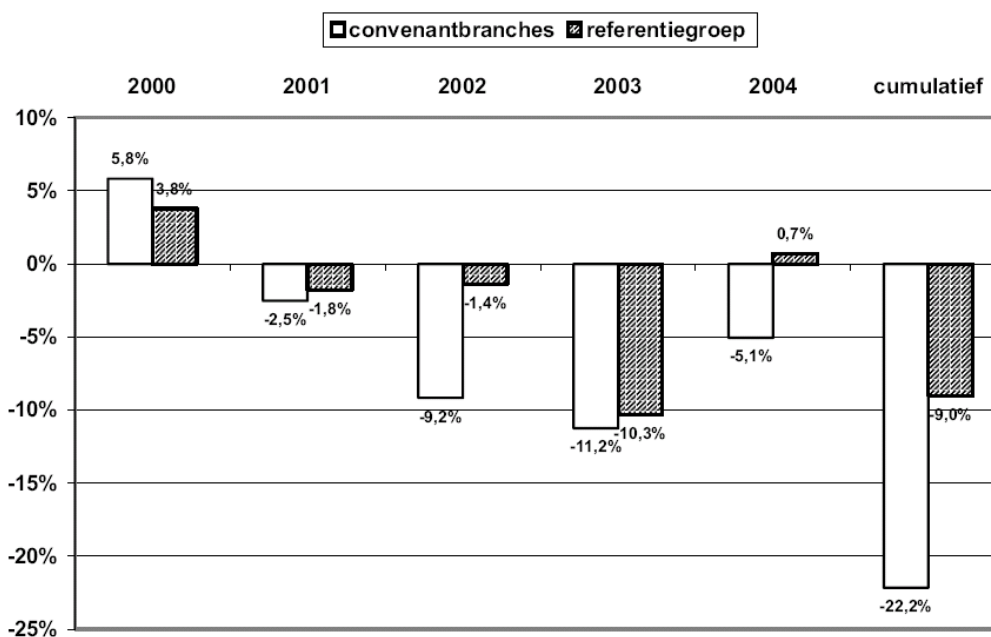
Bron: Evaluatie WvP, bureau AStri

Bij grote bedrijven is het verzuim traditioneel hoger dan bij kleine bedrijven. De effecten van de invoering van de WvP zijn volgens bureau AStri blijkens deze tabel eerder ingetreden bij grote bedrijven dan bij kleine, maar het effect van deze wet werkt voor de kleine bedrijven sterker door.

### Verzuim daalt sterker in sectoren met Arboconvenant

In 2004 heeft bureau AStri onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van het ziekteverzuim in branches met een Arboconvenant. In figuur 3.5. is de ontwikkeling in deze branches afgezet tegen de ontwikkeling in branches zonder convenant.

Figuur 3.5. Ontwikkeling ziekteverzuim in branches met en convenant.



Bron: Bureau AStri, De meerwaarde van arboconvenanten

Vanaf 2001 is in beide groepen een daling van het ziekteverzuim te zien waarbij deze daling in de convenantbranches in alle jaren significant groter is dan in de branches zonder arboconvenant. In 2004 is zelfs sprake van een stijging van het ziekteverzuim in de branches zonder arboconvenant.

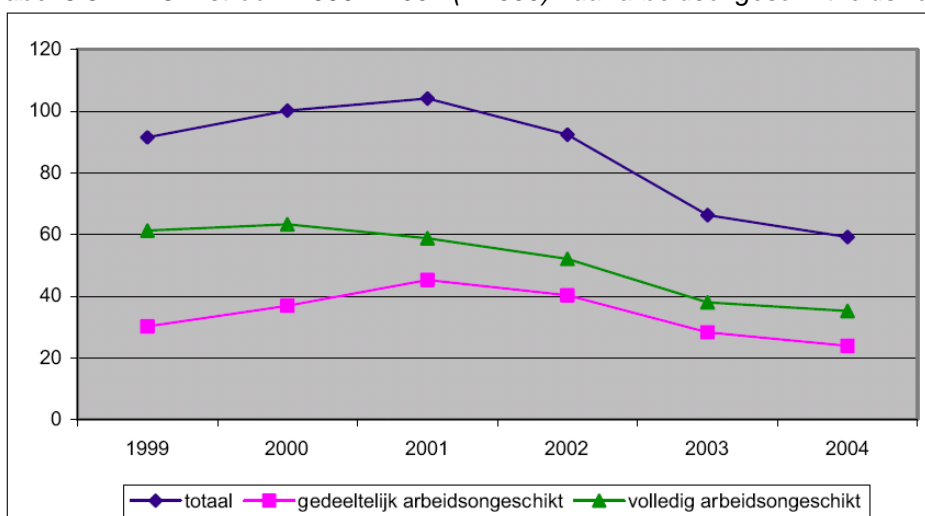
## 3.3 WAO-instroom

### WAO-instroom daalt sinds 2001

In lijn met de daling van het ziekteverzuim daalt ook de instroom in de WAO de laatste jaren sterk. De daling is volgens bureau AStri het grootst bij de gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Tabel 3.6 en 3.7 illustreren deze ontwikkeling<sup>18</sup>.

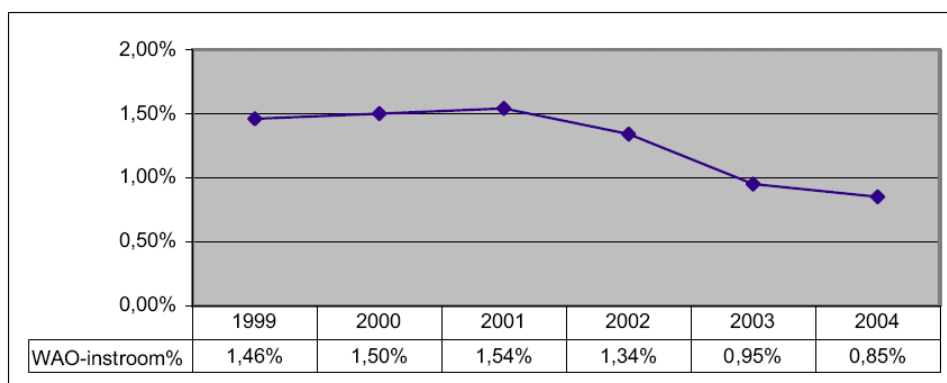
<sup>18</sup> De tabellen 3.6 en 3.7 uit 'Onderzoek evaluatie wet verbetering poortwachter' door bureau AStri zijn gebaseerd op data van UWV. Deze gegevens zijn beschikbaar tot en met 2004. UWV geeft aan dat door de verlenging van de verplichte loondoorbetaling van één naar twee jaar in 2005 maar weinig mensen een nieuwe WAO-uitkering hebben gekregen. UWV publiceert de instroomcijfers over 2005 niet omdat zij niet goed vergelijkbaar zijn met eerdere jaren. UWV geeft ook aan WIA-instroomcijfers te gaan publiceren. Op haar website vermeldt UWV dat zij waarschijnlijk in 2008 voor de eerste keer WIA-instroomcijfers bekend zal maken.

Tabel 3.6. WAO-instroom 1999 – 2004 (x 1000) naar arbeidsongeschiktheidsklasse



Bron: Bureau AStri, Evaluatie WvP

Tabel 3.7. WAO-instroompercentage 1999- 2004 (instroom als % van de verzekerden)

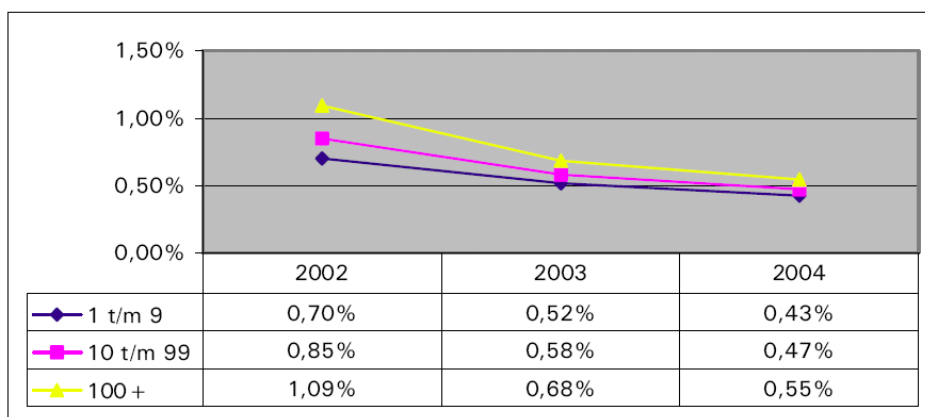


Bron: Bureau AStri, Evaluatie WvP

### Daling WAO-instroom het grootst in grote bedrijven

De WAO-instroom is sinds 2002 in alle typen bedrijven gedaald maar is in de grote bedrijven sterker gedaald dan in het midden en klein bedrijf. De WAO-instroompercentages van grote en kleine bedrijven zijn daarmee meer naar elkaar toe gegroeid. Tabel 3.8. illustreert deze ontwikkeling.

Tabel 3.8. WAO-instroompercentage naar bedrijfsgrootte



Bron: Bureau AStri, evaluatie WvP

### 3.4 Conclusie

Uit de beschikbare kwantitatieve gegevens komt het beeld naar voren dat ondernemingen meer aandacht besteden aan preventie, verzuim en re-integratie.

Werknemers zijn tevreden over hun arbeidsomstandigheden, hoewel die tevredenheid de laatste jaren iets is afgenomen. Bijna 90% van de werknemers valt onder een risico-inventarisatie en -evaluatie en een toenemend aantal bedrijven neemt maatregelen tegen arbeidsrisico's.

Het ziekteverzuim vertoont sinds 2002 een duidelijke daling. Deze daling is sterker bij grote bedrijven dan bij kleine, en is sterker in branches met arboconvenant dan in branches zonder convenant. De instroom in de WAO is vanaf 2001 gedaald. Ook deze daling is sterker bij grote bedrijven dan bij kleine.

## 4 De afspraken

Om samenwerking in de keten te bevorderen, zijn in het project Sociale Zekerheid en Zorg afspraken gemaakt tussen de sociale partners, verzekeraars, arbodiensten, artsorganisaties en re-integratiebedrijven. Doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre deze afspraken in de praktijk zijn gerealiseerd. In dit hoofdstuk geven we weer in welke mate de betrokken partijen uitvoering hebben gegeven aan de afspraken, welke acties daaruit zijn voortvloeid en wat de resultaten van deze acties zijn.

