



## Prikkel de werknemer en zijn arts

**Auteur(s):**

Keuzenkamp, H.A.

Kok L.

Seters J. Van.

De auteurs zijn werkzaam bij de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, respectievelijk als directeur, hoofd van het cluster Zorg en Zekerheid en als onderzoeker. [lucyk@seo.fee.uva.nl](mailto:lucyk@seo.fee.uva.nl)

**Verschenen in:**

ESB, 88e jaargang, nr. 4400, pagina 176, 18 april 2003

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

zorg

*Arbeidsgerichte zorg wordt in het reguliere zorgcircuit nauwelijks aangeboden. Betere prikkels voor werknemers en zorgaanbieders kunnen dit verhelpen.*

Beleidsmakers worstelen al geruime tijd met de vraag hoe de instroom in de wao verminderd kan worden en hoe de stroom terug naar betaald werk bevorderd kan worden. Prikkel moeten preventie en snelle interventie stimuleren. Zo is in het verleden de ziektewet 'geprivatiseerd', door de schadelast van doorbetaling van loon gedurende het eerste ziektejaar bij de werkgever onder te brengen. Daarnaast wordt instroom in de wao met een 'Pembaboete' bestraft. De Pembaboete staat ter discussie, maar daarvoor in de plaats zou een verlenging van de doorbetalingsperiode bij ziekte moeten komen om de prikkel voor werkgevers te versterken. Hierover is nog geen overeenstemming met sociale partners. Om prikkels tot de gewenste reflexen te laten leiden, moeten werkgevers wel snel kunnen interveniëren. Daarvoor is voldoende zorgaanbod nodig, dat gericht is op het verkorten van verzuim. Zorg die expliciet gericht is op het verkorten van verzuim noemen wij arbeidsgerichte zorg. Deze blijkt in het reguliere zorgcircuit slechts mondjesmaat te worden aangeboden. De kwaliteit schiet tekort omdat de zorg in het reguliere circuit niet is gericht op het verkorten van verzuim. Een voorbeeld is dat nog te vaak rust wordt voorgeschreven. Kwantitatief uit het tekort zich in wachtlijsten. Wanneer iemand maanden moet wachten op behandeling en in de tussentijd niet kan werken, is dat verzuimverlengend in plaats van verzuimverkortend. Werknemers worden daarom steeds vaker buiten de reguliere zorg behandeld. Werkgevers kopen voor ziek gemelde werknemers zelf zorg in bij private behandelaars. Er is vooral veel vraag naar multidisciplinaire behandelingen bij milde psychologische problematiek (zoals stress en burn-out) en klachten van het bewegingsapparaat (lage rugpijn). Private bureaus (zoals de Gezonde Zaak, hsk en Winnock) kunnen patiënten met deze klachten dankzij een combinatie van fysiotherapie en psychotherapie weer snel aan het werk krijgen. Dit terwijl in de reguliere zorg deze patiënten soms jaren in behandeling zijn zonder meetbaar resultaat. Daarnaast kopen werkgevers sporadisch in bij privé-klinieken om wachtlijsten voor medische ingrepen te voorkomen. De vraag die we in dit artikel beantwoorden is: waarom biedt de reguliere zorg deze behandelingen niet aan en moeten werkgevers en werknemers hiervoor uitwijken naar het private circuit? Welke vormen van markt- dan wel overheidsfalen liggen hieraan ten grondslag? Deze vraag is des te relevanter omdat het in wezen gaat om behandelingen die verzekerd zijn door de awbz (het zogenaamde eerste compartiment) en de ziektekostenverzekeringen (het tweede compartiment) en dus door de reguliere aanbieders aangeboden zouden moeten worden.

### Gebrek aan vraagsturing

Degene die het meeste belang heeft bij verzuimverkorting, de werkgever, is geen vrager in de reguliere zorg. Hij betaalt een groot deel van de premie voor de ziektekostenverzekering, zowel voor ziekenfondsverzekerde als voor particulier verzekerde werknemers, maar heeft geen invloed op het aanbod. Ook de verzuimverzekeraar heeft geen invloed op het reguliere aanbod. Degenen die wel invloed hebben op het zorgaanbod, de patiënt zelf en de zorgverzekeraars, hebben geen financieel belang bij terugdringing van het ziekteverzuim. Alleen zorgverzekeraars waarbij werkgevers collectieve contracten hebben voor hun particulier verzekerde werknemers hebben enig belang bij terugdringing van het verzuim, omdat zij daarmee inspelen op de wensen van werkgevers<sup>1</sup>. In theorie is samenwerking mogelijk tussen verzuimverzekeraars en zorgverzekeraars. In de praktijk is deze samenwerking er echter niet. Dit komt doordat verzuimverzekeringen alleen interessant zijn voor kleine bedrijven. Grote bedrijven, die de meeste wao-instroom leveren, kunnen het risico van ziekteverzuim makkelijk zelf dragen. Collectieve ziektekostenverzekeringen daarentegen zijn juist interessant voor grote bedrijven. Een grote werkgever heeft onderhandelingsmacht, zodat hij een lage premie kan afdwingen of afspraken kan maken over het verzekerde pakket (als het basispakket tenminste niet maximaal is opgerekt). Voor de verzekeraar zijn collectieve verzekeringen interessant omdat werknemers een gunstige risicoproef vormen.

### Bekostigingsproblemen

#### Budgettering

De gezondheidszorg kent verschillende vormen van budgettering. De zogenaamde macrobudgettering beoogt de macrolasten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. De macrobudgettering gaat gepaard met microbudgettering voor de afzonderlijke zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en Riaggs. Zij mogen het vooraf gestelde budget niet overschrijden. Het budget voor de afzonderlijke zorgaanbieders wordt afgeleid van het macrobudget. Het macrobudget wordt verdeeld over de zorgaanbieders op grond van een

behoeftecomponent (onder andere kapitaallasten) en een inschatting van de productie. Wanneer het budget op is, mag niet meer worden geproduceerd. Deze microbudgettering is een van de oorzaken voor wachtlijsten. De wachtlijsten leiden tot forse schade wegens gederfd productievermogen doordat werknemers langer verzuimen (in een ander onderzoek is deze schade geschat op jaarlijks 1,3 miljard euro)<sup>2</sup>.

### *Verkeerde tarieven*

Het College Tarieven Gezondheidszorg (ctg) stelt maximumtarieven vast van behandelingen die onder de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) vallen. De feitelijke tarieven zijn vrijwel altijd gelijk aan de maximumtarieven. Bij deze tarieven spelen drie problemen. Het eerste probleem is dat ctg-tarieven niet overeenkomen met feitelijke kostprijzen. Dit komt onder andere doordat bepaalde kostenposten, zoals de kapitaallasten, niet goed verwerkt zijn. Bovendien hebben zorgaanbieders (en dus ook het ctg) weinig zicht op de kostprijzen van behandelingen. De tarieven voor sommige behandelingen zijn daardoor te laag en voor andere te hoog. Ten tweede ontmoedigen de Wtg-spelregels innovatie. Behandelingen worden door bestaande specialismen in de medische beroepsgroep beoordeeld, hetgeen vaak tot conservatisme leidt. Voor nieuwe multidisciplinaire behandelingen die een sterker accent op reïntegratie hebben, kent het ctg geen apart tarief. De ctg-tarieven voor fysiotherapie worden als ontoereikend beschouwd, omdat reïntegratietherapie meer is dan standaard fysiotherapie. Een derde probleem is dat in de tarieven geen rekening wordt gehouden met verzuimschade. Ommensen snel te kunnen helpen is enige buffercapaciteit nodig. Dat kost geld. Ctg-tarieven houden hier geen rekening mee.

### *Eerste en tweede compartiment*

Een belemmering voor multidisciplinaire behandelingen is de scheiding tussen het eerste compartiment (de awbz) en het tweede compartiment (het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering). Het eerste compartiment bevat in theorie langdurige zorg en particulier moeilijk te verzekeren risico's. Dat is in de praktijk echter nogal opgerekt: de gehele geestelijke gezondheidszorg valt onder het eerste compartiment. Het tweede compartiment bevat de verzekerbare zorg. Hieronder valt alle zorg gericht op genezing ('cure'), onder andere ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en fysiotherapie. Een multidisciplinaire behandeling, bestaande uit een combinatie van psychotherapie en fysiotherapie, moet derhalve voor een deel betaald worden uit het eerste compartiment (psychotherapie) en voor een deel uit het tweede compartiment (fysiotherapie). Wie een dergelijke behandeling binnen het reguliere circuit wil aanbieden, moet dus awbz-gecertificeerd worden door het regionale zorgkantoor én contracten sluiten met verzekeraars voor de dienstverlening in het kader van het ziekenfonds en de particuliere verzekering. Dit brengt een forse administratieve rompslomp met zich mee. Reguliere aanbieders zullen daardoor niet snel multidisciplinaire behandelingen aanbieden. Om er voor te zorgen dat ook de reguliere zorg meer rekening houdt met werk en zich gaat richten op verzuimvermindering, moet de druk vanuit de vraagkant versterkt worden en de bekostigingssystematiek veranderd. Hieronder doen we enkele voorstellen.

