

Vergaderjaar 2020–2021

25 883

Arbeidsomstandigheden

Nr. 416

BRIEF VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 juni 2021

In vervolg op eerdere toezeggingen van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)¹ treft u hierbij, mede namens de demissionair Minister voor Medische Zorg, een eerste beleidsreactie op het eindadvies van de Kwaliteitstafel bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (Kwaliteitstafel). Bij de beleidsreactie is tevens de evaluatie van de wijziging van de Arbowet 2017 en de evaluatie van de afronding van het beleidsprogramma Toekomst Arbeidsgerelateerde zorg (TAZ)² betrokken.

Gezien de demissionaire status van het kabinet kan op dit moment niet op alle onderdelen van het advies van de Kwaliteitstafel een reactie gegeven worden. Dit betreft de onderdelen waar het gaat om mogelijke wijzigingen van het stelsel met financiële consequenties voor de Rijksbegroting. Het is aan een volgend kabinet om hierover een besluit te nemen. De tussenliggende periode wordt gebruikt om de besluitvorming door het volgende kabinet voor te bereiden. We zijn in overleg met de beroepsgroepen en andere betrokkenen om te bezien hoe opvolging kan worden gegeven aan de adviezen van de Kwaliteitstafel.

In het laatste deel van deze brief wordt ook ingegaan op de motie van het lid Van Weyenberg (D66) c.s. inzake klinisch arbeidsgeneeskundigen³ en de motie van de leden Van Weyenberg en Jasper van Dijk over extra ondersteuning voor stichting C-support⁴.

¹ Kamerstuk 25 883, nrs. 391 en 392

² Kamerstuk 25 883, nr. 247.

³ Kamerstuk 35 570 XV, nr. 56

⁴ Kamerstuk 35 570 XV, nr. 55

1. Eerste reactie op advies Kwaliteitstafel

De Kwaliteitstafel heeft naast het eindadvies mooie producten opgeleverd ter versterking van het kennis- en kwaliteitsbeleid in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde en is erin geslaagd draagvlak te realiseren voor kwalitatieve en inhoudelijke veranderingen⁵. Dat is waardevol en hiermee is een stap in de goede richting gezet. Tegelijk is duidelijk dat er nog veel te doen is. Het tekort aan bedrijfs- en verzekeringsartsen is nog steeds actueel en wordt steeds urgenter. De instroom in de opleidingen is weliswaar toegenomen maar nog altijd te laag en het verschil tussen de gerealiseerde en geadviseerde instroom in de opleidingen is de laatste jaren groter geworden (zie figuur). De lage instroom is onder andere te wijten aan de onbekendheid van het beroep, beperkte stagemogelijkheden en het ontbreken van structureel kennis- en kwaliteitsbeleid. Door het structurele tekort zijn er ook te weinig praktijkbegeleiders die jonge artsen kunnen opleiden. Het is duidelijk dat de markt, die verantwoordelijk is voor het bekostigen van de opleidingen van bedrijfsartsen en de arbeidsgelateerde zorg, afgelopen jaren zelf niet in staat is geweest dit probleem op te lossen. Werkgevers kopen vooral wettelijk verplichte verzuimbegeleiding in en er is onvoldoende prikkel om te investeren in de opleidingen en in de andere onderdelen van de arbodienstverlening zoals de eveneens wettelijk verplichte preventieve zorg.



Bron: Capaciteitsorgaan, 2019, p. 3, 25 en 33; instroomcijfers in 2019 zijn gebaseerd op schattingen van de opleidingen en beroepsverenigingen

Goede arbeidsgelateerde zorg voorkomt uitval van werkenden en bevordert effectieve re-integratie, met als gevolg een duurzaam inzetbare beroepsbevolking en minder instroom in WIA en ZW. Door het tekort aan bedrijfs- en verzekeringsartsen kan de arbeidsgelateerde zorg ernstig in de knel komen en kunnen de kosten voor zorg en sociale zekerheid oplopen. Dat willen wij voorkomen. Dit is zeker nu van belang gezien de coronacrisis. COVID-19 heeft gevolgen voor alle werkenden en in veel gevallen ook voor hun inzetbaarheid. Daarbij komt dat ook voor COVID-19 testen en vaccinaties, voor een goede advisering van werkgever en werknemer en voor (na)zorg voldoende bedrijfsartsen noodzakelijk zijn.