### 4.1 Werkgevers en werknemers

Centrale werkgevers- en werknemersorganisaties hebben in het project Sociale Zekerheid en Zorg toegezegd afspraken over preventie, verzuim en re-integratie op te nemen in cao's. De sociale partners hebben daarnaast toegezegd zich te verdiepen in de wijze waarop ze de mogelijkheden die ze met de nieuwe stelsels van zorg en sociale zekerheid krijgen, kunnen omzetten in een effectieve integrale keten.

#### Afspraken tussen sociale partners op centraal niveau

Vertegenwoordigers van sociale partners wijzen in de gesprekken die we in het kader van het onderzoek hebben gevoerd op het belang van de afspraken die gemaakt zijn op centraal niveau in de Stichting van de Arbeid voor het tot stand brengen van de integrale keten voor preventie, verzuim en re-integratie. Naast de verschillende adviezen van de Stichting van de Arbeid (over het zorgstelsel, de WAO, het tegengaan van ziekteverzuim en instroom in de WAO via het cao-beleid) wordt met name verwezen naar 'het akkoord' van november 2004<sup>19</sup>. In dit akkoord benadrukken de sociale partners dat "een integrale benadering van preventiebeleid, arbeidsomstandighedenbeleid, verzuimbegeleiding, re-integratiebeleid en inkomensbeleid dient te worden bevorderd". Daarnaast wordt in dit akkoord het gezamenlijk opdrachtgeverschap van werkgevers en werknemers ten opzichte arbodiensten, re-integratiebedrijven, zorgaanbieders en verzekeraars expliciet genoemd. Latere stichtingsakkoorden en -aanbevelingen refereren vrijwel allemaal aan dit akkoord.

#### Afspraken in cao's

Een beleid gericht op preventie, bestrijding van ziekteverzuim en bevordering van re-integratie moet handen en voeten krijgen op ondernemingsniveau. Dit beleid kan door de sociale partners ondersteund worden door afspraken te maken op bedrijfstakniveau. De afspraken in bedrijfstak-cao's vormen een kader waarbinnen werkgever en werknemers op ondernemingsniveau nadere afspraken kunnen maken over preventie, verzuim en re-integratie. Vertegenwoordigers van sociale partners die we in het kader van het onderzoek hebben gesproken wijzen er daarbij op dat beleid gericht op preventie, voorkoming van ziekteverzuim en re-integratie maatwerk op ondernemingsniveau vergt. De cao is weinig geschikt als instrument om tot concreet beleid op ondernemingsniveau te komen.

Belangrijke bronnen van informatie over de mate waarin sociale partners in cao's afspraken over deze onderwerpen hebben gemaakt, zijn het recent uitgevoerde onderzoek 'Preventie

---

<sup>19</sup> Stichting van de Arbeid, Najaarsoverleg 5 november 2004, publicatienr. 15/04

en ziekteverzuim 2005' van het Ministerie van SZW<sup>20</sup> en de 'Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006' van het Ministerie van SZW<sup>21</sup>. Daarnaast bevat de 'Cao-monitor 2006' van MKB-Nederland<sup>22</sup> ook op hoofdlijnen informatie over afspraken die opgenomen zijn in cao's in het midden- en kleinbedrijf.

#### *Cao-afspraken over preventie en verzuimbegeleiding*

Het onderzoek 'Preventie en ziekteverzuim 2005' onderzoek heeft een steekproef van 125 cao's onderzocht. Deze cao's geven naar werknemersaantallen een representatief beeld van de afspraken die van toepassing zijn op werknemers die onder een cao vallen. De onderzochte cao's zijn van toepassing op ongeveer 5,5 miljoen mensen en vertegenwoordigen daarmee circa 85% van het totaal aantal werknemers onder cao in de markt-, overheid- en zorgsector.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn op hoofdlijnen:

- dat 59% van de onderzochte cao's (van toepassing op 48% van de circa 5,4 miljoen werknemers) minstens één algemene doelstelling heeft met betrekking tot preventie en ziekteverzuim. Bij algemene doelstellingen gaat het meestal om intentionele afspraken zoals 'verbetering van de arbeidsomstandigheden';
- circa 2% van de onderzochte cao's (van toepassing op 1% van de circa 5,4 miljoen werknemers) minstens één concrete doelstelling heeft met betrekking tot preventie en ziekteverzuim. Een voorbeeld van een concrete doelstelling is het reduceren van het ziekteverzuim met een bepaald percentage;
- dat zich in 2005 ten opzicht van 2004 geen grote wijzigingen hebben voorgedaan in het aantal afspraken over arbeidsrisico's in cao's.

#### *Voorbeelden van cao-afspraken*

Een voorbeeld van een algemene doelstelling op het gebied van preventie en ziekteverzuim is de volgende passage uit de cao voor het Technisch Installatiebedrijf: '...Daarnaast is het de bedoeling dat in de onderneming preventieve maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat werknemers uitvallen wegens arbeidsongeschiktheid...'

Een voorbeeld van een concrete doelstelling op het gebied van preventie en ziekteverzuim zijn de volgende afspraken uit de cao voor de vleessector: '... Partijen hebben een arboconvenant getekend en houden zich aan de kwalitatieve doelstellingen van het convenant. Deze doelstellingen zijn:

- uiterlijk 5 juni 2006 een reductie van het totale ziekteverzuim met tenminste 15%. Het ziekteverzuim als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat dient met tenminste 30% te dalen;
- uiterlijk 5 juni 2006 een reductie van de instroom in de WAO als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat met tenminste 10% ..."

Bron: Ministerie van SZW, Preventie en ziekteverzuim 2005; eindrapportage, november 2006.

Ook is onderzocht in hoeverre in deze cao's afspraken zijn gemaakt over verschillende aspecten van preventie en ziekteverzuim. De uitkomsten staan in tabel 4.1. Uit de tabel blijkt

<sup>20</sup> Ministerie van SZW, Directie Uitvoeringstaken Arbeidsvoorwaardenwetgeving, Preventie en ziekteverzuim 2005. Eindrapportage, november 2006.

<sup>21</sup> Ministerie van SZW, Directie Uitvoeringstaken Arbeidsvoorwaardenwetgeving, Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006, juni 2006.

<sup>22</sup> MKB-Nederland, Inventarisatie van cao's in het MKB 2006.

onder andere dat in 11 van de onderzochte cao's afspraken zijn gemaakt over arbodienstverlening. Deze afspraken hebben voor het merendeel betrekking op re-integratie en niet op preventie of ziekteverzuim.

Tabel 4.1 Cao-afspraken over aspecten van preventie en ziekteverzuim

afpraak over	aantallen cao's	% werknemers*
studie of onderzoek	43	35
Voorlichting	40	28
Scholing	14	9
brancheloket	11	8
arbodienstverlening	11	7
Fonds	13	13
maatwerkregeling	3	5
preventiemedewerker	3	4
arbocatalogus	0	0
Programma Versterking Arbeidsveiligheid	0	0

\* percentage van werknemers onder de onderzochte steekproef van cao's

Bron: Ministerie SZW, Preventie en ziekteverzuim 2005, eindrapportage, november 2006.

#### Voorbeeld

De cao voor de Schoenendetailhandel is een voorbeeld van een cao waarin een afspraak over een brancheloket op het gebied van preventie en re-integratie is gemaakt: "...Door de Projectgroep Aan 't Werk zijn tools, checklists en andere instrumenten ontwikkeld in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter en de Wet SUWI die de werkgever en werknemer behulpzaam kunnen zij bij preventie en re-integratie. De Projectgroep is bereikbaar via de website..."

Bron: Ministerie van SZW, Preventie en ziekteverzuim 2005, eindrapportage, november 2006.

Hiervoor zijn de uitkomsten voor de thema's preventie en ziekteverzuim gezamenlijk weergegeven. 'Preventie en ziekteverzuim 2005' gaat ook nader in op afspraken die specifiek gemaakt zijn over preventie. Uitkomst is dat van alle onderzochte cao's 99% één of meerdere afspraken hierover heeft opgenomen. De belangrijke uitkomsten ten aanzien van afspraken over *algemene maatregelen* in het kader van preventie zijn:

- 6% van de cao's (11% van de werknemers) heeft een afspraak over het creëren van een handicapvriendelijke werkomgeving;
- 18% van de cao's (19% van de werknemers) heeft één of meerder afspraken op het gebied van geneeskundige voorzieningen voor preventie. De meeste afspraken gaan over hulp door personen;
- 6% van de cao's (15% van de werknemers) heeft een bepaling die naar een model RI&E verwijst. In 2% van de cao's is een bepaling opgenomen die aan een model plan van aanpak refereert;
- 42% van de cao's (40% van de werknemers) heeft minstens één afspraak over een periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek (PAGO). De meeste afspraken (24% van de cao's) gaan over de uitvoering van een PAGO op verzoek van de werkgever.

Uitkomsten ten aanzien van afspraken over *specifieke maatregelen* over preventie zijn dat 12% van de cao's (10% van de werknemers) afspraken heeft opgenomen over preventie en de aanpak van bepaalde arbeidsrisico's in de RI&E. Circa 7% van de cao's (9% van de werknemers) heeft vergelijkbare afspraken over het plan van aanpak.

In 'Preventie en ziekteverzuim 2005' is ook onderzocht welke afspraken specifiek over het thema ziekteverzuimbegeleiding zijn gemaakt. Van alle onderzochte cao's bevat 82% hier afspraken over (87% van de werknemers). De meeste afspraken gaan over twee soorten voorschriften:

- bepalingen over procedurele voorschriften (bijvoorbeeld de administratieve verplichtingen van de zieke werknemer): 64% van de cao's, van toepassing op 62% van de werknemers;
- bepalingen over controlevoorschriften (o.a. ziekmelding van de werknemer aan de werkgever voor 9.00 uur 's ochtends): 46% van de cao's, 46% van de werknemers.

Tot slot heeft het Ministerie SZW in dit onderzoek in kaart gebracht welke wijzigingen zich hebben voorgedaan afspraken over arbeidsrisico's in 2005 ten opzichte van 2004. Uit tabel 4.2 blijkt dat deze wijzigingen vrij gering zijn.

