

Vergaderjaar 1998–1999

26 200 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1999

Nr. 86

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 augustus 1999

Naar aanleiding van Kamervragen over bedrijfsklinieken, arbo-dienstverlening en voorrangszorg hebben wij de voorzitter van de Tweede Kamer een notitie toegezegd over het grensvlak tussen arbozorg en de reguliere (somatische en geestelijke) gezondheidszorg. Een zelfde toezegging is ook in het Beleidsdebat Eerste Kamer gedaan.

In deze notitie leggen wij u een kader voor waarbinnen het naar ons oordeel mogelijk is met initiatieven op het grensvlak van reguliere gezondheidszorg en arbo-zorg op een aanvaardbare wijze om te gaan. Deze lijn past binnen het huidige beleid voor een structurele aanpak van de wachttijden in de zorgsector.

Vooraf

Psychische stoornissen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat zijn de belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Voor beide aandoeningen bestaan (in de gespecialiseerde zorg) nog lange wachttijden. Werkgevers hebben er extra geld voor over om hun werknemers snel en effectief te helpen weer aan de slag te gaan. Per saldo levert dat een besparing op omdat de kosten van doorbetaling bij langer ziekteverzuim (veel) hoger zijn dan de extra uitgaven voor de ingekochte zorg.

Teneinde uitval door ziekte te voorkomen en een snelle terugkeer op het werk te bevorderen, sluiten werkgevers contracten met arbo-diensten: deze diensten maken afspraken met de gezondheidszorg over toegespitste en snelle hulp. Hiermee krijgen overigens ook de noodzakelijke verbreding en verdieping van de contracten tussen arbodiensten en werkgevers een impuls. Ook verzekeraars op het terrein van de sociale zekerheid zoeken naar dergelijke oplossingen om te voorkomen dat verzekerden in de WAO geraken.

De reden voor het handelen van werkgevers is tweeledig:

1. lange wachttijden in de reguliere zorg voor de behandeling van psychische stoornissen en de aandoeningen aan het bewegingsapparaat;
2. volgens werkgevers wordt in de reguliere zorg niet altijd de optimale aanpak gekozen voor een snel herstel. Zij ervaren dat private instituten van eerste lijnspsychologen snelle en goede resultaten boeken bij werknemers met psychische problemen. Ook voor veel voorkomende klachten aan het bewegingsapparaat bestaan buiten de reguliere zorg effectievere behandelmethoden.

Er is dus niet alleen sprake van een kwantitatief probleem, maar ook van een kwalitatief probleem.

Huidige ontwikkelingen

In de zorgsector ontwikkelt zich een trend om in te spelen op het werkgeversbelang en om in de marge van het reguliere circuit of geheel buiten het reguliere circuit om initiatieven te ontwikkelen gericht op arbeidsgerelateerde aandoeningen, gefinancierd door werkgevers. Het gaat vooral om preventie, beperkte diagnostiek, begeleiding en advies en snelle en kortdurende behandeling. Ook de reguliere instellingen beginnen meer aandacht te geven aan toegespitste zorg voor aandoeningen die met de arbeid te maken hebben.

Over de zorginhoudelijke aspecten van het aanbod dat thans wordt ontwikkeld zijn wij in principe positief. Het valt immers toe te juichen dat een meer effectieve aanpak wordt ontwikkeld voor veel voorkomende oorzaken van ziekteverzuim. Maar ook bij initiatieven in de reguliere zorg kunnen er naast voordelen ook nadelen verbonden zijn aan extra inzet van financiële middelen door werkgevers.

De voordelen:

- vergroting van de capaciteit in de zorg door de extra financiering met private middelen;
- een betere benutting van de beschikbare kostbare faciliteiten;
- het voorkómen van het ontstaan van een omvangrijk «privaat» circuit ;
- het voorkómen van het wegzuigen van deskundigheid en schaars personeel;
- het inzetten van financiële middelen door werkgevers stelt de reguliere zorg in staat om deskundigheid op het terrein van arbeidsrelevante aandoeningen te ontwikkelen.

