

Vergaderjaar 2000–2001

27 400 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2001

Nr. 16

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 november 2000

De vaste commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid² hebben op 11 oktober 2000 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Hoogervorst van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over **de brief van 31 mei 2000 inzake het advies van het Platform aanpak wachttijden over versterking van de reguliere zorg in relatie tot arbeidsrelevante aandoeningen** (VWS-00-920).

Bij dit overleg waren tevens de volgende brieven aan de orde:

- van de minister van VWS d.d. 3 oktober 2000, d.d. 8 mei 2000 (VWS-00-786), d.d. 11 februari 2000 (VWS-00-208) en d.d. 18 januari 2000 (VWS-00-44);
- van de minister van VWS en de staatssecretaris van SZW d.d. 24 november 1999 (Kamerstuk 26 800, XVI, nr. 58).

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissies

De heer **Oudkerk** (PvdA) had met instemming in de brief van 3 oktober gelezen dat de minister wil komen tot een werkwijze die waarborgt dat een zieke werknemer snel en adequaat wordt begeleid en behandeld. Ook stond hij op zichzelf positief ten opzichte van de manier waarop de minister hiertoe wil komen: uitbreiden expertisecentra, een intensivering om de wachtlijstproblematiek aan te pakken en verbetering van de Arbo-curatieve samenwerking. Wel vond hij dat te veel het accent ligt op het

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF/GPV), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van Gent (GroenLinks), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Weekers (VVD), Schutte (RPF/GPV), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th.A.M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O.P.G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD).

² Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, Biesheuvel (CDA), Schimmel (D66), Kalsbeek (PvdA), Bijleveld-Schouten (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), ondervoorzitter, Kamp (VVD), Essers (VVD), Van Dijke (RPF/GPV), Bakker (D66), Visser-van Doorn (CDA), De Wit (SP), Harrewijn (GroenLinks), Balkenende (CDA), Van Gent (GroenLinks), Smits (PvdA), Verburg (CDA), Bussemaker (PvdA), Spoelman (PvdA), Örgü (VVD), Van der Staaij (SGP), Santi (PvdA), Wilders (VVD), Snijder-Hazelhoff (VVD).

Plv. leden: E. Meijer (VVD), Van Ardenne-van der Hoeven (CDA), Giskes (D66), Hamer (PvdA), Dankers (CDA), Kortram (PvdA), Blok (VVD), Van Blerck-Woerdman (VVD), Van Middelkoop (RPF/GPV), Van Vliet (D66), Stroeken (CDA), Marijnissen (SP), Vendrik (GroenLinks), Mosterd (CDA), Rosenmöller (GroenLinks), Schoenmakers (PvdA), Eisses-Timmerman (CDA), Wagenaar (PvdA), Middel (PvdA), Weekers (VVD), Van Walssem (D66), Oudkerk (PvdA), De Vries (VVD), Klein Molekamp (VVD), Van der Hoek (PvdA).

behandelen van mensen die al ziek zijn geworden en veel te weinig op preventie. Preventie van arbeidsverzuim zou hij dan ook beslist toegevoegd willen zien aan de drie al genoemde punten. Zo gaat het bij een hoog arbeidsverzuim in een sector vaak niet zozeer om ziekte, maar vooral om aandoeningen die te maken hebben met de arbeidsomstandigheden en de hoge werkdruk. Toch wordt er in de praktijk snel gemedicaliseerd, waardoor huisartsen en specialisten in feite onnodig worden belast, terwijl er vooral voor hun zorg toch al wachttijden en wachtlijsten zijn. Hij had grote verwachtingen van het inzetten van met name arbeidsdeskundigen en de arbeidsinspectie op de werkvloer, die nagaan wat de oorzaken zijn van het verzuim. Het inzetten van medici kan altijd nog. Al met al ging hij ervan uit dat er veel te winnen is door preventie als uitgangspunt te kiezen.

In dit verband wees hij op het krantenbericht dat op 50 000 plaatsen werkgevers de griep prik aanbieden aan gezonde werknemers die niet tot een risicogroep behoren. Nog afgezien van het feit dat de griep prik niet waarborgt dat de gevaccineerden geen griep krijgen, betekent ook zo'n aanbod weer een onnodige medicalisering. Hij vond het daarom veel verstandiger als de Arbo-diensten hun tijd en de werkgevers hun geld steken in preventie, met name betere arbeidsomstandigheden. Bovendien wordt met zo'n aanbod van de griep prik een morele druk op werknemers gelegd. Degenen die er geen gebruik van maken en later toch griep krijgen, lopen dan immers het risico om met allerlei narigheid te maken te krijgen.

Hij vond het positief dat de minister extra geld heeft uitgetrokken voor het aanpakken van wachtlijsten. Uit de Zorgnota blijkt echter dat het indertijd door VNO/NCW en PvdA genomen initiatief dat vervolgens is bijgesteld door de sector, toch niet voldoende van de grond komt. In de sector geestelijke gezondheidszorg lukt het overigens wél; daar worden op allerlei punten wachtlijsten weggewerkt, met behulp van flexibele, onconventionele methoden.

Hij was voorstander van verbetering van de Arbo-curatieve samenwerking, maar wierp wel de vraag op of rechtstreekse verwijzing door een bedrijfsarts naar een tweedelijns specialist niet extra medicaliserend zal werken. Hij had begrip voor de goede bedoelingen op dit punt, maar anderzijds geldt dat 94% van de klachten die bij de huisarts komen, ook door de huisarts worden behandeld en helemaal niet in de tweede lijn terecht komen. Hij zette dan ook vraagtekens bij rechtstreekse verwijzing door een bedrijfsarts naar de tweede lijn. Dit gold voor hem temeer nu de bedrijfsarts nog steeds niet een geheel onafhankelijke positie heeft verkregen, waardoor de werknemer er nog steeds niet zeker van kan zijn dat de bedrijfsarts niet tegelijkertijd «twee bazen dient».