*Tabel 4.2 Percentage cao's met bepalingen, 2004 en 2005*

arbeidsrisico's	% cao's		% werknemers	
	2004	2005	2004	2005
ongewenste omgangsvormen	52	54	57	57
psychosociale arbeidsbelasting	43	43	41	45
veiligheid/gevaarlijk werk	39	41	31	36
Oderen	25	26	28	26
fysieke belasting	18	23	21	29
leefstijl en gezondheid	25	23	17	17
aanpak risico's RI&E	15	14	14	17
fysische factoren	14	13	22	13
gevaarlijke stoffen	15	13	17	20
aanpak risico's PvA	9	10	16	14
jongeren	5	6	8	6
zwangere werkneemsters	2	6	1	4
biologische agentia	1	1	1	1
borstvoeding	0	2	0	<1
veiligheid/preventie algemeen	45	42	46	48

Bron: Ministerie SZW, Preventie en ziekteverzuim 2005, november 2006

#### *Cao-afspraken over loondoorbetaling, het nieuwe ziektekostenstelsel en re-integratie*

In de 'Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006' zijn over 2005 125 cao's onderzocht en worden over 2006 de eerste ontwikkelingen geschetst aan de hand van 16 cao's die in de periode 1 januari tot en met 15 april 2006 zijn vernieuwd. Voor het thema loondoorbetaling bij ziekte zijn in dit onderzoek 109 cao's onderzocht. De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in tabel 4.3.



Tabel 4.3 Cao-afspraken t.a.v. loondoorbetaling in de eerste twee ziektejaren

percentage loondoorbetaling	aantal cao's		
	Totaal	met 100% loondoorbetaling in 1e ziektejaar	met minder loondoorbetaling in 1e ziektejaar
<170%	3	-	3
=170%	39	31	8
=170%, maar > 170% bij medewerking werknemer aan re-integratie	40	32	8
>170%	27	5	22

Bron: Ministerie SZW, Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006, juni 2006

In 68 van de 109 onderzochte cao's is de loondoorbetaling gedurende het eerste ziektejaar gesteld op 100% van het loon. In de resterende 41 cao's is de loondoorbetaling gedurende het eerste jaar minder dan 100%. In veel van deze gevallen is de loondoorbetaling in de tweede helft van het eerste jaar beperkt. Dit betekent dat in veel cao's de werknemers pas na enige maanden ziekte te maken krijgen met negatieve financiële consequenties van het verzuim.

#### Voorbeelden

Voorbeelden van cao's waarin meewerken aan re-integratie leidt tot een hogere loondoorbetaling zijn:

- Bouwnijverheid: "...Ingeval van succesvolle re-integratie in dezelfde of een andere functie in het tweede ziektejaar ontvangt de werknemer een zogenaamde 're-integratiebonus'. Die bonus bestaat uit een aanvulling ineens tot 100% over de hele periode die na afloop van het eerste ziektejaar verstreken is..."
- Metalektro: "...Aan de arbeidsgeschikte werknemer die naar het oordeel van de werkgever en naar het oordeel van de bedrijfsarts optimaal meewerkt aan zijn herstel en re-integratie zal de werkgever in het tweede ziektejaar een aanvulling op het wettelijk verplicht loon verstrekken ter hoogte van het verschil tussen het wettelijk verplicht loon en 80% van het volledige Ziektewetloon..."

Bron: Ministerie SZW, Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006, juni 2006

Wat het betalen van een aanvulling op het loon/de uitkering na het tweede ziektejaar laat het onderzoek de volgende uitkomsten zien:

- in 28 cao's is een aanvulling afgesproken als het arbeidongeschiktheidspercentage lager is dan 35%. De aanvulling varieert van 50%-80% van het verschil tussen het laatstverdiende loon en de verdien capaciteit;
- in 28 cao's zijn afspraken gemaakt over aanvulling van het loon/uitkering bij een arbeidongeschiktheidspercentage tussen de 35% en 80%. De hoogte van de aanvulling loopt uiteen van 50%-80%;
- 17 cao's kennen een aanvulling als het arbeidongeschiktheidspercentage 80% of hoger is en er geen sprake is van duurzame arbeidsongeschiktheid. Ook hier bedraagt de aanvulling 50%-80%;
- tot slot zijn er 18 cao's waarin werknemers, waarvoor het arbeidongeschiktheidspercentage 80% of hoger is (die duurzaam arbeidsongeschiktheid zijn) een aanvulling op de WIA-uitkering krijgen. Die aanvulling loopt uiteen van 50% - 100%.

*Cao-afspraken ten aanzien van het nieuwe ziektekostenstelsel*

In het nieuwe zorgstelsel draagt de werkgever 6,5% van het brutoloon (tot aan een bepaald maximum) af voor de financiering van de kosten van de gezondheidszorg. Daarnaast kan de werkgever de werknemer een tegemoetkoming in de zorgkosten geven. In de 'Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006' zijn over 2005 114 cao's onderzocht op afspraken ten aanzien van het nieuwe zorgstelsel. Deze cao's zijn van toepassing op 5,2 miljoen werknemers. In 68 van die 114 cao's zijn afspraken gemaakt in het kader van het nieuwe zorgstelsel. In tabel 4.4 is weergegeven wat voor type afspraken dit zijn.

Tabel 4.4 Inhoud afspraken zorgverzekering naar aantal CAO's, 2005/2006

aard/inhoud afspraken	aantal cao's	% werknemers
afspraken over zorgverzekering, w.v:	68	58
tegemoetkoming	35	32
waarvan met een collectieve regeling	17	
collectieve regeling zonder werkgeversbijdrage	13	10
nadere studie/overleg	20	16
geen expliciete afspraken gevonden	46	42
<b>totaal</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Bron: Ministerie SZW, Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006, juni 2006

#### Cao-afspraken over re-integratie

De 'Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006' heeft ook onderzocht welke afspraken er in 2005 gemaakt zijn over re-integratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikten. Deze afspraken hebben ook betrekking op de re-integratie van werknemers die nog in de loondoorbetalingsperiode zitten. De afspraken zijn in dit onderzoek onderverdeeld in drie categorieën:

- re-integratiebeleid: afspraken die bedoeld zijn om de gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemer aan het werk te helpen (zowel spoor 1 als spoor 2);
- aanpassingsbeleid: afspraken die betrekking hebben op de afstemming van de werksituatie op de gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemer. Dit betekent o.a. aanpassing van de werkplek, werkorganisatie of het takenpakket;
- integratiebeleid: afspraken die betrekking hebben op het aantrekken van gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers. Voorbeelden zijn het aanbieden van deeltijdfuncties en het streven naar een bepaald aantal/percentage arbeidsplaatsen.

In 109 van de 125 cao's komen afspraken voor die passen binnen één van deze categorieën. Tabel 4.5 geeft een nadere uitsplitsing van deze 109 cao's naar sector.

Tabel 4.5 Cao's met minstens een afspraak over re-integratie naar sector, 2005

sector	aantal cao 's met minstens één bepaling over re-integratie	% werknemers met minstens één afspraak
landbouw	5	100%
industrie	21	92%
bouwnijverheid	4	100%
handel en horeca	28	91%
vervoer en communicatie	13	55%
zakelijke dienstverlening	15	31%
overige dienstverlening	23	86%
<b>totaal</b>	<b>109</b>	<b>79%</b>

Bron: Ministerie SZW, Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006, juni 2006

Volgens de Voorjaarsrapportage hebben de meeste afspraken betrekking op re-integratiebeleid (106 cao's) en op integratiebeleid (48 cao's):

- de afspraken over integratiebeleid hebben net als de cao-afspraken over preventie meestal een intentioneel karakter. In 3 cao's is sprake van meer concrete afspraken; het betreft afspraken over een expliciet aanbod van arbeidsplaatsen voor arbeidsgehandicapten;
- een deel van de re-integratieafspraken (55 cao's) heeft een relatie met de Wvp. Het betreft afspraken waarin een concrete invulling aan de wettelijke verplichtingen en mogelijkheden van werkgever en werknemer wordt gegeven. De meeste afspraken gaan over de mogelijkheid om een second opinion (33 cao's) aan te vragen of over de verlenging van de wachttijd voor de WAO (15 cao's);
- ander deel van de re-integratieafspraken (33 cao's) heeft te maken met de wet SUWI (spoor 2). De meeste afspraken hebben betrekking op de ondersteuning van de werknemer (18 cao's) en op de eisen die aan re-integratiebedrijven worden gesteld (19 cao's).

De Voorjaarsrapportage heeft niet alleen cao's uit 2005 onderzocht, maar ook 16 cao's onderzocht die in 2006 zijn gesloten. Daarvan heeft minstens de helft één nieuwe afspraak op het gebied van (re)integratie. Deze afspraken zijn nog steeds voornamelijk gericht op het verrichten van onderzoek en/of overleg over de consequenties van nieuwe wetgeving (o.a. WIA).

In de Voorjaarsrapportage wordt tot slot de ontwikkeling in cao-afspraken in de periode 2000 tot en met 2005 in beeld gebracht. Onderstaande tabel laat zien dat het percentage cao's waarin afspraken zijn gemaakt over re-integratie gestaag is toegenomen van 62% in 2000 naar 87% in 2005. De Voortgangsrapportage schrijft deze toename vooral toe aan de invoering van de Wet verbetering Poortwachter en de Wet SUWI.

*Tabel 4.6 Ontwikkeling cao-afspraken 2000-2005 op het gebied van re-integratie, % cao's met bepalingen*

Onderwerp	2000	2001	2002	2003	2004	2005
re-integratiebeleid	54%	58%	70%	78%	79%	85%
aanpassingsbeleid	11%	12%	14%	14%	17%	27%
Integratiebeleid	50%	50%	51%	52%	39%	38%
<b>totaal re-integratie</b>	<b>62%</b>	<b>75%</b>	<b>86%</b>	<b>86%</b>	<b>84%</b>	<b>87%</b>

Bron: Ministerie SZW, Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2006, juni 2006

Ook MKB-Nederland heeft cao's onderzocht op afspraken over re-integratie: in totaal 55 cao's uit het midden- en kleinbedrijf. In haar 'cao-monitor 2006' geeft MKB-Nederland weer dat in 73% van de onderzocht cao's afspraken zijn gemaakt in lijn met de WvP en de wet WIA. Deze monitor geeft verder geen inzicht in het type afspraken dat zijn gemaakt.