De Kwaliteitstafel adviseert om de problemen fundamenteel aan te pakken door de overheid structureel mee te laten financieren aan het kennis- en kwaliteitsbeleid en aan een structureel opleidingsfonds. Daarbij zou het meest urgente probleem van het capaciteitstekort van bedrijfsartsen volgens de Kwaliteitstafel kunnen worden opgelost met een tijdelijk hybride noodfonds voor de duur van vier jaar. Met «hybride» wordt bedoeld dat de overheid en private partijen beiden financieel bijdragen aan dit noodfonds. De commissie Heerts⁶, de Long Alliantie Nederland

⁵ Idem 1, zie bijlage Gezond aan het werk, ieder zijn deel.

⁶ Commissie Vergemakelijking schadeafhandeling beroepsziekten, «Stof tot nadenken», 2020.

(LAN)⁷ en de artsenfederatie KNMG⁸ kwamen eerder tot vergelijkbare adviezen. Uit een internationale vergelijking blijkt dat in een aantal andere Europese landen specialisaties tot bedrijfsarts gedeeltelijk worden gefinancierd door de overheid, waardoor een deel van de kosten wordt gedragen door de gemeenschap.⁹

Vorbereidende verkenningen t.b.v. besluitvorming door nieuw kabinet

Ter voorbereiding van de besluitvorming van een nieuw kabinet worden momenteel op basis van het advies van de Kwaliteitstafel mogelijke scenario's verkend ter verhoging van de instroom in de opleiding van bedrijfsartsen en ter verbetering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Om een beeld te schetsen van de denkrichtingen wordt hieronder kort in kaart gebracht welke varianten voor tijdelijke en structurele oplossingen worden verkend.

Variant 1: Noodmaatregel met tijdelijke publieke medefinanciering

Allereerst wordt gekeken naar mogelijkheden om het meest urgente probleem, namelijk het capaciteitsgebrek bij bedrijfsartsen, aan te pakken. Gedacht wordt aan een noodmaatregel in de vorm van een tijdelijke mede-financieringsregeling van vier jaar voor het opleiden van meer bedrijfsartsen (en eventueel andere arbozorgprofessionals) die moet leiden tot het creëren van extra opleidingsplekken. De opleidingen tot verzekeringsarts werkzaam bij UWV worden al geheel door de overheid gefinancierd en worden daarom niet meegenomen in deze verkenning. Een mogelijke regeling zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat opleidende arbodiensten een financiële bijdrage vragen aan de overheid voor de inzet van bedrijfsartsen voor het opleiden van startende bedrijfsartsen, om zo een grotere instroom in de opleidingen mogelijk te maken. Op deze manier wordt de drempel weggenomen dat praktiserende bedrijfsartsen niet als praktijkbegeleider kunnen bijdragen aan de opleiding. Wanneer de overheid de helft van de kosten op zich zou nemen betekent dit, in een eerste ruwe schatting, op basis van een instroom van 100 artsen een bedrag van tussen € 3.125.000 – € 4.800.000 in het eerste jaar, oplopend tot tussen € 7.812.500 – € 12.000.000 in het vierde jaar. Daarbij uitgaande van een oplopende instroom van 250 jonge artsen in de opleiding.¹⁰

Ook wordt verkend of er mogelijkheden zijn om op een andere wijze meer bedrijfsartsen te werven, bijvoorbeeld door zogenaamde zij-instromers uit andere medische beroepen te activeren (bijvoorbeeld na een gerichte verkorte opleiding) of door gepensioneerd en zzp'ers in te zetten als praktijkopleiders, waardoor de capaciteit wordt vergroot en meer jonge artsen kunnen worden opgeleid. Mogelijkheden om ook kleine arbodiensten beter te betrekken kunnen verder worden verkend. Het kabinet realiseert zich voorts dat ook het tekort aan verzekeringsartsen nog steeds een probleem is. Het is noodzakelijk om zowel aan de vraag- als aanbodkant maatregelen te nemen om de toekomst van het sociaal-medisch beoordelen veilig te stellen. U bent hierover in de brief van 9 april 2021 geïnformeerd.¹¹

⁷ Bron: www.longalliantie.nl/manifest, bezocht op 10-5-2021.