Het was hem in de brief van 31 mei jl. opgevallen dat de minister projecten op het gebied van regionale samenwerking en expertisecentra o.a. wil aangaan om te kunnen bezien of geen ongewenste neveneffecten optreden, waarbij wordt gedacht aan voorrangszorg en het wegzuigen van personeel. Hij vond het niet nodig om dit aspect te onderzoeken, want van tevoren is duidelijk dat die ongewenste neveneffecten zich zeer waarschijnlijk zullen voordoen. Er zal daarom, juist omdat ze ongewenst zijn, al het mogelijke moeten worden gedaan om ze te voorkomen. Voor hem was uitgangspunt dat uitsluitend medische urgentie, in de meest brede zin van het woord, de wachttijd of de plek op de wachtlijst mag bepalen. Ten slotte vroeg hij aandacht voor de passage in de brief van 3 oktober, waarin wordt gezegd dat de reguliere zorg onvoldoende kan inspelen op de specifieke zorgbehoefte van werkgevers en werknemers. Hij vond dit een vreemde zin. Kennelijk is deze ingegeven door de gedachte dat er bij de sociale partners een bepaalde behoefte aan curatieve zorg is, maar in feite gaat het om het zoveel mogelijk tegengaan van klachten die gerelateerd zijn aan de arbeidsomstandigheden en dus zal veel meer voor preventie gekozen moeten worden. Hij durfde wel de stelling aan dat de

helft van de arbeidsgerelateerde aandoeningen veroorzaakt wordt door de arbeidsomstandigheden en dus helemaal niet in een curatief traject thuis-hoort.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) zei eerst dat de inbreng die van VVD-zijde is geleverd in het AO van 9 september 1999, nog steeds onverkort geldt. De VVD-fractie heeft zich in dat AO akkoord verklaard met het wegwerken van wachtlijsten en het opzetten van kennis- en expertisecentra, zoals toen door de minister voorgesteld. Later is er voor het wegwerken van wachtlijsten het initiatief van VNO/NCW en PvdA over aanbestedingen gekomen. Mevrouw Van Blerck gaf nog steeds de voorkeur aan de werkwijze die verleden jaar werd voorgesteld, maar stelde vast dat de bewindslieden inmiddels onder druk van de Kamer voor een andere aanpak hebben gekozen. Hetgeen nu op tafel ligt, vond zij een slap aftreksel van de aanvankelijke plannen. Zij bleef voorstander van het inzetten van de derde geldstroom in de curatieve sfeer. Ziekenhuizen dienen in staat te zijn om flexibel in te spelen op de vraag die zich voordoet. Geld zoekt nu eenmaal zorg en de vraag naar zorg laat zich niet persen in het strakke keurslijf van de aanbodbeheersende en plannende overheid.

Anderzijds wilde zij zich realistisch opstellen en dus niet proberen om de nu ingeslagen weg te frustreren. Wel zullen de wachtlijsten nu echt snel korter moeten worden. Tot nu toe is er, zo had zij begrepen, nog geen enkele operatie aanbesteed conform het plan van VNO/NCW en PvdA. Verder bestaat er bij de verzekeraars kennelijk geen enkel inzicht in de wachtlijsten. Op 1 maart zal het plan van VNO/NCW en PvdA worden geëvalueerd en als dan blijkt dat dit niet heeft geleid tot het verkorten van wachtlijsten, zouden de bewindslieden de oorspronkelijke plannen van een jaar geleden weer aan de Kamer moeten voorleggen.

Zij vond dat ook bedrijfsartsen de mogelijkheid moeten krijgen om in samenspraak met huisartsen door te verwijzen, mede gelet op het huidige en vooral het te verwachten tekort aan huisartsen. Verder herinnerde zij in dit verband aan convenanten tussen huisartsen en bedrijfsartsen en tussen specialisten en bedrijfsartsen, op basis waarvan pilots zouden worden gestart. Hoe staat het met die pilots? Geld kan, in tegenstelling tot voorgaande jaren, nu geen probleem meer zijn. Ook zij vond preventie belangrijk, maar curatie leek haar minstens zo belangrijk om mensen weer zo snel mogelijk in het arbeidsproces terug te brengen.

Zij vroeg vervolgens wat in de praktijk de effectiviteit is van de verplichting voor bedrijven om aangesloten te zijn bij gecertificeerde Arbo-diensten. Is bijvoorbeeld sinds de invoering van die verplichting het ziekteverzuim gedaald? Nu bedrijven inmiddels ook verantwoordelijkheid dragen voor financiële consequenties van ziekte van werknemers, kon zij zich voorstellen dat bedrijven wat meer vrijheid krijgen op het punt van aansluiting bij een Arbo-dienst.

Op dit moment wordt een klein deel van de REA-gelden ingezet voor HSK-initiatieven en voor fysiotherapie. Daarbij gaat het bij uitstek om kwalen die leiden tot arbeidsverzuim en instroom in de WAO. Bovendien had zij begrepen dat deze initiatieven een zeer positief effect kunnen hebben en dat er maar in beperkte mate een beroep op REA-gelden wordt gedaan. Is het daarom mogelijk aan deze initiatieven en aan initiatieven op het vlak van psychotherapie wat meer ruimte te bieden met behulp van REA-gelden?

De heer **Buijs** (CDA) herinnerde eraan dat de privatisering van de Ziektewet, waarmee werkgevers meer financiële betrokkenheid bij ziekteverzuim hebben gekregen, heeft geleid tot wachtlijstomzeilende initiatieven als bedrijvenpoli's. De Kamer heeft toen duidelijk gemaakt dat het niet zou mogen komen tot tweedeling in de zorg en inmiddels is een zeer omvangrijke infrastructuur gecreëerd, zoals kennis- en expertisecentra, experi-

menten in zes regio's, onderzoek door Zorgonderzoek Nederland en het Platform aanpak wachtlijsten. Bij hem was de vraag gerezen of het doel nog wel de middelen heiligt, vooral nu de infrastructuur volgens de brieven van de minister is bedoeld om de kennisachterstand in de reguliere zorg ten aanzien van arbeidsrelevante aandoeningen te overbruggen en de Arbo-curatieve samenwerking te stimuleren. Het bestaan van een kennisachterstand in de reguliere zorg was hem niet bekend en had hij ook nooit aangetoond gezien. Op welke gegevens baseert de minister zich dan bij deze stelling? Is de op zichzelf nobele doelstelling wel de ware reden voor het opzetten van deze infrastructuur, of kunnen met deze structuur toch weer wachtlijstomzeilende initiatieven worden genomen, hoewel dat niet de bedoeling is? Daarnaast houdt deze omvangrijke infrastructuur ook een omvangrijke bureaucratie in, die in feite niet nodig is en dus geldverspilling betekent.

Hij had dan ook de indruk dat op een eenvoudiger manier het doel kan worden bereikt. In de eerste plaats is preventie van groot belang. Daarnaast zullen de wachttijden en de wachtlijsten zo snel mogelijk moeten worden weggewerkt. Verder hechtte hij veel waarde aan protocollen voor de samenwerking tussen huisartsen en Arbo-artsen. De beide beroepsorganisaties werken hier al aan, maar dit zou versneld kunnen worden. In ieder geval zal de situatie dat huisartsen en Arbo-artsen ieder hun eigen koninkrijkje in stand houden, tot het verleden moeten gaan behoren. Mocht er inderdaad een kennisachterstand bestaan, dan lijkt het goed om daar nascholingsactiviteiten voor op te zetten, ingepast in het al bestaande kader van reguliere nascholing en deskundigheidsbevordering van huisartsen en Arbo-artsen. Ook is het zinvol om na te gaan of versnelling kan worden gebracht in de diagnostiek in ziekenhuizen van ziektebeelden die samenhangen met arbeid. Die versnelling zou dan overigens voor iedereen met die ziektebeelden moeten gelden, dus niet alleen voor werknemers.