De uitkomsten van de verschillende onderzoeken onder cao's geven een zelfde beeld als geschetst is door de gesprekspartners van het voorliggende onderzoek. De sociale partners die wij hebben gesproken, geven aan dat als in cao's de thema's preventie en verzuimbegeleiding en re-integratie worden opgenomen dit hoofdzakelijk gebeurt in de vorm van uitgangspunten. Ook uit het hiervoor genoemde onderzoeken blijkt dat afspraken in grote mate gemaakt worden in de vorm van algemene doelstellingen.

Gesprekspartners geven daarnaast aan dat als er in cao's afspraken gemaakt worden over ziekteverzuim het hoofdzakelijk afspraken betreft die voortvloeien uit de 'klassieke' aanpak van ziekteverzuim' (bestrijding van verzuim door middel van het afspreken van procedures).

### **Overige inspanningen werkgevers- en werknemersorganisaties**

De sociale partners zetten zich daarnaast zowel op centraal als op meso-niveau in om de preventie, verzuimbestrijding en re-integratie te bevorderen door middel van informatieoverdracht, voorlichtingscampagnes en training. In het kader van dit onderzoek hebben we geen grondige inventarisatie uitgevoerd naar al dit type activiteiten op centraal- en bedrijfstakniveau. We volstaan met het noemen van een aantal voorbeelden die door onze gesprekspartners zijn aangereikt. Onderstaande opsomming is dan ook volstrekt niet limitatief noch representatief:

- de uitlegbrief van de Stichting van de Arbeid waarin uitleg wordt gegeven over de afspraken die op centraal niveau gemaakt zijn met betrekking tot het bevorderen van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie. In deze brief geeft de Stichting van de Arbeid aan wat de branches en de bonden met deze afspraken kunnen doen;
- de arbeidsvoorwaardennota's van FNV en CNV. In deze nota's geven de bonden aan wat zij belangrijk vinden ten aanzien van de arbeidsvoorwaarden (een soort verlanglijst). Deze nota's worden verspreid onder alle bonden;
- de vakcentrales van FNV en CNV monitoren zelf goede voorbeelden van cao's waarin afspraken zijn opgenomen over preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie. De informatie over deze 'good practices' verspreiden ze onder de bonden;
- het verstrekken van laagdrempelige wijze informatie via de website 'veiligengezondwerken.nl' waar het Ministerie SZW financieel bij betrokken is
- verschillende brochures waaronder:
  - de praktijkwijzer 'Aan de slag met de nieuwe wao', de Wet WIA en de gevolgen voor werkgevers, VNO-NCW, AWWN, Verbond van Verzekeraars, FME-CWM, december 2005;
  - de twee praktijkgidsen van MKB-Nederland voor het MKB over de inkoop van dienstverlening voor arbozorg, verzuim en re-integratie (beide van mei 2005). Er is een versie voor branches en een beknopte versie speciaal voor MKB-werkgevers;
  - brochures van VNO-NCW zoals 'Aan de slag met de nieuwe WAO; de Wet WIA en de gevolgen voor werkgevers' van 2005 en 'Arbeidsvoorwaardenoverleg 2006; informatie voor arbeidsvoorwaardenonderhandelaars', 2005.
- cursussen om or-leden te informeren over wetswijzigingen en de rol die zij kunnen spelen in het bevorderen van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie in hun eigen onderneming. Voorbeeld hiervan zijn de cursussen die GBIO verzorgt.
- het handboek 'Plezier in het werk' van CNV. CNV heeft een project onder deze titel gestart in het kader van de toenemende noodzaak van langer werken (employabel blijven). Dit project heeft een handboek opgeleverd met tips en aanbevelingen voor de bonden, werknemers en managers.

### **Inspanningen sociale partners op sectorniveau**

In deze paragraaf hebben wij tot nu toe geïnventariseerd op welke wijze de sociale partners de afspraken die zij aan het eind van het project Sociale Zekerheid en Zorg hebben gemaakt tot uitvoering zijn gebracht. Hier willen wij deze inventarisatie nader illustreren met behulp van één praktijkvoorbeeld. Het betreft Colland in de agrarische en groene sector. In dit praktijkvoorbeeld geven we beknopt weer hoe de sociale partners in deze sector vorm en inhoud hebben gegeven aan de integrale keten voor preventie, verzuim en re-integratie.

Daarbij willen we overigens niet suggereren dat de totstandkoming van Colland en de ketenaanpak in de agrarische en groene sector één-op-één kan worden toegeschreven aan het project Sociale Zekerheid en Zorg. Deze sector kent al een lange historie wat het actief tegengaan van verzuim en arbeidsongeschiktheid en het bevorderen van goede arbeidsomstandigheden betreft.

### **Praktijkvoorbeeld: Colland in de agrarische en groene sector**

#### *Wat is Colland?*

Colland is het samenwerkingsverband van alle agrarische en groene sociale fondsen. De sociale regelingen werden voorheen door verschillende fondsen uitgevoerd die onder een eigen naam actief waren. De verschillende namen en regelingen maakten het er voor werkgevers en werknemers in deze sector niet overzichtelijker op. Daarom is op initiatief van werkgevers- en werknemersorganisaties Colland opgericht om binnen de sector de activiteiten van deze fondsen met ingang van 1 januari 2005 onder één naam te bundelen.

Het gemeenschappelijke doel is zorgen dat de arbeidsmarkt binnen de sector optimaal kan functioneren. Dat doet Colland door:

- een bundeling van dienstverleners voor de agrarische sector op het gebied van pensioen, verzekeren en arbeidsmarkt (het aanbieden van regelingen aan bedrijven en werknemers);
- door de belangen van de sector te behartigen bij de overheid;
- door als vertegenwoordiger van de sector op te treden.

#### *De historie*

Binnen de agrarische en groene sector zijn arbeidsomstandigheden en de sociale zekerheid al reeds geruime tijd belangrijke aandachtspunten voor de sociale partners. Ter illustratie een aantal feiten:

- in 1986 hebben de sociale partners Stigas, Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren, opgericht. Stigas heeft als doel de werkomstandigheden in de sector te verbeteren om verzuim, arbeidsongeschiktheid en ongevallen te voorkomen;
- in 1993 neemt Stigas zelf arbo-adviseurs in dienst om de preventiedienstverlening aan ondernemers, werknemers en meewerkende gezinsleden in de sector te verbeteren;
- de agrarische sector sloot in 1994 als één van de eerste sectoren een arboconvenant. In is een vervolg of dit arboconvenant afgesloten.

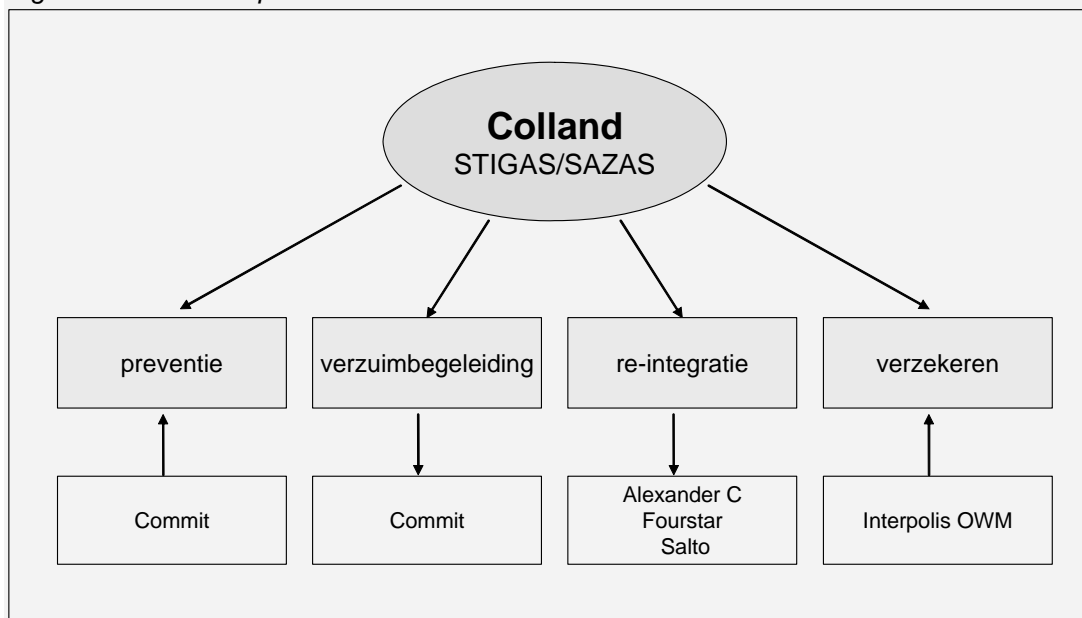
#### *De ketenaanpak in deze sector*

De sociale partners in de agrarische en groene sector hebben een ketenaanpak ontwikkeld die is schematisch is weergegeven in figuur 4.7. De ketenaanpak bestaat uit vier componenten: preventie, verzuimbegeleiding, re-integratie en verzekeren. Bij de realisatie van deze ketenaanpak vervullen Stigas en SAZAS als onderdeel van Colland een belangrijke rol, waarbij Colland de onderlinge waarborg en het label van deze aanpak is.

Stigas speelt een centrale rol ten aanzien van de eerste component, de preventie. Stigas is dé kennisinstelling op het gebied van arbo en preventie binnen de sector. Op sectorniveau is Stigas verantwoordelijk voor brancheanalyses van preventie en verzuim, voor voorlichting en advies, voor de uitvoering van brancheprojecten en voor de ontwikkeling van werkinstructies en protocollen. Op bedrijfsniveau verlenen de arbo- en preventieadviseurs van Stigas

diensten op het gebied van de RI&E, spreekuur/PAGO, preventieadvies, werkplekonderzoek en voorlichting.

*Figuur 4.7. Ketenaanpak Colland*



Bron: Colland / Stigas.

Met betrekking tot de arbodienstverlening op bedrijfsniveau wilden de sociale partners kunnen beschikken over een team van adviseurs dat de sector zeer goed kent en branchegerichte oplossingen kan bieden. Daarom zijn een aantal professionals van Commit gedetacheerd bij Stigas. De sociale partners sturen via Stigas niet alleen op de inhoud en het kwaliteitsniveau van de arbodienstverlening maar ook op de prijs. Ook vervullen zij een belangrijke rol in het bereiken van de relatief kleinschalige bedrijven in de sector (o.a. door middel van voorlichting en cursussen). De preventiedienstverlening van Stigas is deels collectief gefinancierd (o.a. door de sociale fondsen), wordt deels bekostigd door de verzuimverzekeraar en deels door de individuele werkgevers. De strategie is de dienstverlening zo laagdrempelig mogelijk te maken om zoveel mogelijk bedrijven te kunnen bereiken.