De potentiële nadelen:

- het risico van een ondoorzichtige vermenging van publieke en private middelen;
- het gevaar van een toename van – ondoorzichtig en ongewenst – strategisch gedrag bij instellingen en beroepsbeoefenaren;
- waar sprake is van een nagenoeg volledige benutting van het beschikbare aanbod (personeel!), kunnen de extra financiële middelen leiden tot een verdringing van de noodzakelijke (regulier gefinancierde) zorg, waardoor de wachtlijsten voor niet-werknemers gaan toenemen.

Twee uitgangspunten moeten worden verenigd:

1. Mensen in gelijke medische omstandigheden hebben recht op gelijke medische behandeling. Dit uitgangspunt wordt breed gedragen door het Nederlands publiek;
2. Het is dringend gewenst dat het hoge ziekteverzuim en de hoge instroom in de WAO bestreden worden, in de eerste plaats in het

belang van de betrokken werknemers, maar ook in het belang van de samenleving als geheel.

Ons streven is om beide uitgangspunten in ons beleid te verenigen omdat wij ze beide belangrijk vinden. Het is daarbij uiteraard van belang de genoemde voordelen te benutten en de nadelen te ondervangen.

In de volgende paragrafen zetten wij eerst kort uiteen welk beleid reeds door ons in gang is gezet om de wachttijden in de zorg te verminderen en de kennis en expertise op het gebied van arbeidsgerelateerde aandoeningen te vergroten. Vervolgens zetten wij uiteen welk aanvullend beleid wij wenselijk achten op het gebied van specifieke zorg voor werknemers in het licht van onze beide uitgangspunten.

Huidig beleid

Al enkele jaren is ons beleid gericht op een aanpak van de geschetste dubbele problematiek.

1. Vermindering wachttijden:

In de vorige kabinetsperiode is met de aanpak van de lange wachttijden een begin gemaakt. In 1997 en 1998 heeft het kabinet respectievelijk 50 en 75 miljoen extra beschikbaar gesteld voor een gerichte aanpak van problematische wachttijden. Voorwaarde bij het toekennen van deze middelen is dat de deelnemende ziekenhuizen en instellingen voor de ggz. medewerking verlenen aan een goede wijze van wachttijdregistratie. Voor de ziekenhuizen heeft het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) een systeem van uniforme registratie van wachttijden ontwikkeld.

Ook is er een onafhankelijk team ingesteld; de zgn. wachtlijstbrigade. Dit team gaat na ontvangst van een signaal ter plekke snel en nauwkeurig de oorzaken na van een gesignaleerd wachtlijstprobleem. Met het veld zijn afspraken gemaakt over maximaal aanvaardbare wachtduur en eenduidige indicatiestelling voor de vaststelling van urgentie.

Dit beleid heeft resultaat gehad; als voorbeeld noemen wij de openhartchirurgie en de dotteroperaties. Het ingezette beleid heeft inmiddels geresulteerd in een substantiële reductie van de wachttijden en wachtlijsten. (in vergelijking met 1997 is in 1999 het aantal patiënten dat meer dan 3 maanden op een hartoperatie moet wachten met 70 % verminderd en het aantal patiënten dat meer dan 2 maanden op een dotterbehandeling moet wachten met 80%) In deze kabinetsperiode is het doel ook de wachttijden voor de niet-levensbedreigende aandoeningen tot een aanvaardbare lengte terug te brengen. Het «Plan van Aanpak» voor een structurele aanpak van wachtlijsten en wachttijden dat een groot aantal partijen, op initiatief van de Tweede Kamer, begin 1998 presenteerde, heeft uiteindelijk zijn weerslag gevonden in het Regeerakkoord 1998 en daarna in de Meerjarenafspraken. De jaarlijkse groeiruimte voor de zorgsector is opgetrokken van 1,3% naar 2,3% per jaar. Daarnaast is voor 1999 en volgende jaren 130 miljoen per jaar gereserveerd voor de uitvoering van het plan van aanpak. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) heeft inmiddels een beleidsregel opgesteld voor de verdeling van dit geld over de instellingen. In de ggz zijn aldus inmiddels ruim 140 000 behandelcontacten extra gerealiseerd. Op 25 januari jl. is het «Platform aanpak wachttijden curatieve zorg», (Platform) onder voorzitterschap van drs. D.J.D. Dees, van start gegaan. Dit Platform draagt zorg voor de verdere uitwerking van het plan van aanpak en richt zich onder andere op het verbeteren van de transparantie en registratie van wachttijden. Voorwaarde voor de toewijzing van de extra middelen voor het oplossen van wachtlijsten is onder meer dat het betrokken ziekenhuis het NZi-registratiesysteem hanteert en elk kwartaal een