Opvallend vond hij dat de minister op dit vlak de gezondheidszorg in feite categoriaal benadert. In de stukken wordt immers een aantal categorieën ziektebeelden genoemd die nauw aan arbeid gerelateerd zijn. Anderzijds echter wordt er ten aanzien van reeds bestaande categorale voorzieningen als astma- en epilepsiecentra naar gestreefd om die in een breder verband te incorporeren. Hij zag geen reden voor dit verschil in benadering niet en vond dat de bestaande categorale astma- en epilepsiecentra niet mogen verdwijnen.

Al met al stelde hij dat er geen nieuwe bureaucratische structuren behoren te ontstaan voor problemen die binnen het nog uit te breiden zorgaanbod kunnen worden opgelost. Hij had dan ook nogal wat twijfels bij de nu voorgestelde structuur.

Ook mevrouw **Kant** (SP) vond het opmerkelijk dat in de stukken geen aandacht wordt gegeven aan de oorzaken van arbeidsrelevante aandoeningen, terwijl toch juist daar de grootste winst te halen is. Dan gaat het niet alleen om gezondheidswinst voor de betrokken werknemers, want ook voor een bedrijf is het positief als ziekte van werknemers kan worden voorkomen. Het verbaasde haar dat tot nu toe vrijwel geen enkel bedrijf dat lijkt in te zien. Afschaffing van de Ziektewet had mede tot doel om een prikkel te geven aan werkgevers om meer aandacht te geven aan preventie, maar in de praktijk is daar nauwelijks iets van terechtgekomen. Wel heeft afschaffing van de Ziektewet tot een andere prikkel geleid: werkgevers proberen nu ervoor te zorgen dat hun werknemers in de gezondheidszorg eerder aan bod komen.

De berichten over het aanbieden van een griep prik door werkgevers hadden ook haar zeer verbaasd. Voor huisartsen gelden richtlijnen aan welke groepen zo'n prik aangeboden zou kunnen worden, maar werkgevers bieden deze prik blijkbaar zonder meer aan al hun werknemers aan. Hoe denkt de minister hierover en wat denkt zij eraan te doen?

Het verschijnsel van voorkruipzorg (het voorrang geven aan de behandeling van werknemers in speciale klinieken of tegen extra betaling in ziekenhuizen) is indertijd duidelijk door de Kamer afgewezen. Mevrouw Kant had zich dan ook verbaasd over de notitie van verleden jaar waarmee dergelijke zorg toch weer toegelaten zou worden. Gelukkig heeft de Kamer toen opnieuw uitgesproken dat voorrang alleen mogelijk is op medische gronden, niet op basis van de dikte van de portemonnee van de werknemer of van de werkgever. Het Platform aanpak wachttijden heeft nu een oplossing op tafel gelegd binnen de reguliere zorg en mevrouw Kant kon het daarmee eens zijn.

Wel tekende zij aan dat op drie punten niet wordt voldaan aan het uitgangspunt dat voorrang alleen mogelijk is op medische gronden. In de eerste plaats is er nu een omvangrijk particulier circuit dat zich buiten de reguliere zorg om heeft ontwikkeld en dat niet voor iedereen toegankelijk is. Zo waren er in 1992 nog slechts twee rugadviescentra en in 1999 al vijftien en is het aantal vestigingen van De gezonde zaak in die periode toegenomen van tien naar honderdzes. In de brief van 3 oktober wordt ook beaamd dat er in feite sprake is van een tweedeling; er wordt gezegd dat de nieuwe kennis en methodieken van commerciële klinieken zich onderscheiden van het reguliere zorgaanbod, zowel in snelheid als in kwaliteit. Waarom worden die kennis en methodieken dan niet gewoon voor iedereen toegankelijk, dus ook voor ziekenfondsverzekerden?

In de tweede plaats wordt in de geestelijke gezondheidszorg niet de hand gehouden aan het uitgangspunt. Daar wordt zelfs in de reguliere zorg al voorkruipzorg gegeven, bijvoorbeeld binnen de HSK-groep. Dit past niet in het advies van het Platform aanpak wachttijden en dus ook niet in de huidige opvattingen van de minister. Wat wordt hier nu aan gedaan?

Mevrouw Kant zag hier wel mogelijkheden, zoals het niet toelaten van bepaalde initiatieven binnen de reguliere zorg en het zorgen voor voldoende aanbod in de reguliere zorg.

In de derde plaats wees zij erop dat op basis van het uitgangspunt dat voorrang alleen mogelijk is op medische gronden, op bepaalde plaatsen initiatieven zijn genomen: bedrijvenpoli Arnhem, Medisch centrum Leeuwarden en de stichting Zorgservice Twente in Hengelo. Hoe staat het met die initiatieven, passen ze binnen het beleid dat nu voor ogen staat en zijn deze initiatieven echt voor iedereen gelijk toegankelijk?

Verder vroeg zij zich af of er niet een deur voor voorkruipzorg open wordt gezet als ziekenhuizen aanvullende inkomsten zelf mogen houden, bijvoorbeeld uit sponsorgelden of uit het derde compartiment. Zij had althans uit de notitie over positionering van ziekenhuizen begrepen dat dit de bedoeling is.

De belangrijkste oplossing ligt in het wegnemen van de wachtlijsten, maar helaas is dat tot nu toe nog niet gelukt. Tegenover de stelling dat geld nu eenmaal zorg zoekt, plaatste zij de stelling dat zorg nog steeds vooral veel geld zoekt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) was zeer tegen het met geld kunnen kopen van extra zorg. Zorg hoort regulier voor iedereen beschikbaar te zijn.

Zij onderschreef het al gevoerde pleidooi voor preventie en was het ook ermee eens dat de bron van de ellende ligt bij de beslissing om de Ziekte wet te privatiseren.

Werk is een centrale factor in het leven van mensen, maar niet altijd gaat het op het werk zodanig dat mensen zich er lekker bij voelen. Ziek melden is dan helaas vaak de enige legitieme mogelijkheid om even uit het arbeidsproces te stappen. Werkgevers, maar ook werknemers zullen daarom veel meer moeten investeren in het wegnemen van negatieve factoren op de werkvloer. In het algemeen is de gemiddelde Nederlander trouwens na een weekje wel weer beter en in veel gevallen is bemoeienis van de huisarts daarvoor voldoende. Daarnaast is de bedrijfsarts degene

die de arbeidsomstandigheden en de daarmee samenhangende risico's het beste kent. Zij was het zeker niet eens met de stelling dat verwijzing door een bedrijfsarts naar de tweede lijn een vorm van medicalisering is. Met het oog hierop drong zij erop aan dat in de komende periode ook onderzoek wordt gedaan naar een model waarin de bedrijfsarts kan verwijzen naar de tweede lijn en zelfstandig onderzoek kan laten uitvoeren in bijvoorbeeld een ziekenhuislaboratorium of op de röntgenkamer. Juist de onduidelijkheid over de huidige positie van de bedrijfsarts is nog steeds het centrale knelpunt in de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. Zodra de bedrijfsarts met recht een onafhankelijk deskundig adviseur van werkgever en werknemer kan worden genoemd, is hij een collegiale evenknie van de huisarts en kan een duidelijke samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts tot stand komen. In dat geval is een deel van de nu voorgestelde structuur niet meer nodig.