SAZAS is de Stichting Aanvullingsfonds Ziektewet en Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen Agrarische Sectoren en vervult de opdrachtgeverrol voor de tweede en derde component van de ketenaanpak: de verzuimbegeleiding en de re-integratie van zieke werknemers. SAZAS heeft voor de uitvoering van de verzuimbegeleiding een contract gesloten met Commit. Contractueel is gewaarborgd dat ook voor deze vorm van dienstverlening een 'dedicated team' wordt ingezet met kennis van de sector.

De dienstverlening wordt vanaf 2007 in de vorm van drie pakketten aangeboden. Werkgevers kunnen ervoor kiezen om zelf volledig of gedeeltelijk de regie te voeren over het verzuimmanagement of de regie over te laten aan SAZAS/Commit. Deze vorm van dienstverlening sluit aan op de nieuwe Arbowet en de veranderende behoefte van werkgevers. In combinatie met deze nieuwe dienstverleningspakketten introduceert SAZAS/Commit ook een verzuimdesk. Deze desk legt het eerste contact met werkgevers en werknemers en draagt zorg voor de monitoring van de uitvoering van de verzuimbegeleiding.

De verzuimdesk wordt gekoppeld aan Stigas waardoor de samenhang tussen preventie en verzuimbegeleiding in de ketenaanpak kan worden versterkt. Voor de uitvoering van de re-ingratiediensten heeft SAZAS tot slot contracten gesloten met drie re-integratiebedrijven.

Verzekeren vormt de vierde en laatste component van de ketenaanpak. De verzuimverzekering wordt in deze aanpak gerealiseerd door Interpolis en onder het Colland/SAZAS-label aan de werkgevers in de sector. Dit verzekeringsproduct is vrijwel volledig door de sociale partners ingevuld, zowel wat de inhoud van de verzekering als de premievaststelling betreft. De sociale partners hebben zo gewaarborgd dat de verzekering is afgestemd op de dienstverlening op het gebied van preventie en verzuimbegeleiding door Stigas en SAZAS/Comit en voor werkgever de interventies dekt waaraan in deze sector een behoefte bestaat.

De ketenaanpak kent naast de verzuimverzekering ook een zorgverzekering: Colland-Zorg. Daar waar werkgevers en werknemers uit deze sector gecombineerd verzekerd zijn voor ziekteverzuim en zorg, neemt SAZAS als er zich in een bedrijf ziekteverzuim voordoet de regie. SAZAS maakt met Colland-Zorg afspraken over welke kosten door welke verzekering gedekt worden en draagt zorg voor de onderlinge verrekening.

#### *De toekomst van de keten in deze sector*

Het streven is om binnen Colland de functie van kennisinstelling die Stigas vervult uit te breiden en te versterken. Doel hiervan is om op basis van kennis en inzicht over de preventiemogelijkheden in de sector de ketendienstverlening aan werkgevers en werknemers nog beter op elkaar te laten aansluiten en nog sterker te richten op het voorkomen van verzuim.

Belangrijk knelpunt voor Colland is dat met het nieuwe zorgstelsel de collectiviteiten onder druk zijn komen te staan wat versnippering in de hand werkt. Een relatief beperkt deel van de agrarische en groene sector is overgegaan naar Colland-Zorg. Dit belemmert nu nog de integrale ketenaanpak. Colland onderzoekt de mogelijkheden om de zorgverzekering alsnog een plek te geven in de integrale ketenaanpak.

### **Collectieve ziektekostenverzekeringen**

In het nieuwe stelsel van ziektekosten dat per 1 januari 2006 in werking is getreden hebben werkgevers de mogelijkheid gekregen om collectieve verzekeringscontracten af te sluiten voor hun werknemers. Voor ziekenfondsverzekeringen bestond die mogelijkheid voorheen niet.

Volgens het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche, Vektis, is van die mogelijkheid op grote schaal gebruik gemaakt.<sup>23</sup> Had in 2005 31% van alle verzekerden een collectief contract, in 2006 is dit ca. 45%. Het percentage voor 2006 is berekend op basis van de potentiële deelnemers per afgesloten contract. De feitelijke deelname was op het moment van het Vektis-onderzoek nog niet bekend.

Van het aantal afgesloten collectieve contracten is 67% volgens Vektis een werkgeverscollectief en 33% in gelegenheidscollectieven (waaronder collectiviteiten via bijvoorbeeld de sportvereniging, de vakbond, de patiëntenvereniging).

<sup>23</sup> Vektis, Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag, mei 2006.

Collectieve contracten bieden ruimte voor het maken van afspraken over aanvullend maatwerk. Een werkgever kan bijvoorbeeld zijn zorgverzekering afstemmen met een verzuim-, arbo-, of re-integratiebeleid. Voor 2006 lijkt dit volgens de Nederlandse Zorgautoriteit nog nauwelijks het geval. Uit de opgave van zorgverzekeraars aan de NZa is komen slechts enkele aanvullende afspraken naar voren over verzuim- en re-integratiebeleid.<sup>24</sup>

AON, een adviesbureau op het gebied van employee benefits, heeft onderzoek gedaan naar de wijze waarop ondernemingen zijn omgegaan met de nieuwe Zorgverzekeringswet.<sup>25</sup> Uit dit onderzoek blijkt dat grote werkgevers hun werknemers vaker een collectief contract aanbieden dan kleinere werkgevers. De deelnemingsgraad aan de collectieve contracten is bij grotere werkgevers bovendien hoger dan bij kleinere. In tegenstelling tot de bevindingen van de NZa is volgens AON in veel contracten wel degelijk aandacht besteed aan inhoudelijke aspecten. Ook dit geldt sterker voor grote ondernemingen dan voor kleine.

Tabel 4.8 Collectieve zorgcontracten

	ondernemingen met collectief contract	deelname werknemers aan collectief	arbeidsgerelateerde zorg in pakket
MB (25-99 werknemers)	70%	54%	32%
kGB (100-499)	92%	68%	45%
gGB (500+)	96%	67%	48%

Bron: AON

Werkgevers hebben volgens AON de volgende redenen om een collectief contract te sluiten:

- arbeidsvoorwaarde (72%)
- lagere premie (64%)
- grip op verzuimgerelateerde kosten (22%)

Opmerkelijk is dat het bieden van goede arbeidsvoorwaarden en prijsvoordeel de belangrijkste reden zijn om collectieve zorgverzekering af te sluiten. Het argument 'grip op verzuimgerelateerde kosten' speelt bij werkgevers een minder belangrijke rol. Dit argument is volgens AON het minst sterk in de sectoren waar het verzuim het hoogst is, te weten bij de overheid en in de zorg.

## 4.2 Zorg- en verzuimverzekeraars

Op de Groenekan-conferentie hebben verzekeraars toegezegd om via combinaties van zorg- en inkomensverzekeringen de mogelijkheden en voordelen van een integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie te stimuleren. Uit de gesprekken die we in het kader van het onderzoek hebben gevoerd met vertegenwoordigers uit de verzekeringsbranche blijkt dat verzuimverzekeraars zich in toenemende mate inspannen om een integrale aanpak te stimuleren. Verzuimverzekeraars hebben zich in de loop van de tijd steeds meer geprofileerd als brede dienstverleners op het terrein van verzuimbestrijding. In de meeste inkomensverzekeringen zijn arbocomponenten opgenomen. Deze variëren van de verplichtingen aan verzekerde werkgevers ten aanzien van het arbobeleid en vergoeding

<sup>24</sup> Nederlandse Zorgautoriteit i.o., De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006, blz. 15.

<sup>25</sup> AON, Tussen zorg en zekerheid. De hervorming van het zorg-, verzuim- en pensioenstelsel door de ogen van de werkgever, oktober 2006.



van (een deel van) de kosten voor medische interventie en re-integratie tot volledige coördinatie van het arbobeleid.

In de zorgverzekeringen is de aandacht voor arbeidsgerelateerde zorg minder prominent aanwezig. Onderhandelingen tussen werkgevers en zorgverzekeraars hebben in 2006 in het algemeen slechts betrekking gehad op premiekortingen. Uitzonderingen zijn grote ondernemingen die eigenrisicodragers zijn voor de loondoorbetaling en voor wie het aantrekkelijk kan zijn om bepaalde vormen van arbeidsgerelateerde zorg onder te brengen in de collectieve werknemersverzekering, of, buiten de verzekering zelf om, in aanvullende afspraken met de zorgverzekeraar te regelen.

Verzekeraars die we in het kader van het onderzoek hebben gesproken menen dat uit de loondoorbetalingsverplichting een belangrijke stimulans op werkgevers uitgaat voor een integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie. Werkgevers die een verzuimverzekering afsluiten worden door hun inkomensverzekeraar gestimuleerd een effectief beleid te voeren op het terrein van preventie, verzuim en re-integratie. Werkgevers die het eigen risico dragen ondervinden zelf die stimulans voor een integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie. In sommige gevallen zoeken zij bij de zorgverzekeraar bij wie ze een collectief contract afsluiten ondersteuning bij de verzekering en/of inkoop van arbeidsgerelateerde zorg. Hoewel we daarover in ons onderzoek geen zekerheid hebben gekregen, mag worden aangenomen dat verzekeraars in de onderhandelingen over collectieve zorgcontracten de voordelen voor werkgevers van hun aandacht voor collectieve inkoop zichtbaar hebben gemaakt.

Uit de gesprekken met verzekeraars kwam daarnaast naar voren dat werkgevers in de onderhandelingen over collectieve zorgverzekeringen vooral belang hechten aan de vraag wie de zorg levert. De voorkeur van werkgevers gaat daarbij uit naar niet-reguliere zorgaanbieders die gespecialiseerd zijn in arbeidsgerelateerde zorg.

Per saldo kan niet worden gesteld dat de combinatie van zorg- en inkomensverzekering een belangrijke meerwaarde heeft. Wel kan worden gesteld dat de verzuimverzekeraars een belangrijke stimulerende rol spelen ten opzichte van het midden- en kleinbedrijf, terwijl zorgverzekeraars een belangrijke faciliterende rol (kunnen) spelen voor het grootbedrijf.