### **Meer druk vanuit de vraag**

Uitgangspunt voor de stelselherziening is de nota Vraag aan bod die al onder het tweede paarse kabinet is uitgebracht. Het centrale idee van de stelselherziening volgens Vraag aan bod is het geven van inkoopmacht aan verzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars moeten een vragende macht worden in de gezondheidszorg, waardoor zij tegenwicht kunnen bieden aan de zorgaanbieders. Dit is een goede gedachte. Doordat het prijsmechanisme niet werkt in de zorg, bestaat immers het gevaar van overconsumptie. Verzekeraars kunnen dit gevaar in toom houden omdat zij belang hebben bij lage premies. Voor het vergroten van het aanbod van de arbeidsgerichte zorg biedt echter meer vraagmacht van de zorgverzekeraars geen soelaas. Zij hebben immers geen financieel belang bij snelle reïntegratie. Degenen die belang hebben bij reïntegratie, de werkgevers, zijn ook in Vraag aan bod geen vragende partij, ondanks het feit dat ze de helft van de premielast gaan dragen.

### *Werkgever keurt bedrijfsarts*

Om de werkgever een effectieve rol als vrager in de zorg te laten spelen, stellen we voor om de bedrijfsarts een verwijfs functie naar de reguliere zorg te geven en de collectieve ziektekostenverzekeringen te stimuleren. De bedrijfsarts is in dienst van de arbodienst. De arbodienst wordt gecontracteerd door de werkgever. Als de werkgever vindt dat de bedrijfsarts er niet voor zorgt dat verzuim wordt teruggedrongen, kan hij een andere arbodienst contracteren. De arbodienst moet dan wel de instrumenten hebben om verzuim te kunnen verkorten. We vinden daarom dat de bedrijfsarts een verwijfs functie moet hebben voor de tweedelijns zorg in het reguliere circuit voor alle aandoeningen, niet alleen arbeidsgelateerde aandoeningen. Dit geeft de bedrijfsarts een reële invloed op het verzuim van de patiënt. Doorverwijzingen kunnen sneller plaatsvinden en de bedrijfsarts kan doorverwijzen naar zorgaanbieders die arbeidsgericht werken. Uiteindelijk moet dit leiden tot een situatie waarin de bedrijfsarts de reguliere zorg onder druk kan zetten om arbeidsgericht te werken en waarin de werkgever de bedrijfsarts (via de keuze van de arbodienst) onder druk zet om het verzuim te beperken. Deze druk kan nog versterkt worden door in het contract tussen werkgever en arbodienst een doelstelling op te nemen over terugdringing van het ziekteverzuim, waarop de arbodienst kan worden afgerekend<sup>3</sup>. Het huidige kabinet heeft inmiddels besloten de verwijfs functie voor de bedrijfsarts in te voeren en is momenteel bezig met de voorbereiding daarvan. Mooi meegenomen is dat huisartsen, die ook naar eigen zegen steeds meer over-belast worden, worden ontlast.

### *Werkgever contracteert zorgverzekeraar*

Voor het voorstel om collectieve ziektekostenverzekeringen te stimuleren geldt dezelfde redenering. Met de zorgverzekeraar kan de werkgever afspraken maken over verzuimbeheersing. Wachtlijstbemiddeling of contractering van specifieke arbeidsgerichte zorg kan bijvoorbeeld een onderdeel zijn van het overeengekomen dienstenpakket. Als de werkgever ontevreden is over de zorgverzekeraar, kan hij een andere verzekeraar contracteren. De verzekeraar zal daardoor meer druk uitoefenen op zorgaanbieders om arbeidsgericht te werken. Bovendien heeft een verzekeraar bij een collectief contract meer inzicht in ziektepatronen binnen een bedrijf en daardoor ook meer mogelijkheden om in te spelen op de zorgvraag van ondernemingen. Beide voorstellen leiden dus tot een indirecte invloed van de werkgever op het zorgaanbod, namelijk via de arbodienst en via de verzekeraar.

### **Prikkels bij werknemers**

Het probleem met werknemers is van heel andere aard dan dat van de werkgevers. Werknemers kunnen wel invloed uitoefenen op het

reguliere zorg-aanbod, maar hebben daar weinig financieel belang bij. Het loon wordt immers meestal volledig doorbetaald tijdens ziekteverzuim. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat financiële prikkels het verzuim verminderen<sup>4</sup>. Wij verwachten dat als de werknemer het verzuim voelt in zijn portemonnee, hij of zij de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar meer onder druk zal zetten om weer eerder aan het werk te kunnen. De patiënt zal misschien meer dan nu bereid zijn in een ander ziekenhuis geopereerd te worden als hij daardoor korter hoeft te wachten. Incidenteel nemen bedrijven initiatieven om de doorbetaling bij ziekte te beperken. Om te beoordelen welke vorm de financiële prikkel zou moeten krijgen, zou het goed zijn om de effecten van deze initiatieven te meten.

## **Bekostigingssystematiek**

De stelselherziening in de zorg moet bijdragen aan het oplossen van het tekort aan capaciteit in de zorg. Onderdeel van de stelselherziening is daarom een wijziging van de bekostigingssystematiek. Verwacht mag worden dat dit op den duur tot een verruiming van de capaciteit leidt. Aanvullend op de wijziging van de bekostigingssystematiek stellen we voor:

» » overheveling verzekerbare (kortdurende) geestelijke gezondheidszorg van het eerste naar het tweede compartiment. Momenteel valt de gehele geestelijke gezondheidszorg in het eerste compartiment, zowel de langdurige zorg in psychiatrische instellingen als de kortdurende

» probleemoplossende psycho-therapiën. Door het overhevelen van de kortdurende geestelijke gezondheidszorg naar het tweede compartiment wordt het aanbieden van multidisciplinaire behandelingen in het reguliere circuit veel makkelijker. De kortdurende geestelijke gezondheidszorg past bovendien beter in het tweede compartiment. Deze zorg is goed verzekerbaar en gericht op genezing, zoals ook de andere zorg in het tweede compartiment. De overheveling van de kortdurende geestelijke gezondheidszorg naar het tweede compartiment was afgesproken in het regeerakkoord van het kabinet PvdA-cda, maar staat nu weer op losse schroeven;

» » prijsdifferentiatie tussen standaardbehandeling en versnelde behandeling. Iedereen die wil moet in de gelegenheid gesteld worden de meerprijs (zijnde de prijs voor het aanhouden van buffercapaciteit) voor een versneld traject te betalen. Dat betekent prijsdifferentiatie tussen een standaardtraject en een versneld traject.

## **Tot slot**

De door ons voorgestelde beleidsmaatregelen zullen de reguliere zorg prikkelen meer rekening te houden met de wensen van werkgevers. Ze bieden tegelijkertijd reguliere zorgaanbieders meer mogelijkheden om aan die wensen tegemoet te komen. Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek voor de Stichting Instituut Gak: H. Keuzenkamp, L. Kok en J. van Seters, De sociale zekerheid uitgedokterd, SEO, Amsterdam, 2002.

---

1 L. Kok, S. Desczka en J. Hoeben, Concurrentie tussen particuliere ziektekostenverzekeraars, IOO bv, Zoetermeer, 2000.

2 A. Ferrer-i-Carbonell, J.P. Hop, L. Janssens, H.A. Keuzenkamp, L. Kok en M.L. Kok, Wachtljsten: een duur medicijn, SEO, Amsterdam, 2001.

3 Zie A. van de Meerendonk, Neem nu een abonnement op gezond personeel!, ESB, 11 mei 2001, blz. 404-407.

4 Riksförsäkringsverket, Studies of effects and results of sick pay reform, waiting day and reduced compensation levels in sickness allowance, Stockholm, 1996.