⁸ KNMG-visiedocument «Zorg die werkt. Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden», KNMG, 2017.

⁹ Prevent (2014), Vergelijkend onderzoek bedrijfsgezondheidszorg in 8 Europese landen (2014), In opdracht van Ministerie van SZW.

¹⁰ Cijfers gebaseerd op Rapport NIVEL en Zorgvuldig Advies, Het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland, juni 2020, p. 24.

¹¹ Kamerstuk 26 448, nr. 645, Toekomst sociaal-medisch beoordelen.

Variant 2: Noodmaatregel + tijdelijke bijdrage aan kennis- en richtlijnontwikkeling

Naast een noodmaatregel voor de opleidingen tot bedrijfsarts (zoals hiervoor geschetst) worden tevens de mogelijkheden verkend voor een tijdelijke stimuleringsregeling voor kennis- en richtlijnontwikkeling voor bedrijfsartsen én verzekeringsartsen. Uit het advies van de Kwaliteitstafel volgt dat waar het gaat om verbetering van het kennis- en kwaliteitsbeleid samenwerking tussen beide beroepsgroepen nodig en gewenst is. Inmiddels is in het kader van de Kwaliteitstafel de eerste gezamenlijke kennisagenda bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde tot stand gekomen. Dat is een goed fundament waarop in (multidisciplinaire) richtlijnontwikkeling en academisering kan worden voortgebouwd. Aanvullend op de kosten van de noodmaatregel (zoals in variant 1 geschetst), komt daar dan een bijdrage aan de kennis- en richtlijnontwikkeling van deze beroepsgroepen bij. De kosten voor richtlijnontwikkeling en academisering worden per jaar geschat op respectievelijk € 700.000 en € 3,2 miljoen.¹² Wanneer de overheid ook hier de helft zou bijdragen (€ 1.950.000) zijn de kosten voor de overheid voor deze variant in een eerste ruwe schatting totaal in het eerste jaar tussen € 5.075.000 en € 6.750.000 en oplopend in het vierde jaar tussen € 9.762.500 en € 13.950.000.

De beroepsgroepen blijven investeren in een duurzame kennisinfrastructuur en het kwaliteitsbeleid. Daarom wordt ten aanzien van richtlijnontwikkeling nagegaan en in beeld gebracht wat er al wordt ondersteund en wat dan de noodzakelijke tijdelijke aanvullende bijdrage van de overheid zou kunnen zijn. Ook zal worden nagegaan hoe er aanvullend medefinanciering kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld via een stimuleringsregeling of een fonds.

Voor verdere academisering wordt verkend hoe mogelijk vervolg kan worden gegeven aan de pilot Academische Werkplaats Arbeid en Gezondheid Nieuwe Stijl en hoe verbinding kan worden gezocht met initiatieven op het gebied van kennisinfrastructuur zoals de commissie Heerts, het initiatief van de Stichting Nationaal Kennis Knooppunt Beroepsziekten (NKKB), het vervolg van het Platform Arbeidsgerelateerde Zorg, het traject Arbovisie 2040 en mogelijkheden tot samenwerking met het KCVG.

Variant 3: Structurele medefinanciering van opleidingen en kennis- en kwaliteitsbeleid

De door de Kwaliteitstafel en andere adviesorganen geadviseerde structurele financiering van de opleiding tot bedrijfsarts en het kennis- en kwaliteitsbeleid met een publieke bijdrage betekent een wijziging van het huidige privaat gefinancierde stelsel van arbeidsgerelateerde zorg. Dit vraagt om een principiële politieke keuze. De totale kosten voor de opleiding tot bedrijfsarts worden geschat op circa € 65.000 – € 96.000 per arts per jaar¹³. Wanneer wordt gekozen voor hybride financiering in een fonds, zoals voorgesteld door de Kwaliteitstafel, zijn de kosten voor de overheid afhankelijk van het aandeel dat de overheid hierin zou nemen en het aantal bedrijfsartsen dat in de opleiding instroomt. Wanneer we hier bijvoorbeeld uitgaan van een structurele bijdrage door de overheid van 25% (ervan uitgaande dat de instroom oploopt) dan zouden de kosten voor de overheid in een eerste ruwe schatting neerkomen op tussen € 16.250 en € 24.000 per arts per jaar. Dat is bij een instroom van 250 arts in totaal tussen € 4 en € 6 miljoen per opleidingsjaar. Vanuit de