### 4.3 Artsenorganisaties

Op de Groenekan-conferentie heeft de KNMG aangekondigd te zullen komen met een Plan van Aanpak "Arts en Arbeid". Dit Plan van Aanpak is in november 2005 gepubliceerd. In dit plan heeft de KNMG zich de volgende doelen gesteld:

- de KNMG bevordert dat de factor arbeid geïntegreerd wordt in de eerste en tweedelijns curatieve gezondheidszorg en de openbare gezondheidszorg;
- de KNMG bevordert dat de factor arbeid vast onderdeel wordt van het profiel en de deskundigheid van de arts (voor zover relevant voor het specialisme van de arts);
- de KNMG bevordert dat de factor arbeid vanzelfsprekend wordt in de anamnese, het onderzoek en de behandeling (voor zover relevant voor de betreffende patiënt en diens aandoening).

De uitwerking van dit Plan van Aanpak is bij de KNMG in handen van een federatiebrede werkgroep waarin de verschillende beroepsverenigingen die binnen de KNMG opereren zijn vertegenwoordigd.

In het kader van de uitwerking van dit Plan van Aanpak:

- is een code opgesteld voor samenwerking en gegevensverkeer tussen bedrijfsarts, huisarts en tweedelijns zorgaanbieders bij arbeidsverzuim en re-integratie. Een belangrijk element van deze code is de bescherming van de belangen van de patiënt/werknemer. Naar verwachting wordt de code in december door de KNMG vastgesteld en gepubliceerd;
- daarnaast heeft de KNMG een notitie opgesteld over arbozorg en re-integratiezorg in het stelsel en de ordening van de gezondheidszorg. Deze notitie wordt als input gebruikt voor de discussie binnen de KNMG over de behandelpositie van de bedrijfsarts in de eerste lijn. Tevens is een notitie in voorbereiding over de wettelijke positie van de bedrijfsarts in de eerstelijnszorg;
- in het kader van de informatie-uitwisseling tussen de arbeidsgerelateerde zorg en de reguliere zorg is van belang dat de KNMG een verkenning is gestart naar de mogelijkheden om medische gegevens van de bedrijfsarts op te nemen in het elektronisch patiëntendossier.

De organisatie van bedrijfsartsen NVAB heeft zelf een tiental richtlijnen voor bedrijfsartsen ontwikkeld die zijn gericht op verbetering van de arbeidsgerelateerde zorg. Daarnaast participeert de NVAB in projecten die zich richten op de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen.

De NVAB beschouwt het als een belangrijk winstpunt dat de bedrijfsarts steeds meer wordt gezien als een geaccepteerde schakel in de eerstelijnsgezondheidszorg. Wel vreest de NVAB dat de nieuwe Arbowet in dit opzicht een stap terug betekent. Het wantrouwen van de reguliere geneeskunde tegen bedrijfsartsen (als controleurs in plaats van zorgverleners) lijkt af te nemen. Om de positie van de bedrijfsarts verder te versterken onderzoekt de NVAB de mogelijkheden om bedrijfsartsen onder te brengen in eerstelijnsvoorzieningen, waarmee de expertise van de bedrijfsarts ook beschikbaar zou komen voor niet-werkenden.<sup>26</sup>

Een belangrijke ontwikkeling is voorts de ontwikkeling van 3B-richtlijnen door ZonMw naar aanleiding van het rapport van de Gezondheidsraad over Beoordelen, Behandelen, Begeleiden. Deze 3B-richtlijnen beogen de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verhogen. In deze richtlijnen is een belangrijke plaats weggelegd voor systematisch verzamelde informatie over de verzuimduur in relatie tot kenmerken van ziekten, personen en werksituaties.

#### 4.4 Arbodiensten en re-integratiebedrijven

##### **Stichting Blik op Werk ontwikkelt instrumenten om transparantie te bevorderen**

Om werkgevers en verzekeraars in staat te stellen op de markt voor hun bedrijf effectieve arbo- en re-integratiedienstverlening in te kopen, is in 2004 met de brancheorganisaties Boa en Borea afgesproken dat zij samen met RWI instrumenten ontwikkelen om de transparantie van de markt te vergroten. Borea en RWI werkten al sinds de invoering van de wet Suwi aan de ontwikkeling van instrumenten om de markt voor re-integratie transparant te maken. Borea heeft hiervoor een keurmerk voor re-integratiebedrijven ontwikkeld en in 2002 werd op basis van dit keurmerk de eerste benchmarkrapportage uitgebracht. RWI kent sinds 2002

<sup>26</sup> Een en ander is gebaseerd op een gesprek met vertegenwoordigers van de NVAB.

een re-integratiemonitor en doet regelmatig onderzoek naar de transparantie op de re-integratiemarkt. De brancheorganisatie voor Arbodiensten kent sinds 2005 een keurmerk voor Arbodiensten.

De instrumenten van Borea, Boa en RWI zijn met ingang van januari 2006 gebundeld in de stichting Blik op werk. In Blik op werk werken vragers, aanbieders en cliënten van arbo- en re-integratiediensten intensief met elkaar samen om de kwaliteit van de geboden diensten voor vragers transparant te maken. De instrumenten die Blik op Werk hiervoor ontwikkelt en beheert zijn:

- Blik op Werk keuzegids (voorheen re-integratiemonitor). De keuzegids biedt een overzicht van alle bedrijven die op de markt voor arbodienstverlening en re-integratie actief zijn
- Blik op Werk Borea Keurmerk;
- Blik op Werk Boa Keurmerk;
- Blik op Werk re-integratiemeldpunt. Dit meldpunt biedt inzicht in de gemeentelijke aanbestedingen en gunningen van re-integratiediensten.

Medio 2006 zijn de brancheorganisaties Boa en Borea gefuseerd tot een brancheorganisatie voor alle arbo- en re-integratiedienstverleners: BOABorea. Met deze fusie worden ook de keurmerken voor arbo- en re-integratiediensten geïntegreerd. De stichting Blik op Werk streeft ernaar om eind 2006 een nieuw keurmerk ontwikkeld te hebben dat zich uitstrekt over de volgende clusters:

- Gezond blijven werken
- Inzetbaarheid herstellen
- Werk verkrijgen
- Maatschappelijk meedoen

In het nieuwe keurmerk wordt ook het cliëntenkeurmerk CKR geïntegreerd. Naar verwachting kunnen medio 2008 de eerste nieuwe Blik op Werk Keurmerken uitgereikt worden. Tot die tijd werkt Blik op Werk verder aan de verbetering van de afzonderlijke Borea en Boa keurmerken en de ontwikkeling van een benchmark voor arbodienstverleners.

### **Re-integratiemarkt transparant, maar opdrachtgevers maken relatief weinig gebruik van instrumenten**

De re-integratiemarkt is sinds de invoering van wet SUWI explosief gegroeid. De keuzegids van Blik op Werk kent momenteel in totaal zo'n 643 re-integratiebedrijven. Van deze re-integratiebedrijven hebben in 2006 91 re-integratiebedrijven een keurmerk. Alhoewel het aantal bedrijven met een keurmerk relatief klein is, ligt het totale marktaandeel van de re-integratiebedrijven met keurmerk volgens Blik op Werk op 81%. Het marktaandeel van de keurmerkbedrijven in het werkgevers/verzekeraarssegment bedraagt 73%, een forse toename ten opzichte van 2003 toen het marktaandeel op 43% lag.

Uit de gesprekken blijkt dat het keurmerk en de keuzegids nog relatief weinig gebruikt worden door werkgevers en verzekeraars. Dit komt doordat werkgevers en verzekeraars nog relatief weinig gebruik maken van re-integratiebedrijven voor de re-integratie van hun zieke werknemers. In de laatste benchmarkrapportage van Blik op werk blijkt dat in 2005 zo'n 20.000 cliënten zijn aangemeld bij een keurmerkbedrijf voor re-integratie. Naar schatting van Blik op Werk is dit ongeveer 46% van het totaal aantal cliënten dat in aanmerking komt voor een re-integratietraject. De verklaring hiervoor is dat verzekeraars en werkgevers nog relatief

weinig inzetten op re-integratie 2<sup>e</sup> spoor waarbij de inzet van re-integratiebedrijven nodig is. De aandacht van werkgevers en verzekeraars gaat met name uit naar re-integratie 1<sup>e</sup> spoor en dit traject wordt door werkgevers- en werknemers zelf vormgegeven, eventueel ondersteund door de arbodienst en/of de bedrijfsarts. Daarnaast schakelen werkgevers voor re-integratie 2<sup>e</sup> spoor, voor zover zij hier al aandacht aan schenken, eerder outplacement-bureaus en uitzendbureaus in dan re-integratiebureaus. Tenslotte hebben veel verzekeraars zelf een aantal re-integratiebureaus binnen hun concern of hebben zij samenwerkingsverbanden gesloten met een of meer re-integratiebureaus.

### **Markt voor arbodienstverlening overzichtelijk maar resultaten niet transparant**

De markt voor arbodiensten is in verhouding tot de markt voor re-integratiediensten een stuk overzichtelijker. In totaal zijn in de keuzegids van RWI 37 arbodiensten opgenomen en de markt wordt gedomineerd door een beperkt aantal grote spelers. Ongeveer de helft van de arbodiensten beschikt over het BOA-keurmerk.

De ontwikkeling van een keurmerk voor arbodiensten is later gestart dan de ontwikkeling van het keurmerk voor re-integratiediensten. Een belangrijke reden hiervoor is dat Arbodiensten een wettelijke certificering kennen en dat werkgevers vanuit de Arbowet verplicht waren om een gecertificeerde arbodienst te contracteren. Zowel het certificaat als het door BOA ontwikkelde keurmerk bieden momenteel echter geen inzicht in de resultaten van arbodiensten. In tegenstelling tot re-integratiebedrijven worden door werkgevers in de contracten met arbodiensten ook weinig resultaatafspraken gemaakt. Achtergrond hiervan is dat de prestaties bij arbodienstverlening moeilijker te kwantificeren en te meten zijn dan die bij re-integratie-inspanningen. In het nieuw te ontwikkelen Blik op Werk keurmerk zal meer aandacht geschonken worden aan de resultaten.