Overigens had zij respect voor de aanbevelingen van het Platform aanpak wachttijden. Zij had ook begrepen dat het niet de bedoeling is dat de kenniscentra allerlei taken op zich gaan nemen, maar dat ze echt moeten gaan functioneren als centra waar men op een eenvoudige manier te rade kan gaan.

Afsluitend merkte zij op dat het vooral erom gaat dat huisarts en bedrijfsarts vertrouwen in elkaars positie en respect voor elkaars deskundigheid moeten kunnen hebben. Het belang van de werknemer dient hier voorop te staan. Goede werkgevers beseffen trouwens heel wel dat zij voor het goed lopen van het werk afhankelijk zijn van werknemers die «lekker in hun vel zitten».

Mevrouw **Van Vliet** (D66) vond het positief dat een uitgangspunt van het advies van het Platform aanpak wachttijden is om arbeidsrelevante aandoeningen zoveel mogelijk in de reguliere zorg te laten behandelen. Zij nam aan dat ook de minister vindt dat de reguliere zorg uitgangspunt dient te zijn en veronderstelde dat ernaar wordt gestreefd om commerciële initiatieven op dit vlak op de een of andere manier weer in het kader van de reguliere zorg te brengen. Ook het uitgangspunt van het platformadvies over een gelijke toegankelijkheid, om tweedeling in de zorg te voorkomen, waardeerde zij positief, terwijl hetzelfde gold voor het uitgangspunt over het beter equiperen van zorgverleners in de eerste lijn, opdat deze het overgrote deel van de arbeidsrelevante aandoeningen adequaat kunnen behandelen.

In dit verband had zij op zichzelf niets tegen het opzetten van regionale samenwerkingsverbanden en expertisecentra, maar gezien de aantallen vreesde ook zij voor te veel bureaucratische rompslomp en overlappingen. Verder vreesde zij, nu is aangegeven dat eerst wordt begonnen met zes experimenten, dat daadwerkelijke implementatie van het advies van het platform nog wel geruime tijd uit zal blijven.

Ook vroeg zij zich bij de brief van 31 mei af welke lacunes nog aanwezig zouden kunnen zijn. Zij kon zich hierbij alleen het punt van preventie voorstellen. Daarover is gisteren in een AO door de D66-woordvoerder geconcludeerd dat de Arbo-diensten er sinds 1992 niet in geslaagd zijn om een goede ondersteuning te bieden op preventief vlak, o.a. omdat werkgevers daar lang niet altijd geld in willen steken, maar ook omdat de Arbo-diensten zich vooral hebben toegelegd op onderlinge concurrentie. Met het oog hierop rijst de vraag of nog wel vastgehouden moet worden aan de wettelijke verplichting ten aanzien van Arbo-diensten en of het initiatief niet veel meer bij de werknemer gelegd zou moeten worden. In het algemeen wil een werkgever gewoon zijn werknemer aan het werk hebben, zonder allemaal gezeur, terwijl een werknemer vaak zelf wel aanvoelt dat het niet goed met hem gaat, zeker bij klachten op psychisch vlak.

Mevrouw Van Vliet zou de werknemer in dat opzicht een of ander handvat willen geven. Dat is mogelijk in het kader van het klachtrecht, maar in feite zou eigenlijk overgegaan moeten worden op een systeem van eigen

inkoop. Van belang daarbij is ook dat de meeste mensen die vanuit de WAO weer zijn teruggekeerd in het arbeidsproces, dat op eigen initiatief hebben bereikt. Als mensen dan een extra handvat krijgen, bijvoorbeeld een eigen budget, mag verwacht worden dat nog meer mensen het initiatief zullen nemen om weer in het arbeidsproces terug te komen. Aansluitend vroeg zij aan welke onderwerpen de commissie-Donner aandacht zal geven. Zij had tot nu toe begrepen dat deze commissie zich vooral zal buigen over de functies die van belang zijn voor de reguliere zorg en over de vraag hoe het staat met Arbo-dienstverlening. Deze onderwerpen leken haar wel erg technisch van aard. Ten slotte vroeg zij hoe het staat met het onderzoek naar versterking van de positie van de eerstelijns psycholoog.

Antwoord van de bewindslieden

De **minister** zei eerst dat ook zij preventie van groot belang acht. De werkgevers hebben hier een primaire verantwoordelijkheid, maar ook het kabinet verliest dit aspect niet uit het oog. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de instelling van de commissie-Donner die zich bezighoudt met het terrein dat vaak ten onrechte het stempel «psychische ziekten» krijgt. In de praktijk gaat het er meestal om dat een werknemer, om welke reden dan ook, niet «lekker in zijn vel zit» en zich ziek meldt om even afstand van zijn werk te nemen. Als hij dan geen duidelijke lichamelijke uitingen heeft, wordt hij vaak beschouwd als «psychisch ziek», terwijl de oorzaak in het algemeen is dat het evenwicht tussen de belasting en de belastbaarheid even is verstoord. De bewindsvrouw was ervan overtuigd dat er op dit vlak door preventie veel te voorkomen valt en mede daarom is de commissie-Donner ingesteld.

In dit verband was haar bij een recent werkbezoek aan een ziekenhuis met 500 bedden gebleken dat het structurele ziekteverzuim in die instelling al sinds enige jaren op slechts 5% ligt. In antwoord op haar vraag of dit te danken is aan een goede Arbo-dienst, werd gezegd dat de Arbo-dienst op dit punt niet zo relevant is, maar dat het vooral gaat om de manier waarop het management en de collega's reageren als iemand dreigt uit te vallen. Zij was het er dan ook geheel mee eens dat verzuimproblemen niet te snel in de medische hoek moeten worden ondergebracht. Belangrijk is in de eerste plaats hoe mensen met elkaar omgaan in de arbeidssituatie. Zeker bij de huidige hoge werkdruk is steun en opvang door management en collega's van het grootste belang. Bij haar werkbezoeken aan instellingen wees zij dan ook steeds op het grote belang van preventie en een adequate reactie in vooral de eerste dertien weken van het verzuim. Ook zij vond dat de grieprik aangeboden dient te worden als gepaste zorg, dus evidence-based. Alleen in die vorm wordt deze prik vergoed. Inderdaad is er geen medische reden om jonge gezonde werknemers een grieprik aan te bieden, maar anderzijds kan het een werkgever ook moeilijk worden verboden om dit aanbod te doen. De kosten ervan worden overigens niet betaald door de ziektekostenverzekering en de overheid draagt hier ook geen enkele verantwoordelijkheid voor.