¹² Rapport NIVEL en Zorgvuldig Advies Het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland, juni 2020, p.30 (Bijlage bij Kamerstuk 25 883, nr. 391).

¹³ Zie rapport NIVEL en Zorgvuldig Advies.

Kwaliteitstafel is aangegeven dat met gelden uit een mogelijk fonds tevens geïnvesteerd kan worden in verdieping en verbreding van de opleiding. Daarbij kan met name worden gedacht aan het creëren van meer leerwerkplekken en langere stages, waardoor er meer ruimte is voor bedrijfs- en verzekeringsartsen in opleiding om ervaring op te doen op het gebied van preventie.

Daarnaast worden ten behoeve van de besluitvorming in het volgende kabinet mogelijkheden verkend voor een structurele publieke bijdrage aan het kennis- en kwaliteitsbeleid van bedrijfs- en verzekeringsartsen. De implementatie van de eerdergenoemde gezamenlijke kennisagenda, richtlijnontwikkeling en academisering zouden hierin een plaats kunnen krijgen. De kosten voor een meerjarenprogramma voor richtlijnontwikkeling en verdere academisering voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen samen worden per jaar geschat op respectievelijk € 700.000 en € 3,2 miljoen.¹⁴ De sector heeft aangegeven dat de beroepsgroepen hun eigen aandeel in de opleidingen blijven nemen en dat zij blijven investeren in samenwerking met andere disciplines en gezamenlijk onderzoek aan de hand van de vastgestelde kennisagenda, richtlijnontwikkeling en binnen de academische werkplaatsen arbeid en gezondheid.

Tot slot adviseert de Kwaliteitstafel een orgaan in te stellen om de werkzaamheden van de Kwaliteitstafel verder te borgen en de ontstane verbinding in het veld vast te houden. Het eventueel instellen en inrichten van een orgaan is afhankelijk van de keuzes die worden gemaakt over financiering door de overheid.

Voor bovengenoemde kostenramingen is nog geen dekking voorhanden.

2. Verbeteren arbeidsgerelateerde zorg

Naast het advies van de Kwaliteitstafel over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg is de sector continu bezig om de arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren. Wij verwachten ook dat de sector zich, gezien de niet op korte termijn op te lossen tekorten aan bedrijfs- en verzekeringsartsen, blijft inzetten voor het waar mogelijk ontlasten van de beroepsgroepen door bijvoorbeeld op verantwoorde wijze gebruik te maken van taakdelegatie en te investeren in een betere samenwerking tussen arboprofessionals onderling en met de reguliere zorg. Daarnaast kan meer focus op preventie ook winst opleveren voor de beroepsgroepen omdat beroepsziekten door inzet op preventie voorkomen kunnen worden.

Preventie

Voor een goed werkende bedrijfs- en verzekeringsgezondheidszorg is meer aandacht voor preventie van belang. Daarbij kan samen aangesloten worden bij de bredere beweging van (gezondheids-) zorg naar preventie.¹⁵ De kern van het arbobeleid is het voorkomen van gezondheidsklachten door het werk. Er is veel winst te behalen door preventie voorop te stellen, zodat werkenden tijdens hun loopbaan lang gezond, veilig en met plezier kunnen blijven werken, zonder bijvoorbeeld het traject loondoorbetaling bij ziekte, de ZW of de WIA in te moeten stromen. Dit kan een aanzienlijke besparing op de kosten van de sociale zekerheid en de maatschappelijke- en zorgkosten opleveren. De geschatte kosten van werk gerelateerd verzuim bijvoorbeeld zijn jaarlijks € 6 miljard.¹⁶ De Inspectie SZW is van oordeel dat door preventie de meeste beroeps-

¹⁴ Zie rapport NIVEL en Zorgvuldig Advies.