## 5 De knelpunten en de toekomst van de keten

### 5.1 Werkgevers en werknemers

#### Individuele werkgevers en werknemers

De primaire verantwoordelijkheid voor preventie en voor het bestrijden van verzuim en arbeidsongeschiktheid ligt bij werkgevers en werknemers op het niveau van het individuele bedrijf. Een goed preventie- en verzuimbeleid legt een grote verantwoordelijkheid bij die individuele werkgever en werknemer. Volgens een aantal gesprekspartners is een belangrijke vraag in hoeverre individuele (MKB-)werkgevers en werknemers voldoende zijn toegerust om die verantwoordelijkheid te dragen.

Naar aanleiding van de wettelijke veranderingen in de sociale zekerheid (zie paragraaf 2.1) is de aandacht voor het verzuimbeleid en de re-integratie van zieke werknemers in het bedrijfsleven sterk toegenomen. Dit beeld wordt bevestigd door de daling van het ziekteverzuim en de afnemende instroom in de WAO (zie hoofdstuk 3).

Ten tijde van de Groenekan-conferentie werd veel verwacht van de introductie van het nieuwe ziektekostenstelsel, en in het bijzonder van de mogelijkheden van combinaties van zorg- en verzuimverzekeringen. In de praktijk blijken die combinaties zeldzaam te zijn. Voor het midden- en kleinbedrijf speelt de verzuimverzekeraar een belangrijke stimulerende rol voor een effectief preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid. Voor het grootbedrijf, dat veelal eigenrisicodragers is voor de loondoorbetaling, kan de zorgverzekeraar met wie een collectief contract voor de ziektekostenverzekering is gesloten een faciliterende rol spelen. Dit kan zowel via de verzekering zelf gebeuren als in de vorm van aanvullende dienstverlening voor de werkgever. De mogelijkheden die het nieuwe stelsel van ziektekosten op dit terrein biedt, zijn nog niet uitgekristalliseerd.

Volgens vertegenwoordigers van dienstverlenende instellingen en de sociale partners besteden de meeste werkgevers nog weinig aandacht aan preventie en aan re-integratie in het tweede spoor (buiten het eigen bedrijf).

Voor het preventiebeleid is van belang dat de wijziging van de arbowetgeving in juli 2005 heeft bewerkstelligd dat met name grote bedrijven niet langer al hun arbodienstverlening uitbesteden, maar in toenemende mate in eigen huis organiseren. Bijvoorbeeld door zelf bedrijfsartsen in dienst te nemen. Een van onze gesprekspartners merkt daarbij op dat de rol van de arbeidsdeskundige op bedrijfsniveau in belang toeneemt en dat deze functionaris mogelijke een prominenter rol gaat vervullen in het preventiebeleid dan de bedrijfsarts.

Uit gesprekken met de sociale partners, vertegenwoordigers van de dienstverlenende instellingen en Boaborea is gebleken dat werkgevers die de arbodienstverlening blijven uitbesteden nog nauwelijks prestatieafspraken maken. Bovendien valt op dat de afspraken nog steeds sterk gericht zijn op verzuimbegeleiding en niet op preventie. Werkgevers vertalen de financiële prikkel die hen is opgelegd blijkbaar nog niet door in de contractuele afspraken die ze met deze dienstverleners maken.

### Centrale werknemers- en werkgeversorganisaties

Op centraal niveau is de keten voor preventie, verzuim en re-integratie met behulp de gewijzigde wetgeving en de akkoorden op het niveau van de Stichting van de Arbeid sluitend gemaakt. Het doorvertalen van deze visie op de keten naar het sectorale niveau is een cultuuromslag die tijd vergt. Uit de inventarisatie die wij voor dit onderzoek hebben gemaakt blijkt dat sociale partners zich daadwerkelijk hebben ingespannen om in cao's afspraken te maken over preventie, verzuimbestrijding en re-integratie. Maar ook dat het in grote mate gaat om afspraken op het niveau van algemene doelstellingen en dus niet op het niveau van concrete instrumenten. Daarnaast blijkt dat ten aanzien van het thema preventie er nauwelijks meer of andere afspraken in cao's zijn opgenomen in 2005 (na afloop van het project Sociale Zekerheid en Zorg) ten opzichte van 2004.

Naast het opnemen van afspraken in cao's spannen de werkgevers- en werknemersorganisaties zich ook in om de branches, bonden en individuele werkgevers en or-leden goed te informeren. FNV en CNV streven er daarbij gericht naar om leden van de ondernemingsraad optimaal over deze complexe materie te informeren om ze te 'empoweren'. In de nabije toekomst zal de informatieverstrekking en de kennisuitwisseling over de inkomensprikkels volgens een werknemersorganisatie in belang gaan afnemen omdat Nederland nu wel "uitgeprikkeld is wat inkomensprikkels betreft". Een volgende stap wordt het verknopen van een deel van het loon (bijvoorbeeld de werknemerbijdrage aan de WGA) met het bevorderen van investeringen in preventie op bedrijfsniveau.

Voor de toekomst van de keten is de ontwikkeling van de arbocatalogi van belang. De nieuwe Arbowet legt de verantwoordelijkheid voor deze arbocatalogi volledig bij (organisaties van) werkgevers en werknemers. Vertegenwoordigers van sociale partners schatten in dat het nog wel drie jaar zal duren voordat deze catalogi rond zijn. Als belangrijk voordeel van deze catalogi zien onze gesprekspartners de mogelijkheid om op branche- of sectorniveau specifieke oplossingen te ontwikkelen waardoor sociale partners werkgevers en werknemers kunnen gaan informeren en adviseren over best-practices op het gebied van arbeidsomstandigheden.

Enkele van onze gesprekspartners ervaren als knelpunt dat er nog teveel uiteenlopende beelden bestaan over de aard van deze arbocatalogi. Zij geven aan dat de beelden variëren tussen een "normenboek" waarin per sector door sociale partners het minimaal wenselijk wordt vastgelegd en een maximumvariant met uitwerkingen van best-practices per sector ("een pragmatisch arbo-oplossingenboek"). Deze gesprekspartners geven weer dat zij verwachten dat de sociale partners er niet in zullen slagen om gezamenlijk minimale normen per sector te formuleren omdat de zorg bestaat dat individuele ondernemingen vervolgens op deze normen zullen worden afgerekend door de Arbeidsinspectie. Deze gesprekspartners geven daarnaast aan dat arbocatalogi in de maximumvariant veel inspiratie kunnen bieden bij de vormgeving van het arbobeleid op ondernemingsniveau mits (op voorhand) duidelijk is welke normen de Arbeidsinspectie bij haar controles zal hanteren. Zij vinden het van belang dat de overheid meer helderheid gaat verschaffen over de normen waarop zal worden getoetst en de ruimte die de overheid biedt voor de ontwikkeling en toepassing van best-practices.

Enkele van onze gesprekspartners wijzen erop dat het verleggen van de verantwoordelijkheid voor inkomensbescherming van de overheid naar werkgevers en werknemers 'juridisering' in de hand werkt. Als de overheid de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid niet meer voor haar rekening neemt, komt de schuldvraag aan de

orde. Die schuldvraag kan aanleiding zijn voor juridische procedures. Het gaat dan om de vraag welke partij de schuld draagt voor het verlies aan inkomen en op wie dit verlies kan worden verhaald. Die schuld kan zowel bij de betrokken werknemer als bij zijn werkgever of een van de ketenpartners liggen. Het proces van juridisering kan belemmerend werken voor de samenwerking van de ketenpartners onderling (bijvoorbeeld omdat het indekken tegen schadeclaims voor elk van de partijen een belangrijk punt van aandacht wordt).

Anderzijds gaat van deze juridisering een stimulans uit op alle betrokken partijen om de schade van verzuim en arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk te beperken. De FNV heeft bijvoorbeeld als ultiem middel een claimbureau ingericht om preventie te bevorderen. Dit bureau kan werknemers ondersteunen bij het claimen van inkomensschade bij de veroorzaker.

Een laatste knelpunt dat in de nabije toekomst aandacht van de sociale partners vergt, is de intersectorale mobiliteit. In branches als bijvoorbeeld de bouw en het onderwijs is er geen grote variatie aan functies wat re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikt geraakte werknemers kan belemmeren. Landelijk gezien zijn er nog geen goede afspraken of oplossingen om de mobiliteit over sectoren heen te bevorderen en ondersteunen.

## 5.2 De verzekeraars

Het is niet vanzelfsprekend dat een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie het beste is gediend met *combinaties* van zorg- en verzuimverzekeringen. Voor ondernemingen in het MKB kan de collectieve zorgverzekering slechts in beperkte mate bijdragen aan de integratie van de keten. Ten eerste is de deelnemingsgraad aan collectieven in het MKB laag. Ten tweede is het voor kleine ondernemers lastig om in de collectieve contracten maatwerk te realiseren dat enerzijds recht doet aan zijn behoefte aan arbeidsgerelateerde zorg voor zijn werknemers en dat anderzijds voldoende aansluit op de wensen van die werknemers en hun gezinsleden.

Hier staat tegenover dat voor ondernemingen in het MKB de verzuimverzekering in belangrijke mate kan bijdragen aan de integratie van de keten. Verzuimverzekeraars hebben een direct financieel belang bij het voorkomen en beheersen van het ziekteverzuim. Zij zullen om die reden de bij hen verzekerde werkgevers stimuleren en ondersteunen bij een integrale aanpak van preventie, verzuim en re-integratie.

Als belangrijk knelpunt voor de ondersteunende rol van verzuimverzekeraars noemen vertegenwoordigers van de verzekeringsbranche dat zij geen recht hebben op medische informatie over de bij hen verzekerde werknemers. Dit belemmert hen in de mogelijkheden om analyses te maken die kunnen bijdragen aan een goed preventiebeleid. Bovendien belemmert het hen in de mogelijkheden om in individuele gevallen de effectiviteit en rentabiliteit van re-integratietrajecten te beoordelen.

Voor ondernemingen in het grootbedrijf kan de verzuimverzekering geen bijdrage leveren aan de integratie van de keten omdat deze ondernemingen veelal eigenrisicodragers zijn voor het ziekteverzuim. Ze hebben geen verzuimverzekering. Hier staat tegenover dat ondernemingen in het grootbedrijf vaak beschikken over een gespecialiseerde afdeling personeelszaken die weet wat er te koop is op de markt voor dienstverlening op het terrein van preventie, verzuim en re-integratie. In de praktijk blijkt dat grote ondernemingen in toenemende mate het belang van bedrijfsgezondheidszorg voor hun onderneming inzien.