Zij was het ermee eens dat elkaar goed informeren het minste is dat huisartsen en bedrijfsartsen dienen te doen. Aanvankelijk gaf dat problemen, omdat er geen vergoeding voor werd gegeven, maar inmiddels is hier een CTG-tarief voor vastgesteld. Daarnaast is de WGBO nu van toepassing verklaard op de relatie tussen bedrijfsarts en werknemer. Verder meende zij dat de bedrijfsarts deskundiger moet worden geacht dan de huisarts als het gaat om klachten die direct aan het werk zijn gerelateerd, zoals kapperseczeem. Zij vond dan ook dat de bedrijfsarts in dat soort gevallen zelf zou moeten kunnen doorverwijzen, uiteraard in overleg met de huisarts. De afgelopen maanden is een conceptnotitie aan de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) en de Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB) voorgelegd, maar het onderschrijven

hiervan is tot nu toe uitgebleven omdat de indruk is dat de LHV vreest dat het in de achterban grote problemen zal geven. Zij stelde zich voor dit punt aan de orde te stellen in het komende overleg met de voorzitter van de LHV, want langzamerhand begint het wel erg op koudwatervrees te lijken.

Op basis van het aanbestedingsplan van VNO/NCW en PvdA hebben de betrokken partijen (de orde van medisch specialisten, de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland) een «aanvalsplan» opgesteld. Het is de bedoeling om dit plan op 1 november definitief vast te stellen. Het gaat ervan uit dat de zorgverzekeraar in de regio de extra gelden te beheren krijgt en deze verzekeraar in de eigen regio met ziekenhuizen en medisch specialisten de grootste knelpunten bij de wachtlijsten identificeert, waarover dan extra productieafspraken worden gemaakt. Op 1 oktober jl. had zij, omdat zij de indruk had dat er te weinig voortgang werd gemaakt, nog eens schriftelijk alle ziekenhuizen, medische staven en zorgverzekeraars opgeroepen om snel afspraken te maken, teneinde de dit jaar nog beschikbare 200 mln. ook daadwerkelijk te gebruiken. Mocht het in de eigen regio niet lukken om tot extra productieafspraken te komen, dan kan volgens het «aanvalsplan» de zorgverzekeraar proberen in andere regio's tot afspraken te komen. Als ook dat niet lukt, kan de verzekeraar uitwijken naar het buitenland, waarbij België en Duitsland als eerste in aanmerking komen. Op 1 maart a.s. moet er ook concreet iets te zien zijn, want dan zal (inclusief de ontdooiing van specialistenplaatsen) al ruim 200 mln. moeten zijn besteed.

Zij beaamde dat in de periode vóór Prinsjesdag door partijen erop is gehamerd dat deze extra inspanningen op met name de zaterdagen en in de avonduren eigenlijk alleen maar gevraagd konden worden als er ook zicht zou zijn op een structurele vergroting van de capaciteit. Na de presentatie van de begrotingsstukken op Prinsjesdag kwam er dan ook meer vaart in dit geheel en begon het in diverse regio's te lopen met het verrichten van extra operaties met behulp van de extra middelen.

Aanvullend wees zij erop dat er door de publicatie van wachttijden en wachtlijsten door ziekenhuizen op internet al een behoorlijk inzicht ontstaat in de vraag, in hoeverre de ziekenhuizen zich aan de Treeknormen kunnen houden. Bij werkbezoeken aan ziekenhuizen wordt er zo nodig op gewezen dat de informatie op dit punt compleet dient te zijn, dus ook gedifferentieerd naar aandoeningen.

Ingaande op de opmerkingen over tweedeling in de zorg en commerciële initiatieven herinnerde de bewindsvrouw aan het voorstel van verleden jaar om private initiatieven te gaan integreren in de reguliere zorginstellingen, teneinde er greep en zicht op te krijgen en ervoor te zorgen dat de initiatieven ook voor niet-werknemers gelijkmatig toegankelijk zouden zijn. De Kamer heeft zich echter niet in dat voorstel kunnen vinden. Bij de bespreking ervan is er al op gewezen dat bij het afwijzen van dit voorstel het risico op tweedeling zou ontstaan, in die zin dat de private initiatieven dan privaat zouden blijven. Het kan niet aan werkgevers worden verboden om in het verlengde van Arbo-zorg initiatieven te nemen om werknemers snel van adviezen te laten voorzien, bijvoorbeeld bij de rugadviescentra en zelfs behandeling aan te bieden in de vorm van cognitieve gedragstherapie waar mensen in een aantal gesprekken leren om beter met hun werksituatie om te gaan. Mede met het oog op dit risico is het van groot belang om te bevorderen dat iedereen in de reguliere zorg tijdig en deskundig wordt geholpen, ook als het om arbeidsgerelateerde aandoeningen gaat. Als die situatie eenmaal is bereikt, zullen de werkgevers deze private initiatieven wel staken, omdat ze anders dubbele kosten zouden blijven maken.

Aanvullend wees zij erop dat de HSK-instituten geen deel uitmaken van de reguliere zorg. Een RIAGG valt wel onder de reguliere zorg en zal dan ook geen voorrang mogen geven aan een werknemer boven een niet-werknemer. De samenwerking tussen RIAGG's en HSK-instituten is met name

gericht op kennisoverdracht, verbetering van methodieken en afstemming van het aanbod.

Zij had eerder al schriftelijk geantwoord op soortgelijke vragen als nu zijn gesteld door mevrouw Kant over de stand van zaken bij diverse initiatieven, zoals de bedrijvenpoli Arnhem en de stichting Zorgcentrum Twente. Aan die schriftelijke antwoorden kon zij niets toevoegen. Er is geen aanleiding om nu lopende initiatieven te verbieden. Overigens gaat het ten koste van het budget van een instelling als die instelling tegen extra betaling zorg verleent die ook verzekerd is in het ziekenfondspakket of de AWBZ. Die inkomsten gelden namelijk niet als aanvullende inkomsten.

Kenniscentra en expertisecentra zijn bedoeld voor de ontwikkeling van kennis en een snelle overdracht daarvan naar de reguliere zorg over de vraag, hoe omgegaan dient te worden met arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek. Het zijn geen behandelinstututen en ook is bij die centra absoluut niet aan de orde dat werknemers eerder aan bod zouden komen dan niet-werknemers met dezelfde soort klachten. Verder wees de bewindsvrouwe erop dat door deskundigen regelmatig wordt gesignaleerd, dat er in algemene zin bij de reguliere zorg een achterstand in kennis is over arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. Voor de overdracht van kennis door de kennis- en expertisecentra en voor bij- en nascholing op dit vlak worden inmiddels programma's ontwikkeld. Er zijn al enige nascholingsmodules opgesteld en het is ook de bedoeling om modules te ontwikkelen voor de primaire opleiding tot basisarts en de opleidingen tot huisarts en specialist.