overzicht van de stand van zaken produceert. Inmiddels ontwikkelen zich diverse initiatieven rond publieksinformatie over wachttijden. Dat lange wachttijden niet alleen een kwestie van geld zijn, maar ook een kwestie van organisatie van het zorgproces, wordt fraai geïllustreerd door de eerste resultaten van een door VWS gefinancierd ZON-project in 8 ziekenhuizen. Voor een aantal veel voorkomende klachten (knieletsel, rugklachten) blijkt het mogelijk om de hele wacht- en behandel tijd drastisch te bekorten.

De bovenbeschreven aanpak van de lange wachttijden voor behandeling in ziekenhuizen begint vruchten af te werpen: de wachttijden voor ingrepen aan hart, ogen en bewegingsapparaat zijn significant terugge- lopen. Dit vinden wij een belangrijke randvoorwaarde voor het toestaan van arbozorg initiatieven.

2. Verbetering van kennis en organisatie op het gebied Arbeid en Zorg:

Onlangs heeft eerste ondergetekende de beleidsvisie kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen gepubliceerd. Thans melden instellingen zich aan om als kenniscentrum te worden aangewezen. Het Platform heeft recent voorstellen geformuleerd met een nadere uitwerking van regionale samenwerkingsverbanden gericht op een betere aanpak van arbeids- relevante aandoeningen. De voorstellen richten zich vooral op twee punten:

1. het bevorderen van de ontwikkeling van regionale samenwerkingsver- banden tussen curatieve zorgverleners en arbo-diensten;
2. het versterken van de wisselwerking tussen regionale samenwerkings- verbanden, regionale en landelijke kenniscentra op het terrein van arbeidsrelevante aandoeningen en de arbo-infrastructuur.

Een van de belangrijkste structurele problemen is de nog onvoldoende samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. Om dit probleem aan te pakken heeft Zorg Onderzoek Nederland (ZON) de opdracht gekregen een programma uit te voeren dat een bijdrage moet leveren aan betere samenwerking tussen de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector: projecten op het terrein van deskundigheidsbevordering worden opgezet, de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen voor samen- werking wordt gestimuleerd en regionale initiatieven gericht op samen- werking worden ondersteund en geëvalueerd. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) werken nu aan het ontwikkelen van concrete plannen om hun inmiddels gemaakte samenwerkingsafspraken te operationaliseren en te implementeren. Deze voorstellen komen ook aan de orde in het Platform.

De volledige uitvoering van het huidige beleid zal nog enkele jaren in beslag nemen. Dit geldt zowel voor het terugdringen van problematische wachttijden als voor de ontwikkeling van landelijke kenniscentra, de regionale samenwerking en de betere samenwerking huisarts arbo-arts. De druk op snellere zorg voor werknemers zal dan ook voorlopig nog blijven bestaan. Daarom is op dit punt aanvullend beleid nodig.

Aanvullend beleid

Kern van ons aanvullend beleid is dat instellingen extra inkomsten kunnen genereren dus geen verrekening met hun budget wanneer zij door de werkgever bekostigde arbeidsgerelateerde zorg leveren aan werknemers onder strikte voorwaarden.