¹⁵ Zie Discussienota Zorg voor de Toekomst, VWS, december 2020 (Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 548).

¹⁶ Arbobalans 2020, TNO, Kamerstukken 25 883 en 29 544, nr. 407

ziekten kunnen worden voorkomen.¹⁷ Toch is, ook na de aanpassing van de Arbowet op dit punt, de aandacht voor preventie nog steeds geen vanzelfsprekendheid. In basiscontracten tussen werkgevers en bedrijfsartsen of arbodiensten worden vaak onvoldoende afspraken gemaakt over preventieve aanpak van arbeidsrisico's. Zo bevat slechts 26% van de basiscontracten afspraken over de advisering door de bedrijfsarts op het gebied van preventie.¹⁸ Dit hangt onder meer samen met het feit dat de opbrengsten en de kosten van preventie in de tijd ver uiteen liggen en voor een groot deel ook niet (geheel) ten goede komen aan de investerende partij. In het lopende traject op weg naar een Arbovisie 2040 wordt daarom ingezet op meer aandacht voor preventie bij alle spelers in het veld, waaronder werkgevers en arbodiensten, en effectievere prikkels in het stelsel om investering in preventie te stimuleren. Om het thema preventie te bevorderen wordt de komende jaren verdere samenwerking aangegaan op onze beleidsterreinen van arbeidsgerelateerde zorg en de volksgezondheid.

Taakdelegatie

Om de toenemende druk op bedrijfs- en verzekeringsartsen te verlichten kan op een verantwoorde wijze gebruik gemaakt worden van taakdelegatie. Een bedrijfsarts kan bepaalde taken door andere professionals laten uitvoeren, maardraagt hierbij altijd zelf de eindverantwoordelijkheid. Taakdelegatie kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit en de effectiviteit van de bedrijfsgezondheidszorg, door bijvoorbeeld ruimte te geven aan de bedrijfs- en verzekeringsartsen om zich meer met preventieve taken bezig te houden. Voor bedrijfsartsen is in 2019 door vertegenwoordigers vanuit het werkveld en met steun van het Ministerie van SZW de Werkwijzer Taakdelegatie¹⁹ tot stand gekomen. De werkwijzer helpt bedrijfsartsen om taakdelegatie goed en verantwoord te organiseren door een stappenplan en praktische hulpmiddelen aan te reiken. De focus van de werkwijzer ligt op «hoe» een bedrijfsarts taken op een zorgvuldige manier kan delegeren, waarbij het belang van werknemers gewaarborgd is. Het is hiermee ook een informatiebron voor andere betrokken partijen, zoals werkgevers, werknemers en taakgedelegeerden. Ook UWV zet in samenspraak met de verzekeringsartsen steeds meer in op verdergaande taakdelegatie. De NVVG neemt het voortouw in de ontwikkeling van een «Handreiking Taakdelegatie verzekeringsartsen in het publieke domein», om een door de beroepsgroep gedragen kader te ontwikkelen waarbinnen een verzekeringsarts taken kan delegeren.

Verbeteren samenwerking

Om de druk op bedrijfsartsen te verlichten en de inzet van zorg voor werkenden effectiever te maken is efficiënte samenwerking tussen arbo(kern)deskundigen onderling en betere samenwerking tussen professionals uit de arbeidsgerelateerde en de reguliere zorg nodig. We zien dat bedrijfsartsen al steeds meer als onderdeel van een divers team werken waardoor de verschillende specialismen beter benut kunnen worden. Met steun van SZW zijn diverse projecten uitgevoerd ter bevordering van de samenwerking tussen de arbeidsgerelateerde zorg en de reguliere zorg. Een voorbeeld daarvan is het Platform Arbeidsgerela-

¹⁷ Staat van arbeidsveiligheid «Iedereen een veilige en gezonde werkplek». Rapport van Inspectie SZW. Utrecht: 2018, p.10 (Bijlage bij Kamerstuk 25 883, nr. 325).