Een toenemend aantal ondernemingen kiest ervoor de bedrijfsgezondheidszorg niet langer uit te besteden, maar (deels) in eigen huis te hebben.

Grote ondernemingen hebben ten opzichte van zorgverzekeraars een onderhandelingspositie die hen in staat stelt om in collectieve contracten afspraken te maken over de zorgaanbieders die de arbeidsgerelateerde zorg verlenen aan werknemers. In een aantal collectieve contracten zijn dan ook afspraken gemaakt over de inschakeling van commerciële zorgaanbieders in het geval van arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten. Langs die weg spelen zorgverzekeraars een ondersteunende rol voor de initiatieven van de werkgever om een integrale keten tot stand te brengen van preventie, verzuim en re-integratie.

Werkgevers kunnen langs deze weg een besparing realiseren op de kosten van hun preventie- en verzuimbeleid die ze kunnen aanwenden voor een bijdrage in de kosten van de collectieve verzekering voor hun werknemers. Op die manier zijn ze in staat om de dekkingsgraad van de collectieve verzekering positief te beïnvloeden.

Zorgverzekeraars beschouwen de budgettering van de ziekenhuissector als een belangrijk knelpunt voor hun bijdrage aan de integratie van de keten van preventie, verzuim en re-integratie. Tot op heden is 90% van de ziekenhuisinkomsten gebaseerd op budgetten, terwijl slechts 10% in de markt moet worden verdiend. Dit beperkt verzekeraars in hun mogelijkheden om zelfstandige behandelcentra te contracteren. Naar verwachting leidt de aangekondigde uitbreiding van de marktwerking tot 65% van de verrichtingen in dit opzicht tot een aanzienlijke verbetering.<sup>27</sup>

### 5.3 De dienstverleners

Het tot stand komen van integrale ketens van preventie, verzuim en re-integratie heeft belangrijke consequenties voor de aanbieders van diensten die in die keten een plaats moeten krijgen. Uiteindelijk zijn het deze aanbieders die in hun onderlinge samenwerking een adequaat niveau van dienstverlening moeten realiseren.

De belangrijkste kloof op dit terrein lijkt te liggen tussen enerzijds arbodiensten, re-integratiediensten en medische interventiebureaus en anderzijds de reguliere gezondheidszorg. In verhouding tot de andere sectoren heeft de reguliere gezondheidszorg nog weinig affiniteit met het werken voor opdrachtgevers. Bovendien wijkt de financieringswijze van de reguliere gezondheidszorg af van die van de overige sectoren. Er is geen sprake van directe betaling door de opdrachtgever, maar van betaling via de zorgverzekeraar van de werknemer.

De initiatieven van artsenorganisaties om in de reguliere gezondheidszorg meer aandacht te krijgen voor de factor arbeid liggen op het terrein van aanpassing van de opleiding en de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen. Deze initiatieven zullen waarschijnlijk wel effect hebben, maar het is onzeker op welke termijn dat effect zichtbaar zal zijn.

Vooralsnog kan het voor werkgevers en verzuimverzekeraars aantrekkelijk zijn om op eigen kosten commerciële zorgaanbieders in te schakelen, zelfs als het gaat om dienstverlening

---

<sup>27</sup> De uitbreiding van de marktwerking is aangekondigd in een brief van minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 4 september 2006, Tweede kamer, 2005-2006, 29 248, nr. 30.



die in principe door reguliere zorgaanbieders zou kunnen worden geleverd en die in de zorgverzekering is opgenomen. De besparing die op het verzuim kan worden gerealiseerd door de effectiviteit en de snelheid van deze commerciële bureaus weegt al snel op tegen de kosten die hun inzet met zich meebrengt.

Gesprekspartners uit de verzekeringsbranche wijzen erop dat het beknibben op kosten van arbeidsgelateerde medische zorg (door de inschakeling van verzekerde reguliere zorg) “pennywise, poundfoolish” is. Dit betekent dat er van de nieuwe stelsels van sociale zekerheid en zorg in toenemende mate prikkels zullen uitgaan op de reguliere gezondheidszorg om een rol van betekenis te gaan spelen in de keten van preventie, verzuim en re-integratie. Reguliere zorgaanbieders die niet in staat zijn adequate arbeidsgelateerde zorg te bieden zullen hun werkterrein op termijn beperkt zien tot jeugdzorg, bejaardenzorg en de behandeling van evidente medische problemen die zich lenen voor een monodisciplinaire medische aanpak.

## Bijlage 1. Gesprekspartners

Organisatie	Gesprekspartner
AWVN	dhr J.W. Mathies
Boaborea	mw C. de Jonge
Breed Platform Verzekerden en Werk	dhr K. Zwart en dhr. K. Boomsma
CNV Vakcentrale	mw Y. van Houdt
Colland/Stigas	dhr M. Creemers
CPZ	mw W. Toersen
FNV	dhr T. Heerts
Interpolis	dhr C. van der Pol
KNMG	dhr H. Willems
Maetis	dhr J.F. van Hoof
MKB Nederland	mw M. Feenstra en dhr M. van Mierlo
NVAB	dhr. C. van Vliet
CVZ	dhr P.C. Hermans
NVVG	dhr Van de Goorbert en dhr Voorn
Verbond van Verzekeraars	dhr. J. Breit en dhr. E. Voorn
VNO-NCW	mw G. Dolsma
OZ Zorgverzekeringen	dhr R. Swens

## Bijlage 2. Bronnen

AON, Tussen zorg en zekerheid. De hervorming van het zorg-, verzuim- en pensioenstelsel door de ogen van de werkgever, oktober 2006.

AStri, De meerwaarde van de arboconvenanten. Update van verzuim- en WAO-cijfers tot en met 2004, april 2006.

Astri, Effecten van de Wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte op private verzuimverzekeringen, oktober 2006.

Astri, Onderzoek evaluatie Wet verbetering poortwachter, maart 2006.

Blik op Werk Borea Keurmerk, Benchmarkrapportage 1 januari t/m 31 december 2005, juni 2006.

Breed Platform Verzekerden & Werk, Evaluatie van de Wet verbetering poortwachter, brief aan de Tweede Kamer, 24 mei 2006.

Breed Platform Verzekerden en Werk, Verruwing in de arbodienstverlening? Jaarrapportage Landelijk meldpunt Arbo- en re-integratiedienstverlening 2005, september 2006.

Breed Platform Verzekerden en Werk, Eigen verantwoordelijkheid in arboland. Bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer in arbodienstverlening. september 2005.

CPB, Microtax 2007, <http://www.cpb.nl/nl/data/microtax>.

Gezondheidsraad, Behandelen, begeleiden en beoordelen. Medisch handelen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid, juli 2005.

Kamerstukken, Bevordering van het naar arbeidsvermogen verrichten van werk of van werkherhating van verzekerden die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn en tot het treffen van een regeling van inkomen voor deze personen alsmede voor verzekerden die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen). brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tweede kamer 30 034, nr. 58.

Kamerstukken, Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Brief van de Minister van VWS. Tweede Kamer 2005-2006, 29 248 nr 30.

Kamerstukken, Sociale zekerheid en zorg. Brief van de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, 2004-2005, 25 253 en 29 800 XV, nr. 8.

Kamerstukken, Verbetering van de procesgang in het eerste ziektejaar en nieuwe regels voor de ziekmelding, de re-integratie en de wachttijd van werknemers alsmede met betrekking tot de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever (Wet verbetering poortwachter). Brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Eerste Kamer, 2005/2006, 27 678 A.

KNMG, Plan van Aanpak 'Arts en Arbeid', november 2005.

- KNMG, Beleidsnotitie 'Arts en Arbeid', november 2005.
- Ministerie van SZW, Arbobalans 2004. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen, september 2004.
- Ministerie van SZW, Jaarrapportage Arboconvenanten 2004, maart 2005.
- Ministerie van SZW, Startnotitie onderzoek 'Naar een optimaal werkende keten van preventie, verzuim en re-integratie, juli 2006.
- Ministerie van SZW, Preventie en ziekteverzuim 2005, november 2006.
- Ministerie van SZW, Voorjaarsrapportage CAO-afspraken 2006, juni 2006.
- Ministerie van SZW en Ministerie van VWS, Rapport "Sociale zekerheid en zorg", 2003.
- Ministerie van SZW en Ministerie van VWS, Sociale zekerheid en zorg. Verslag van een project, mei 2005.
- MKB-Nederland, Inventarisatie van cao's in het MKB 2006.
- Nederlandse Zorgautoriteit i.o., De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006.
- Regioplan, Bedrijven over de wetswijziging Arbodienstverlening. Eerste meting, maart 2006.
- Prismant, TNO en Marketconcern, De juiste verwijzing. Evaluatieonderzoek verwijzfunctie bedrijfsarts. Eindmeting: stand van zaken een jaar na de invoering, juni 2005.
- Research voor Beleid, De werkgeversmonitor Arbeidsomstandigheden. Eerste meting. Eindrapport, januari 2005.
- SEO, De sociale zekerheid uitgedokterd: de markt voor arbeidsgerichte zorg, oktober 2002
- STECR, Discussienotitie medicalisering, april 2003.
- Stichting van de Arbeid, Het tegengaan van ziekteverzuim en instroom in de WAO via het CAO-beleid
- Stichting van de Arbeid, Najaarsoverleg 5 november 2004 – publicatienr 15/04.
- TNO, Gezonde werknemers: Eerste meting Arbo-, verzuim- en gezondheidsmonitor, december 2004.
- TNO Arbeid, Arbodienstenpanel. rapportage vijfde peiling. Ervaringen met o.a. de Wet verbetering poortwachter, december 2004.
- TNO Kwaliteit van leven, Arbobalans 2005. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland, 2006.
- TNO Kwaliteit van leven, Profiel Arbeid en Gezondheid 2005, 2005.
- TNO Kwaliteit van leven, Werkgevers over het functioneren en ziekteverzuim van hun (ex-) arbeidsongeschikte werknemers, september 2005.
- Vektis, Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag, mei 2006.

VNO-NCW, AAVN, Verbond van Verzekeraars, FME-CWM, Aan de slag met de nieuwe WAO, de Wet WIA en de gevolgen voor werkgevers, december 2005.

VNO-NCW en AAVN, Van hangmat naar vangnet. De zorgverzekering als arbeidsvoorwaarde. Verslag van een serie regionale workshops inzake de zorgverzekering 2007.