De looptijd van de pilots op het gebied van regionale samenwerking en expertisecentra zal uiteraard zo kort mogelijk worden gehouden. Overigens leert de praktijk dat vaak al gaandeweg de pilots tot implementatie wordt gekomen. Op 1 december a.s. zal Zorgonderzoek Nederland een voorstel doen voor het implementatieprogramma, waarna regio's met plannen kunnen komen. Bekend is dat zes regio's al ver gevorderd zijn, dus naar verwachting zullen in die regio's de pilots worden gestart. De structurele implementatie in het hele land is na een pilotperiode van twee jaar voorzien, maar de implementatie kan in de praktijk sneller verlopen. Het is de bedoeling om bij proefprojecten ook te bezien hoe het gaat als de bedrijfsarts zelf diagnostiek aanvraagt.

Het punt van een snellere diagnostiek in ziekenhuizen past in het kader van de zorgkantelingsexperimenten. Een deel van die experimenten in diverse ziekenhuizen heeft betrekking op het bewegingsapparaat, waarbij ernaar wordt gestreefd dat mensen met bijvoorbeeld knieklachten na vier weken weer helemaal fit zijn, terwijl dat vroeger vaak een aantal maanden duurde. Verheugend is dat deze experimenten ook een uitstraling aan krijgen naar ziekenhuizen die er niet zelf aan deelnemen. De minister bestreed dat er sprake zou zijn van een herinvoering van categorale zorg. De behandeling moet immers in principe in reguliere ziekenhuizen plaatsvinden, niet in categorale instellingen.

Met de passage in de brief van 31 mei over mogelijke lacunes is alleen bedoeld te zeggen dat de uitwerking zodanig moet zijn dat alle actiepunten in het advies van het Platform aanpak wachttijden worden bestreken.

Er is al onderzoek gedaan naar de positie van de eerstelijns psycholoog, o.a. door het Trimbosinstituut en er lopen nog diverse onderzoeken op dit punt. Duidelijk is inmiddels dat het opnemen van de eerstelijns psycholoog in het tweede compartiment een stap met zeer aanzienlijke financiële consequenties zou zijn. Als alle onderzoeken zijn afgerond, zal bekeken worden wat de best mogelijke oplossing lijkt te zijn. In 2001 zullen in diverse regio's experimenten worden opgezet waarbij eerstelijns psychologen werken alsof ze al volledig in het pakket zitten, met als doel om inzicht te krijgen in de gevolgen daarvan, vooral wat betreft de omvang van de zorgvraag.

De **staatssecretaris** had in het betoog van de heer Oudkerk enige tegenstrijdigheden bespeurd. Zo is enerzijds door de heer Oudkerk gesteld dat de nadruk moet liggen op preventie, nu zeker 50% van de aandoeningen arbeidsgerelateerd is, maar tegelijkertijd ook dat er sprake is van veel medicalisering, waarbij de heer Oudkerk min of meer de indruk heeft gewekt dat er «samengespannen» zou worden tussen werkgever en bedrijfsarts. Vooral dit laatste begreep de bewindsman niet. De werkgever is juist de laatste die belang heeft bij medicalisering, want de kosten voor de werkgever in het geval een werknemer in de WAO terecht komt, zijn zeer hoog.

Er vindt uitgebreid onderzoek plaats naar arbeidsgerelateerde aandoeningen. De indruk bestaat misschien dat vooral deze aandoeningen het ziekteverzuim verklaren, maar in feite is dat niet het geval, want deze aandoeningen verklaren al jarenlang circa 30% van het totale ziekteverzuim. Dat neemt niet weg dat het van groot belang is om veel aandacht te geven aan preventie en arbeidsomstandigheden, maar in het algemeen gebeurt dat al op een zeer fatsoenlijke manier. Vooral bij grote bedrijven is er weinig aan te merken op de arbeidsomstandigheden en ook aan andere preventieve maatregelen wordt in toenemende mate aandacht gegeven. Inmiddels vallen al 3,5 miljoen werknemers onder een convenantentrajec, waarbij door de bedrijven niet alleen zeer bewust aandacht wordt besteed aan klassieke problemen rond arbeidsomstandigheden, zoals te veel tillen of te veel fysieke belasting, maar ook aan zaken als werkdruk en psychosociale belasting. Het overgrote deel van die 3,5 miljoen werknemers werkt overigens bij het midden- en kleinbedrijf, dus er is niet alleen bij de grote bedrijven aandacht voor deze aspecten.

De bewindsman beaamde dat er vooral in het eerste ziektejaar sprake is van veel medicalisering van andersoortige problemen. Als één van de oorzaken daarvoor zag hij de ontslagbescherming in het eerste jaar, terwijl in veel andere Europese landen die ontslagbescherming na drie tot zes maanden eindigt. In het geval van een arbeidsconflict is het in Nederland voor een werknemer dan ook zeer veilig om zich ziek te melden, want hem kan dan eigenlijk niets gebeuren. De staatssecretaris pleitte hiermee niet voor het wegnemen van die ontslagbescherming, maar dat dit één van de oorzaken is van medicalisering, dient wel onderkend te worden. Daarnaast zag hij als oorzaak dat in Nederland, anders dan in veel andere landen, in het eerste ziektejaar en vaak ook nog in het jaar daarna het loon voor 100% wordt doorbetaald. In de derde plaats wees hij in dit verband op de houding van veel huisartsen en bedrijfsartsen. Hij hoorde eigenlijk nooit klachten over bedrijfsartsen die een werknemer zo snel mogelijk naar de arbeidsmarkt terug proberen te drijven, maar kreeg juist wel vaak berichten dat bedrijfsartsen en huisartsen al snel stellen dat de betrokken werknemer eerst enige maanden rust moet hebben en dus niet aan de werknemer zeggen dat deze de problemen samen met zijn werkgever moet proberen aan te pakken. Het feit dat 94% van de klachten niet verder komt dan de huisarts, zag hij in dat verband eerder als een veeg teken.

Rol en zelfstandige positie van de bedrijfsarts zijn inmiddels op verschillende plaatsen vastgelegd: in de Arbowet 1998, in de regeling certificatie Arbo-diensten en in het professioneel statuut dat overeen is gekomen tussen de diverse belangenverenigingen. Ook uit de praktijk blijkt helemaal niet, zoals al gezegd, dat bedrijfsartsen massaal werknemers te snel terugsturen naar de arbeidsmarkt. Het Nederlandse probleem van een hoog ziekteverzuim en een zeer hoge arbeidsongeschiktheid schreef hij dan ook vooral toe aan de in Nederland nog steeds heersende cultuur om ziekte te zien als de gemakkelijkste manier om allerlei problemen op te lossen, met name arbeidsconflicten. Overigens is die cultuur inmiddels wel aan het veranderen, vooral nu de werkgever veel sterker dan in het verleden wordt geconfronteerd met de kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