¹⁸ Evaluatie wijzigingen Arbowet», Capgemini Invent, 28 april 2020, p. 12 e.v. (Bijlage bij Kamerstuk 25 883, nr. 392)

¹⁹ Zie: www.arboportaal.nl/documenten/publicatie/2019/02/01/werkwijzer-taakdelegatie, bezocht op 10-05-2021. FNV steunt deze werkwijzer niet, zie brief aan TK d.d. 7 mei 2019, kenmerk 19-058/KJ/RS/LvdJ.

teerde zorg dat voorziet in een behoefte tot uitwisseling van kennis en verbinding tussen professionals uit de arbeidsgerelateerde en curatieve zorg. Zij weten elkaar daardoor beter te vinden en betrekken elkaar bij concrete projecten en pilots.

Ook bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen wordt steeds beter samengewerkt en wordt bijvoorbeeld het advies van de bedrijfsarts over de consequenties voor het werk meegenomen.

Het behouden van werk voor mensen die ziek worden en goede begeleiding van de groeiende groep chronisch zieke werkenden is belangrijk. De samenwerking tussen professionals uit de arbozorg en reguliere zorg gaat echter niet vanzelf, voornamelijk vanwege de verschillen in financiering (privaat en publiek) en onbekendheid met elkaars expertises. Voor werkenden is het van belang dat de factor *werk* in medische behandeltrajecten wordt meegenomen, bijvoorbeeld door het inschakelen van een bedrijfsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige of arbeidshygiënist in het behandelteam. Patiënten worden zo begeleid in het combineren van werk en gezondheid, waarmee de periode van verzuim wordt verkort en bij herstel een soepele overgang terug naar werk beter mogelijk wordt gemaakt. Deze vorm van samenwerking sluit aan bij de ambitie van de medisch specialisten om te groeien naar een systeem van netwerkgeneeskunde, waarbij de behoefte van de patiënt centraal staat met daaromheen een netwerk van zorgprofessionals, die de juiste zorg op de juiste plek leveren.²⁰

Voortzetting initiatieven

Er is succesvol gewerkt aan een betere positionering van de sociale geneeskunde en het imago van het beroep van bedrijfs- en verzekeringsarts. Na de wijziging van de Arbowet in 2017²¹ werken wij verder aan het verbeteren van de arbodienstverlening. De tevredenheid over de arbodiensten vertoont een stijgende trend, maar we zijn er nog niet. Met name op het punt van de bereikbaarheid van de bedrijfsarts en de praktische toepasbaarheid van de adviezen is verbetering nodig.²² In 2021 ondersteunt SZW dan ook de monitoring van het gebruik van en de ervaringen met «Patiëntoverleg huisarts – bedrijfsarts». Ook de campagne «De andere dokter»²³, waarmee het imago van bedrijfs- en verzekeringsartsen onder geneeskundestudenten wordt gestimuleerd wordt in 2021 voortgezet. Daarnaast zal het Platform Arbeidsgerelateerde zorg en de doorontwikkeling van de samenwerking op het gebied van de second opinion verder worden ondersteund.

3. Stand van zaken moties

Motie klinisch arbeidsgeneeskundige zorg

Zoals hierboven beschreven is de factor arbeid van belang in de reguliere zorg. De motie van het lid Van Weyenberg c.s. ziet in dit verband op de vraag hoe de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg in meer ziekenhuizen integraal onderdeel kan worden gemaakt van de reguliere oncologische zorg en hoe deze zorg passend kan worden gefinancierd. De klinische arbeidsgeneeskundige zorg kan potentieel een belangrijke rol spelen in het onderkennen en het behandelen van complexe arbeidsgerelateerde aandoeningen en het versterken van de samenwerking tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Daarbij heeft de heer Van

²⁰ Visiedocument Medisch Specialist 2025.

²¹ Zie kamerstuk 25 883, nr. 392, evaluatie wijziging Arbowet 2017.

²² Cliënttevredenheidsonderzoek arbodiensten 2020, IPSOS, maart 2021.

²³ Bron: www.deanderedokter.nl, bezocht op 10-05-2021.

Weyenberg in het VAO Arbeidsmarktbeleid benadrukt dat het wat hem betreft niet meer gaat om de vraag óf we dit gaan doen, maar hóe. Zodoende wordt hierna geschetst welke stappen gezet moeten worden om dit te kunnen regelen. Gezien de huidige inrichting van het stelsel betreft het een complexe opgave.

1) Erkenning en registratie vakgebied

Allereerst dient de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg een apart erkend en geregistreerd vakgebied te worden. Dat is nu nog niet het geval. Er zijn nog geen vastgestelde opleidingseisen, professionele standaarden, toetsing en evaluatie. Daardoor is onvoldoende duidelijk welke zorg het hier betreft en wanneer sprake is van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Het is aan de beroepsgroep zelf om het vakgebied, in samenwerking met andere betrokken beroepsgroepen en het zorgveld, verder te positioneren en door te ontwikkelen. Pilots zoals in het Radboud UMC, waarin klinische arbeidsgeneeskundigen deel uitmaken van diverse behandelteams, kunnen een goede basis vormen in het bepalen van welke richting de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg in de toekomst op kan gaan. Om te bewerkstelligen dat de beroepsgroep versneld kan werken aan de verdere ontwikkeling naar een erkend vakgebied kan worden gedacht aan het ter beschikking stellen van tijdelijke financiële ondersteuning voor de verdere professionalisering van de beroepsgroep.

2) Bereidheid ziekenhuizen

Om te kunnen bereiken dat de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg in meer ziekenhuizen een integraal onderdeel wordt van de reguliere (oncologische) zorg is bereidheid van de ziekenhuizen om hiermee aan de slag te gaan noodzakelijk. Met de beroepsgroep zou besproken kunnen worden hoe het staat met de bekendheid en bereidheid en wat er nodig is om in navolging van bijvoorbeeld de pilot bij het Radboud UMC dit breder bekend te maken.

3) Arbeidsgerelateerde zorg en de Zorgverzekeringswet

Standpunt van het Zorginstituut Nederland vereist

Op dit moment valt de klinische arbeidsgeneeskundige zorg onder «hulp bij werk- en relatieproblemen». Deze zorg is in principe uitgesloten van de financiering via de Zorgverzekeringswet. Het Zorginstituut Nederland heeft een onafhankelijke rol in het interpreteren van de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet en de toetsing van nieuwe zorgvormen teneinde deze onder deze wet te bekostigen. Het Zorginstituut komt eind dit jaar met een actualisatie van het standpunt over medisch specialistische revalidatie, waarin ook zal worden gekeken naar de positie van arbeidsrevalidatie. Dit gaat niet over, maar raakt wel aan de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg. Dit standpunt zou wellicht ook implicaties kunnen hebben voor de positie van andere vormen van arbeidsgerelateerde zorg binnen de Zorgverzekeringswet, waaronder klinisch arbeidsgeneeskundige zorg. Hoewel er niet kan worden vooruitgelopen op dit standpunt van het Zorginstituut, is het onwaarschijnlijk dat klinisch arbeidsgeneeskundige zorg onder de noemer van medisch specialistische revalidatie in zijn geheel onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet zal vallen.

Om een volledige beoordeling en standpunt van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg door het Zorginstituut Nederland mogelijk te maken, is daarom nog een aantal zaken vereist:

a) *Onderbouwing positieve effecten van de zorg vereist*

Voor bekostiging onder de Zorgverzekeringswet is het van belang dat deze zorg voldoende onderbouwde positieve effecten heeft op uitkomsten die voor de gezondheid van patiënten relevant zijn. Voor

het vaststellen van de effectiviteit van de zorg zijn (peer-reviewed) resultaten van kwalitatief goed onderzoek nodig.²⁴

b) *Duidelijke protocollen en richtlijnen*

De beroepsgroep zal de te leveren zorg moeten opnemen in duidelijke protocollen en richtlijnen. Om deze stap te faciliteren zou gedacht kunnen worden aan een kwaliteitsprogramma voor de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg, waarmee bijvoorbeeld richtlijnontwikkeling wordt gestimuleerd. Hierbij zou verbinding kunnen worden gezocht met richtlijnontwikkeling door andere beroepsgroepen.

Vervolgstappen

- Bij dit omvangrijke traject wordt veel gevraagd van de beroepsgroep. We gaan met de beroepsgroep in gesprek om na te gaan of de bereidheid er is om dit traject te doorlopen.
- Om het traject van de beroepsgroep te ondersteunen is naar schatting 1,5 mln euro nodig voor een periode van meerdere jaren. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om ondersteuning van het traject tot erkenning van de beroepsgroep en voor richtlijnontwikkeling. De Minister van SZW zal voor de eerste periode 0,5 mln euro vrij te maken op de SZW-begroting om de beroepsgroep de gelegenheid te bieden een start te maken met dit traject. Vervolgens kan op basis van de ervaringen in de eerste periode door de nieuwe verantwoordelijke bewindspersonen over mogelijke gezamenlijke voortzetting van de financiering worden besloten.
- De subsidieregeling veelbelovende zorg²⁵ maakt het mogelijk om tijdelijke financiering voor behandelingen te krijgen die qua (kosten)effectiviteit veelbelovend lijken, maar nog niet uit het basispakket worden vergoed, omdat de effectiviteit nog niet is bewezen. Zowel de zorg- als onderzoekskosten worden gesubsidieerd. De beroepsgroep zou een aanvraag kunnen indienen om mogelijk aanspraak te maken op subsidie om dit onderzoek uit te voeren. Ook zijn wij voornemens om in ons contact en overleg met werkgevers meer voorlichting te geven over de toegevoegde waarde van klinisch arbeidsgeneeskundige begeleiding.

Motie langdurige coronaklachten

Mensen met chronische klachten die aan het werk willen blijven hebben baat bij een goede ondersteuning door de arbeidsgelateerde zorg. Inmiddels komt steeds meer naar voren dat een groep COVID-19-patiënten langdurige, mogelijk chronische, klachten houdt en na maanden nog niet aan het werk is vanwege gezondheidsproblemen. Naar aanleiding van de motie van de leden Van Weyenberg en Van Dijk wordt een programma van de Stichting C-support en de Stichting Centrum Werk Gezondheid door ons financieel gesteund. Dit programma is gericht op het verspreiden en ontwikkelen van informatie en kennis over de fysieke impact en de mentale gevolgen van langdurige COVID-19 klachten op de arbeidsparticipatie van deze groep werkenden.

Tot slot

Ondanks de ingezette verbeteringen de afgelopen jaren op het gebied van arbodienstverlening, is er meer nodig voor een goede toekomstbestendige arbeidsgelateerde zorg. Met de opbrengsten van het beleids-

²⁴ Beoordeling «stand van de wetenschap en praktijk»: technische variant | Rapport | Zorginstituut Nederland

²⁵ Veelbelovende zorg: subsidieregeling voor onderzoek naar potentieel veelbelovende zorg | Werkagenda | Zorginstituut Nederland

programma TAZ, waaronder het advies en de producten van de Kwaliteitstafel, is een stap in de goede richting gezet. De komende periode wordt gebruikt om vervolgstappen voor te bereiden en de mogelijkheden voor structurele veranderingen verder te verkennen. Daarbij wordt ook de verbinding gemaakt met andere beleidsprogramma's, zoals Arbovisie 2040, de uitwerking van de adviezen van de Commissie Heerts, de toekomst van het sociaal medisch beoordelen en diverse trajecten op het gebied van gezondheidszorg.

Wij vinden een goede samenwerking tussen arboprofessionals en zorgverleners in de reguliere zorg essentieel. Het draagt bij aan vroeger signalering van gezondheidsklachten en aan verbetering van de arbeidsomstandigheden op de werkvloer. Ook kan het bijdragen aan meer preventie, een betere diagnose en gerichte zorg, waardoor mensen weer sneller aan het werk kunnen en minder lang verzuimen. Daarnaast kan werk ook bijdragen aan positieve gezondheidseffecten.

We zijn blij om te zien dat de beroepsgroepen en (branche)organisaties zelf verantwoordelijkheid nemen in een betere samenwerking en afstemming. Wij blijven de in gang gezette ontwikkelingen de komende jaren gezamenlijk verder versterken.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
W. Koolmees