Op dit moment maken reguliere zorgaanbieders al met enige regelmaat afspraken met arbodiensten of werkgevers over zorgverlening specifiek voor werknemers. Wij vinden het van belang deze ontwikkeling in goede banen te geleiden.

Wij achten het opstellen van een gedragscode hiervoor nodig. Zo'n code biedt een houvast voor betrokken partijen om zich verantwoord te gedragen. Partijen moeten duidelijk laten zien dat publieke en private gelden in de zorg gescheiden blijven. Bovendien moet vastliggen dat de extra inkomsten ten goede komen aan publieke doelen en dat de extra activiteiten niet ten koste gaan van de zorg aan niet-werknemers.

Betrokken partijen bij zo'n code zijn in ieder geval arbodiensten, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg. Wij zijn van oordeel dat zij gezamenlijk zo'n gedragscode moeten formuleren. Het is niet nodig dat de code een landelijk geldende formulering krijgt, omdat de situatie per regio verschillend is. Wel moet iedere code aan dezelfde randvoorwaarden voldoen. Deze randvoorwaarden staan in de volgende paragraaf opgesomd. Door de betrokkenheid van arbo-diensten en de werkgevers bij de code kan een vorm van publiek/private samenwerking ontstaan tussen bedrijfsleven en de reguliere zorgsector.

De gedragscode dient ter goedkeuring aan de Regionale Inspectie voor de volksgezondheid te worden voorgelegd. Bij de beoordeling door de inspectie zal het aspect van een breed draagvlak in de regio een belangrijke factor zijn. Ook zal de inspectie toezien op de daadwerkelijke naleving van de code.

Wij zullen met het veld in de komende maanden deze opzet verder uitwerken. Het Platform Aanpak Wachttijden waarin alle betrokken partijen participeren, is daarvoor naar ons oordeel een geschikt forum. Die uitwerking zullen wij u vervolgens voorleggen.

Intussen zullen wij het COTG verzoeken te regelen dat inkomsten verkregen uit door de werkgever bekostigde arbeidsgerelateerde zorg als aanvullend op het budget worden beschouwd. De beleidsregel zal moeten inhouden dat instellingen voor arbeidsgerelateerde zorg extra inkomsten kunnen genereren dus geen verrekening met het budget indien men de door de inspectie goedgekeurde gedragscode kan tonen. De netto-opbrengsten zullen ten goede moeten komen aan de zorgverlening. Het COTG dient een en ander te toetsen mede aan de hand van de jaarrekening van de instellingen. Een dergelijke beleidsregel zou er nog dit najaar moeten liggen.

Er is inmiddels een aanpassing van de «Regeling jaarverslaggeving ziekenhuisvoorzieningen» ex. art. 23 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) in voorbereiding. Naar verwachting is deze aanpassing rond 1 januari 2000 afgerond.

Door toepassing van deze nieuwe regeling wordt de scheiding van financiële stromen transparant in administratie en verslaglegging. Dit voorkomt «kruissubsidiëring» oftewel de kans dat publiek geld voor andere doeleinden wordt ingezet.

Basiseisen aan de code

Het aanvullend beleid en dus ook de code heeft betrekking op het gehele terrein van de gespecialiseerde, tweedelijns zorg. De gedragscode moet voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. de code dient tenminste te zijn getekend door de betrokken gecertificeerde arbodienst(en), zorgverzekeraar(s) en aanbieder(s) van zorg;
2. in de code dient te zijn vastgelegd op welke arbeids-gerelateerde aandoeningen de afspraken tussen arbodienst en aanbieder zich richten; waar die afspraken op hoofdlijn uit bestaan, hoe deze afspraken zich verhouden tot de overige zorgverlening, voor welke

- duur de afspraken gelden, om welk type verrichtingen het gaat en welke deskundigheid de aanbieder inbrengt;
3. in de code dient te zijn neergelegd hoe bereikt wordt dat de extra activiteiten niet ten koste gaan van de zorg aan niet-werknemers;
 4. de code dient een regeling te bevatten inhoudende dat ingeval van schaarste aan personeel (waaronder medisch specialisten) danwel faciliteiten het primaat wat betreft de inzet van personeel en middelen ligt bij de reguliere zorg;
 5. zorg kan alleen worden gecontracteerd door of namens gecertificeerde arbodiensten;
 6. in de regio moeten afspraken zijn gemaakt tussen huisartsen en bedrijfsarts over de (eventuele directe) verwijzing door de bedrijfsarts naar de tweedelijns zorg en de voorwaarden waaronder. Die afspraken moeten bij de code zijn gevoegd;
 7. voor de somatische zorg geldt dat de code alleen kan worden afgesloten door ziekenhuizen die met hun wachttijden binnen aanvaardbare grenzen blijven. Door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) worden thans voorstellen ontwikkeld voor genormeerde levertijden. Deze normen zullen – na vaststelling – gaan gelden als aanvaardbare grenzen. In de ggz kunnen instellingen de code afsluiten onder de voorwaarde dat de wachttijden binnen een jaar een aanvaardbare lengte hebben;
 8. het vorige criterium geldt in ieder geval wat betreft die specialismen die betrokken zijn bij de arbeidsrelevante aandoeningen. Indien in het ziekenhuis elders problematische wachttijden voorkomen dienen er tenminste afspraken te zijn gemaakt – en in de code opgenomen – op welke wijze en termijn die tijden binnen de door ZN genormeerde levertijden worden gebracht;
 9. de wachttijden dienen via het NZI registratiesysteem, respectievelijk via het nog in ontwikkeling zijnde- registratiesysteem binnen de ggz inzichtelijk te worden gemaakt. Deze informatie moet voor het publiek toegankelijk zijn;
 10. voor de geestelijke gezondheidszorg geldt ten aanzien van de aanvaardbaarheid van wachttijden het volgende. Het Trimbos-instituut heeft onlangs onderzocht in welke mate de bestaande wachttijd-normen mogelijk gezondheidsschade opleveren voor mensen op de wachtlijst voor ambulante ggz-hulp. In samenspraak tussen de Inspectie voor de Volksgezondheid, ggz-partijen en ZN zullen nieuwe normen worden ontwikkeld. Die normen zullen naar verwachting in de loop van 2000 gaan gelden als aanvaardbare wachttijden;
 11. in de code moet zijn neergelegd op welke wijze de netto-opbrengsten ten goede moeten komen aan de zorgverlening;
 12. tenslotte gelden als voorwaarde voor de inzet van extra middelen dat de aanwending van de financiële middelen volstrekt transparant is en de publieke en private gelden zijn gescheiden. Dit alles conform de Regeling jaarverslaggeving ziekenhuisvoorzieningen ex. art. 23 WZV.

Slot

Het aanvullende beleid hoeft geen betrekking te hebben op de eerstelijns gezondheidszorg. De eerstelijns gezondheidszorg kent geen wachtlijsten. Er is dan ook geen sprake van initiatieven die duiden op voorrang voor bepaalde groepen patiënten. Er zijn binnen de eerste lijn wel initiatieven die zich richten op de specifieke behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen. Arbo-diensten hebben afspraken met psychologen en fysiotherapeuten. Inmiddels hebben zich aldus diverse private initiatieven ontwikkeld (beperkt van opzet) op het terrein van fysiotherapie, maatschappelijk werk en psychologie. Het gaat om hulpaanbod, specifiek gericht op arbeidsrelevante aandoeningen. Werkgevers zijn enthousiast over de resultaten. Het is een prikkel voor de

reguliere zorg om ook voor verwante, niet- arbeidsgerelateerde aandoeningen dergelijke snelle, effectieve hulp te ontwikkelen. Wij achten dit een goede ontwikkeling die ook richting kan geven aan de gespecialiseerde, tweedelijns gezondheidszorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
J. F. Hoogervorst