In dit verband wees hij erop, in reactie op de opmerkingen over het risico van tweedeling, dat er in feite al sprake is van een soort van tweedeling tussen werknemers en niet-werknemers, omdat werknemers bedrijfs-geneeskundige zorg hebben en niet-werknemers niet. Verder vond hij niet dat er gesproken kan worden van tweedeling wanneer een werknemer die op zijn werk vaak moet tillen en last van zijn rug krijgt, op kosten van zijn werkgever bij een rugadviescentrum terecht kan. Een niet-werknemer die thuis zit, hoeft immers niet zoveel te tillen en heeft dus ook geen behoefte aan een advies van een rugadviescentrum. Hij drong er dan ook op aan om de discussie over tweedeling niet op het scherpst van de snede te voeren, maar realistisch te houden. Hij was juist zeer ingenomen met werkgevers die in het preventieve vlak wat méér aan hun werknemers aanbieden dan in de minimale Arbo-contracten is opgenomen, zeker als dat de reguliere gezondheidszorg helemaal niet extra belast. Ook voor psychische klachten zijn er al heel wat initiatieven, zoals inschakeling van eerstelijns psychologen en het gebruik maken van HSK-instituten. De wettelijke verplichting om een Arbo-dienst te contracteren, is vrij licht. Volstaan kan worden met minimale contracten: de zogenaamde tientjes-contracten. Er is dan voor werkgevers nog alle ruimte om met het resterende geld dienstverlening in te kopen die in toenemende mate op de markt wordt aangeboden. Zo zijn er reïntegratieketens aan het ontstaan die een heel scala van mogelijkheden bieden welke vaak arbeidsdeskundig van aard zijn en dus juist erop zijn gericht om medicalisering te voorkomen. Het begin van de keten moet liggen bij de relatie tussen werkgever en werknemer. Vooral in het midden- en kleinbedrijf, waar die relatie vaak zeer direct is en het voor een werknemer moeilijk is om ziekte af te wentelen op zijn collega's omdat die er in een klein bedrijf niet of nauwelijks zijn, blijken het ziekteverzuim en de instroom in de WAO laag te zijn. Het is daarom wel begrijpelijk dat het vooral bedrijven uit de MKB-sector zijn die een licht Arbo-contract sluiten. Zij hebben in het algemeen geen zwaar Arbo-contract nodig. Naar verwachting zullen Arbo-diensten de komende jaren in toenemende mate gaan samenwerken met reïntegratiebedrijven: bedrijven die erin zijn gespecialiseerd om de werknemer juist niet via medische, maar via arbeidsdeskundige trajecten terug te geleiden naar de werkplek. Hij was voornemens om binnenkort een wetsvoorstel aan de Kamer voor te leggen over een betere inrichting van het eerste ziektejaar, in de vorm van het zogenaamde poortwachtersmodel. Een belangrijk element daarbij is versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer. HSK-zorg wordt niet gefinancierd uit REA-gelden. Het ligt ook niet in de bedoeling om deze gelden aan te wenden voor medische begeleiding.

Discussie in tweede termijn

De heer **Oudkerk** (PvdA) had met instemming het antwoord gehoord over het leggen van het accent op de arbeidsdeskundigheid en de preventie in plaats van medicalisering. Hij hoopte dat ook de werkgevers in deze richting gaan denken. Wellicht kan dat bevorderd worden door dit punt in het overleg met sociale partners aan de orde te stellen. Minder positief gestemd was hij over dat deel van het betoog van de staatssecretaris, waarin deze drie oorzaken noemde voor medicalisering. Overigens voegde de staatssecretaris daaraan toe dat het in veel gevallen in feite gaat om een arbeidsconflict en dat wijst weer in de richting van preventie en het inzetten van arbeidsdeskundigheid in plaats van medicalisering. De heer Oudkerk had twijfels over de onafhankelijkheid van bedrijfsartsen en Arbo-diensten, zeker omdat deze diensten vaak deel uitmaken van verzekeringmaatschappijen of zijn verbonden aan ziekenhuizen. Ook bij hem was de vraag gerezen wat de verplichte inzet van Arbo-diensten eigenlijk concreet heeft opgeleverd, zeker nu is aangegeven dat in het

MKB werkgevers vaak alleen een minimaal contract met een Arbo-dienst sluiten en verder de zaken zelf regelen.

Hij wilde graag concreet horen, eventueel op een later tijdstip, hoe vanaf 1 november het «aanvalsplan» van betrokken partijen precies gaat lopen. Hij zag het gevaar dat de noodzakelijke inhaalslag niet gemaakt kan worden, waardoor de goede private initiatieven niet in de reguliere zorg geïncorporeerd kunnen worden en de onacceptabele tweedeling toch een feit wordt.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) had met genoegen gehoord dat de minister niet van plan is om te pogen tot een verbod te komen op initiatieven die zorg aanbieden buiten de reguliere zorg om.

Zij wilde de evaluatie per 1 maart a.s. van de aanpak van de wachtlijsten afwachten, maar als er dan geen resultaat blijkt te zijn, zal naar andere middelen omgekeken moeten worden om de wachtlijsten te bekorten. Zij zou er geen bezwaar tegen hebben als bedrijfsartsen meer mogelijkheden krijgen om mensen te verwijzen.

De heer **Buijs** (CDA) zag hetgeen nu wordt voorgesteld, nog steeds als symptoombestrijding. De wezenlijke problematiek ligt in de lengte van de wachtlijsten en in de privatisering van de Ziektewet. In eerste termijn had hij al een aantal suggesties gedaan om het doel op een eenvoudiger manier te bereiken dan met de nu voorgestelde bureaucratische structuur. Hij onderschreef dat de onafhankelijke positie van bedrijfsartsen al is vastgelegd. Zij hebben er zelf ook alle belang bij om zich onafhankelijk op te stellen. Als ze dat niet meer doen, worden ze een instrument in handen van de werkgever.

Hij vond het niet terecht om toch weer een indeling te maken in de zin van: 30% is arbeidsgerelateerd en 70% niet. Hij pleitte hier voor een holistische benadering, want mensen hebben nooit alléén een muisarm. Die muisarm maakt deel uit van een mens als geheel met velerlei facetten en bepaalde psychische aandoeningen kunnen ook arbeidsgerelateerde problemen in de hand werken.

Mevrouw **Kant** (SP) stelde dat de minister medeverantwoordelijk is voor het afschaffen van de Ziektewet en primair verantwoordelijk is voor het ontstaan van wachtlijsten in de afgelopen jaren. Als reactie daarop zijn er commerciële initiatieven gekomen, waardoor ongelijkheid ontstaat, maar de minister zegt alleen maar dat ze daar niets aan kan doen. Mevrouw Kant vond dat niet terecht; de minister kan er wel degelijk wat aan doen. Vrijwel iedereen hanteert het uitgangspunt dat voorrang in medische zorg alleen afhankelijk mag zijn van medische criteria, niet van extra betaling door de werkgever of de werknemer zelf. Binnen de reguliere ziekenhuizen wordt ook de hand gehouden aan dit uitgangspunt, maar daarbuiten wordt wel degelijk toegelaten dat mensen voor wie de werkgever betaalt, voorrang krijgen. Zij pleitte ervoor dat de commerciële initiatieven weer in de reguliere zorg worden opgenomen. Wellicht kan hiervoor dezelfde weg worden gevolgd die indertijd is gevolgd voor privé klinieken. Deze zijn toen aan vele voorwaarden gebonden, met als doel ze gaandeweg te laten uitsterven. In de geestelijke gezondheidszorg opereren nu zelfs binnen de reguliere zorg commerciële stichtingen. Al met al wilde zij zich niet neerleggen bij de nu ontstane situatie. Zij stelde zich voor hierover in een plenair debat een uitspraak van de Kamer te vragen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) stelde vast dat zij fundamenteel van mening verschilt met de staatssecretaris. Arbo-diensten beschikken over deskundigen in vier categorieën: arbeids- en organisatiedeskundige, bedrijfshygiënist, veiligheidskundige en bedrijfsarts. Als een werkgever dan alleen een zogenaamde tientjescontract met een Arbo-dienst sluit,

komen de deskundigheden in die dienst die juist in preventief opzicht van belang zijn, onvoldoende tot hun recht. De werkgever moge dan het bespaarde geld inzetten voor het inkopen van dienstverlening op de markt, maar dan gaat het altijd om curatief ingrijpen, terwijl het geld vooral dient te worden besteed aan preventie in de arbeidssituatie, waar de werkgever trouwens direct voor verantwoordelijk is.

Zij beseft zeer wel dat de bedrijfsarts op basis van onder andere het professioneel statuut een onafhankelijke positie heeft, maar anderzijds is een bedrijfsarts ook werknemer van een Arbo-dienst die bedrijfsmatig moet concurreren met andere Arbo-diensten. Bovendien zijn deze diensten vaak onderdeel van een concern waarin ook de verzekering-maatschappij zit die de loondoorbetaling bij ziekte heeft verzekerd. De vraag is dan ook hoe onafhankelijk de bedrijfsarts in de praktijk echt kan zijn.

Zij wees erop dat werknemers met tijdelijke contracten en uitzendkrachten niet de bescherming genieten van twee jaar loondoorbetaling bij ziekte. Dat klemt temeer nu het aandeel van dit soort werknemers in het totale werknemersbestand stijgt, hetgeen trouwens kabinetsbeleid is.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) zag zeker het nut in van de kennis- en expertisecentra. Het ontwikkelen en bundelen van kennis en het bevorderen van een betere communicatie zijn immers van belang. Positief vond zij de teneur van het antwoord dat de contracten met Arbo-diensten meer gericht moeten worden op inzet van arbeidsdeskundigheid en minder op medicalisering. Anderzijds kan, gezien de ontwikkelingen in de WAO, niet gezegd worden dat het werken met Arbo-diensten sinds 1992 een succes is. Welke garantie is er dan dat het in de toekomst beter zal gaan? Zij had daarom de suggestie gedaan om het zwaartepunt meer te leggen bij de werknemer zelf door deze de mogelijkheid geven om zelf advies in te winnen.

De **minister** was voornemens om het «aanvalsplan», zodra het definitief is vastgesteld, aan de Kamer te zenden, opdat de Kamer zelf kan zien wat het plan precies inhoudt. Verder wees zij op de rapporten van Prismant over de besteding van de 130 mln. aan wachtlijstgelden die tot nu toe beschikbaar waren voor ziekenhuizen en RIAGG's. Deze gelden zijn, aldus de rapporten, goed besteed, omdat er extra behandelingen voor zijn gedaan en extra specialisten voor zijn aangesteld. Daarnaast constateert Prismant echter ook dat dit bedrag onvoldoende was om de inhaalslag te maken en tegelijkertijd structureel op het goede niveau terecht te komen. Belangrijke effecten kunnen dus pas worden verwacht als de nu voorgestelde extra intensiveringen tot besteding kunnen komen.

Zij was inderdaad niet van plan om een poging te doen de huidige initiatieven te verbieden, want zij vond het goed dat deze initiatieven ten behoeve van werknemers genomen worden. Deze kunnen niet vergeleken worden met privé-klinieken, want in die klinieken biedt een zorgverlener direct zorg aan een individuele burger die geld op tafel wil leggen. Bij de huidige initiatieven is er geen relatie met een individuele patiënt, maar met een werkgever die via zijn Arbo-dienst goede zorg voor zijn werknemers wil kopen. Zij verwachtte dat in de komende tijd deze «tweedeling» tussen werknemers en niet-werknemers vanzelf gaat verdampen, omdat de Arbo-zorg steeds meer arbeidskundig en minder medisch wordt en omdat de wachttijden in de reguliere zorg tot een aanvaardbare lengte zullen worden teruggebracht.

Ten slotte zei zij, overleg te voeren met de IGZ over een mogelijke rol van de inspectie bij het beoordelen van de vraag, in welke mate bedrijfsartsen in de praktijk echt een onafhankelijke positie kunnen innemen.

De **staatssecretaris** zei dat het op zichzelf mogelijk is om bijvoorbeeld in het najaarsoverleg met de sociale partners een betere invulling van Arbo-

zorg aan de orde te stellen, maar daar valt dan weinig van te verwachten omdat het najaarsoverleg niet het goede niveau daarvoor is. Dit punt moet op het niveau van het individuele bedrijf aan de orde komen. In veel van de inmiddels gesloten Arbo-convenanten wordt al veel aandacht gegeven aan reïntegratie in het eerste ziektejaar en afspraken over verzuimbegeleiding, maar uiteindelijk zal dit concreet vorm moeten krijgen in het individuele bedrijf.

Werknemers zijn in de gelegenheid om bij een conflict met de bedrijfsarts rond ziekte een second opinion te vragen bij de UVI. Van die gelegenheid wordt echter jaarlijks maar in 4000 gevallen gebruik van gemaakt, waarbij in 50% van de gevallen de werkgever gelijk krijgt en in de andere 50% van de gevallen de werknemer. Uit deze cijfers blijkt dat niet gesteld kan worden dat de bedrijfsarts zich consequent aan de zijde van de werkgever schaart.

Ter vermindering van een mogelijk misverstand zei hij, zeker niet te willen pleiten voor minimale Arbo-contracten.

Het percentage flexibele arbeid, zoals uitzendwerk, ligt al een aantal jaren op ongeveer hetzelfde niveau.

De verplichting om een Arbo-dienst te contracteren, geldt niet vanaf 1992, maar voor een aantal sectoren vanaf 1994 en voor een aantal andere sectoren vanaf 1998. Het is voor de werknemer mogelijk om zelf contact op te nemen met de Arbo-dienst, bijvoorbeeld de bedrijfsarts, ook bij minimale Arbo-contracten. Verder is er, zoals gezegd, het voornemen om de verantwoordelijkheden van de werknemer in het eerste ziektejaar te versterken, waarbij het niet alleen over mogelijkheden voor de werknemer, maar ook om verplichtingen van de werknemer gaat.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Essers

De voorzitter van de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
Terpstra

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen