

Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?

Den Haag, februari 2008

Paul van den Broek
Renate Streng
Michelle van der Linden

Voorwoord

Op het terrein van zorg en sociale zekerheid zijn al vele onderzoeken verricht en is veel geschreven. Daarbij valt op dat de publicaties meestal kwalitatief van aard zijn en dat de rapporten blijven hangen in het benoemen van knelpunten en onmogelijkheden die synergie in de weg staan. Dit onderzoeksrapport beoogt toegevoegde waarde te leveren door twee stappen verder te gaan.

Ten eerste, door concrete oplossingsrichtingen vanuit de praktijk aan te dragen voor de gesignaleerde knelpunten. En ten tweede, door vanuit deze oplossingen de potentiële haalbare synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid te kwantificeren.

De interviews met alle relevante marktpartijen, waaronder werkgevers en brancheverenigingen, werknemersorganisaties, verzekeraars, ministeries en toezichthouders, de belangenverenigingen van bedrijfsartsen, arbodiensten en re-integratiebedrijven vormen de basis voor dit rapport. Wij zijn deze personen zeer erkentelijk voor hun tijd en bereidheid hun kennis en ervaring met ons te delen. Speciale dank gaat uit naar de vertegenwoordigers van de geanalyseerde best practices die openhartig over hun cases vertelden en inzicht gaven in de kwantitatieve resultaten.

Daarnaast willen wij de klankbordgroep en issuecommissie van het Verbond van Verzekeraars bedanken voor het toetsen van de tussentijdse onderzoeksresultaten, de constructieve feedback en het tijdig bijsturen.

Wij hopen dat dit rapport voor verzekeraars, werkgevers, arbodiensten, zorgverleners en re-integratiebedrijven een handreiking en tevens stimulans is om de synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid daadwerkelijk te realiseren.

Utrecht, februari 2008

Paul van den Broek en Renate Streng

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Voorwoord | 1 |
| Samenvatting | 5 |
| 1 Context | 11 |
| 1.1 Aanleiding en opdrachtformulering | 11 |
| 1.2 Onderzoeksaanpak en gehanteerde definities | 12 |
| 1.3 Scope van het onderzoek | 13 |
| 1.4 Opbouw rapport | 13 |
| 2 Gemaakte afspraken | 15 |
| 2.1 Algemeen | 15 |
| 2.1.1 Zorgverzekeraars | 15 |
| 2.1.2 Inkomensverzekeraars | 19 |
| 2.2 Behoeften van werkgevers | 21 |
| 2.3 Conclusie en knelpunten | 23 |
| 3 Uitvoering van de afspraken | 25 |
| 3.1 Algemeen | 25 |
| 3.2 Keten van preventie, verzuim en re-integratie | 25 |
| 3.2.1 Preventie | 26 |
| 3.2.2 Verzuim | 29 |
| 3.2.3 Re-integratie | 30 |
| 3.3 Betrokken actoren | 32 |
| 3.3.1 Algemeen | 32 |
| 3.3.2 Inkomensverzekeraars | 33 |
| 3.3.3 Werkgevers | 34 |
| 3.3.4 Arbodiensten | 35 |
| 3.3.5 Bedrijfsartsen | 36 |
| 3.3.6 Re-integratiebedrijven | 38 |
| 3.3.7 Reguliere zorgaanbieders | 39 |
| 3.3.8 Werknemers | 40 |
| 3.3.9 Zorgverzekeraars | 42 |
| 3.4 Knelpunten | 46 |
| 4 9 best practices uitgewerkt | 49 |
| 4.1 Algemeen | 49 |
| 4.2 EMcare | 51 |
| 4.3 ICARA | 54 |
| 4.4 IZA Bedrijfszorgpakket | 57 |
| 4.5 Philips en IAK | 60 |
| 4.6 TNT, HSK en Agis | 63 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.7 | IBM, OHRA en NIPED | 67 |
| 4.8 | Winnock..... | 72 |
| 4.9 | Brancheloket Apotheken..... | 75 |
| 4.10 | Loopbaantraject Bouw & Infra | 79 |
| 4.11 | Synthese van de best practices | 83 |
| 5 | Knelpunten en oplossingsrichtingen | 87 |
| 5.1 | Algemeen | 87 |
| 5.2 | Oplossingsrichtingen..... | 87 |
| 6 | Conclusie en handvatten..... | 93 |
| | Bijlage 1: Toelichting financieel model | 97 |
| | Bijlage 2: Samenstelling klankbordgroep en issuecommissie..... | 101 |
| | Bijlage 3: Gesprekspartners..... | 103 |
| | Bijlage 4: Respondenten online-vragenlijst en telefonische enquête..... | 105 |
| | Bijlage 5: Geraadpleegde bronnen | 107 |

Samenvatting

Ondanks alle veranderingen in de wet- en regelgeving op het gebied van zorg en sociale zekerheid, zijn de veronderstelde synergievoordelen in de keten van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie nog onvoldoende bereikt c.q. zichtbaar. De kernvraag van dit onderzoek is dan ook of de veronderstelde synergie utopie of realiteit is.

Naar aanleiding van de Invitational Conference “Zorg & Sociale Zekerheid: samen aan de slag” d.d. 30 januari 2007 heeft het Verbond van Verzekeraars aan Atos Consulting de opdracht verleend om een onderzoek uit te voeren naar de samenhang tussen zorg en sociale zekerheid. Doel van het onderzoek is het beantwoorden van de vraag of er evidente belemmeringen zijn, waardoor de synergie in de keten van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie op grote schaal onbenut blijft. Daarnaast is gevraagd deze synergie te onderbouwen en waar mogelijk te kwantificeren. Tenslotte is het de bedoeling om praktische handvatten te bieden aan werkgevers, verzekeraars en andere spelers om de beoogde synergie daadwerkelijk te realiseren. Het onderzoek beperkt zich tot het domein van de werkgever en zijn werknemers in relatie tot de zorgverzekeraar, respectievelijk de inkomensverzekeraar. Zelfstandige ondernemers vallen buiten de scope van het onderzoek .

Via een bottom-up benadering is de onderzoeksvraag beantwoord. Er is gekeken naar wat er vandaag de dag reeds binnen het huidige wettelijk kader gebeurt in de vorm van het analyseren van 9 best practices, die op basis van een aantal objectieve criteria zijn geselecteerd uit een lijst good-practices. Daarbij zijn de kosten en de opbrengsten per best practice gekwantificeerd en zijn de verschillende leerpunten en succesfactoren gedestilleerd. Dit levert concrete aangrijpingspunten op om nieuwe initiatieven op te starten en bestaande initiatieven te verbeteren, met als uiteindelijke doel het effectiever organiseren van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie.

De markt lijkt nu rijp voor het benutten van de kansen, die zijn ontstaan als gevolg van de wijzigingen in wet- en regelgeving en de toegenomen aandacht voor thema's als preventie, vitaliteit en inzetbaarheid.

De producten en dienstverlening van inkomens- en zorgverzekeraars blijken te convergeren. Zorgverzekeraars bieden steeds meer dienstverlening gericht op verzuimreductie aan en inkomensverzekeraars zetten steeds vaker “bredere” polissen in de markt. Behalve de financiële loonschade bieden zij ook diensten aan op het gebied van arbozorg, re-integratie en preventie.

Ondanks het meer naar elkaar toegroeien van de dienstverlening van inkomens- en zorgverzekeraars worden door werkgevers, verzekeraars en andere partijen in de praktijk knelpunten ervaren waardoor de synergievoordelen nog onvoldoende worden benut. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen knelpunten, die ervoor zorgen dat de synergie niet tot stand komt, en knelpunten, die ervoor zorgen dat er geen optimale invulling wordt gegeven aan de synergiemogelijkheden.

Knelpunten die de totstandkoming van de synergie belemmeren:

1. Werkgevers hebben het gevoel dat ze al (te) veel betalen aan de gezondheidszorg, maar (te) weinig invloed hebben op de omvang van de kosten van de gezondheidszorg.
2. Het ziekteverzuim is relatief laag bij werkgevers.
3. Afspraken met verzekeraars gaan vooral over de prijs en kortingen en niet over de inhoud.
4. Preventie is lastig te kwantificeren en voordelen komen pas op de langere termijn.
5. Beperkt volume en vulgraad van collectiviteiten van zorgverzekeraars.
6. De doelstellingen van inkomens- en zorgverzekeraars zijn niet gelijk.
7. Onvoldoende aansluiting tussen vraag van werkgevers en aanbod van verzekeraars.
8. Wettelijke bepalingen/regelingen beperken de “ondernemingsgeest/vrijheid” van verzekeraars.

Knelpunten die de optimale invulling van de synergiemogelijkheden belemmeren:

9. Te korte doorlooptijd van nieuwe wetgeving.
10. Zorginkoop komt bij zorgverzekeraars nog onvoldoende van de grond.
11. De rollen van een aantal belangrijke actoren (bedrijfsarts, werknemer en reguliere zorg) zijn nog niet optimaal vormgegeven.

Aan de hand van 9 geselecteerde best practices blijken veel van de gesignaleerde knelpunten in de praktijk relatief “eenvoudig” geslecht te kunnen worden.

- » De krapte op de arbeidsmarkt en de vergrijzing dragen bij aan de noodzaak van de werkgever om te investeren in de gezondheid, vitaliteit en productiviteit van zijn werknemers, ondanks het feit dat het ziekteverzuim momenteel relatief laag is.
- » Langzamerhand komen er meer onderzoeken beschikbaar, waarin de kwantitatieve opbrengsten van preventie worden aangetoond en waarmee het beter mogelijk wordt een kosten-batenanalyse over de inzet van preventieprogramma's te maken. Naast de kwantitatieve voordelen levert investeren in preventie van werknemers de werkgever tevreden werknemers, minder verloop en een aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarde op. Voor de verzekeraar kan het investeren in preventie van verzekerden leiden tot hogere klanttevredenheid en een positief imago, waardoor ook nieuwe verzekerden zich aanmelden.
- » Het beperkte volume en vulgraad van de collectiviteiten kunnen vanuit werkgevers worden opgelost door: slechts één werkgeverscollectiviteit af te sluiten; op de “zeepkist” te gaan staan en/of een (hogere) vrijwillige werkgeversbijdrage aan te bieden. Uit de best practices blijkt dat zo'n investering loont. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars de werkgever stimuleren door beloningen (provisie of ontubbelen van kosten) en contracten sluiten met brancheorganisaties.
- » Vraaggericht opereren verlangt maatwerk met expliciete belangstelling van verzekeraars in de behoeften van de werkgevers. Dit begint met het verdiepen in de branche en het bedrijf, maar ook door te luisteren naar de wensen van de werkgever en helder te communiceren welke wensen wel/niet mogelijk zijn om te realiseren en tegen welke kosten.

- » Alle 9 beschreven best practices tonen het rendement wanneer juist afspraken over de inhoud worden gemaakt. Hiervoor is wel van belang dat de “juiste gesprekspartners” aan de onderhandelingstafel zitten; naast de accountmanager en inkoper ook de zorginhoudelijke deskundige van de zorgverzekeraar en de HR-manager van de werkgever.
- » Ondanks dat een aantal wettelijke bepalingen de ondernemingsgeest in sommige gevallen beperkt, zal meer gedacht moeten worden in mogelijkheden in plaats van beperkingen. Zo is het vanuit de privacywetgeving veelal niet toegestaan om gerichte preventie te ondernemen naar verzekerden op basis van (medische) kenmerken die bij de zorgverzekeraar bekend zijn. Wel kan de verzekerde gevraagd worden hier op vrijwillige basis aan mee te werken. In de praktijk blijkt de vrijwillige deelname van werknemers hoog, worden gegevens “privacy-proof” verwerkt en geven werknemers achteraf aan tevreden te zijn over de initiatieven.
- » Daarnaast hebben partijen in de markt tijd nodig om hun nieuwe rollen en activiteiten op te pakken. Er gebeurt veel, al is het veelal nog op kleinschalig niveau. Het lijkt erop dat de markt de pilotfase aan het ontgroeien is. Langzamerhand komt steeds meer duidelijkheid over wat werkt en wat niet werkt

Uit het onderzoek komt een tweetal knelpunten naar voren, die hardnekkiger, fundamenteeler van aard zijn en daardoor minder eenvoudig zijn op te lossen. Enerzijds het gevoel dat bij werkgevers bestaat, dat zij al genoeg meebetalen aan de zorgkosten, waarop zij bovendien menen geen invloed te hebben. Zij zijn derhalve niet geneigd om meer te betalen. Anderzijds gaat het om het niet synchroon lopen van de doelstellingen en belangen van inkomens- en zorgverzekeraars.

Een mogelijke oplossing voor deze twee fundamentele knelpunten is het organiseren van een partnership waarbij een gezamenlijke verantwoordelijkheid c.q. belang wordt gecreëerd voor elkaars doelstellingen. Vanuit werkgevers- en inkomensverzekeraars perspectief gaat het dan om het voorkomen of beperken van ziekteverzuim en het verhogen van de arbeidsproductiviteit en –tevredenheid. Vanuit het zorgverzekeraarsperspectief betreft het naast de beheersing van zorgkosten, ook het realiseren van toegevoegde waarde om onderscheidend te zijn in de collectiviteitenmarkt. De gezamenlijke verantwoordelijkheid en doelrealisatie kan worden vormgegeven in nieuwe verdienmodellen. Een model waarbij de werkgever, de zorgverzekeraar en de inkomensverzekeraar, eventueel op sectoraal niveau, een gezamenlijke, op maat uitgewerkte aanpak ontwikkelen en de kosten en baten van die aanpak gezamenlijk verdelen. Denkbaar zijn modellen waarbij de werkgever een vorm van winstdeling ontvangt, afhankelijk van de schadelastontwikkeling van de collectiviteit. De zorgverzekeraar ontvangt dan een (gedeeltelijke) variabele beloning van de werkgever c.q. inkomensverzekeraar ten aanzien van de resultaten van de ontwikkelde zorgpaden in termen van verzuimreductie: bijvoorbeeld in de vorm van no-cure, no pay of no-cure less pay. De kosten van de ontwikkelde zorgpaden kunnen in het partnership, net als de opbrengsten, worden gedragen door alle betrokken partijen.

Belangrijk bij dergelijke verdienmodellen is het afspreken van goede verdeelsleutels en het kwantificeren van de voordelen (conform de 9 uitgewerkte best practices), zodat voor

de werkgever niet alleen de kosten, maar ook de baten/opbrengsten en het rendement van de investering zichtbaar worden. Een goede combinatie van een beperktere premiekorting voor de collectiviteit en een gerichte investering door de zorgverzekeraar biedt mogelijk nog meer kansen voor de synergie en het bereiken van overeenstemming. De betrokkenheid van de werknemer kan worden vergroot door op vrijwillige basis de mogelijkheid te bieden om de eigen gezondheid en welzijn te bewaken. Dit kan bijvoorbeeld door een budget per werknemer ter beschikking te stellen, dat vrij te besteden is aan ontwikkelde zorgpaden c.q. gezondheidsprogramma's binnen vastgestelde grenzen.

De inkoopfunctie van de zorgverzekeraar vormt de kern van de synergieraakvlakken van zorg en sociale zekerheid voor werkgevers, inkomens- en zorgverzekeraars. Positief neveneffect van het gezamenlijk ontwikkelen van zorgpaden voor werknemers is dat het als een katalysator kan functioneren voor de verdere ontwikkeling van de zorginkoopmarkt in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit levert op den duur snellere, effectievere en beter toegankelijke zorg op voor iedere Nederlandse burger.

De praktijk bewijst dat synergie binnen het huidige wettelijk kader géén utopie is, maar realiteit. De uitgewerkte best practices tonen aan dat een bredere toepassing van de initiatieven een potentieel voordeel kan opleveren van ruim 125.000 arbeidsjaren in termen van productiviteitsverhoging. Omgerekend naar productiviteitsstijging gaat het om een toename van de arbeidsproductiviteit van 2,2%. Bij deze indicaties is gecorrigeerd voor dubbeltellingen bij de interventiegebieden fysiek, psychisch en preventie bij grote, middelgrote dan wel kleine werkgevers.

De synergie is niet alleen kwantitatief van aard, maar ook kwalitatief. De hoofdrolspelers in de keten kunnen nadrukkelijk toegevoegde waarde ontlenden aan het gezamenlijk organiseren van initiatieven op het terrein van zorg en sociale zekerheid. Het versterkt het imago van de werkgever als goed werkgever en vormt een aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarde tegen de achtergrond van krapte op de arbeidsmarkt. De werknemer levert het snellere en effectievere zorg op die goed georganiseerd is en gemakkelijk toegankelijk. Daarnaast kan door (vrijwillige) deelname aan preventieve programma's de gezondheid worden bevorderd. Voor zorgverzekeraars kan het een toegevoegde waarde als loyaliteit van verzekerden en daarmee klantbehoud opleveren. Daarnaast kan het zorgen voor een positief imago, waardoor nieuwe verzekerden zich aanmelden, en voor onderscheidend vermogen richting werkgevers in de concurrentie voor het behoud en het sluiten van collectiviteiten. De inkomensverzekeraar kan door gebruik te maken van het zorginkoopnetwerk van de zorgverzekeraar zijn servicegraad verhogen en een bredere propositie aanbieden dan alleen het vergoeden van financiële schade en daarmee de gunst van de werkgever winnen in de toegenomen concurrentieslag op de markt van inkomensverzekeringen.

Randvoorwaarde voor het realiseren van de aanwezige kwantitatieve en kwalitatieve synergie is een optimale uitvoering van de gemaakte afspraken tussen zorgverzekeraars, werkgevers en/of verzuimverzekeraars ten aanzien van de arbocuratieve zorgpaden. Voor de effectuering van de zorgpaden zijn op basis van de beschreven best practices,

succesfactoren geanalyseerd. Deze gelden als handvatten voor werkgevers en verzekeraars, bij het inrichten van de zorgpaden:

1. Richt het zorgpad in naar de specifieke behoeften van de branche en werkgever (maatwerk).
2. Zorg voor een vroegtijdige aanpak, een optimaal proces en voldoende flexibiliteit vanuit de zorgverleners bij het organiseren van zorgpaden.
3. Betrek alle actoren/partijen bij het zorgpad, maar vooral ook de leidinggevende c.q. de manager.
4. Geef werknemers zelfregie bij preventie, vrijwillige deelname is belangrijk naast afgestemde follow-up mogelijkheden.
5. Heb expliciet aandacht voor de betrokkenheid en rol van de bedrijfsarts in het zorgpad, en geef deze waar nodig ondersteuning om zijn rol/functie goed te kunnen vervullen.
6. Maak gebruik van het principe van één coördinatiepunt in de vorm van casemanagement c.q. één loket.
7. Behoud eenvoud in het proces en dekking (meest voorkomende verzuimoorzaken betreffen verstoringen van het houdings- en bewegingsapparaat en psychische aandoeningen).
8. Ontwikkel een netwerk van kwalitatief goede zorgverleners vanuit de zorginkooprol van de zorgverzekeraar.
9. Laat gecontracteerde zorgaanbieders werken volgens specifieke protocollen, zogenoemde evidence based behandeltrajecten met aandacht voor de factor arbeid.
10. Maak gebruik van webtools/internet voor informatieverstrekking, voorlichting en terugkoppeling.

1 Context

1.1 Aanleiding en opdrachtformulering

Na alle veranderingen in de wet- en regelgeving op het gebied van zorg en sociale zekerheid, zoals de Wet Verbetering Poortwachter (WVP), Wet Verlenging Loondoorbetalingsverplichting Bij Ziekte (WVLBZ), de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) en de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn de veronderstelde synergievoordelen in de keten van zorg en sociale zekerheid nog onvoldoende bereikt c.q. zichtbaar. De vraag is of de veronderstelde synergie utopie of realiteit is.

Naar aanleiding van de Invitational Conference “Zorg & Sociale Zekerheid: samen aan de slag” d.d. 30 januari 2007 heeft het Verbond van Verzekeraars aan Atos Consulting de opdracht verleend om een onderzoek uit te voeren naar de samenhang tussen zorg en sociale zekerheid. Atos Consulting is bij het onderzoek begeleid door de vanuit het Verbond van Verzekeraars ingestelde klankbordgroep en de issuecommissie Zorg & Sociale Zekerheid, zie bijlage 2. Doel van het onderzoek is het beantwoorden van de vraag of er nog evidente belemmeringen zijn waardoor de integratie van zorg en sociale zekerheid op grote schaal onbenut blijft. En vervolgens het onderbouwen en waar mogelijk kwantificeren van de synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid. Met als resultaat het bieden van handvatten voor verzekeraars en andere spelers om deze synergie te realiseren.

De beantwoording van de hoofdvraag vindt plaats aan de hand van drie onderdelen en onderliggende vragen:

1. *Gemaakte afspraken*
Welke afspraken worden op dit moment gemaakt tussen verzekeraars, werkgevers en werknemers en welke ontwikkelingen doen zich voor in de vraag van werkgevers?
2. *Zorgpaden*
Wat zijn mogelijkheden voor het ontwikkelen van zorgpaden en wat zijn daarbij mogelijke belemmeringen en hoe kan de betrokkenheid van werknemers worden vergroot?
3. *Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid*
Op welke raakvlakken is synergie mogelijk en hoeveel winst kan daarbij worden geboekt?

1.2 Onderzoeksaanpak

Via een bottom-up benadering zijn de onderzoeksvragen beantwoord. Er is met name gekeken naar hetgeen er vandaag de dag reeds binnen het huidige wettelijk kader gebeurt in de vorm van het analyseren van 9 best practices. Daarbij zijn de kosten en de opbrengsten gekwantificeerd en zijn vanuit de best practices verschillende leerpunten en succesfactoren gedestilleerd. De oplossingsrichtingen voor de belemmeringen die de markt ervaart, om de synergie tussen zorg en sociale zekerheid te bewerkstelligen, zijn van deze leerpunten en succesfactoren afgeleid.

Voor dit onderzoek zijn diverse onderzoeken en data op het gebied van zorg en sociale zekerheid geanalyseerd. Deze bronnen zijn neergelegd in bijlage 5. Daarnaast zijn interviews afgenomen bij alle relevante marktpartijen, waaronder werkgevers en brancheverenigingen, werknemersorganisaties, verzekeraars, ministeries en toezichthouders, de belangenverenigingen van bedrijfsartsen, arbodiensten en re-integratiebedrijven (zie bijlage 3). Voorts is onder de 6 geïnterviewde verzekeraars een vragenlijst uitgezet met betrekking tot de afspraken die zij momenteel hebben gemaakt met werkgevers en werknemers over de inhoud van de collectieve contracten. Tot slot is, om de behoeften van werkgevers in kaart te brengen, een online-vragenlijst uitgezet onder verschillende werkgevers en is een telefonische enquête uitgevoerd onder verscheidene brancheorganisaties. Hieraan hebben in totaal 44 organisaties meegewerkt (zie bijlage 4).

Aan de hand van de geanalyseerde onderzoeken en gehouden interviews zijn verschillende good practices van zorgpaden geïnventariseerd. In samenspraak met de opdrachtgever zijn vanuit de geïnventariseerde good practices 9 best practices geselecteerd, op basis van de volgende criteria:

- » toepasbaar voor welk type werkgevers (klein, middelgroot, groot);
- » oplossingsrichting voor welk(e) knelpunt(en);
- » de reikwijdte van de interventie (fysiek, psychisch of preventief).

Bij de keuze is getracht om een vertegenwoordiging van alle criteria-elementen terug te laten komen in de geselecteerde best practices. Daarnaast is gekeken naar de omvang van het zorgpad, de beschikbaarheid van gegevens en de mate van innovatie. Deze 9 vastgestelde best practices zijn verder uitgewerkt aan de hand van deskresearch (bijlage 5) en een interviewronde langs de vertegenwoordigers van deze best practices (bijlage 3). Vervolgens is een financieel model opgesteld om de kwantitatieve resultaten weer te geven en de synergievoordelen te kunnen berekenen wanneer de best practices op grotere schaal worden toegepast. Een uitleg van het financiële model is opgenomen in de bijlage 1.

Analyse en synthese van de genoemde gegevens en gesprekken hebben uiteindelijk tot de geïdentificeerde knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen geleid. Tot slot is het potentiële synergievoordeel, in termen van productiviteitsverhoging, berekend.

1.3 Scope van het onderzoek

Het onderzoek heeft betrekking op de keten preventie – verzuimbegeleiding – zorg en reïntegratie in de relatie met zorg- en inkomensverzekeringen. Centraal staat hierbij de werkgever, maar ook de relatie met de werknemer komt aan bod.

Zelfstandige ondernemers vallen buiten de scope van het onderzoek. Dit heeft ook geleid tot het buiten beschouwing laten van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (AOV) voor zelfstandigen.

De inkomensverzekeraar is alleen beschouwd in zijn rol als aanbieder van verzuimverzekeringen, omdat de activiteiten op het terrein van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie zich concentreren in de loondoorbetalingsperiode. Naar verwachting zal deze rol in belang toenemen naarmate de markt van WIA-aanvullende verzekeringen en WGA-eigenrisicoverzekeringen zich verder ontwikkelt.

Het onderzoek richt zich op het identificeren en analyseren van trajecten die de procesintegratie tussen zorg en sociale zekerheid bevorderen. Hierbij gaat het niet om het identificeren van innovatieve projecten in de zorg dan wel de sociale zekerheid, maar om initiatieven in de keten van preventie, verzuim, zorg en re-integratie. Het gaat daarbij om het realiseren van synergie in de relatie werkgever, werknemer, zorgverzekeraar en/of inkomensverzekeraar.

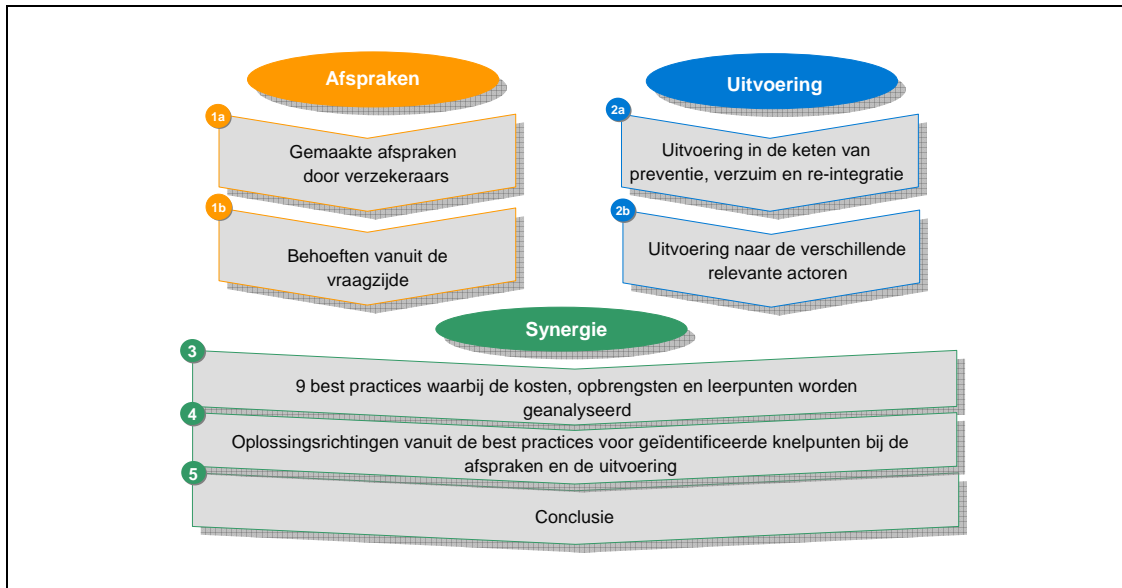
In het rapport wordt veelvuldig onderscheid gemaakt naar de omvang van de werkgevers. Hiervoor zijn de volgende definities aangehouden:

- » kleine werkgevers: organisatie met maximaal 99 werknemers;
- » middelgrote werkgever: organisatie met 100 tot en met 499 werknemers;
- » grote werkgever: organisatie met 500 of meer werknemers.

Tot slot merken we op, dat wanneer in dit rapport wordt gesproken over verzekeraars, hiermee zowel zorg- als inkomensverzekeraars worden bedoeld. Wordt één van beiden bedoeld, dan wordt gesproken over zorgverzekeraar dan wel inkomensverzekeraar.

1.4 Opbouw rapport

Het onderzoeksrapport is volgens figuur 1 opgebouwd:



Figuur 1: opbouw rapportage

Na dit inleidende hoofdstuk worden in hoofdstuk 2 de gemaakte afspraken tussen werkgevers, werknemers en zorgverzekeraars en de afspraken tussen werkgevers en inkomensverzekeraars besproken. Daarbij wordt ook aangegeven in hoeverre deze afspraken aansluiten bij de behoeften van werkgevers en wat hun specifieke wensen zijn.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de uitvoering van de afspraken. Enerzijds de uitvoering vanuit de keten van preventie, verzuim en re-integratie, anderzijds de uitvoering vanuit de verschillende betrokken actoren met daarbij aandacht voor diverse trends en ontwikkelingen.

Vanuit geïnventariseerde good practices worden in hoofdstuk 4 negen geselecteerde best practices uitgebreid besproken aan de hand van de thema's: achtergrond, doel en structuur, proces, resultaten en leerpunten. Hierbij zijn de resultaten van deze zorgpaden zoveel mogelijk gekwantificeerd en zijn de synergievoordelen berekend wanneer deze best practices op grote schaal worden toegepast.

In hoofdstuk 5 worden oplossingsrichtingen aangedragen voor de knelpunten die de markt ervaart voor de totstandkoming van de synergievoordelen in de keten van zorg en sociale zekerheid. Deze knelpunten zijn in hoofdstukken 2 en 3 geïdentificeerd en de oplossingsrichtingen zijn mede afgeleid van de 9 best practices die in hoofdstuk 4 zijn besproken.

Tot slot wordt in hoofdstuk 6, de conclusie, antwoord gegeven op de vraag of synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid utopie of realiteit is (zie figuur 1).

2 Gemaakte afspraken

2.1 Algemeen

Het realiseren van synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid begint bij het maken van afspraken hierover. In dit hoofdstuk komt de inhoud van de afspraken die op dit moment worden gemaakt tussen werkgevers, werknemers en zorgverzekeraars en de afspraken tussen werkgevers en inkomensverzekeraars ten aanzien van arbozorgdienstverlening aan de orde. Daarnaast wordt ingegaan op de behoeften van de vraagzijde en of de gemaakte afspraken aansluiten bij de specifieke wensen van de werkgevers. Dit leidt tot inzicht in welke knelpunten werkgevers en verzekeraars ervaren ten aanzien van afspraken met betrekking tot preventie en arbeidsgerelateerde zorg.

2.1.1 Zorgverzekeraars

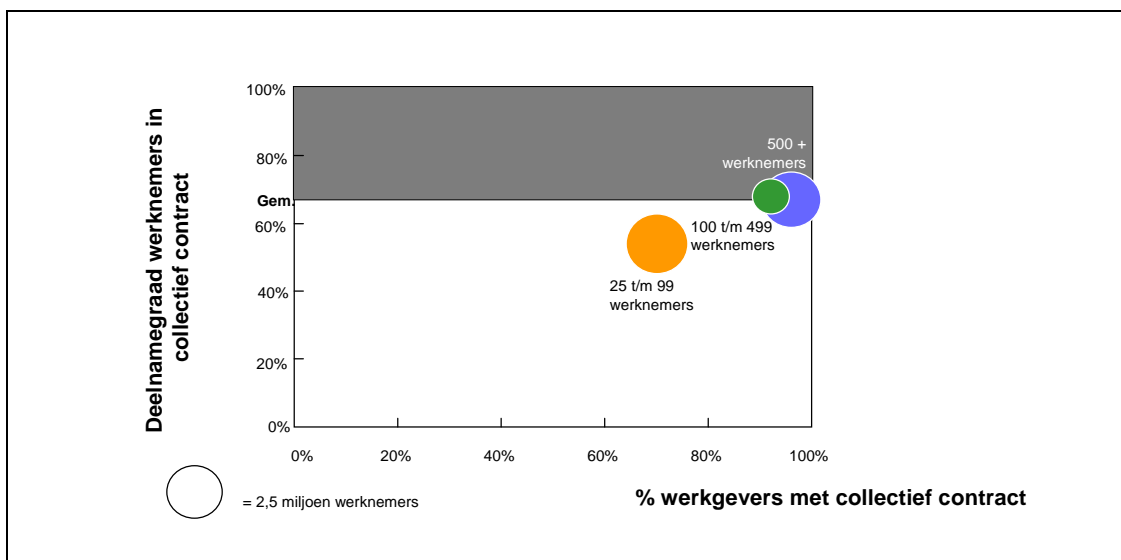
Het volume en de vulgraad van collectieve contracten zijn nog beperkt

Werkgevers vormen een belangrijk distributiekanaal voor veel zorgverzekeraars. Een groot aantal van de nieuw verworven verzekerden is in 2006 en 2007 via een werkgeverscollectiviteit binnengekomen. Sommige zorgverzekeraars bieden werkgevers daarom een vorm van provisie. Voor elke nieuwe verzekerde ontvangt de werkgever een bedrag voor het inkopen van diensten die de gezondheid van hun werknemers bevorderen. Ook blijkt een aantal werkgevers winstdelingsafspraken te maken bij de aanvullende verzekeringen. Werkgevers krijgen dan afhankelijk van de resultaten op de desbetreffende aanvullende verzekeringen een deel van de winst uitgekeerd. In 2006 hebben deze mogelijke winstdelingen voor werkgevers echter niet veel opgeleverd, omdat zorgverzekeraars ook op de aanvullende verzekeringen verlies hebben geleden.

Op de MKB-markt vormen de brancheorganisaties een interessant distributiekanaal voor het aanbieden van collectieve zorgverzekeringen. Vooral, omdat op deze markt het volume van potentiële verzekerden per individuele werkgever beperkt is. Terwijl op brancheniveau het volume daarentegen aantrekkelijk kan zijn. Uit onderzoek blijkt dat 57 procent van de bedrijven is aangesloten bij een brancheorganisatie¹.

Het grootste deel, 88% van de werkgevers met meer dan 25 werknemers heeft een collectief contract met één of meer zorgverzekeraars gesloten². Het percentage bedrijven met een collectief contract neemt toe met de omvang van de werkgever, uitgedrukt in het aantal werknemers. Van de werkgevers met 25 - 100 werknemers heeft 70% een collectief contract met een zorgverzekeraar gesloten. Van de werkgevers met meer dan 500 werknemers heeft vrijwel iedereen, 96%, een collectief ziektekostencontract afgesloten (zie de horizontale as van figuur 2). Op de verticale as is de deelnamegraad van werknemers in een collectief ziektekostencontract weergegeven. Gemiddeld heeft

slechts 64% van de werknemers zich via de werkgeverscollectiviteit verzekerd. De deelnamegraad is voor kleine werkgevers (< 100 werknemers) lager dan voor middelgrote (tussen de 100 - 500 werknemers) en grote (> 500 werknemers) werkgevers. De deelnamegraad voor grote werkgevers is niet hoger dan voor middelgrote werkgevers. Dit wordt mede verklaard door het gegeven dat grote werkgevers soms ook collectieve contracten met meer dan één zorgverzekeraar sluiten om de keuzevrijheid van hun werknemers te behouden. Daarnaast hebben werknemers vaak ook nog de keuze uit andere collectiviteiten dan alleen die van hun eigen werkgever. Bijvoorbeeld de collectiviteit van hun sportvereniging of de collectiviteit van de werkgever van hun partner. Om deze redenen zijn de collectiviteiten vaak maar beperkt “volgelopen” met verzekerden.



Figuur 2: percentage werkgevers met collectief contract en deelnamegraad werknemers in het collectieve contract gesplitst naar omvang van de werkgever

De werknemers van een individuele werkgever vertegenwoordigen een beperkt aandeel in de totale verzekerdenportefeuille van een zorgverzekeraar. Ook multinationals geven aan dat zij het gevoel hebben dat hun aandeel in het totaal aantal verzekerden, en daarmee de macht van het getal om invulling van specifieke wensen af te dwingen, beperkt is. De machtsfactor lijkt eerder te liggen op het terrein van imagowinst c.q. –verlies van de zorgverzekeraar. Naast status is ook het aspect van klantbehoud en cross-selling van andere producten zoals pensioenen, arbeidsongeschiktheid- en schadeverzekeringen voor de verzekeraar van belang.

Afspraken worden gemaakt over prijs/korting en in mindere mate over inhoud

De belangrijkste reden voor een werkgever om een collectief contract af te sluiten met een zorgverzekeraar ligt vooral op het gebied van ‘employee benefits’. Werkgevers willen goede secundaire arbeidsvoorwaarden aanbieden, waaronder een lagere zorgpremie voor hun werknemers. Gelet op de huidige krappe arbeidsmarkt wordt dit belang voor werkgevers nog groter. Van de ondervraagde werkgevers, geeft bijna 75%

aan dat het aanbieden van goede secundaire arbeidsvoorwaarden reden is geweest om een collectief contract af sluiten met een zorgverzekeraar. Daarnaast geeft ruim 60% van de werkgevers aan dat het verkrijgen van een lage zorgpremie belangrijk is geweest².

“Employer benefits” zijn voor een beperkte groep werkgevers reden geweest om een collectief zorgcontract af sluiten. Het verkrijgen en houden van grip op verzuimgerelateerde kosten, door het voorkomen van ziekteverzuim en/of verbeteren van de re-integratie van zieke werknemers, wordt door slechts 25% van de werkgevers genoemd als reden voor een collectief zorgcontract.

De afspraken die in de collectieve contracten zijn gemaakt blijken dan ook vooral betrekking te hebben op de prijs/korting en in mindere mate op de inhoud. In bijna alle collectieve contracten zijn afspraken gemaakt over de premiekorting op zowel de basis- als de aanvullende verzekeringen³. Daarnaast is bij ongeveer 75% van de contracten afspraken gemaakt over de dekking van de aanvullende verzekering. Slechts 15% van de werkgevers heeft eisen ten aanzien van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg laten vastleggen. Niet meer dan 10% van de werkgevers heeft met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over ketenzorg of specifieke behandelprogramma's. Het grote accent op prijs/korting bij de onderhandelingen wordt mede veroorzaakt door het type gesprekspartners aan de onderhandelingstafel, van zowel werkgevers- als zorgverzekeraarszijde. Nu voeren vanuit de zorgverzekeraar vaak accountmanagers de onderhandelingen. Zij zijn gericht op targets (volume) en ontberen veelal de inhoudelijke zorgkennis. Vanuit de werkgeverszijde worden onderhandelingen door inkopers (procurement) gevoerd, die gericht zijn op prijs en kortingen.

Volgens een aantal geïnterviewden zullen de onderhandelingen tussen werkgever en zorgverzekeraar naar verwachting “straks” meer over de inhoud gaan. Voorwaarde hierbij is evenwel dat, behalve de accountmanager en de inkoper, ook de zorginkoper en HR-functionaris aan de onderhandelingstafel zitten. Daarnaast is van belang dat zorgverzekeraars inzicht hebben in de prestaties van zorgaanbieders om te kunnen spreken over het inrichten van goede zorgpaden voor de werknemers en dat de liberalisering van de zorgmarkt (met name de ziekenhuizen) voortgaat.

Voornamelijk standaardpakketten en zelden echt maatwerk

Vooraf grotere werkgevers (> 100 werknemers) sluiten in het collectieve contract ook een extra pakket met arbeidsgelateerde zorg af. Dit pakket biedt extra zorgverlening die rekening houdt met de factor arbeid en gericht is op preventie van het ziekteverzuim en op een zo spoedig mogelijk herstel van het arbeidsvermogen van werknemers.

Echter, een aantal werkgevers geeft aan een dergelijk arbeidsgelateerd pakket niet af te sluiten. Zij zijn van mening al genoeg te betalen aan de gezondheidszorg, in de vorm van een verplichte werkgeversbijdrage en een eventuele vrijwillige werkgeversbijdrage. Voorts geven ook zorgverzekeraars aan, dat werkgevers dergelijke pakketten niet vanzelfsprekend vinden, en dat bovendien extra inspanningen nodig zijn om deze

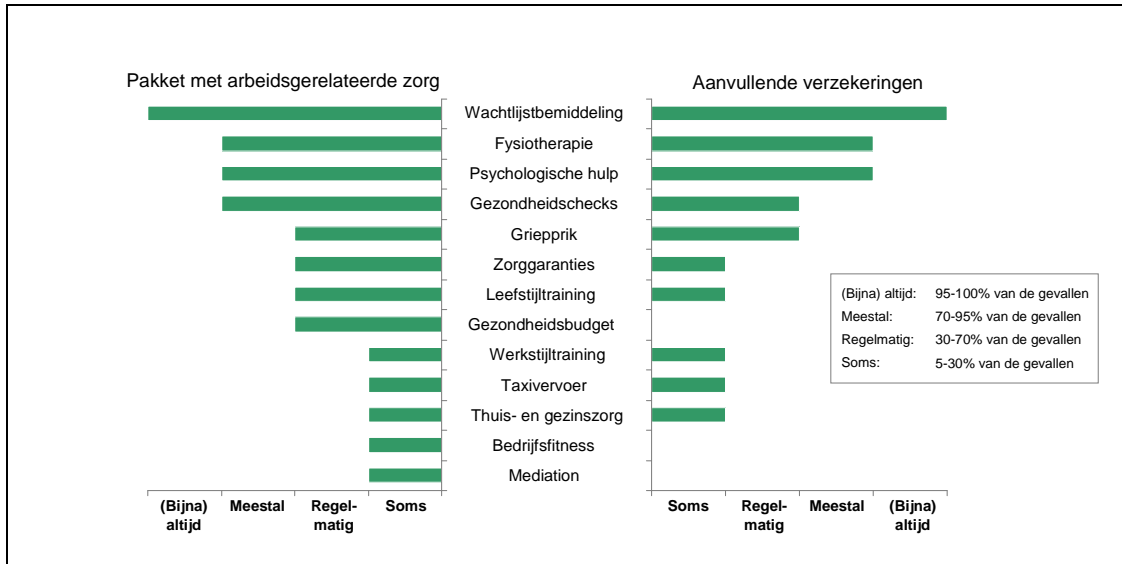
pakketten goed aan de man te brengen. Daarom is het aangeven en aantonen van de (kwantitatieve) toegevoegde waarde van de arbeidsgerelateerde pakketten belangrijk om werkgevers te overtuigen van het nut, de noodzaak en het rendement.

Collectief verzekerden sluiten relatief vaker een aanvullende verzekering af dan individueel verzekerden. Ongeveer 95% van de collectief verzekerden sluit naast de basisverzekering ook een aanvullende verzekering af. Bij individueel verzekerden ligt dit percentage rond de 90%. Er is nog weinig sprake van echt (tailor made) maatwerk onder de aanvullende verzekeringen. Ongeveer 90% van de aangeboden collectiviteiten met basisverzekering en aanvullende verzekering betreft standaardwerk. Maatwerkcontracten worden momenteel voornamelijk met grote werkgevers gesloten. Het betreft dan vooral die werkgevers, die ook voor de stelselwijziging in 2006, collectieve contracten voor de (toenmalige) particuliere ziektekostenverzekerden afsloten. Voor de verlenging hiervan in het nieuwe zorgstelsel hebben zij afgesproken de specifieke afspraken te behouden. Pas bij grote volumes vinden zorgverzekeraars het interessant om de specifieke wensen in een maatwerkpakket vorm te geven. In toenemende mate worden echter voor kleinere werkgevers pakketten aangeboden met een keuze uit verschillende modules, waardoor 'semi'-maatwerk wordt geboden.

Omdat de bedrijfsprocessen van de zorgverzekeraars nog onvoldoende zijn ingericht op het aanbieden van "echt" maatwerk, zijn afwijkingen van de standaard relatief duur. Naast het meer vraaggericht gaan werken, is het net als bij het aanbieden van extra pakketten met arbeidsgerelateerde zorg, belangrijk dat zorgverzekeraars de (kwantitatieve) toegevoegde waarde van het aangeboden maatwerk richting werkgeverscollectiviteiten aantonen.

De inhoud van de afspraken die worden gemaakt in standaard collectieve contracten met basisverzekering, aanvullende verzekering en eventueel een pakket met arbeidsgerelateerde zorg hebben bijna altijd (95-100%) betrekking op wachtlijstbemiddeling, psychologische hulp, fysiotherapie en gezondheidschecks (zie ook figuur 3). Daarnaast worden verschillende producten aangeboden waar relatief minder vaak daadwerkelijk gebruik van wordt gemaakt, zoals mediation en algemene cursussen. Maatwerk heeft veelal betrekking op de dekking van het verzekerd pakket. Zo worden dekkingen afgesproken voor specifieke behoeften ten aanzien van ergotherapie, gezondheidchecks en trainingen of zorgverlening buiten het reguliere circuit. Daarnaast hebben sommige maatwerkafspraken betrekking op extra dienstverlening ten aanzien van de zorginfrastructuur. Zo kan de zorgverzekeraar vanuit zijn zorginkooprol een (lokaal) netwerk van specifieke zorgverleners rondom de werkgever ontwikkelen, zodat werknemers sneller bij een zorgverlener terecht kunnen. Sommige werkgevers hebben ook speciale afspraken gemaakt over het zgn. "ontdubbelen" van specifieke zorgkosten. Zo kan bijvoorbeeld een gedeelte van de kosten van de fysiotherapeut zijn gedekt door de aanvullende verzekering van de werknemer zelf, waardoor deze kosten niet hoeven te worden gedragen door de werkgever. Ook nemen sommige zorgverzekeraars bij grote werkgevers, die collectieve contracten met verschillende zorgverzekeraars hebben afgesloten, de taak op zich om zorg te dragen voor de onderlinge verrekening van

interventiekosten. Tot slot worden ook maatwerkafspraken gemaakt over winstdelingen bij de aanvullende verzekeringen van de werknemers.



Figuur 3: arbeidsgerelateerde zorgvormen aan werknemer gesplitst naar pakket met arbeidsgerelateerde zorg en aanvullende verzekeringen

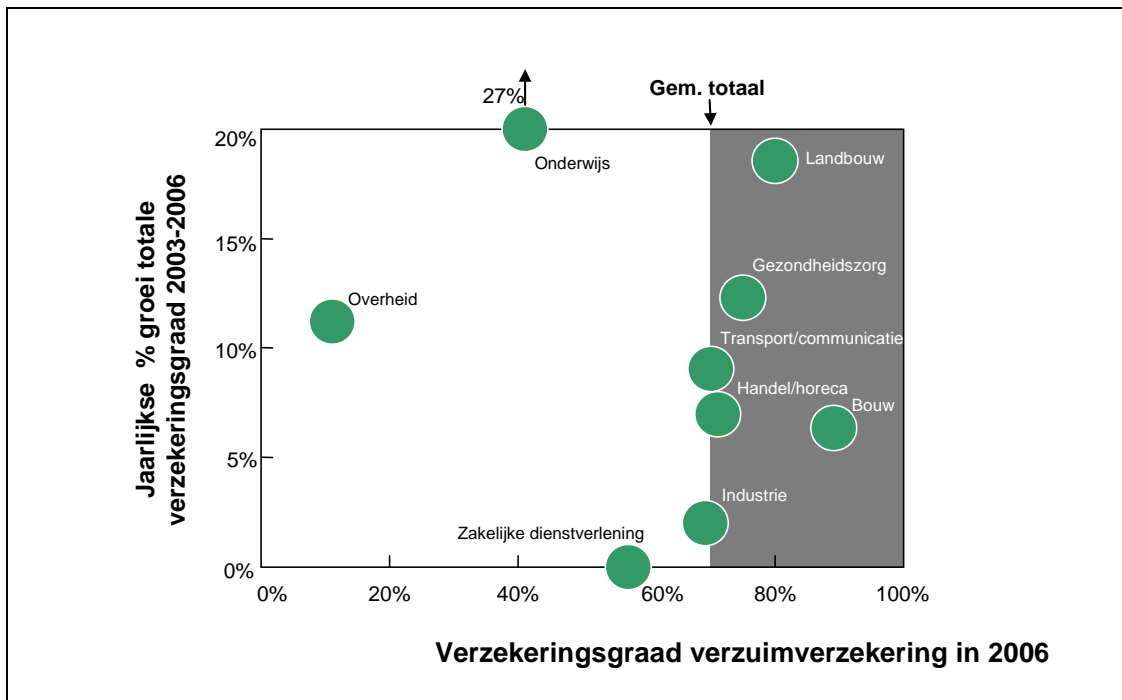
2.1.2 Inkomensverzekeraars

De verzekeringsgraad is toegenomen als gevolg van Verlenging Loondoorbetalingsverplichting Bij Ziekte (VLBZ)

In de jaren tot 2004 was er een zekere stagnatie zichtbaar op de markt van verzuimverzekeringen. De komst van de Wet Verlenging Loondoorbetaling bij Ziekte (VLBZ) in 2004 heeft de verzekeringsgraad weer doen stijgen, tot gemiddeld 68% in 2006. Met name kleinere werkgevers tot 100 werknemers hebben een verzuimverzekering afgesloten. Bij de middelgrote bedrijven (100 - 500 werknemers) zijn de meeste werkgevers juist eigen risicodragers en heeft slechts een minderheid een verzuimverzekering. Bij grote werkgevers (> 500 medewerkers) is het percentage nog geen 10%.

De verzekeringsgraad is bovendien per branche/sector verschillend. De verschillen worden verklaard vanuit de karakteristieken van de branche/sector: zoals de type (kleine, middelgrote of grote) ondernemers die met name werkzaam zijn in de sector. Daarnaast blijkt de organisatiegraad van de branche/sector invloed te hebben op de hoogte van de verzekeringsgraad. Bedrijfstakken met een hoge organisatiegraad blijken een hoge verzekeringsgraad voor verzuimverzekeringen te hebben. De rol van brancheorganisaties blijkt in deze sectoren van grote betekenis.

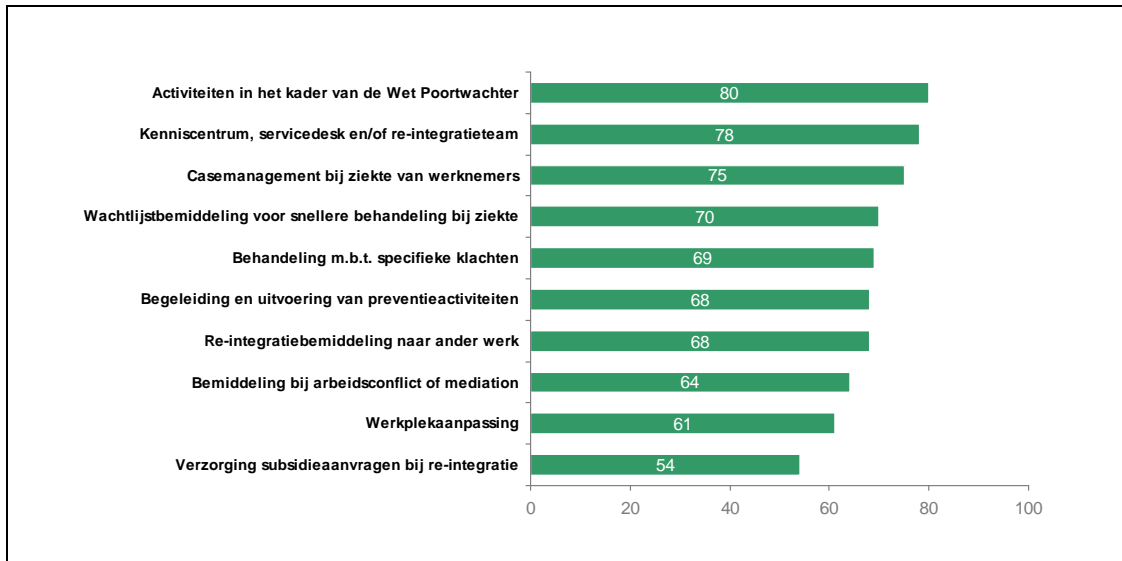
In figuur 4 is de verzekeringsgraad van verzuimverzekeringen weergegeven naar branche. Op de horizontale as is de verzekeringsgraad van de branche weergegeven. De verticale-as geeft de gemiddelde jaarlijkse groei van de totale verzekeringsgraad per branche vanaf 2003 tot 2006 weer. De stijging van de verzekeringsgraad is in vrijwel alle branches terug te vinden, met uitzondering van de zakelijke dienstverlening, waar geen duidelijke groei is waar te nemen.



Figuur 4: ontwikkeling verzekeringsgraad per branche 2003-2006⁴

Er worden steeds meer “bredere” verzuimpolissen aangeboden naast de “klassieke” verzuimpolissen

Sinds enkele jaren ontwikkelen inkomensverzekeraars veelal moderne “bredere” verzuimpolissen naast de “klassieke” verzuimpolissen waar het financiële aspect, ofwel de dekking van loonschade bij ziekte de hoofdzaak is. In de bredere polissen zijn casemanagement en re-integratie volwaardige onderdelen van de verzuimverzekeringen. Zoals figuur 5 weergeeft maken bij minimaal 75% van de bedrijven de volgende verstrekkingen deel uit van de “bredere” verzuimpolis: “casemanagement bij ziekte van werknemers”, “kenniscentrum, servicedesk en/of re-integratieteam” en “activiteiten in het kader van de Wet Poortwachter”. Bij een groot aantal inkomensverzekeraars maakt ook arbozorg onderdeel uit van de polis. Verder biedt ongeveer 70% “wachtlijstbemiddeling voor snellere behandeling bij ziekte” en “behandeling met betrekking tot specifieke klachten”⁴. De “polisverbreding” duidt op een ontwikkeling van inkomensverzekeraars naar meer servicegerichte organisaties.



Figuur 5: inhoud “brede” verzuimverzekeringen binnen de groep “breed” verzekerde⁴

2.2 Behoeften van werkgevers

Werkgevers hebben behoefte aan een vraaggerichte zorgverzekeraar

Uit de interviews, online vragenlijsten en de telefonische enquête komt naar voren dat werkgevers van mening zijn dat zorgverzekeraars teveel aanbod- in plaats van vraaggericht werken. Zij hebben het beeld dat een product veelal in de markt wordt gezet, zonder eerst goed te luisteren naar de daadwerkelijke wensen van de werkgevers. Werkgevers hebben behoefte aan een zorgverzekeraar die zich verdiept in de sector/branche waarin de organisatie opereert, die inspeelt op de specifieke wensen van het bedrijf en zoveel mogelijk maatwerk aanbiedt. Uiteraard tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding. De respondenten verwachten een proactieve houding van de zorgverzekeraar, 37% van de werkgevers noemt spontaan deze verwachting. De zorgverzekeraar moet opereren als een partner die meedenkt met de organisatie op het gebied van preventie, verzuim en uitval, die luistert en bovenal faciliterend is voor de organisatie. Daarnaast willen werkgevers dat verzekeraars zich richten op de gehele keten van zorg en verzuim. Werkgevers vragen om een geïntegreerd totaalpakket, dat aansluit op de specifieke wensen van de betreffende werkgever.

De verdieping in de wensen van de werkgever hebben, enerzijds betrekking op de specifieke kenmerken van de sector/branche en, anderzijds op de organisatie zelf. Zorgverzekeraars moeten allereerst inzicht hebben in de branche/sector- specifieke arbeidsomstandigheden en verzuimproblematiek. Vervolgens moet gekeken worden naar branchespecifieke beroepsziekten, waarop vervolgens zogenoemde zorgpaden en mogelijke preventieve maatregelen op kunnen worden afgestemd, bijvoorbeeld meer fysieke, psychische of juist huidaandoeningen.

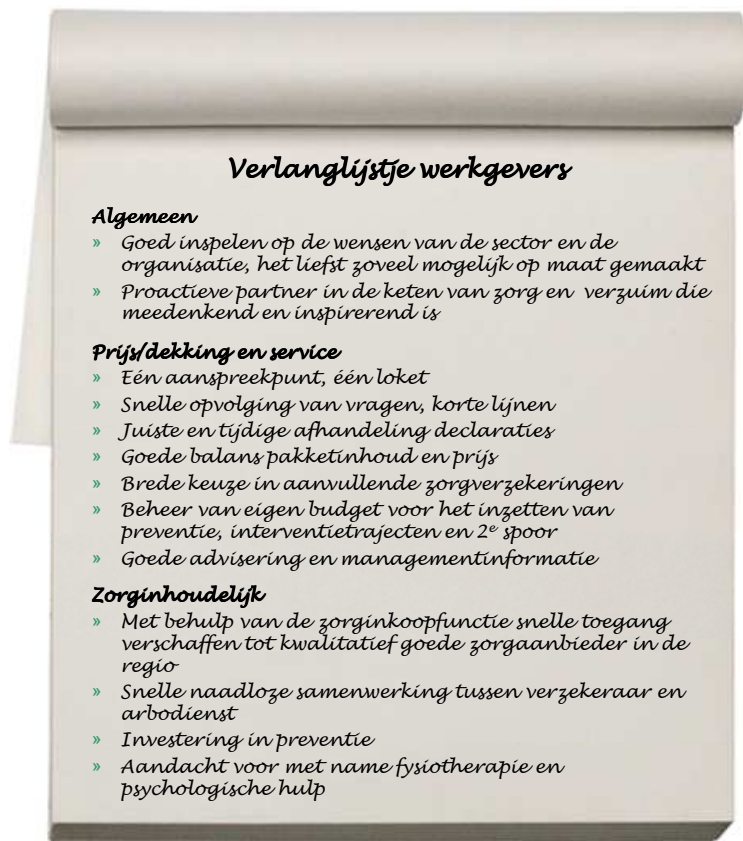
Daarnaast zal een verzekeraar zich moeten verdiepen in de bedrijfsspecifieke kenmerken, zoals de omvang van de organisatie, de leeftijdsopbouw van het personeel en het ziekteverzuimverloop in de organisatie. Wanneer deze elementen van het bedrijf in kaart zijn gebracht, kan vanuit de zorgverzekeraar een aanbod worden gedaan dat beter aansluit op de specifieke behoeften van het bedrijf.

Specifieke behoeften zijn snelheid, één loket en aandacht voor zorgbemiddeling, preventie, fysiotherapie en psychische hulp

Werkgevers geven aan dat ze behoefte hebben aan één aanspreekpunt voor alle vragen en dienstverlening ten aanzien van zorg en verzuim. Dit loket zorgt voor gemak en neemt de werkgever allerlei zaken die nu nog vaak door hem zelf geregeld moeten worden, uit handen.

Veel respondenten geven aan dat zij korte lijnen belangrijk vinden en dat er een snelle opvolging wordt gegeven aan vragen (één op de vier werkgevers noemt spontaan deze behoefte). Hierbij wordt ook een juiste en tijdige afhandeling van declaraties genoemd.

Een goede balans tussen pakketinhoud en prijs staan ook op het verlanglijstje van de werkgevers, (zie figuur 6). Daarnaast noemen werkgevers bij de behoeften ten aanzien van de zorgverzekeraars een brede keuze in de aanvullende zorgverzekeringen. Ook zouden werkgevers graag een eigen budget willen hebben voor het inzetten van preventie, interventietrajecten en 2e spoor. Ook een adequate advisering en uitwisseling van (management)informatie staat op het verlanglijstje van werkgevers.



Figuur 6: specifieke behoeften van respondenten

Zorginhoudelijk wensen veel respondenten, dat de zorgverzekeraar een actievere invulling geeft aan zorgbemiddeling; 46% van de werkgevers noemt spontaan deze wens. Met behulp van de zorginkoopfunctie zouden zorgverzekeraars werkgevers kunnen ondersteunen. Door een snelle toegang tot kwalitatief goede zorgaanbieders in de desbetreffende regio te bieden kan de zorgverzekeraar de verzuimduur van werknemers beperken. Ook een goede afstemming met de arbodiensten bij het opstarten van

interventietrajecten is volgens de werkgevers belangrijk. Werkgevers verwachten van zorg- en inkomensverzekeraars dan ook dat er een snelle en naadloze samenwerking is met de arbodiensten.

Er bestaat bij veel werkgevers behoefte aan meer preventieve maatregelen ten aanzien van verzuim, zoals het preventief medisch onderzoek (PMO) en leefstijltrainingen. Van de verzekeraar wordt een meer actieve advisering verwacht ten aanzien van de mogelijkheden van preventie. Tot slot geven de respondenten aan dat er vooral behoefte is aan interventies op het gebied van fysiotherapie en psychologische hulp. Men zit niet te wachten op minder relevante verstrekkingen waar maar sporadisch gebruik van wordt gemaakt en die de contractafspraken alleen maar onnodig compliceren.

2.3 Conclusie en knelpunten

De markt ervaart op het gebied van de te maken afspraken tussen verzekeraars en werkgevers drie knelpunten: met name vanuit de werkgevers wordt aangegeven dat er onvoldoende aansluiting is tussen hun specifieke behoeften en de aangeboden producten door verzekeraars. Het tweede knelpunt betreft de reikwijdte van gemaakte afspraken, deze gaan vooral over de prijs en korting en niet over de inhoud. Daarnaast wordt vanuit de zorgverzekeraars vaak het knelpunt aangehaald dat een individuele collectiviteit maar een beperkt volume heeft (te lage vulgraad) om daarvoor maatwerk aan te bieden.

1. Onvoldoende aansluiting tussen vraag werkgevers en aanbod verzekeraars

- » Volgens de respondenten werken verzekeraars nog teveel aanbodgericht in plaats van vraaggericht. Verzekeraars zetten producten in de markt zonder eerst voldoende onderzoek te doen naar de werkelijke behoeften van werkgevers. Werkgevers geven aan dat na het in de markt zetten van het product de verzekeraar weinig flexibel meer is om het product aan te passen. Anderzijds geven verzekeraars aan dat werkgevers vaak niet duidelijk hun (specifieke) behoeften kunnen benoemen.
- » Ook past maatwerk veelal nog niet in de bedrijfsprocessen van zorgverzekeraars, waardoor maatwerk relatief duurder is dan een standaardpakket.
- » Collectiviteiten geven aan dat zij (nog) te weinig onderhandelingsmacht bij de zorgverzekeraar hebben om invulling van specifieke wensen af te dwingen.

2. Afspraken worden gemaakt over de prijs en kortingen en niet over de inhoud

- » De belangrijkste redenen voor een werkgever om een collectief contract af te sluiten met een zorgverzekeraar liggen met name op het gebied van employee benefits. Werkgevers sluiten collectieve contracten niet zozeer af voor grip op verzuimgerelateerde kosten door het voorkomen van ziekteverzuim en/of verbeteren van de re-integratie van zieke werknemers.
- » Mede doordat vanuit de zorgverzekeraar vaak de accountmanager en vanuit de werkgever de inkoper de onderhandelingen voeren worden momenteel voornamelijk afspraken gemaakt over de prijs en in mindere mate over de inhoud.

3. Beperkt volume en lage vulgraad collectiviteiten voor zorgverzekeraars

- » Vele collectiviteiten zijn slechts beperkt volgelopen. Gemiddeld heeft maar 64% van de werknemers zich via de collectiviteit van de werkgever verzekerd. Bij de voormalige particuliere zorgverzekeringen voor 2006 lag de deelnamegraad bij collectiviteiten hoger (gemiddeld 85%).
- » Met name bij het MKB is het volume van potentieel verzekerden per individuele werkgever beperkt voor zorgverzekeraars, waardoor deze doelgroep minder interessant en geschikt lijkt voor maatwerk. Opschalen op brancheniveau lijkt noodzakelijk.

3 Uitvoering van de afspraken

3.1 Algemeen

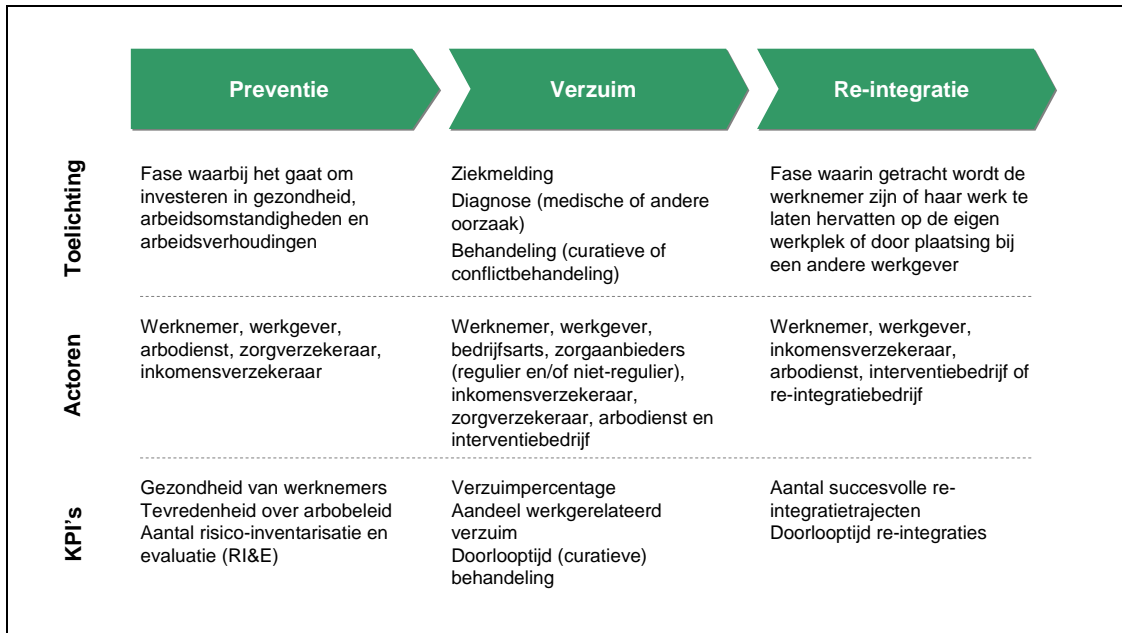
In hoofdstuk 2 zijn de gemaakte afspraken tussen werkgevers, werknemers, zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars besproken. In dit hoofdstuk wordt vervolgens ingegaan op de uitvoering van deze afspraken. Enerzijds de uitvoering vanuit de keten van preventie, verzuim en re-integratie, anderzijds de uitvoering vanuit de verschillende betrokken actoren met daarbij aandacht voor diverse trends en ontwikkelingen. Met dit hoofdstuk wordt inzicht geboden in de mogelijkheden voor het uitvoeren van de gemaakte afspraken, wat daarbij belemmeringen zijn en hoe de betrokkenheid van werknemers kan worden vergroot.

3.2 Keten van preventie, verzuim en re-integratie

De keten van ziekte van een werknemer kent een drietal fasen: preventie, verzuim en re-integratie (zie figuur 7). Preventie kan worden omschreven als de fase waarbij het gaat om investeren in gezondheid, arbeidsomstandigheden en arbeidsverhoudingen. Dit om te voorkomen dat een werknemer uitvalt⁵. Belangrijke actoren in deze fasen zijn werknemer, werkgever, arbodienst, zorg- en inkomensverzekeraar.

In de fase verzuim heeft de werknemer zich ziek gemeld. In deze fase zal een diagnose moeten worden gesteld wat de oorzaak van het verzuim is en of er eventueel een curatieve of conflictbehandeling plaats dient te vinden. (Mogelijke) actoren in deze fase zijn werknemer, werkgever, bedrijfsarts, zorgaanbieders (regulier en/of niet-regulier), zorg- en inkomensverzekeraar, arbodienst en interventiebedrijf.

Indien er sprake is van (dreigend) langdurig verzuim wordt in de fase re-integratie getracht de werknemer zijn of haar (aangepaste) werk te laten hervatten in het eigen bedrijf of door plaatsing bij een andere werkgever (2^e spoor). Hierbij kan eventueel een re-integratiebedrijf worden ingeschakeld. (Mogelijke) actoren in deze fase zijn: werknemer, werkgever, inkomensverzekeraar, arbodienst, interventiebedrijf of re-integratiebedrijf



Figuur 7: keten van preventie, verzuim en re-integratie met daarbij toelichting, actoren en KPI's

In de volgende paragrafen worden de ontwikkelingen in de verschillende fasen van de keten besproken, met daarbij ook aandacht voor de zogenoemde kritische prestatie indicatoren (KPI's). Vervolgens volgt een korte typering van de betrokken actoren. Het hoofdstuk wordt afgesloten met knelpunten die de totstandkoming en invulling van de synergievoordelen kunnen belemmeren.

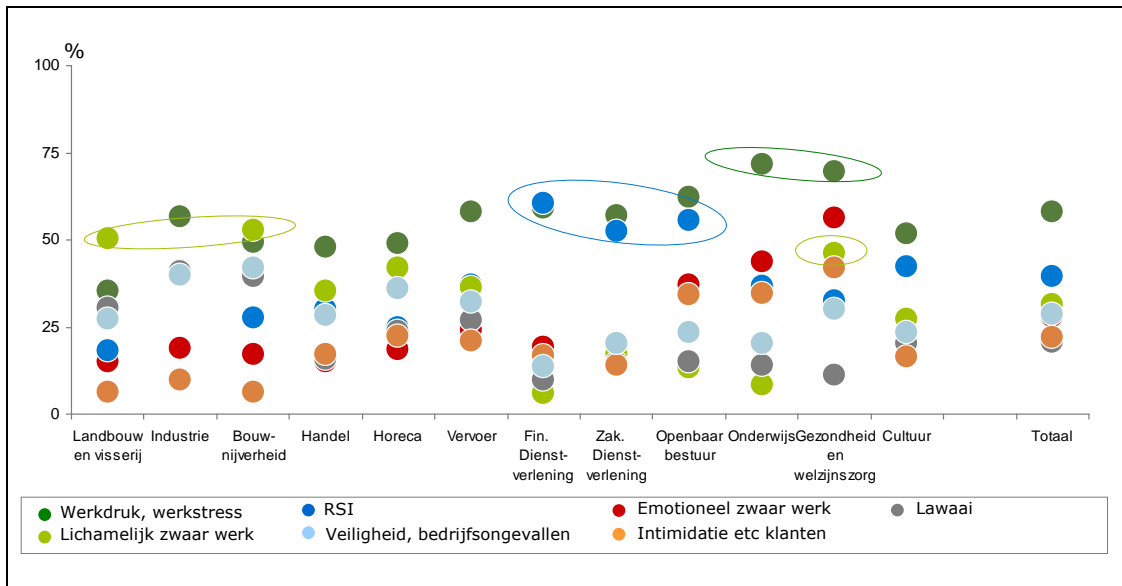
3.2.1 Preventie

Vitaliteits- en lifestyleprogramma's zijn een trend, maar de opbrengsten zijn lastig te kwantificeren en komen pas op de langere termijn

De algemene gezondheid wordt door veel werknemers positief ervaren. Bijna 90% van de werkenden in Nederland vindt zijn of haar gezondheid goed tot uitstekend. Dit cijfer is al jaren stabiel. Er zijn geen sekseverschillen en slechts geringe sectorverschillen in algemene gezondheid. Wel geven oudere werknemers (55 jaar en ouder) iets minder vaak aan dat ze een goede algemene gezondheid hebben, maar dit percentage is nog steeds vrij hoog, namelijk 80%⁶.

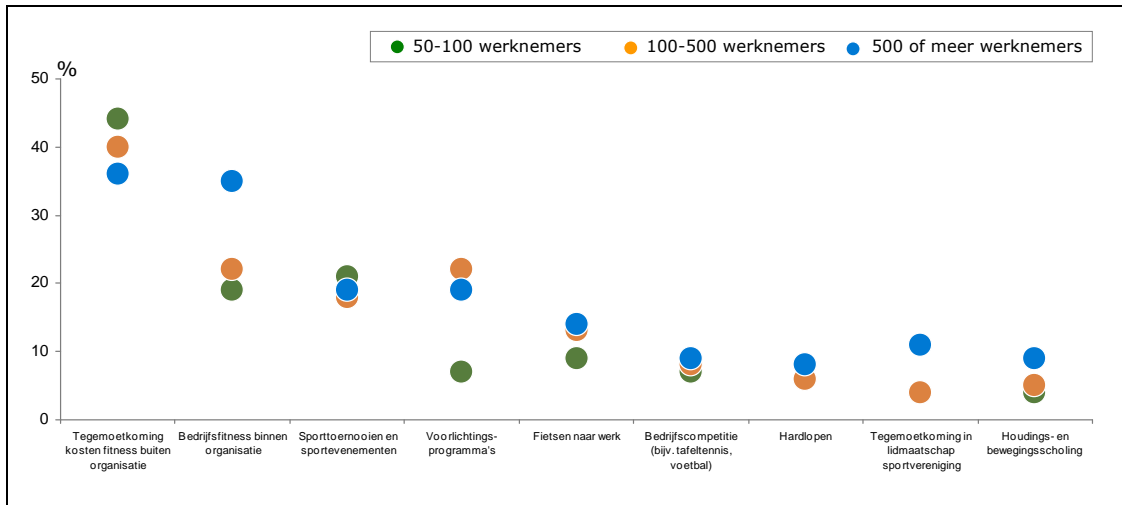
Volgens werknemers is er met name behoeften aan preventieve maatregelen ten aanzien van werkdruk/stress, RSI en lichamelijk zwaar werk (zie figuur 8). Ten aanzien van werkdruk en werkstress is de vraag naar maatregelen vooral in de onderwijs- en gezondheidszorgsector aan de orde. Maatregelen ten aanzien van RSI lijken noodzakelijk in de financiële en zakelijke dienstverlening, als ook het openbaar bestuur. Maatregelen inzake zwaar lichamelijk werk worden voornamelijk nodig geacht in de bouw-, de landbouw- en de zorgsector. Werkstijltrainingen kunnen geschikte maatregelen zijn voor

bewustwording bij managers en werknemers voor wat betreft signalen en omgang met bijvoorbeeld werkdruk, stress of RSI.



Figuur 8: benodigde arbomaatregelen naar sector in 2006⁶

Naast werkstijltrainingen is het beïnvloeden van de leefstijl van werknemers door middel van programma's een trend. Er vindt steeds meer een verschuiving plaats van aandacht voor verzuim (nazorg) naar aandacht voor preventie (voorzorg). Werkgevers gaan steeds meer de focus verleggen naar het gezond en fit houden van hun werknemers. Voornamelijk grotere werkgevers bieden steeds vaker leefstijlprogramma's aan. Programma's die gericht zijn op de zogenaamde BRAVO-factoren: meer Bewegen, niet Roken, matig zijn met Alcohol, gezonde Voeding en Ontspannen. Figuur 9 geeft aan dat veel werkgevers hun werknemers aanmoedigen om te bewegen via een tegemoetkoming in de kosten van fitness buiten de organisatie. Grote werkgevers organiseren ook interne bedrijfsfitness, maar voor een kleine werkgever is de investering hiervoor te groot. Sommige kleine werkgevers organiseren wel een vaste avond om gezamenlijk met collega's te gaan sporten. Daarnaast worden sporttoernooien en evenementen georganiseerd en organiseren vooral grotere werkgevers ook voorlichtingsprogramma's voor hun werknemers⁷.



Figuur 9: sport- en bewegingsactiviteiten door werkgever uitgesplitst naar organisatiegrootte⁷

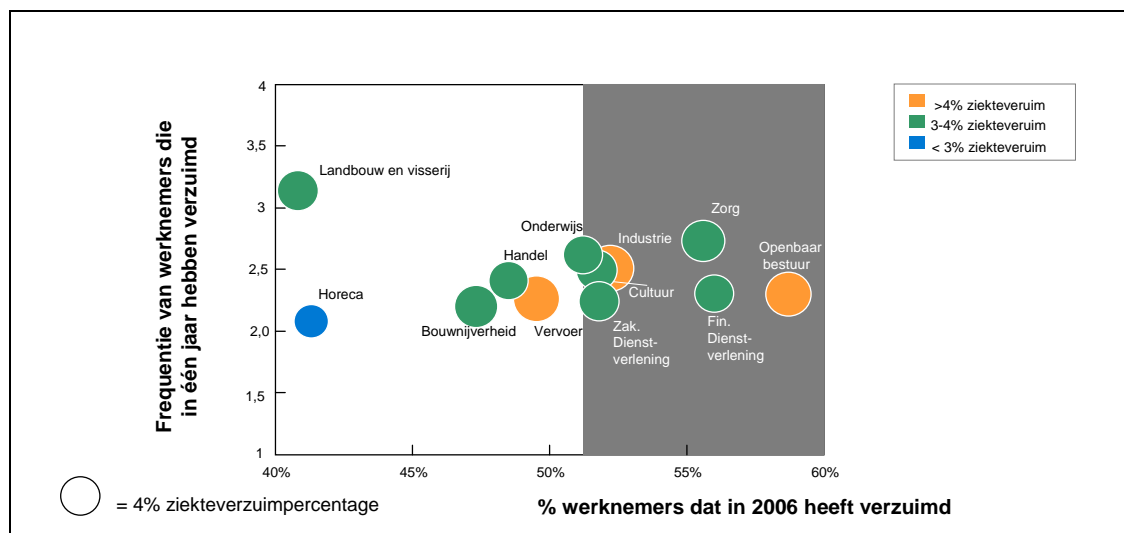
Het effect van preventie is minder evident voor werkgever en verzekeraars. De kwantitatieve voordelen van preventie zijn minder makkelijk te berekenen en worden vaak pas na langere termijn zichtbaar. Voor de zorgverzekeraar speelt dan de vraag of niet geïnvesteerd wordt in verzekerden die tegen de tijd dat de voordelen komen, zijn overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Ook geven zorgverzekeraars aan dat de risicoverevening niet stimuleert om als zorgverzekeraar te investeren in de preventie van verzekerden. De investering om verzekerden gezond(er) te houden ontvangen zorgverzekeraars niet terug vanuit het zorgverzekeringsfonds. Momenteel kent het vereveningsmodel nog teveel imperfecties waarvoor ex-post correcties nodig zijn. Daarnaast is het zorgverzekeraars vanuit de privacywetgeving veelal niet toegestaan om gerichte preventie te ondernemen naar hun verzekerden op basis van (medische) kenmerken die bij de zorgverzekeraar bekend zijn. Zo zou bijvoorbeeld een methodiek, die kan vaststellen of verzekerden onterecht cholesterolverlagende medicijnen slikken, niet mogen worden aangeboden aan geselecteerde verzekerden. Het is de zorgverzekeraar niet toegestaan verzekerden, die bijvoorbeeld cholesterolverlagende middelen gebruiken, te selecteren en vervolgens aan te schrijven.

Voor de werkgever geldt ook de vraag of zijn werknemers, tegen de tijd dat de voordelen zich voordoen, bij een concurrent werkzaam zijn of dat zij reeds met pensioen zijn gegaan. Daarnaast speelt ook de vraag hoe ver een werkgever kan en mag gaan in het sturen van werknemers ten aanzien van gezondheidsbevordering, leefstijlgedrag en het bespreken van privé-omstandigheden. Kortom waar ligt de scheiding tussen werk en privé? Vaak investeren werkgevers en zorgverzekeraars nu in preventie vanuit marketingperspectief en imago.

3.2.2 Verzuim

Verzuim is momenteel relatief laag en veelal niet-werkgerelateerd

Vanaf 2002 is sprake van een daling van het ziekteverzuim. Het gemiddelde ziekteverzuim bedroeg in 2002 5,3% en in 2006 4%⁸. De daling van het ziekteverzuim wordt met name verklaard door de in 2002 ingevoerde Wet Verbetering Poortwachter in combinatie met de (verlengde) loondoorbetaling bij ziekte. Deze wetswijzigingen hebben geleid tot meer aandacht voor de aanpak van ziekteverzuim door werkgever en werknemer, daarbij ondersteund door bedrijfsarts, arbodienst en verzekeraar. Uit figuur 10 blijkt dat er wel verschillen zijn tussen de sectoren in omvang en patroon van het verzuim. De sector horeca kent bijvoorbeeld een relatief laag ziekteverzuim en de sectoren vervoer, industrie en openbaar vervoer juist relatief een hoog verzuim. Voorts blijkt, dat relatief veel werknemers zich in 2006 een of meer keren hebben ziek gemeld bij het openbaar bestuur. In tegenstelling tot landbouw en visserij, waar de gemiddelde frequentie van ziek melden weer hoger is.

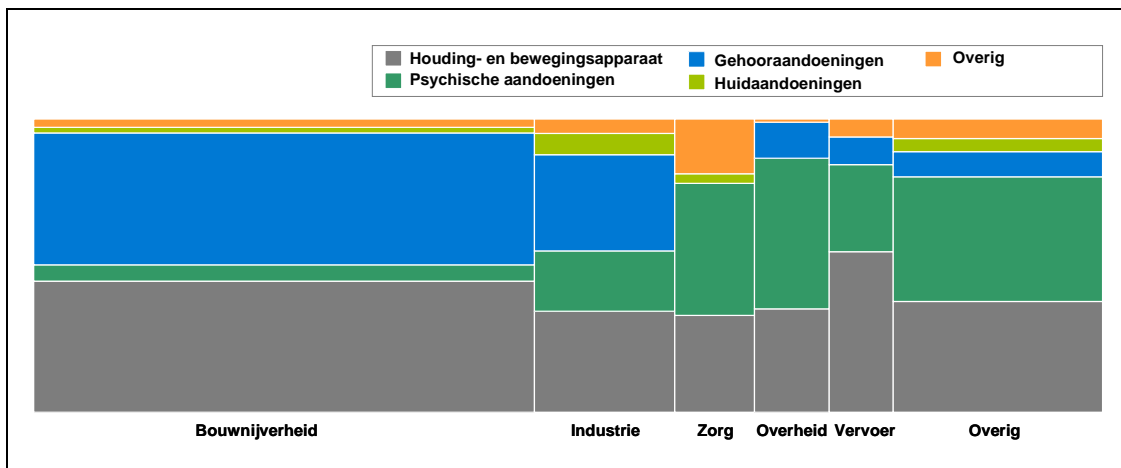


Figuur 10: ziekteverzuim en frequentie per sector in 2006⁶

Werknemers geven aan dat slechts een kwart van het verzuim het gevolg is van het werk⁶. Uit onderzoek⁸ blijkt dat de algehele gezondheidstoestand van de werknemer de belangrijkste factor is die van invloed is op het ziekteverzuim. Daarnaast heeft het aantal uren dat men dagelijks besteedt aan huishoudelijke en zorgtaken een verzuimverhogende invloed. Voor wat betreft de kenmerken van de werksituatie gaat het sterkste effect uit van de relatie met de leidinggevende of collega's. Daarna volgen een hoge werkdruk, gebrek aan zelfstandigheid in het werk, emotioneel zwaar werk, fysiek zwaar werk, gevaarlijk werk en het ontbreken van goede arbeidsomstandigheden.

Veel voorkomende beroepsziekten betreffen klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat en psychische aandoeningen. Ongeveer tweederde van de beroepsziekten valt onder tenminste één van deze twee categorieën. In figuur 11 is het

totaal aantal beroepsziekten, dat gemeld is door bedrijfsartsen aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, gesplitst naar sector en aandoeningen⁹. Zoals het figuur aangeeft heeft de sector bouwnijverheid het grootste aandeel in het aantal beroepsziekten, gevolgd door de sector industrie. Aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat komen met name vanuit de bouwnijverheid, industrie en vervoer. Het overgrote deel van de ziekmeldingen vanuit de zorg en overheid betreffen psychische aandoeningen.



Figuur 11: totaal aantal beroepsziekten gesplitst naar sector en aandoening⁹

Volgens sommige bronnen is een groot deel, naar schatting ongeveer 70%^{10,11}, van het verzuim niet medisch van aard. Bij veel verzuim wordt door bedrijfsartsen onnodig gemedicaliseerd, terwijl andere, niet-medisch gerelateerde oplossingen meer voor de hand liggen. Over de wijze waarop het zogenoemde de-medicaliseren moet plaatsvinden, bestaat verschil van opvatting. Sommige werkgevers zetten de bedrijfsarts achteraan in de keten en vragen zieke medewerkers zich eerst te melden bij de casemanager. Andere “scholen” vinden dat de bedrijfsarts zelf meer oog moet krijgen voor niet-medische problemen en derhalve de bedrijfsarts als het ware “minder arts” moet worden en meer gezondheidscoach.

3.2.3 Re-integratie

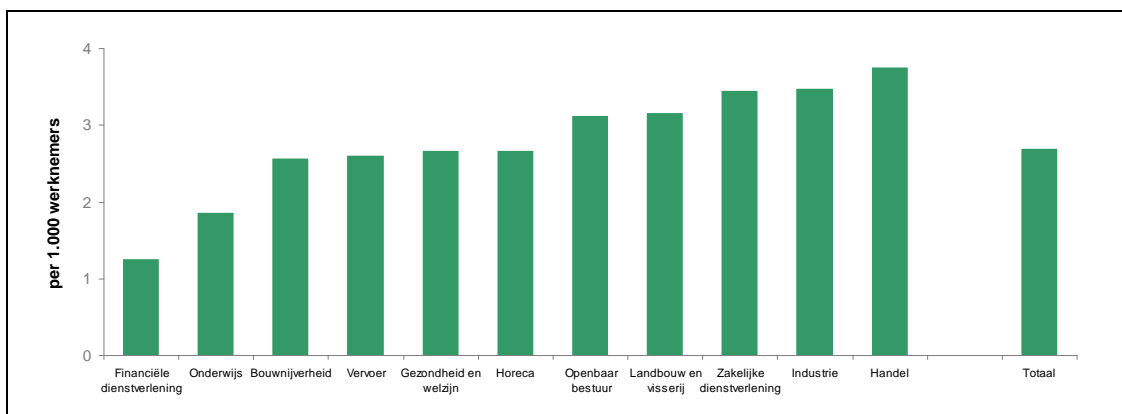
Verantwoordelijkheid voor re-integratie komt steeds meer bij werkgever en werknemer te liggen

Door wetgeving als de Wet Verbetering Poortwachter (WVP), Wet Verlenging Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte (WVLBZ) en de Wet Werk en Inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) is de verantwoordelijkheid voor re-integratie meer bij werkgevers en werknemers komen te liggen. Ook de privatisering van de regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) is vanuit overheidsperspectief bedoeld om zowel werkgevers als werknemers bewuster te maken van de kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid en daarop snel en adequaat actie te ondernemen. De

activiteiten worden zo snel mogelijk ingezet om te voorkomen dat het tot een WIA-aanvraag komt. De kans op succesvolle en duurzame werkhervatting neemt namelijk snel af met de duur van de ziekte.

Door de toegenomen verantwoordelijkheden van werkgever en werknemer was het de verwachting dat het aantal meldingen door werkgevers en verzekeraars voor re-integratietrajecten zou gaan toenemen. Deze verwachting is in 2006 niet uitgekomen bij de keurmerkbedrijven van *Blik op het Werk*¹². Mogelijke oorzaken hiervoor zijn de regionale en sectorale initiatieven waarbij slechts een beperkte rol voor re-integratiebedrijven is weggelegd. Daarnaast voeren arbodiensten en inkomensverzekeraars steeds meer activiteiten zelf uit en slagen deze partijen er steeds beter in om langdurig ziekteverzuim, en daarmee de noodzaak van re-integratietrajecten, te voorkomen. Tenslotte geven verschillende gesprekspartners aan dat de nieuwe wetgeving op het gebied van sociale zekerheid nog relatief kort geleden is ingevoerd. Het kost volgens hen ook tijd voordat alle marktpartijen nieuwe mogelijkheden gaan benutten.

De krappe arbeidsmarkt en goede economische ontwikkelingen hebben er, enerzijds voor gezorgd dat er in 2006 een grote verschuiving heeft plaatsgevonden in de doelstellingen van de afgeronde re-integratietrajecten: van plaatsing in regulier werk bij een andere werkgever naar werkhervatting in regulier werk bij de eigen werkgever. Anderzijds hebben de aantrekkelijke arbeidsmarkt en de inspanningen van werkgevers en werknemers, daarbij ondersteund door verschillende marktpartijen, geleid tot een daling van de instroom van uitkeringsgerechtigden ten aanzien van arbeidsongeschiktheid tussen 2005 en 2007¹³. Het aantal uitkeringen per werknemer en de uitstroom is vanzelfsprekend verschillend per bedrijfssector. In figuur 12 is per branche het aantal WIA uitkeringen in 2006 per 1.000 werknemers weergegeven. De financiële sector heeft bijvoorbeeld relatief weinig WIA uitkeringsgerechtigden per 1.000 werknemers in tegenstelling tot de sectoren handel, industrie en zakelijke dienstverlening.



Figuur 12: aantal WIA uitkeringen in 2006 naar branchesectoren¹⁴

Mensen met een werkloosheids- of arbeidsongeschiktheidsuitkering gaan steeds meer gebruik maken van een individuele re-integratieovereenkomst (IRO). De cliënt bepaalt daarbij zelf bij welk re-integratiebedrijf het traject wordt ingekocht. Hierdoor heeft bij het

UWV een verschuiving plaats gevonden van collectieve contracten naar individuele contracten (IRO-trajecten).

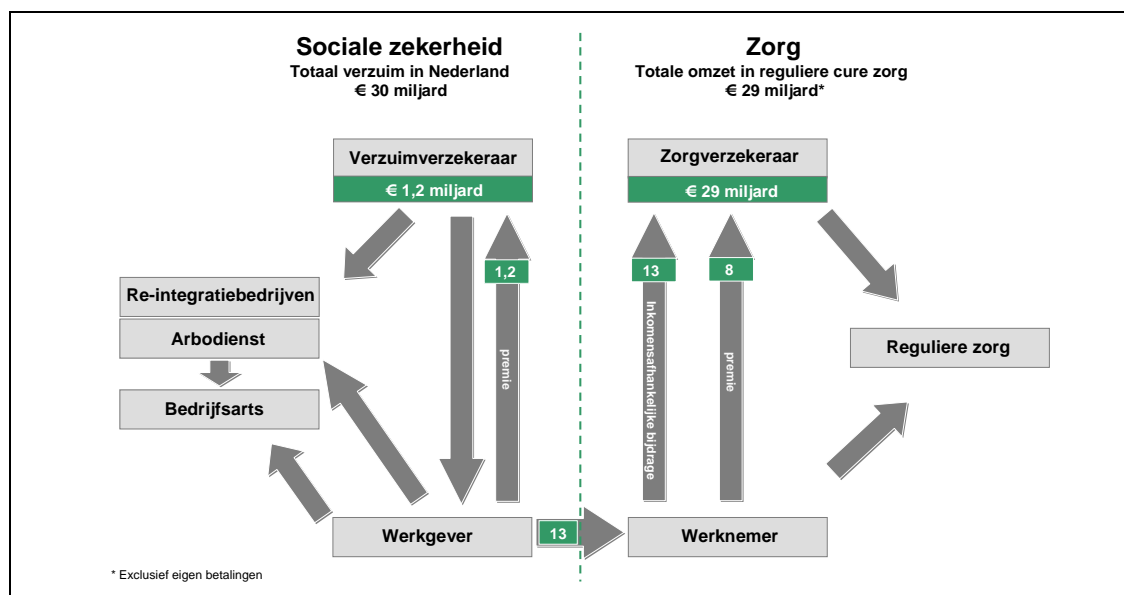
3.3 Betrokken actoren

3.3.1 Algemeen

De totale omzet in de reguliere curatieve zorg bedraagt in Nederland ongeveer € 30 miljard¹⁵. Wanneer het jaarlijkse verzuim in Nederland wordt omgerekend in gemiddelde verzuimkosten voor de werkgever blijkt dit ook circa € 30 miljard te betreffen¹⁶. De kosten van de reguliere zorg lopen vrijwel geheel via de rekening van de zorgverzekeraar. Dit in tegenstelling tot het verzuim, waar slechts een klein deel van het verzuimrisico via de rekening van de inkomensverzekeraar loopt.

Figuur 13 geeft de belangrijkste actoren en financieringsstromen in het speelveld van zorg en verzuim weer. Hieruit wordt zichtbaar dat de verzuimverzekering een werkgeversverzekering is en de zorgverzekering een werknemersverzekering. Via de verplichte vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage aan de werknemer financiert de werkgever echter wel een groot deel van de zorgkosten, zonder noemenswaardige invloed op de kwaliteit, inhoud en effectiviteit.

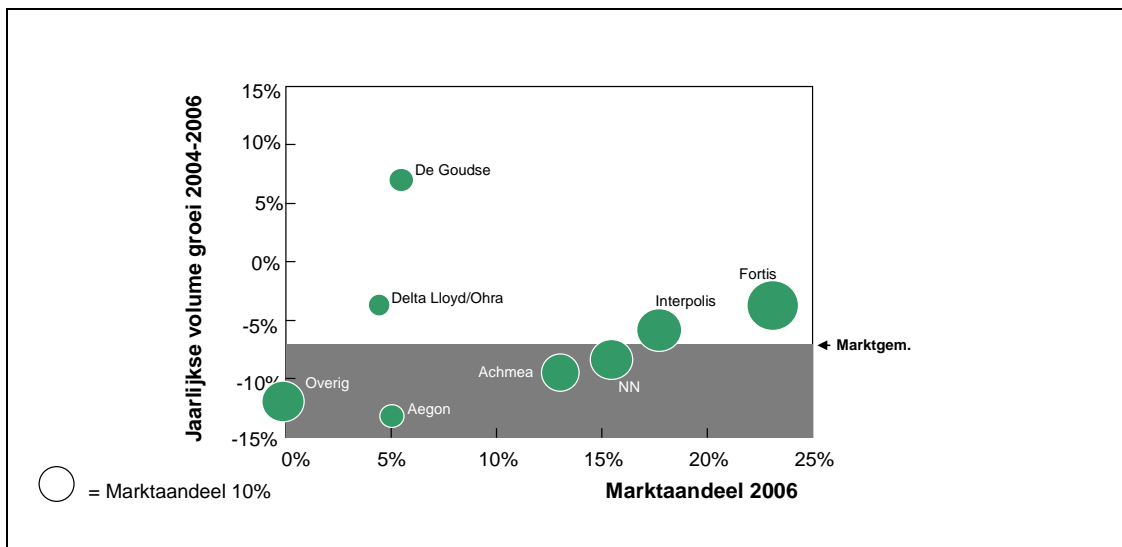
In de navolgende paragrafen zullen de belangrijkste ontwikkelingen van de verschillende actoren in de keten van zorg en verzuim worden besproken. Te beginnen met de inkomensverzekeraar.



Figuur 13: financieringsstromen van de belangrijkste actoren op het gebied van zorg en verzuim

3.3.2 Inkomensverzekeraars

Zoals in figuur 14 is aangegeven zijn de omzetten van verzuimverzekeringen van de meeste inkomensverzekeraars gedaald tussen 2004 en 2006, gemiddeld 7% per jaar¹⁷. De voornaamste oorzaak van deze omzetzak is de prijzenslag tussen de inkomensverzekeraars. De maatschappijen hebben de laatste jaren met een lagere marge te maken dan de jaren ervoor. Daarnaast heeft het voornemen tot de privatisering van de WGA de inkomensverzekeraars tot een concurrentieslag aanzet.



Figuur 14: marktaandelen en omzetgroei verzuimverzekeraars 2004-2006¹⁷

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, zijn inkomensverzekeraars steeds servicegericht. Zij bieden vaker “brede” verzuimpolissen aan met naast vergoeding van loondoorbetaling, gerichte additionele dienstverlening. Ook ten aanzien van de rolverdeling tussen inkomensverzekeraar en werkgever is een verschuiving waarneembaar. Klanten vragen steeds meer om een totaaloplossing: niet alleen een financiële vergoeding, maar ook ondersteuning bij verzuimbegeleiding en re-integratie. Vrijwel alle inkomensverzekeraars stellen daarbij expliciet, dat een actieve rol en medewerking van de werkgever en werknemer noodzakelijk is om een goed resultaat te behalen bij verzuimbeporing.

Het zijn met name kleine MKB-werkgevers (maximaal 100 werknemers) die een verzuimverzekering afsluiten. Deze kleine werkgevers hebben onvoldoende financiële draagkracht om het risico van de loondoorbetaling voor eigen rekening te nemen. Daarnaast zijn deze werkgevers gericht op (administratief) gemak. De ondernemer heeft veel verschillende zaken aan zijn hoofd waardoor er in eerste instantie weinig aandacht en interesse uitgaat naar verzuim en preventie.

Verzuimverzekeringen bieden verzekeraars meer vrijheidsgraden voor maatwerk en innovatie dan zorgverzekeringen. Waar in de Zorgverzekeringswet de aanspraken wettelijk zijn omschreven, is het aan de inkomensverzekeraar vrij om welke

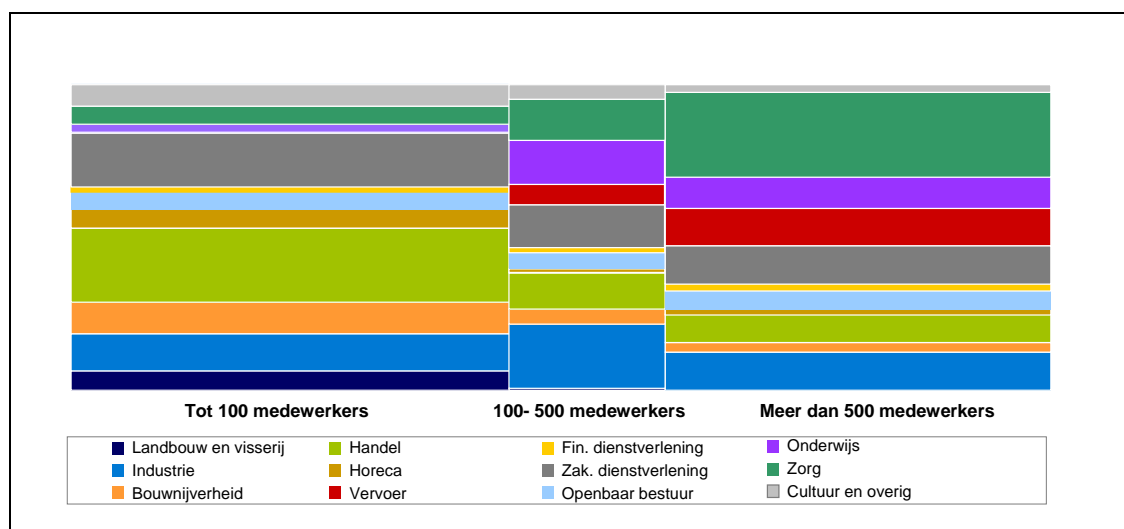
behandelwijze of methodiek dan ook voor de terugkeer van de werknemer te vergoeden. Het budget is derhalve niet geormerkt.

3.3.3 Werkgevers

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven worden werkgevers veelal opgedeeld in drie categorieën:

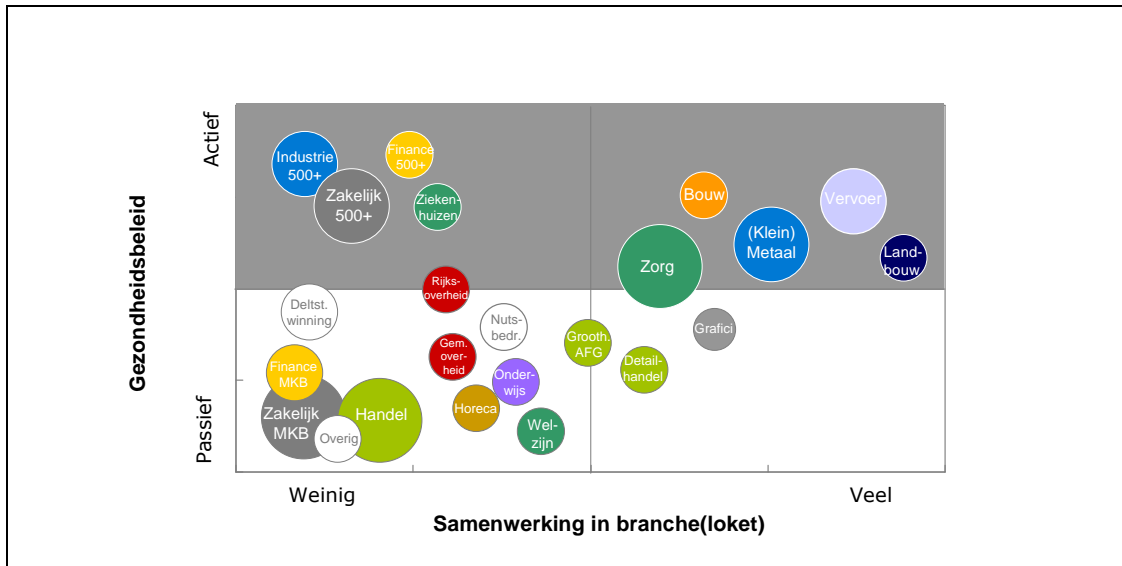
1. kleine werkgevers met minder dan 100 werknemers;
2. middelgrote werkgevers met tussen de 100 – 500 werknemers;
3. grote werkgevers met meer dan 500 werknemers.

In figuur 15 is de beroepsbevolking gesplitst naar deze drie categorieën werkgevers en naar de sector waarbinnen de werkgever zich bevindt. Hieruit blijkt dat de handel, zakelijke dienstverlening, bouwnijverheid, landbouw en visserij, sectoren zijn waarin relatief veel kleine ondernemingen actief zijn. Sectoren die vooral middelgrote werkgevers kennen zijn industrie en onderwijs. Grote werkgevers zijn vooral te vinden in de sectoren zorg en openbaar bestuur.



Figuur 15: beroepsbevolking gesplitst naar omvang bedrijf en sector¹⁸

De houding van werkgevers ten aanzien van verzuimverzekeringen gekoppeld aan zorgverzekeringen kan worden ingedeeld naar de verschillende bedrijfssectoren. Dan blijkt dat de aandacht voor gezondheidsbeleid en de samenwerking in de branche, bijvoorbeeld in de vorm van een brancheloket, invloed heeft op deze houding (zie figuur 16)¹⁹. Zo is de voorkeur voor een all-in pakket van verzuimverzekering en arbodienstverlening vooral aanwezig in het segment linksonder van het figuur, bijvoorbeeld in de branches zakelijk-MKB en handel. Aan de bovenkant ontstaat juist een markt voor ketenconcepten, gekoppeld aan zorgverzekeringen. Het betreft sectoren die actief gericht zijn op gezondheidsbeleid voor hun werknemers.



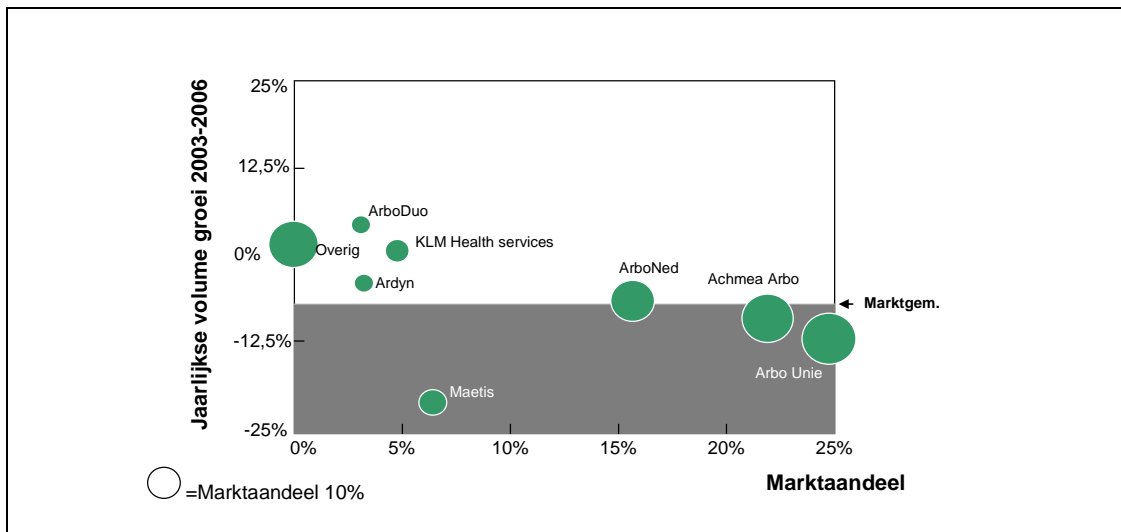
Figuur 16: aandacht voor gezondheidsbeleid en samenwerking per sector¹⁹

Tot slot dragen werkgevers een groot deel van de zorgkosten in Nederland. Langs één of meer lijnen financieren zij mede de zorg:

1. Via de verplichte werkgeversbijdrage aan zorgverzekeringen. Deze bedroeg in 2006 en 2007 6,5% van het bruto inkomen van de werknemers. In 2008 is dit percentage opgetrokken tot 7,2%, hetgeen een lastenstijging van ongeveer 1,5 miljard euro voor de Nederlandse bedrijven betekent²⁰.
2. Via de vrijwillige werkgeversbijdrage. Ruim de helft, 53%, van de werkgevers draagt bij aan de nominale zorgpremie van hun werknemers². Veelal als vorm van een aanvullende arbeidsvoorwaarde.
3. Out-of-pocket kosten. Ongeveer 70% van de werkgevers maakt gebruik van een bedrijfsarts en ongeveer de helft van een re-integratiebedrijf²¹. Daarnaast maken verschillende werkgevers gebruik van niet-reguliere zorgaanbieders voor hun werknemers, zoals een diagnose centrum of psychische hulpverlening van HSK. Het gebruik van deze diensten komt ten dele c.q. geheel voor rekening van de werkgever. Dit is afhankelijk van de afspraken met de zorgverzekeraar en de werknemer.

3.3.4 Arbodiensten

De omzet in de arbomarkt is sinds 2003 gedaald met gemiddeld 8% per jaar (zie figuur 17)²². De dienstverlening van de arbodiensten heeft zich lang vooral op verzuimreductie gericht. Als gevolg van de algehele verzuimdaling zijn de arbodiensten minder frequent nodig en bovendien is ziekteverzuimbegeleiding in toenemende mate een verantwoordelijkheid c.q. taak van leidinggevenden geworden. De marktverhoudingen tussen de arbodiensten zijn de laatste jaren constant gebleven: de in figuur 17 weergegeven 7 landelijke arbodiensten domineren nog steeds de markt met circa 80% marktaandeel. De interne arbodiensten hebben circa 10% marktaandeel. Voor de 57 kleine spelers resteert de overige 10%.



Figuur 17: marktaandelen en omzetgroei van landelijke en overige arbodiensten

De arbodienst heeft als rol werkgevers te helpen bij het opstellen en uitvoeren van een goed arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid. De arbodienst adviseert de werkgever over het te voeren beleid en is verantwoordelijk voor de (deel)taken waarvan is afgesproken dat zij deze uitvoert, zoals verzuimbegeleiding. Veel arbodiensten hebben met inkomensverzekeraars samenwerkingsafspraken gemaakt, soms in een eigendomsverhouding. Deze afspraken zijn gericht op een effectieve procesgang, waarbij de arbodienst als “front office” voor de inkomensverzekeraar opereert bij de aanpak van ziekteverzuim.

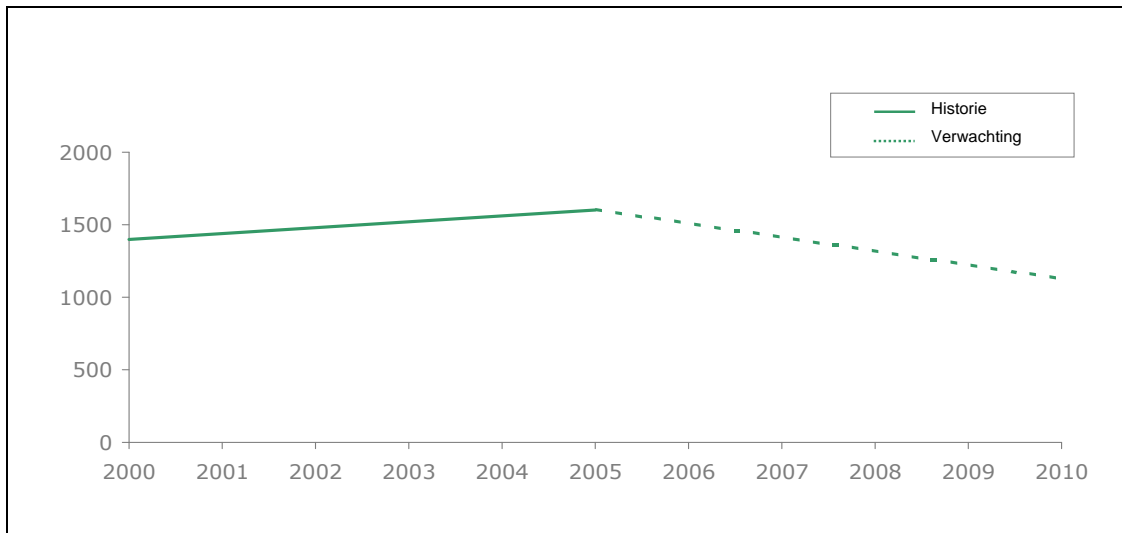
Door het vooruitzicht op duurzame krapte op de arbeidsmarkt, ontstaan voor arbodiensten nieuwe mogelijkheden. Werknemers zullen zolang mogelijk moeten blijven doorwerken, op termijn zelfs tot 67 jaar. Vooral de grote landelijke arbodiensten komen met nieuwe concepten op de markt. De expertise en dienstverlening verschuiven van begeleiding van verzuimende werknemers naar preventie, gericht op duurzame inzetbaarheid en dus naar het gezond en gemotiveerd houden van werknemers. Kortom, arbodiensten gaan zich meer richten op de 95% gezonde in plaats van de 5% zieke werknemers. Als motto geldt steeds meer “denken en investeren in voorzorg in plaats van nazorg”.

Een andere ontwikkeling is het meer transparant maken van de resultaten van arbodiensten. Momenteel heeft de markt weinig inzicht in de prestaties van arbodiensten. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de arbodienstverlening moeilijker te kwantificeren en te meten is dan bijvoorbeeld re-integratie-inspanningen²³.

3.3.5 Bedrijfsartsen

In totaal zijn ongeveer 1.600 bedrijfsartsen werkzaam in Nederland (zie figuur 18)²⁴. Het aantal geregistreerde bedrijfsartsen is van 2000 tot 2005 met bijna 15% toegenomen. Dit

is volgens het Capaciteitsorgaan mede veroorzaakt doordat verzekeringsartsen in de tweede helft van de jaren negentig over gingen naar arbodiensten en werk deden als bedrijfsarts. Na aanvullende scholing zijn zij later ook als bedrijfsarts geregistreerd. Het Capaciteitsorgaan verwacht tot 2010 een daling van het aantal bedrijfsartsen met 30% , mede gezien de dalende behoeften aan arbozorg en de afslanking van de arbodiensten. Ongeveer 90% van de bedrijfsartsen is in dienst van een arbodienst.



Figuur 18: het aantal werkzame bedrijfsartsen in Nederland en verwachting volgens het Capaciteitsorgaan

De bedrijfsarts heeft momenteel geen benijdenswaardige positie. Hij dient twee belangen: hij is adviseur van de werkgever en is begeleider en behandelaar van de werknemer. De bedrijfsarts wordt door de werknemer nogal eens als verlengde arm of controleur van de werkgever gezien, omdat hij wordt gefinancierd door de werkgever, direct of indirect via de arbodienst. De werknemer kiest voor een behandeling eerder voor zijn huisarts, met wie hij een vertrouwensrelatie heeft. Tot slot staat de bedrijfsarts in de pikorde van medici onderaan, waardoor samenwerking met en verwijzing naar medisch specialisten voor hen soms lastig kan zijn. Ofschoon deze verwijfsfunctie sinds 1 januari 2004 mogelijk is, wordt hiervan nog weinig gebruik gemaakt. Gebrek aan ervaring met de doorverwijzing van patiënten en een beperkt netwerk van medisch specialisten en andere zorgverleners worden als mogelijke oorzaken genoemd. De verwijzing door de bedrijfsartsen naar andere hulpverleners wordt door de zorgverzekering gedekt. De behandeling/diagnose van de bedrijfsarts zelf wordt echter veelal niet door de zorgverzekeraar vergoed, ofschoon de Zorgverzekeringswet in termen van functionele omschrijvingen hiervoor wel de mogelijkheid biedt.

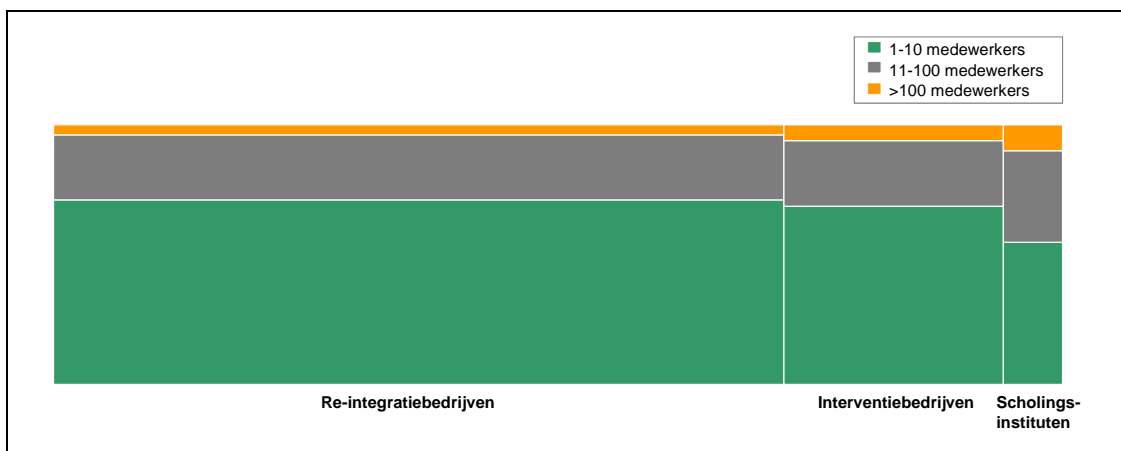
De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) pleit voor een herpositionering van de bedrijfsarts en streeft naar een domeinverbreding²⁵. Niet alle leden van de NVAB zijn het overigens met deze verandering van werkveld en takenpakket eens²⁶. De NVAB ziet de toekomstige positionering van bedrijfsartsen als medici in de 1^e lijnszorg, met individuele zorgtaken voor zowel werknemers als niet-

werkenden. Daarnaast is hij medisch adviseur en coach van werkgevers in zowel preventieve als curatieve zin.

3.3.6 Re-integratiebedrijven

De keuzegids van Blik op Werk geeft een overzicht van bedrijven die actief zijn op de markt voor re-integratie en bestaat in 2006 voor 74% uit re-integratiebedrijven, 20% uit interventiebedrijven en 6% uit scholingsinstituten. In totaal zijn in 2006 778 bedrijven opgenomen in de keuzegids²⁷. Re-integratiebedrijven houden zich voornamelijk bezig met de re-integratie van werknemers naar een nieuwe werkgever (2^e spoor) of vanuit een uitkering naar werk. Deze bedrijven voeren hoofdzakelijk integrale re-integratietrajecten uit. Interventiebedrijven voeren interventies uit om werknemers te laten terugkeren in hun oude werk. Daarnaast voeren deze bedrijven trajectonderdelen uit. Scholingsinstituten houden zich hoofdzakelijk bezig met trainingen en opleidingen in het kader van de re-integratie.

Re-integratiebedrijven zijn met name MKB-achtige bedrijven, met minder dan 100 werknemers (zie figuur 19). Het marktaandeel van de MKB bedrijven is ook toegenomen van 81% in 2004 naar 89% in 2006. Grote re-integratiebedrijven zijn Agens, Alexander Calder Groep en Loyalis. Enkele re-integratiebedrijven die zelf zorg leveren zijn Winnock, De Gezonde Zaak en de HSK Groep.



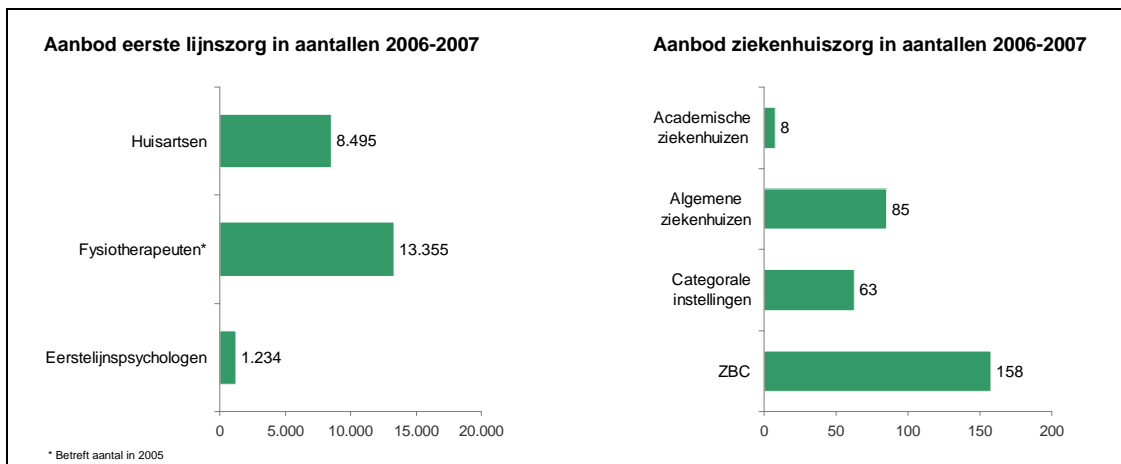
Figuur 19: aanbod aantal re-integratiebedrijven naar omvang in aantal medewerkers²⁷

Re-integratiebedrijven leveren veelal multidisciplinaire arbocuratieve zorg en arbeidsbemiddeling, met als doel mensen met afstand tot de arbeidsmarkt aan duurzame betaalde arbeid te helpen. Re-integratiebedrijven kunnen voor vier opdrachtgeversegmenten werken: werkgevers/verzekeraars, UWV, gemeenten en cliënten. Als gevolg van onder andere de aantrekkelijke arbeidsmarkt is het aantal opdrachten in de eerste drie opdrachtgeversegmenten (business to business) in 2006 afgenomen voor re-integratiebedrijven¹². Het segment van individuele cliënten (business to consumer) is echter sterk toegenomen. Dit zijn mensen met een werkloosheids- of arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zij hebben gekozen om gebruik te maken van een

individuele re-integratieovereenkomst (IRO). De IRO komt voort uit een experiment in drie regio's, Utrecht, Den Haag en Maastricht, met het Persoonsgebonden Re-Integratiebudget (PRB) voor gedeeltelijke arbeidgeschikten met recht op een uitkering. De verwachting in de toekomst is dat het aandeel trajecten voor individuele cliënten verder gaat toenemen. Op deze manier krijgen werknemers zelf meer invloed op hun re-integratietraject en zorgt voor het zogenoemde "empowerment van de werknemer". Re-integratiebedrijven zullen zich met hun dienstverlening in de toekomst meer moeten gaan richten op de individuele cliënt.

3.3.7 Reguliere zorgaanbieders

In Nederland zijn er momenteel ongeveer 8.500 huisartsen²⁸, ruim 13.000 fysiotherapeuten²⁹ en circa 1.200 eerstelijns psychologen (zie figuur 20)³⁰. Het aantal huisartsen en eerstelijns psychologen is de afgelopen jaren gestegen. Het aantal fysiotherapeuten is daarentegen licht gedaald. Er zijn in Nederland in totaal 141 ziekenhuislocaties en 45 buitenpoliklinieken. Deze maken deel uit van 93 ziekenhuisorganisaties waaronder 8 academische ziekenhuizen³¹. Vooral onder algemene ziekenhuizen heeft de laatste jaren een consolidatieslag plaatsgevonden. Het aantal Zelfstandige Behandelcentra/ZBC's¹ is echter de laatste jaren sterk toegenomen³². Deze sterke stijging van het aantal ZBC's illustreert een behoefte aan en ontwikkeling van focus in de ziekenhuiszorg. Onder druk van de zorgverzekeraars zal deze specialisatie/differentiatie doorzetten.



Figuur 20: aanbod eerste lijnszorg en ziekenhuiszorg in aantallen 2006-2007

De gemiddelde wachttijden en –lijsten voor medisch specialistische hulp zijn de laatste jaren verkort. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is sinds 2005 gestopt met het bijhouden van de databank met wachttijden en lijsten, omdat het een maatschappelijk en politiek gezien minder urgent onderwerp is geworden. Desalniettemin bedragen de wachttijden gemiddeld nog ruim 4 weken voor specialismen waar de meeste beroepsziekten mee in aanraking komen, zoals KNO, chirurgie en dermatologie. Bij

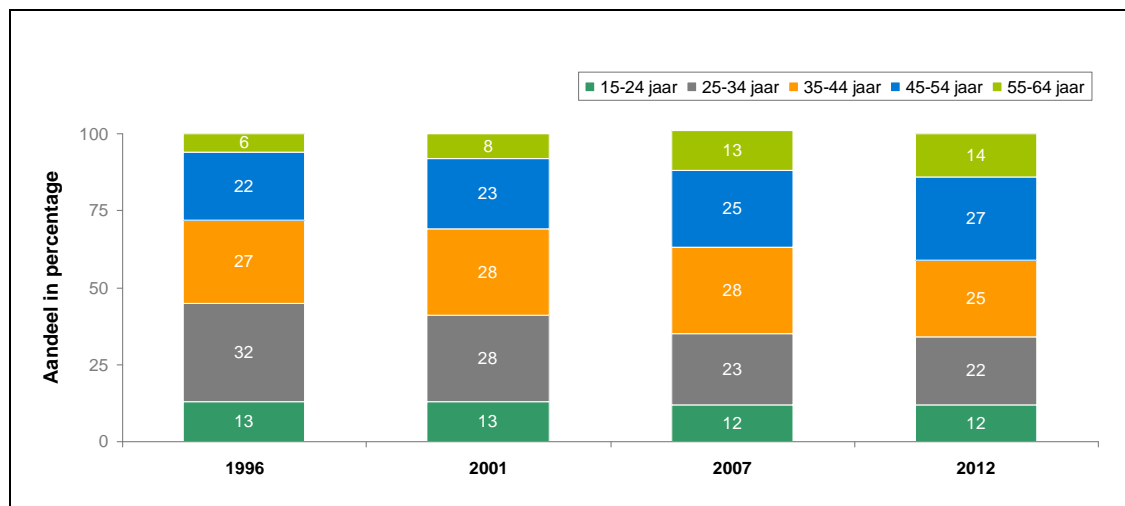
¹ De term ZBC is in de WTZi vervangen door de term Instellingen voor Medisch Specialistische Zorg

orthopedie is de wachttijd gemiddeld zelfs bijna 6 weken³³. Voor de eerste intake bij een eerstelijns psycholoog moet men gemiddeld bijna 3 weken wachten.

Tot slot blijkt dat in de reguliere zorg de factor arbeid nog te weinig wordt betrokken bij de diagnose; slechts 35% van de huisartsen of medisch specialisten vraagt naar de invloed van het werk op het verzuim⁶. De aandoeningen van werknemers uit de bouwnijverheid- en vervoerssector leiden bij huisartsen en specialisten tot iets meer aandacht voor “de factor arbeid”. Over het algemeen hebben reguliere zorgaanbieders te weinig aandacht voor arbeidsgerelateerde problemen. Om dit te verbeteren zal de factor arbeid ook onderdeel moeten uitmaken van de opleiding voor artsen. Vanuit de Ministeries VWS en SZW loopt momenteel een traject om de factor arbeid te integreren in de richtlijnen voor specialisten. Daarnaast is de reguliere zorg vaak monodisciplinair ingericht en vindt slechts op beperkte schaal structurele samenwerking plaats tussen verschillende disciplines. Bij arbeidsgerelateerde klachten zoals RSI heeft juist een behandeling met aandacht voor zowel de lichamelijke component als voor belevings- of gedragsaspecten dikwijls de voorkeur boven een monodisciplinaire aanpak³⁴.

3.3.8 Werknemers

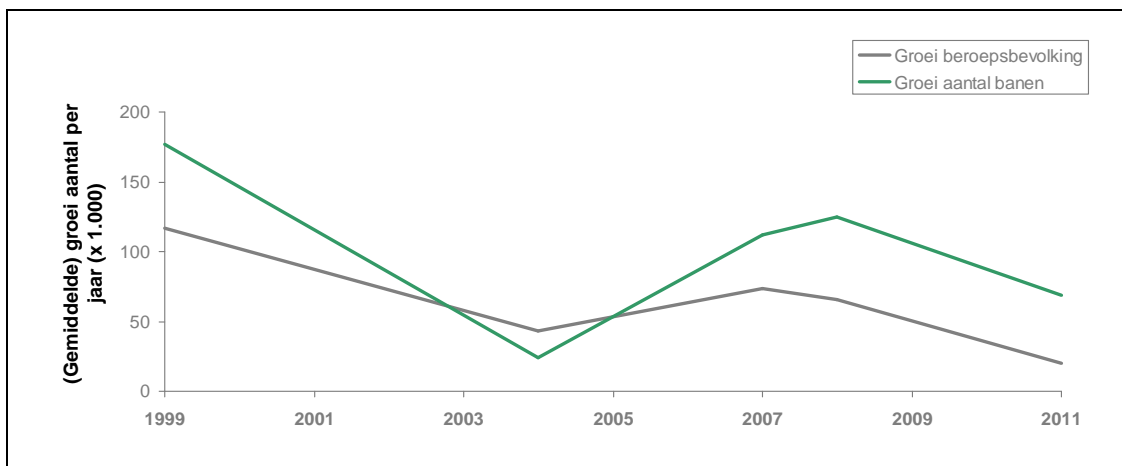
De gemiddelde leeftijd van de beroepsbevolking neemt toe als gevolg van de ontgroening en vergrijzing. Het aandeel werknemers met een leeftijd tussen 45 en 64 zal de komende jaren verder stijgen van 38% in 2007 naar 41% in 2012 (zie figuur 21)³⁵. Deze toename vraagt van werkgevers een leeftijdsbewust personeelsbeleid. Het verzuimpercentage ligt bij oudere werknemers relatief hoger dan bij jongere werknemers. Oudere werknemers verzuimen relatief minder vaak, maar als ze verzuimen duurt dit relatief langer.



Figuur 21: opbouw Nederlandse beroepsbevolking naar leeftijd³⁵

De krapte op de arbeidsmarkt zal naar verwachting de komende jaren aanhouden. Figuur 22 geeft de voorspelling van de groei van het aantal banen en de verwachte groei van de beroepsbevolking in Nederland weer. Volgens deze prognose zal de komende jaren de

groei van het aantal banen groter zijn dan de groei van de beroepsbevolking. Als gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt zullen de werkgevers om aantrekkelijk te blijven goede voorwaarden moeten bieden aan werknemers. Deze voorwaarden hebben dan niet alleen betrekking op loon, maar ook op gezondheidsbevordering en vitaliteit. Daarnaast is de aandacht en waardering van de leidinggevende voor de werknemer belangrijk. Als gevolg van de kleinere span of control is het ziekteverzuim bij kleine werkgevers relatief lager dan bij grotere werkgevers. Leidinggevend bij grote werkgevers krijgen in toenemende mate meer verantwoordelijkheden ten aanzien van het ziekteverzuimbegeleiding. Het wordt steeds meer een onderdeel van het primaire bedrijfsproces, soms inclusief targets op afdelingsniveau. Hiermee wordt als het ware “het model van de kleine werkgever” waar de directeur direct stuurt, geïncorporeerd. Ook worden er steeds meer trainingen gegeven aan leidinggevend om vaardigheden voor verzuimgesprekken verder te ontwikkelen.



Figuur 22: ontwikkeling vraag en aanbod op de Nederlandse arbeidsmarkt³⁵

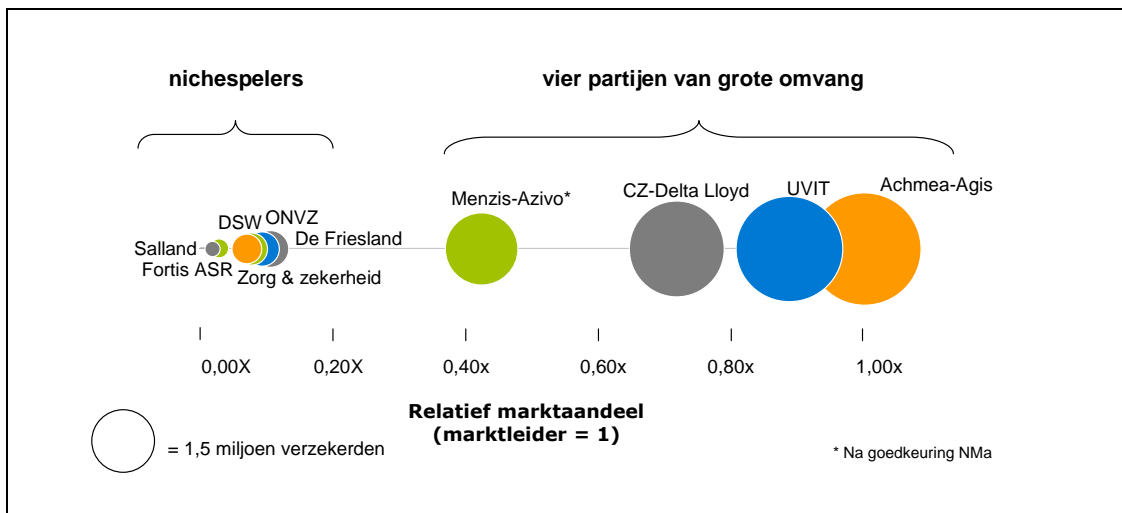
De gemiddelde werknemer stelt zich momenteel nog relatief passief op bij preventie, verzuim en re-integratie. Het afgesproken gezamenlijke opdrachtgeverschap tussen de werkgever en werknemer komt nog onvoldoende van de grond. Nu is het vaak de werkgever die het voortouw neemt. De werknemer raakt pas geïnteresseerd in de regelingen wanneer hij/zij daadwerkelijk ziek is. Via een werknemersorganisatie kan de zieke werknemer hierover dan (telefonisch) informatie inwinnen. De werknemer moet meer worden uitgedaagd om te werken aan zijn of haar persoonlijke ontwikkeling. Verdere toepassing van het persoonsgebonden re-integratiebudget (PRB) en de individuele re-integratieovereenkomst (IRO) versterkt de eigen regie van de werknemer. Zo is het UWV ook onlangs een pilot gestart met zorgverzekeraars Menzis en VGZ/UVIT voor het participatiebudget. Dit is een uitbreiding van het Persoonsgebonden budget waarmee werknemers zelf zorg en voorzieningen voor het werk kunnen regelen, bijvoorbeeld vervoer, een coach of doventolk. Uit onderzoek blijkt ook dat IRO-cliënten meer tevreden zijn dan cliënten met een regulier traject.

Ook is het belangrijk dat de werknemer in staat wordt gesteld om op eigen initiatief de bedrijfsarts te bezoeken. Het artikel in de nieuwe Arbo-wet over de algemene verplichting voor de werkgever om een arbospreekuur in te stellen is sinds 1 januari 2007

komen te vervallen. In geval van conflicten is het van belang dat zowel werknemers als werkgevers een beroep kunnen doen op een onafhankelijke derde om het gesprek weer op gang te brengen³⁶. Zo kan bijvoorbeeld reeds een secund opinion worden aangevraagd bij het UWV.

3.3.9 Zorgverzekeraars

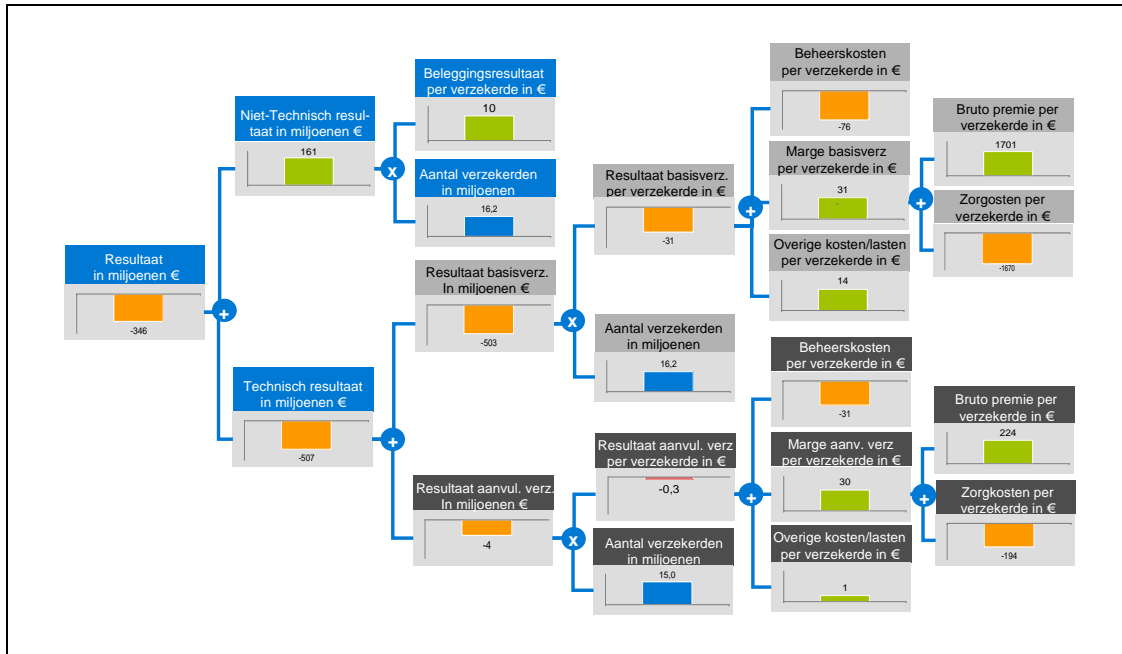
In de zorgverzekeringmarkt zijn fusies en samenwerkingsafspraken aan de orde van de dag. Achmea en Agis Zorgverzekeringen hebben overeenstemming bereikt over het bundelen van hun zorgverzekeringsactiviteiten door middel van een fusie en ook CZ en Delta Lloyd willen een strategische alliantie aangaan om schaal te creëren en klanten daardoor beter van dienst te kunnen zijn. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft reeds toestemming gegeven voor beide fusies. Ook Menzis en Azivo hebben een intentieverklaring ondertekend die moet leiden tot een volledige juridische, financiële en bestuurlijke inbreng van de activiteiten van Azivo in Menzis. Na effectivering van de genoemde fusies hebben de vier grootste zorgverzekeraars bijna 90% van de zorgverzekeringmarkt in handen (zie figuur 23). Een aantal kleinere zorgverzekeraars verdeelt de overige 10%. De vraag is of de huidige kleine spelers echte nichespelers zijn die een onderscheidende rol kunnen vervullen of dat zij uiteindelijk ook op zullen gaan in de grote clusters.



Figuur 23: marktverhoudingen Nederlandse markt voor zorgverzekeringen

Om een marktpositie te verwerven respectievelijk te behouden in het nieuwe zorgstelsel hebben zorgverzekeraars relatief lage premies gevraagd met hoge collectiviteitskortingen met als gevolg substantiële exploitatietekorten op de basisverzekering. In 2006 hebben de zorgverzekeraars ruim € 500 miljoen verlies gemaakt op de basisverzekering (zie figuur 24)³⁷. Voor de nieuwe zorgverzekering waren de aanvullende zorgverzekeringen, naast de beleggingsopbrengsten, de winstmakers van zorgverzekeraars. Echter, sinds 2006 lijden zorgverzekeraars naast de basisverzekering ook verlies op de aanvullende polissen.

Het technisch resultaat van de zorgverzekeraars kan in 2006 maar gedeeltelijk gecompenseerd worden met € 160 miljoen uit beleggingsopbrengsten.



Figuur 24: opbouw totale resultaat zorgverzekeraars in 2006

Zorginkoopmarkt

Langzamerhand zullen de weggegeven kortingen op een andere wijze moeten worden terugverdiend. Zorginkoop lijkt hier de meeste ruimte voor te bieden, alleen komt de zorginkoopmarkt nog beperkt van de grond. Hiervoor kunnen verscheidende redenen worden genoemd. De zorgverzekeraars zijn bang voor imagoschade wanneer ze daadwerkelijk verzekerden gaan sturen naar gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraars wachten liever af tot een andere zorgverzekeraar zorgsturing toepast en wat daar de gevolgen in de publieke opinie van zijn. Met de recente Zekur-polis van Univé waarbij een goedkopere basisverzekering wordt aangeboden met een beperktere keuze uit zorgaanbieders zijn de eerste stappen richting selectie van zorgaanbod gezet. Anderzijds wordt ook aangegeven dat de prikkel voor zorgverzekeraars om doelmatig zorg in te kopen momenteel gering is, omdat ze weinig risico lopen over hun gerealiseerde zorguitgaven. Nadat de ex-ante risicoverevening heeft plaats gevonden, is er nog een ex-post nacalculatie waardoor zorgverzekeraars uiteindelijk maar een beperkt financieel risico lopen over het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de normuitgaven van hun verzekerden. De nivellerende werking van de ex-postcorrecties moedigt verzekeraars ook niet aan om te investeren in zorginkoop. Ook wordt het gebrek aan transparantie in de kwaliteit van het zorgaanbod genoemd als reden waarom het lastig is om goede zorg in te kopen en als zorgverzekeraar de verzekerden te overtuigen van deze kwalitatief goede gecontracteerde zorg op basis van objectieve gegevens. Tot slot wordt door gesprekspartners veelvuldig aangegeven dat zorgverzekeraars momenteel te weinig ondernemerschap tonen en nog teveel “betaalkantoren” zijn met te weinig kennis

van zorg. Ze lijken alleen na te gaan of er een betaaltitel aanwezig is voor de vergoeding van de behandeling. Er is behoefte aan proactieve en initiatiefrijke zorgverzekeraars die niet “repareren” als oriëntatie hebben, maar meer gericht zijn op het blijvend functioneren van verzekerden in het werk en in de maatschappij. Kortom gericht op het gezond houden van werknemers waardoor geen verzuim hoeft op te treden. Een paradigmashift lijkt noodzakelijk, in te zetten via de werkgeverscollectiviteiten.

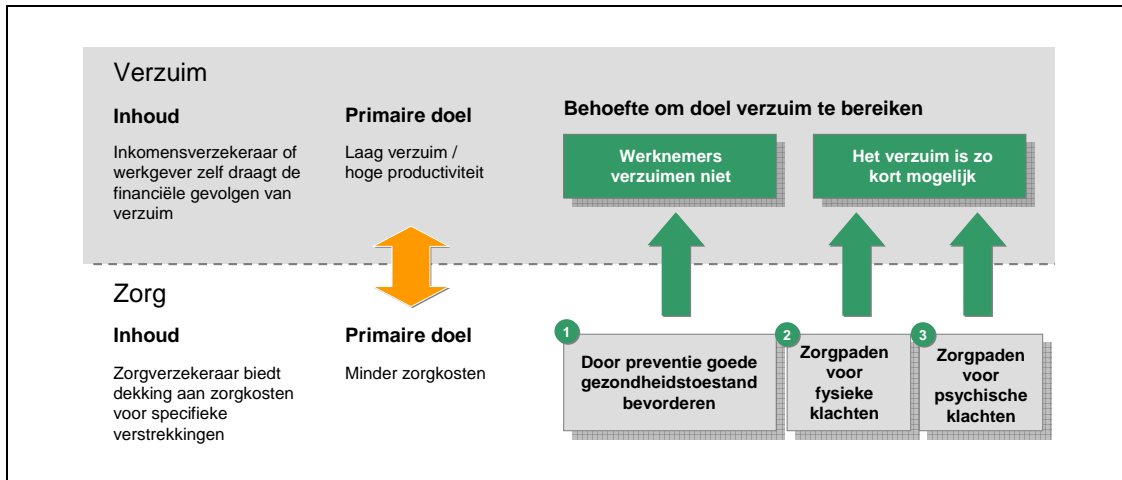
De nieuwe zorgverzekeringswet is in 2006 in werking getreden en heeft in dat jaar voor veel dynamiek gezorgd op de zorgverzekeringsmarkt. Maar het nieuwe stelsel beoogt niet alleen marktwerking in de zorgverzekeringsmarkt te bewerkstelligen, maar heeft vooral als doel meer concurrentie tussen zorgaanbieders tot stand te brengen, door zorgverzekeraars selectief zorg te laten inkopen bij zorgaanbieders. Dit is om verschillende hiervoor genoemde redenen nog onvoldoende van de grond gekomen. Veel respondenten geven aan dat de nieuwe wetgeving nog maar relatief kort geleden is ingevoerd en dat marktpartijen tijd nodig hebben om aan hun nieuwe rol in de markt invulling te geven.

Werkgeverscollectiviteiten als aangrijpingspunt

Werkgeverscollectiviteiten zijn belangrijke klanten voor zorgverzekeraars. In 2007 is ongeveer 55% van de verzekerden via een collectiviteit verzekerd³⁸. Circa 80% van deze collectieve contracten is afgesloten met een werkgever. Werknemers die via de collectiviteit van de werkgever verzekerd zijn vormen dus ongeveer 44% van het totale verzekerdenbestand. Werkgevers zien de zorgverzekering echter vaak als een standaardproduct en willen veelal niet teveel tijd en energie besteden aan het afsluiten van een collectief contract. De belangrijkste reden voor een werkgever om een collectief contract te sluiten is vooral het bieden van ‘employee benefits’.

Voor de werkgever kan door het combineren van zorg en verzuim de zorgverzekering wel onderscheidend en interessant zijn. Zorgverzekeraars kunnen op drie raakvlakken toegevoegde waarde bieden om het verzuim te verminderen en de arbeidsproductiviteit te verhogen (zie figuur 25):

1. Als eerste door met inzet van preventie de gezondheidstoestand van de werknemer te verbeteren.
2. Ten tweede door de zorgpaden voor fysieke aandoeningen goed en efficiënt in te richten.
3. En tot slot ook goede psychische gerelateerde zorgpaden voor werknemers te bieden.



Figuur 25: drie raakvlakken zorg en verzuim

Deze drie raakvlakken komen samen in de zorginkoopfunctie van de zorgverzekeraar, maar kunnen echter ook conflicteren met de primaire doelstelling van zorgverzekeraars: namelijk reductie van de zorgkosten. Immers, snelle diagnose en behandeling kunnen enerzijds hogere zorgkosten met zich meebrengen, anderzijds kan het leiden tot een korter verzuim. Zolang de omvang van de opbrengsten groter zijn dan de zorgkosten lijkt het interessant om dit zorgpad door de werknemer te laten volgen. Doordat er intern bij veel verzekeraars nog schotten bestaan tussen inkomens- en zorgverzekeringen wordt deze rekensom of vergelijking veelal niet gemaakt, maar wordt sec naar de eigen kosten-batenverhouding gekeken. Hierdoor is het lastig om bestaande synergievoordelen daadwerkelijk te realiseren, terwijl de dekking van de “bredere” verzuimverzekeringen en de dekking van zorgverzekeringen steeds meer gaan convergeren. Bovendien kunnen inkomensverzekeraars de ondersteuning en expertise gebruiken van de zorgverzekeraars bij de inkoop van de extra arbodienstverlening (zoals zorgbemiddeling) en kunnen de kosten van de werkgever worden ontdubbeld.

Brancheloketten, zoals voor de uitgeverijen of apotheken en tussenpersonen, zoals AON en de volmacht Kettlitz lijken de werkgeversbehoefte aan één loket/één contactpersoon op het gebied van zorg en verzuim al op te pakken. Zij bieden een meer geïntegreerde dienstverlening aan de voorkant dan de zorg- en inkomensverzekeraars. Hoe het proces verder aan de achterkant is geregeld en wie de rekening uiteindelijk betaalt, merkt de werkgever niet.

3.4 Knelpunten

Uit de voorgaande analyses kunnen acht knelpunten die de synergiemogelijkheden tussen zorg en verzuim belemmeren worden gedestilleerd:

1. De doelstellingen van inkomens- en zorgverzekeraars zijn niet gelijk

- » Er bestaan nog (interne) schotten bij verzekeraars, die zowel inkomens- als zorgverzekeringen aanbieden, waardoor met name gestuurd wordt op de individuele doelstellingen en niet op het resultaat van verzuim en zorg samen.
- » Daarnaast is de mindset c.q. oriëntatie van zorgverzekeraars vooral gericht op “repareren” van medische problemen en niet, zoals bij inkomensverzekeraars en werkgevers, op het algehele functioneren van de werknemer in het werk en in de maatschappij.

2. Werkgevers hebben het gevoel dat ze al zoveel betalen aan de gezondheidszorg en willen niet nog meer betalen

- » De werkgevers dragen een groot deel bij in de zorgkosten in Nederland en hebben het gevoel maar weinig over de zorg te zeggen te hebben. De inkomensafhankelijke bijdrage stijgt in 2008 naar 7,2% waardoor de kosten voor werkgevers in Nederland toenemen.
- » Daarnaast contracteren c.q. betalen verschillende werkgevers niet-reguliere zorgverleners direct (out-of-pocket kosten), zoals een diagnose centrum of psychische hulpverlening van HSK-Groep. Deze hulpverleners kunnen werknemers sneller behandelen en hebben daarnaast ook meer aandacht voor de factor arbeid dan vele reguliere zorgaanbieders.

3. Het ziekteverzuim is relatief laag bij werkgevers

Vanaf 2002 is sprake van een daling van het ziekteverzuim. Het gemiddelde ziekteverzuim bedroeg in 2002 nog 5,3%, maar is in 2006 gedaald naar 4%. Werkgevers voelen momenteel niet direct de noodzaak om te investeren in verzuim om het percentage verder te verlagen.

4. Preventie is lastig te kwantificeren en voordelen komen pas op termijn

- » Werkgevers zien investeringen in preventie veelal niet direct terug in verzuimreductie. De voordelen komen pas op langere termijn. Voor de werkgever geldt de vraag of zijn werknemers, tegen de tijd dat de voordelen zich voordoen, bij een concurrent werkzaam zijn of dat zij reeds met pensioen zijn gegaan. Daarnaast speelt ook de vraag hoe ver een werkgever kan en mag gaan in het sturen van de gezondheidsbevordering van zijn werknemers, zonder te gaan betuttelen.
- » Ook vanuit zorgverzekeraarperspectief is preventie niet altijd aantrekkelijk. De kwantitatieve voordelen van preventie zijn minder makkelijk te berekenen en net als bij de werkgever doen de voordelen zich vaak pas later voor. Dat biedt, met verzekerden die jaarlijks van verzekeraars mogen wisselen, een zeker risico.. Ook geven zorgverzekeraars aan dat het risicovereveningsfonds onvoldoende stimuleert om te investeren in de preventie van verzekerden.

5. Zorginkoop komt bij zorgverzekeraars nog niet echt van de grond

- » Een aantal gesprekspartners typeert zorgverzekeraars vooral als “betaalkantoren”, die alleen kijken of er een betaaltitel aanwezig is en missen het initiatief en ondernemerschap.
- » De zorgverzekeraars durven nog niet op grote schaal selectief in te kopen, waarmee zij verzekerden die een naturapolis hebben afgesloten gaan “sturen” naar gecontracteerde zorgaanbieders. Ze zijn bang voor imagoschade en wachten liever het effect af wanneer een andere zorgverzekeraar directe zorgsturing gaat toepassen. De eerste stap richting selectie van zorgaanbod is nu gezet met de Zekur-polis van Univé.
- » De prikkels voor zorgverzekeraars om doelmatig zorg in te kopen is nog gering, omdat ze weinig risico lopen over hun gerealiseerde zorguitgaven doordat er nog een ex-post nacalculatie plaatsvindt bij het risicovereveningsfonds. De nivellerende werking van de ex-postcorrecties werkt ook niet stimulerend voor verzekeraars om selectief zorg in te kopen.
- » Door gebrek aan transparantie in de kwaliteit van het zorgaanbod is het voor verzekeraars lastig om goede zorg in te kopen. Door het ontbreken van objectieve gegevens kan zorgverzekeraar zijn verzekerden moeilijk overtuigen van de kwalitatief goede gecontracteerde zorgaanbieders .

6. De rollen van een aantal belangrijke actoren zijn nog niet optimaal ingevuld

- » De positie van de bedrijfsarts is niet optimaal, doordat hij veelal het imago als controleur heeft en twee belangen dient. Dat imago wordt nog eens versterkt door het feit dat werknemers de huisarts meer als vertrouwenspersoon zien en de bedrijfsarts laag in de medische pikorde staat, waardoor samenwerking en doorverwijzing soms lastig is. Tot slot zullen bedrijfsartsen meer oog moeten krijgen voor niet-medische problemen en meer als gezondheidscoach moeten optreden (meer de-medicaliseren).
- » Ook de betrokkenheid van de werknemer is veelal niet optimaal. Veel werknemers zijn relatief passief en de werkgever neemt vaak het voortouw waardoor het afgesproken gezamenlijke opdrachtgeverschap tussen de werkgever en werknemer onvoldoende van de grond komt. In grotere organisaties is er minder vaak directe aandacht voor de werknemer van de leidinggevende, doordat hij of zij een grotere span of control heeft.
- » In de ontwikkelde zorgpaden voor werknemers wordt veelal gebruik gemaakt van niet- reguliere zorgaanbieders. Reguliere zorgaanbieders lijken te weinig aandacht te hebben voor “de factor arbeid” en spelen hierdoor onvoldoende in op de specifieke behoeften van werkgevers als klantsegment.

7. Te korte doorlooptijd nieuwe wetgeving

De nieuwe wetgeving op het gebied van sociale zekerheid en zorg is relatief kort geleden ingevoerd. Er is tijd nodig voordat alle betrokken partijen het oppakken en de gegeven mogelijkheden gaan benutten.

8. Wettelijke bepalingen/regelingen beperken de “ondernemingsgeest/vrijheid”

In de analyse zijn drie terreinen naar voren gekomen waar wettelijke bepalingen de ondernemingsgeest of vrijheid van verzekeraars lijken te beperken, namelijk:

- » Door de ex-post correctiemechanismen van het risicovereveningsfonds lopen zorgverzekeraars uiteindelijk maar een beperkt financieel risico, maar missen zij ook vanwege de nivellerende werking, een prikkel voor selectieve zorginkoop. De argumentatie voor de beperking van de risico's is, dat de risicoverevening vooral door dataproblemen, als gevolg van de invoering van DBC's nog onvoldoende corrigeert voor de voorspelbare verschillen die er tussen verzekerden bestaan. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars nog weinig invloed uitoefenen op de meeste zorguitgaven. De ziekenhuiszorg is vanaf 2008 voor slechts 20% vrij onderhandelbaar. De dataproblemen zullen in de loop van de tijd afnemen en de invloed op zorguitgaven van zorgverzekeraars zal derhalve naar verwachting toe gaan nemen. Deze wettelijke beperking zal verminderen/verdwijnen.
- » Als gevolg van de privacywetgeving is het inkomens- en zorgverzekeraars niet toegestaan om specifieke persoonsgegevens te matchen en hiermee gerichte (preventieve) acties te ondernemen. Deze wettelijke belemmering heeft te maken met de algehele maatschappelijke visie welke informatie onder de privacywetgeving valt en hoe moet worden omgegaan met privacygevoelige informatie door (commerciële) instellingen.
- » Tot slot worden steeds meer verstrekkingen in de basisverzekering opgenomen waardoor relatief minder mogelijkheden tot innovatie en onderscheidend vermogen voor zorgverzekeraars overblijven en de dynamiek in de markt afneemt. Op de basisverzekering zijn immers verscheidende bepalingen van de Zorgverzekeringswet van toepassing in tegenstelling tot de aanvullende verzekeringen waar zorgverzekeraars meer vrijheidsgraden hebben. Deze derde beperking heeft te maken een (kabinetsafhankelijke) visie op de gezondheidszorg en de gewenste mate van marktwerking versus regelgeving vanuit de overheid.

4 9 best practices uitgewerkt

4.1 Algemeen

In dit hoofdstuk worden 9 best practices uitgewerkt, die zijn geselecteerd uit een longlist van good practices. De good practices zijn geen innovatieve zorgverbeteringen op zich maar juist initiatieven op het raakvlak van zorg en sociale zekerheid. In samenspraak met de opdrachtgever zijn vanuit de geïnventariseerde good practices 9 best practices geselecteerd, op basis van de volgende criteria:

- » toepasbaar voor welk type werkgevers (klein, middelgroot, groot)
- » oplossingsrichting voor welk(e) knelpunt(en)
- » de reikwijdte van de interventie (fysiek, psychisch of preventief).

Bij de keuze is getracht om een vertegenwoordiging van alle criteria-elementen terug te laten komen in de geselecteerde best practices. Daarnaast is gekeken naar de omvang van het zorgpad, de beschikbaarheid van (kwantitatieve) gegevens en de mate van innovatie, zie figuur 26.

| | | | | ● sterk ○ zwak ✓ Best practices ✗ Good practices | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------------|-----------------------------|--|----------------|--------------------------|--------------|---------|--|
| | | Grootte organisatie | Oplossingsrichting knelpunt | Synergievlak | Omvang traject | Beschikbaarheid gegevens | Ver-nieuwend | Overall | |
| 1 | EMCare | Klein-groot | 4 en 9 | Fysiek zorgpad | ● | ● | ● | ✓ | |
| 2 | ICARA | Klein-groot | 9 | Fysiek zorgpad | ● | ● | ● | ✓ | |
| 3 | Winnock | Klein-groot | 4,11 | Fysiek zorgpad | ● | ● | ● | ✓ | |
| 4 | IBM/OHRA/Niped | Klein-groot | 6,7,9 en 11 | Preventie | ● | ● | ● | ✓ | |
| 5 | TNT, HSK en Agis | Groot | 6, 8 en 9 | Psychisch zorgpad | ● | ● | ● | ✓ | |
| 6 | Loopbaantraject bouw | Klein-groot | 5, 7 en 9 | Preventie | ● | ● | ● | ✓ | |
| 7 | Brancheloket apotheken | Klein | 3 | Fys. & Psych zorgpad | ● | ● | ● | ✓ | |
| 8 | IZA Bedrijfszorgpolis | Midden-groot | 2, 3, 4 en 11 | Fys. & Psych zorgpad | ● | ● | ● | ✓ | |
| 9 | IAK/Philips Bedrijfszorg | Groot | 1, 2, 4, 6 en 11 | Fys. & Psych zorgpad | ● | ● | ● | ✓ | |
| 10 | Trias met PMO | Midden-groot | 1 en 3 | Preventie | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 11 | Anko | Klein | 1, 3 en 9 | Fysiek zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 12 | CZ Politiepolis | Groot | 1 en 8 | Fys. & Psych zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 13 | Maritieme maatschappij | Klein-midden | 1 en 3 | Fysiek zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 14 | Scania en Groene land | Groot | 1 en 9 | Fysiek zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 15 | Diagnose Centrum Arnhem | Groot | 9 | Fysiek zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 16 | Stichting bedrijvenpoli | Groot | 9 | Fysiek zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 17 | Fortis Bank | Groot | 7 | Preventie | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 18 | VUMC, ABN AMRO en KLM | Groot | 9 | Fysiek zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 19 | Motorola's Wellness Programma | Groot | 7 en 9 | Preventie + zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 20 | Vitaliteitscentrum Corus | Groot | 7 | Preventie | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 21 | Colland | Klein-midden | 1, 3 en 9 | Preventie + zorgpad | ● | ○ | ● | ✗ | |
| 22 | Vebidak | Klein-midden | 3, 5 en 9 | Preventie | ● | ○ | ● | ✗ | |

| Knelpunten voor synergie zorg en sociale zekerheid | |
|--|--|
| 1 | Aanbod verzekeraar en behoefte werkgever zijn niet gelijk |
| 2 | Doelstellingen inkomens- en zorgverzekeraars zijn niet gelijk |
| 3 | Beperkt volume en vulgraad voor zorgverzekeraar |
| 4 | Zorginkoop komt nog niet van de grond |
| 5 | Minder noodzaak werkgever doordat verzuimpercentage laag is |
| 6 | Afspraken over prijs en kortingen en niet over inhoud |
| 7 | Preventie is lastig te kwantificeren en voordelen komen pas op lange termijn |
| 8 | Werkgevers betalen al veel aan zorg en willen niet nog meer betalen |
| 9 | Rollen van actoren zijn niet optimaal vormgegeven |
| 10 | Korte looptijd nieuwe wetgeving |
| 11 | Wettelijke beperkingen die ondernemingsvrijheid beperken |

Figuur 26: scores longlist good practices

De 9 best practices worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens op drie aspecten besproken:

- » Achtergrond, doel en structuur
- » Proces
- » Resultaten en leerpunten

Voor de berekeningen van de resultaten en de toegevoegde waarde, wanneer de best practices op grotere schaal worden toegepast in Nederland, is gebruik gemaakt van een financieel model (zie bijlage 1). Hierbij past de opmerking dat het financiële model een vereenvoudiging van de werkelijkheid is. Dat wil zeggen de resultaten zijn een indicatie van de mogelijk te behalen synergievoordelen bij toepassing op grotere schaal. Het synergievoordeel wordt weergegeven in te behalen productiviteitswinst, uitgedrukt in arbeidsjaren en in stijging van de arbeidsproductiviteit.

Voor het maken van de berekeningen is uitgegaan van beschikbare kwantitatieve resultaatgegevens van de best practices. Voorts is gebruik gemaakt van aanvullende informatie⁶ wat betreft het gemiddelde verzuimpercentage, het aantal werknemers en de meest voorkomende klachten (psychisch of fysiek) per bedrijfssector (zoals landbouw en visserij). Deze gegevens dateren veelal van eind 2006. Informatie na 2006 dan wel andere initiatieven dan de 9 genoemde best practices die van invloed kunnen zijn geweest op de productiviteitsontwikkeling, zijn niet meegenomen in het financiële model. Hierdoor is het mogelijk is dat een (klein) gedeelte van het totaal berekende potentiële synergievoordeel reeds in 2007 is ingeboekt. In bijlage 1 is per best practice de berekeningswijze voor toepassing op grotere schaal aangegeven.

De resultaten worden in termen van kosten en opbrengsten voor de verschillende betrokken partijen in kaart gebracht, namelijk: de werkgever, inkomensverzekeraar en zorgverzekeraar. De kosten en opbrengsten voor werkgevers die een verzuimverzekering hebben afgesloten bij een verzekeraar worden aangegeven door “inkomensverzekeraar + werkgever”. Veelal betaalt de inkomensverzekeraar een gedeelte van de kosten van de interventies en de opbrengsten vallen vaak bij beide partijen, omdat de werkgever meestal ook een deel (met name in het begin van het verzuim) van het risico draagt. Daarnaast kan de werkgever met een relatief laag historisch verzuim een lagere verzekeringspremie bedingen. Het is dan ook lastig om de kosten en opbrengsten over beide partijen te splitsen. Daarom worden ‘inkomensverzekeraar + werkgever’ als één partij weergegeven bij de kwantitatieve resultaten. De werkgever die het verzuimrisico zelf draagt wordt als aparte actor weergegeven door “werkgever”.

4.2 EMcare



Achtergrond, doel en structuur

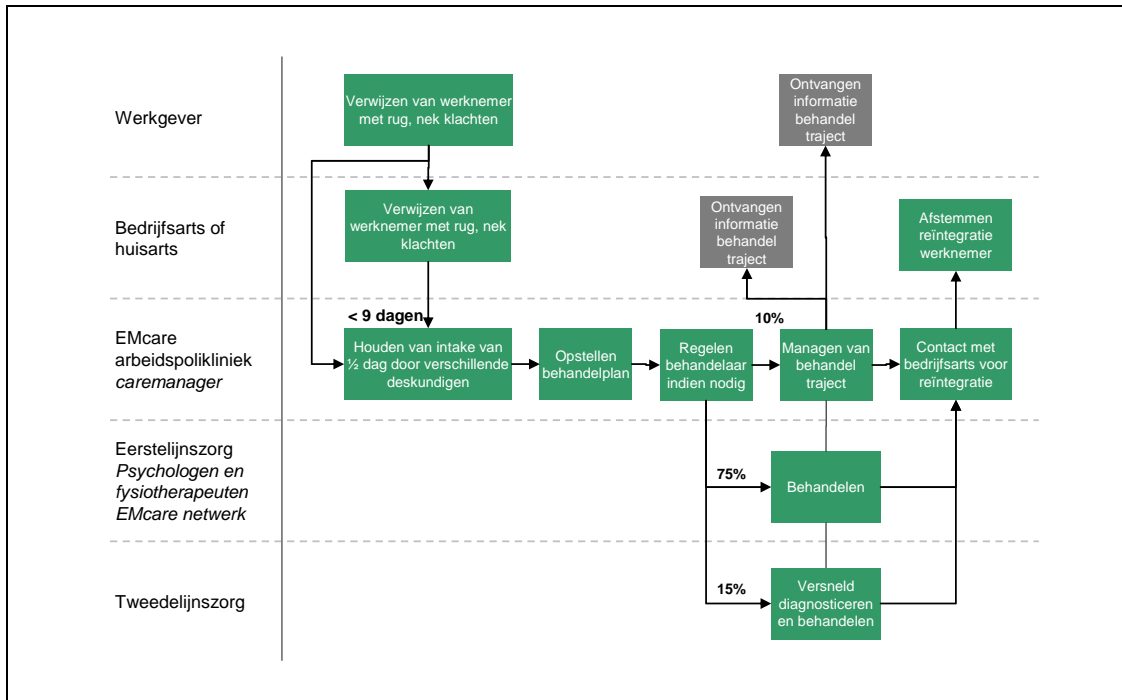
Eind 2005 is EMcare opgericht en ontwikkeld door samenwerking van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (AKB), de afdeling Orthopedie van het Erasmus MC en NewYield. EMcare is een arbeidspolikliniek voor werknemers met aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat en is gericht op terugkeer naar werk en optimalisering van de individuele gezondheid op het werk. Het doel is om werknemers zo snel en verantwoord mogelijk weer gezond te laten werken. Dit doel tracht EMcare te realiseren door: betere (logistiek van) diagnostiek en doorverwijzing, snelle toepassing van geprotocolleerde evidence based behandeling, coördinatie van het behandeltraject door een caremanager en behandeling zoveel mogelijk in de reguliere zorg.

EMcare heeft aan de hand van diverse kwaliteitscriteria een (short) 'list' met goede zorgaanbieders op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat opgesteld. Deze zorgaanbieders zijn alleen toegevoegd aan het EMcare netwerk, als zij zich bereid verklaarden te werken volgens door EMcare ontwikkelde evidence based protocollen. Daarnaast biedt EM-care met behulp van onder andere verschillende webtools zoveel mogelijk transparantie aan dedirect betrokkenen, i.c. de cliënt, de bedrijfsarts en de huisarts van de cliënt.

Proces

De werkgever kan direct of via de bedrijfsarts of huisarts een werknemer doorverwijzen naar EMcare. Na de aanmelding van de cliënt bij EMcare vindt binnen 9 werkdagen een intake plaats. Voorafgaand aan de intake wordt een dossier opgesteld waarin zoveel mogelijk voorafgaande historische behandelgegevens worden verzameld. Tijdens de intake, die een halve dag in beslag neemt, wordt de werknemer onderzocht door verschillende deskundigen zoals een arts (klinisch arbeidsdeskundige), een fysiotherapeut en een gespecialiseerde caremanager. Indien nodig wordt de cliënt doorverwezen naar een medisch specialist.

Na het opstellen van de diagnose en probleemanalyse, wordt een behandelplan opgesteld. EMcare zorgt ervoor dat de cliënt binnen 2 weken (voor eerstelijns zorg binnen 1 week) terecht kan bij een behandelaar uit het EMcare netwerk in de woonregio van de cliënt. Negentig procent van de in 2006 behandelde werknemers is doorgestuurd naar een zorgverlener uit het EMcare netwerk, waarvan 75% werkzaam is in de eerste lijn, en 15% werkzaam is in de tweede lijn of topklinische zorg. In een aantal gevallen is iemand verwezen naar een re-integratiebedrijf. Iedere werknemer wordt tijdens het traject begeleid door een zogenoemde "caremanager" van EMcare. Deze persoon is volledig op de hoogte van de situatie van de werknemer en coördineert het behandeltraject (zie figuur 27).



Figuur 27: proces EMcare traject

Resultaten

EMcare heeft in het eerste jaar van haar bestaan 95 cliënten behandeld met arbeidsrelevante klachten aan rug, schouders, nek, armen en/of benen. Werknemers die naar EMcare worden verwezen zijn relatief lastig te diagnosticeren en te behandelen en hebben vaak een lange voorgeschiedenis. De cliënten en werkgevers zijn tevreden over de snelheid en kwaliteit van de dienstverlening van EMcare. De bedrijfsartsen zijn in sommige gevallen wel bevreesd dat EMcare op hun stoel gaat zitten. Maar als ze eenmaal met EMcare werken, blijkt er een effectieve samenwerking te ontstaan.

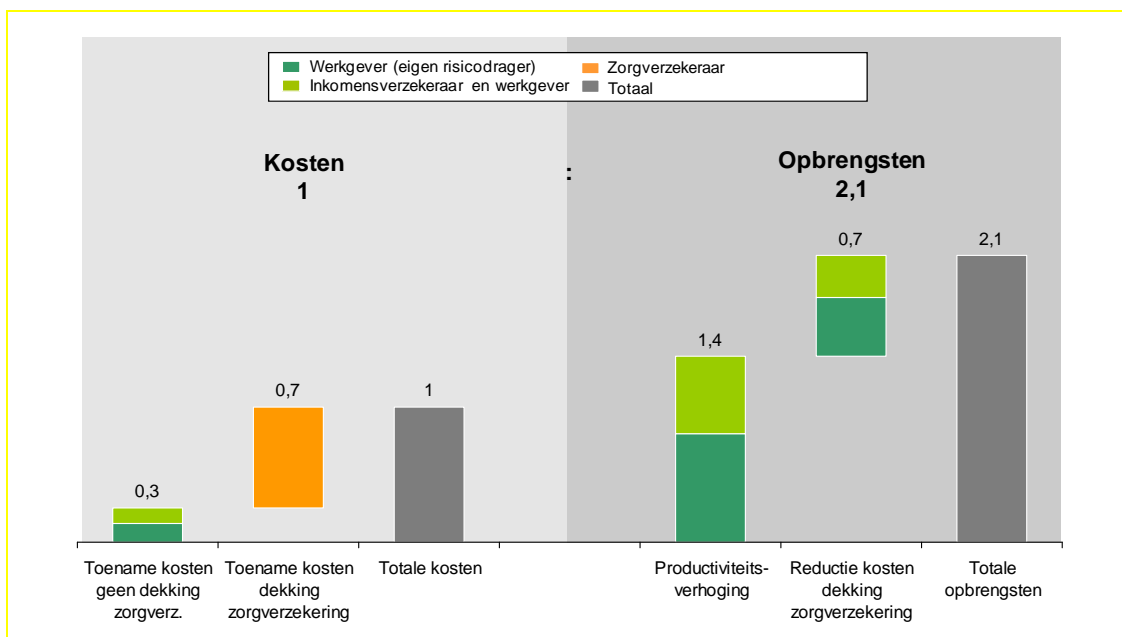
De gemiddelde besparingen en kosten per EMcare traject zijn als volgt:

Besparingen: enerzijds door betere logistiek van diagnostiek en doorverwijzen gemiddeld 2,5 week verzuimreductie, en anderzijds door snelle(re) toepassing van een effectieve behandeling, begeleiding en follow-up door de caremanager van EMcare nogmaals gemiddeld 2,5 week verzuimreductie. Daarnaast realiseert de werkgever een besparing van gemiddeld € 2.750 per werknemer door optimaal gebruik te maken van reguliere zorg (bekostiging via de zorgverzekering) en minder aanspraak te doen op het eigen re-integratiebudget (ontdubbelen van kosten).

Kosten: De zorgverzekeraar zal de extra kosten van het zorgpad door de toename van het gebruik van de reguliere zorg voor zijn rekening krijgen. De kosten voor de dienstverlening van EMcare die niet gedekt worden door de basisverzekering bedragen per traject € 900 en komen voor rekening van de werkgever of de inkomensverzekeraar. Dit zijn vooral kosten die samenhangen met de diagnostiek.

Toepassing op grotere schaal

De EMcare-aanpak is toepasbaar op zowel kleine als grote werkgevers in Nederland in alle bedrijfssectoren. De potentiële doelgroep voor deze behandelwijze zijn werknemers die klachten hebben aan het houdings- en bewegingsapparaat, maar die relatief lastig te diagnosticeren en te behandelen zijn (ongeveer 8 % van de beroepsbevolking, circa 60.000 werknemers). Wanneer deze aanpak op grotere schaal wordt toegepast bedraagt de ratio kosten versus opbrengsten 1 staat tot 2,1 voor de “BV Nederland”. Anders gezegd tegenover € 1,- investeren (kosten) staan ongeveer € 2,10 opbrengsten (zie figuur 28).



Figuur 28: ratio kosten en opbrengsten EMcare traject toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

In de berekeningen is rekening gehouden met verschillen in fysieke klachten van werknemers in de diverse bedrijfssectoren in Nederland. Toepassing van deze best practice op alle Nederlandse werknemers die in de doelgroep van EMcare vallen kan een productiviteitsverhoging van 6.277 arbeidsjaren opleveren voor de “BV-Nederland”(zie bijlage 1 voor berekeningswijze).

Leerpunten/succesfactoren

Deze best practice is een voorbeeld van hoe een zorgpad op het gebied van snelheid en kwaliteit voor een werknemer met fysieke klachten verbeterd kan worden. Dit initiatief geeft aan, dat een betere logistiek van diagnose en verwijzing mogelijk is. De goede kwaliteit wordt bereikt door de juiste hulpverleners op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat te selecteren en vervolgens deze zorgaanbieders ook verplicht te laten

werken volgens evidence based protocollen. Daarnaast wordt zoveel mogelijk transparantie (informatie en inzicht) geboden naar de direct betrokkenen.

4.3 ICARA



ICARA

Achtergrond, doel en structuur

De Sint Maartenskliniek heeft het Integraal Centrum voor Arbeidsrelevante Aandoeningen (ICARA) opgericht met als doel bedrijfsartsen en werkgevers snelle toegang tot de zorg te bieden en de bevindingen te vertalen naar de consequenties voor de werksituatie van de zieke werknemer. ICARA is sinds oktober 2004 operationeel en richt zich specifiek op arbeidsrelevante klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat.

Sinds 1 januari 2004 hebben bedrijfsartsen een doorverwijsfunctie. Veel bedrijfsartsen verwijzen toch vaak nog eerst naar de huisarts die de patiënt vervolgens doorverwijst naar de tweede lijn. Bedrijfsartsen zijn terughoudend in het direct doorverwijzen door gebrek aan ervaring met doorverwijzing van patiënten en omdat zij vaak geen netwerk hebben van medisch specialisten. ICARA heeft het karakter van een virtuele organisatie met een loketfunctie voor vragen, advies of doorverwijzingen voor bedrijfsartsen. De loketfunctie wordt vervuld door een sport- en bedrijfsarts die tegelijkertijd de rol van triagist en casemanager bij aanvragen vervullen. Verder organiseert ICARA verschillende nascholingsactiviteiten voor bedrijfsartsen. ICARA werkt samen met een aantal arbodiensten, waaronder Arbo Unie waarmee in 2005 een samenwerkingsovereenkomst is gesloten.

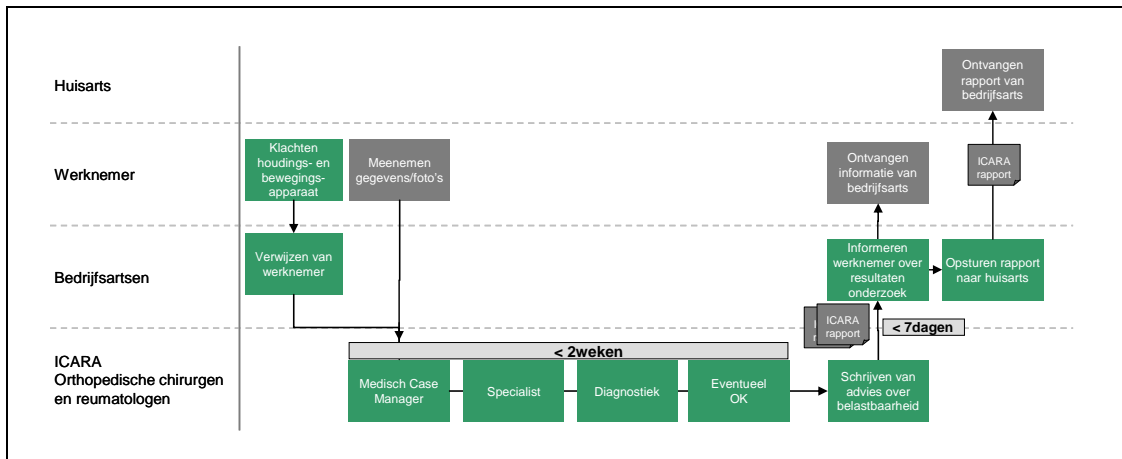
Het ICARA-traject voor werknemers wordt zoveel mogelijk gescheiden van het reguliere traject. Afspraken voor ICARA worden buiten de reguliere planning om gemaakt, zodat voorkomen wordt dat de snelle toegang voor werknemers betekent dat andere patiënten langer moeten wachten. Vanuit de Sint Maartenskliniek zijn er dan ook verschillende specialisten bereid gevonden om te participeren in dit initiatief om naast hun reguliere werk bij de Sint Maartenskliniek flexibel ingezet te worden voor ICARA -trajecten.

Proces

Bedrijfsartsen kunnen werknemers met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat direct doorverwijzen naar ICARA (zie figuur 29). Een werknemer kan vervolgens binnen twee weken terecht bij de specialist voor een diagnostisch onderzoek en eventueel een kortdurende operatie. De gegevens van de huisarts en de foto's die mogelijk al gemaakt zijn, brengt de werknemer zelf mee naar de poli-afpraak, hetgeen tijdswinst oplevert. Het uitgebreide rapport van de specialist ligt daarna doorgaans binnen zeven werkdagen op het bureau van de bedrijfsarts. In het rapport wordt niet alleen een diagnose en behandelvoorstel beschreven, maar wordt ook een belastbaarheidsprofiel en een

functionele-mogelijkhedenlijst aangegeven. De bedrijfsarts informeert vervolgens de patiënt over de uitkomsten van het onderzoek.

ICARA stuurt de bedrijfsarts desgewenst twee exemplaren van het onderzoeksrapport, waarvan één exemplaar voor de huisarts. De huisarts blijft hierdoor goed op de hoogte van de behandeling van zijn patiënt.



Figuur 29: proces ICARA traject

Resultaten

In de afgelopen drie jaar hebben in totaal 1.200 werknemers een ICARA-traject doorlopen. De vraag van bedrijfsartsen en werkgevers is in de afgelopen jaren toegenomen. Uit onderzoek onder de verwijzers blijkt dat ruim 90% de kwaliteit, snelheid en klantvriendelijkheid van de dienstverlening van ICARA als voldoende tot uitstekend beoordeelt.

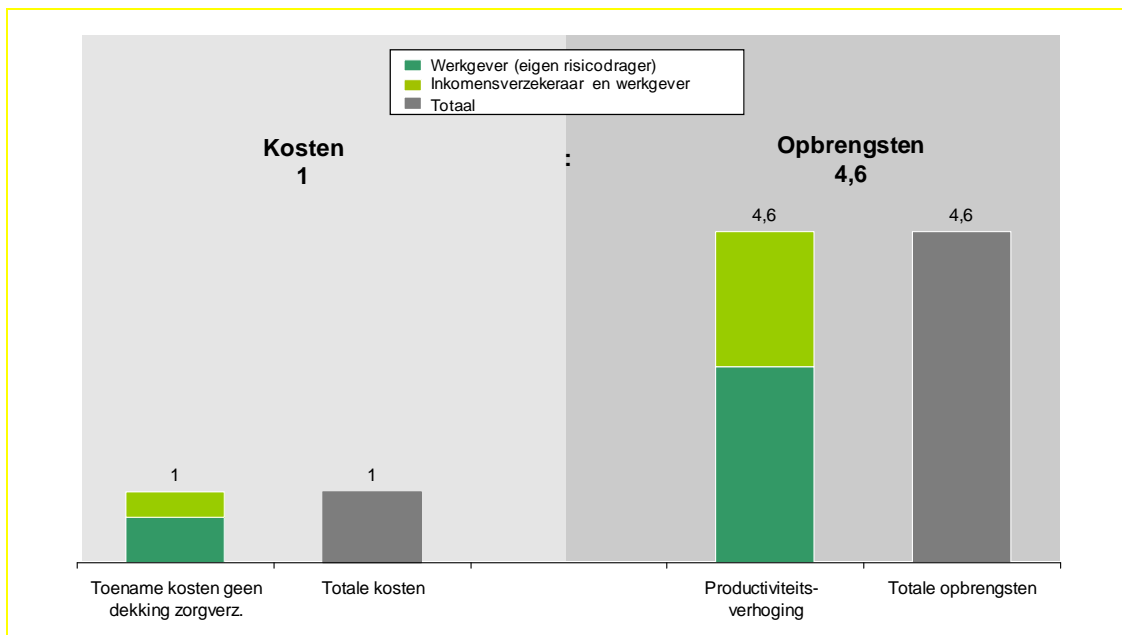
De gemiddelde besparingen en kosten per ICARA traject zijn als volgt:

Besparingen: Het ICARA-traject duurt maximaal 3 weken. De gemiddelde wachttijd op het gebied van orthopedie is in Nederland gemiddeld 5,6 weken. De gemiddelde wachttijd van een expertise centrum op het houdings- en bewegingsapparaat, zoals de Sint Maartenskliniek, kan nog ruimer zijn. Door gebruik te maken van het ICARA traject met diagnose, behandelplan en eventueel een kortdurende operatie kan het verzuim van de werknemer met tenminste 2,6 weken worden verkort.

Kosten: De kosten voor de dienstverlening van ICARA die niet gedekt worden door de basisverzekering bedragen per traject € 550. Deze komen voor rekening van de werkgever of de inkomensverzekeraar. Het gebruik van de reguliere curatieve zorg blijft gelijk aan de situatie dat de werknemer geen gebruik maakt van het ICARA-traject. De kosten van de reguliere zorg worden door de zorgverzekeraar betaald.

Toepassing op grotere schaal

Deze aanpak is toepasbaar op zowel kleine als grote werkgevers in Nederland in alle bedrijfssectoren. Evenals bij EMcare is het aantal cliënten dat geschikt is voor een dergelijk traject afhankelijk van de fysieke belasting die het werk in de sector met zich meebrengt. De potentiële doelgroep voor deze behandelwijze is slechts een gedeelte van de doelgroep van EMcare, omdat ICARA zich vooral richt op werknemers die klachten hebben aan het houdings- en bewegingsapparaat waarvoor naar alle waarschijnlijkheid behandeling in de tweede lijn (ziekenhuizen) nodig is (ongeveer 2 ‰ van de beroepsbevolking, circa 15.000 werknemers). De ratio kosten versus opbrengsten voor een ICARA traject bedraagt 1 staat tot 4,6 zoals weergegeven in figuur 30.



Figuur 30: ratio kosten en opbrengsten ICARA traject toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Wanneer de reikwijdte van deze best practice op alle Nederlandse werknemers wordt toegepast dan levert dit een productiviteitsverhoging van 816 arbeidsjaren op voor de “BV-Nederland” (berekeningswijze zie bijlage 1).

Leerpunten/succesfactoren

Deze best practice is, evenals EMcare, een voorbeeld van hoe een zorgpad voor een werknemer met fysieke klachten verbeterd kan worden met name op snelheid. De rol van de bedrijfsarts is in deze best practice belangrijk. Hij wordt in zijn rol ondersteund door samenwerking met de tweede lijn, door het bieden van een loketfunctie en het organiseren van scholingsactiviteiten. Belangrijke succesfactoren zijn enerzijds de flexibiliteit van de medisch specialisten vanuit de Sint Maartenskliniek. Anderzijds is het belangrijk dat de loketfunctie voor de bedrijfsarts laagdrempelig is en continu bereikbaar is voor eventuele vragen, advies of aanvragen voor ICARA-trajecten.



4.4 IZA Bedrijfszorgpakket

Achtergrond, doel en structuur

Vijf jaar geleden is het IZA² Bedrijfszorgpakket (verder te noemen BZP) ontwikkeld omdat werkgevers ontevreden waren over de arbozorgverlening en zorgverzekeraars hier geen (actieve) bijdrage tot verbetering aan leverden. IZA richt zich als zorgverzekeraar specifiek op de publieke sector. Deelnemende werkgevers zijn dan ook veelal gemeenten, provincies, waterschappen en afvalverwerkende bedrijven.

IZA bouwt voor het BZP rondom de aangesloten werkgever een netwerk van gekwalificeerde zorgverleners, die de medewerkers sneller kunnen behandelen en meer aandacht hebben voor de factor arbeid. In samenspraak met de bedrijfsarts en personeelsfunctionaris kunnen medewerkers direct doorgestuurd worden naar een zorgverlener uit dit netwerk. Hiermee biedt het IZA Bedrijfszorgpakket werknemers een snelle(re) behandeling, met name op het gebied van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat en psychische klachten

Het IZA BZP wordt bijna altijd als verzekering afgesloten. De werkgever betaalt een vaste premie per medewerker per jaar. Er bestaan drie verzekeringsvarianten: basis, plus en optimaal. Deze varianten verschillen in omvang van de dekking. Het IZA BZP bestaat uit zorgproducten gerelateerd aan de aanpak van de meest voorkomende verzuimoorzaken. Iedere verzekeringsvariant bestaat uit drie *modules*: psychosociaal, fysiek en zorgservice. Onder deze laatste module valt zorgbemiddeling en expertise.

Voor de werknemers die hun basis- en aanvullende verzekeringen hebben afgesloten bij IZA en gebruik maken van de interventies uit het Bedrijfszorgpakket kan een gedeelte van de kosten worden ontdudd. Zo kan bijvoorbeeld een gedeelte van de kosten van de fysiotherapeut of psycholoog zijn gedekt door de aanvullende verzekering van de werknemer zelf, waardoor deze kosten niet hoeven te worden gedragen door het Bedrijfszorgpakket van de werkgever. IZA verhaalt deze kosten niet bij andere zorgverzekeraars. Het is voor de werkgever derhalve financieel gunstig dat veel van zijn werknemers verzekerd zijn bij IZA.

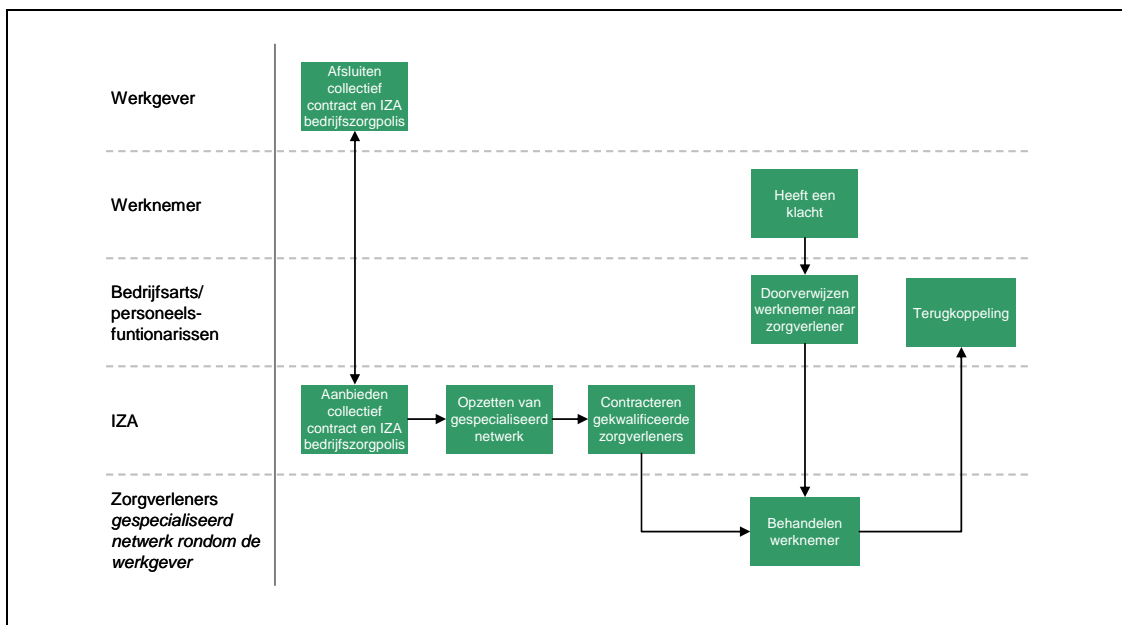
Proces

Rondom de vestigingen van de werkgever die een collectief contract en een IZA BZP heeft afgesloten, bouwt IZA een netwerk van lokale zorgverleners. IZA selecteert specifieke ketenorganisaties die vervolgens de individuele/lokale zorgaanbieders contracteren. Het is wel vereist dat de geselecteerde zorgverleners geprotocolleerd

² Zorgverzekeraar IZA maakt onderdeel uit van de fusiecombinatie Univé-VGZ-IZA-Trias (verder te noemen UVIT) De Bedrijfszorgdienstverlening wordt met vergelijkbare resultaten ook aangeboden aan de collectieve markt (VGZ Bedrijfszorg) en gezondheidszorgsector (IZZ Bedrijfszorg).

werken en aandacht hebben voor de factor arbeid. Er wordt dan ook met name gebruik gemaakt van niet-reguliere zorgaanbieders.

Zoals in figuur 31 is aangegeven kan in samenspraak met de bedrijfsarts en/of personeelsfunctionaris de medewerker die een klacht heeft direct doorgestuurd worden naar de zorgverleners uit het netwerk in de nabije omgeving van de werkgever. Deze klacht hoeft niet direct vanuit verzuimreductie te worden ingezet, maar kan ook vanuit preventie worden ingezet. Circa 80% van de interventies wordt bij niet-verzuimende medewerkers preventief ingezet. Werknemers hoeven niet verplicht een verwijzing te hebben van de bedrijfsarts. Een verwijzing van de personeelsfunctionaris kan al voldoende zijn. De bedrijfsarts wordt dan wel achteraf op de hoogte gebracht van de intake bij de zorgverlener. Na afloop van het traject en - indien nodig- ook gedurende het traject vindt een terugkoppeling plaats naar de bedrijfsarts. De werkgever krijgt een terugkoppeling met procesinformatie (niet medisch).



Figuur 31: proces IZA Bedrijfszorgpakket (BZP)

Resultaten

In 2006 was het IZA BZP in gebruik bij 180 werkgevers met in totaal ruim 60.000 werknemers. Ongeveer 90-95% van de respondenten is tevreden tot zeer tevreden over de snelheid van de inzet van de interventie, de interventie zelf en over de mogelijkheid gebruik te maken van het IZA BZP via de werkgever³⁹.

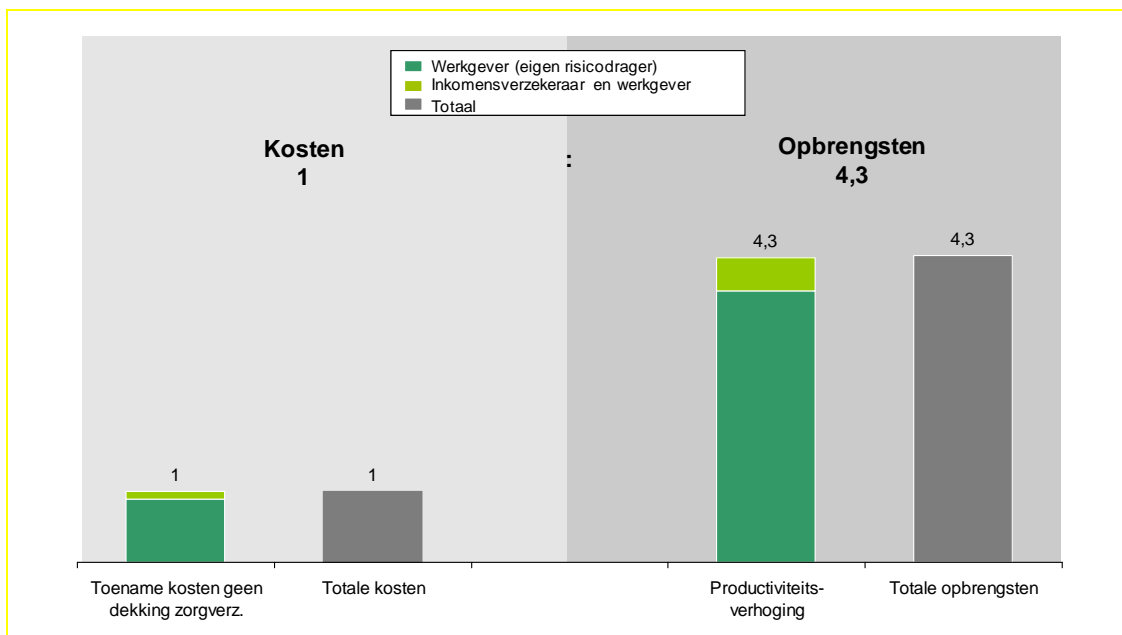
De besparingen en kosten van het IZA BZP zijn als volgt:

Besparingen: De inzet van IZA BZP heeft in 2006 geleid tot een vermindering van in totaal ruim 100.000 verzuimdagen³⁹.

Kosten: De kosten voor het IZA BZP voor de werkgever bedragen jaarlijks tussen de € 50 en € 100 per werknemer³. De kosten van de reguliere curatieve zorg blijven voor de zorgverzekeraar gelijk aan de situatie waarin de werknemer geen gebruik maakt van de interventies van het IZA BZP. De kosten van de reguliere zorg worden door de zorgverzekeraar ont dubbeld waardoor alleen de extra kosten voor de niet-reguliere zorg voor rekening komen van het IZA BZP. Deze kosten worden gedekt met de verzekeringspremies van de deelnemers aan het BZP.

Toepassing op grotere schaal

Deze aanpak is toepasbaar op met name middelgrote en grote werkgevers in Nederland in alle bedrijfssectoren. Voor kleine (individuele) ondernemingen zijn de kosten te hoog om een heel netwerk te bouwen voor maar een beperkt aantal werknemers. Wanneer deze aanpak op grotere schaal wordt toegepast bedraagt de ratio kosten versus opbrengsten 1 staat tot 4,3 voor de “BV Nederland”, zoals ook weergegeven in figuur 32. Voor de berekening van deze ratio zijn de besparingen en kosten van IZA BZP gecorrigeerd voor de specifieke verzuimkenmerken in de publieke sector en daarnaast zijn bij de bedrijfssectoren ook de verzuimkarakteristieken ten aanzien van fysieke en psychische klachten meegenomen.



Figuur 32: ratio kosten en opbrengsten IZA BZP toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Wanneer deze best practice op alle Nederlandse werknemers die in een middelgrote of grote organisatie werken wordt toegepast, levert dit een productiviteitsverhoging van 26.033 arbeidsjaren op voor de “BV-Nederland” (berekeningswijze, zie bijlage 1).

³ IZA biedt een verzekeringsvariant aan en een fee-for-servicevariant waarbij de werkgever zelf het volumerisico draagt.

Leerpunten/succesfactoren

IZA ondersteunt in dit initiatief werkgevers met haar zorginkoopfunctie en haar netwerk van zorgaanbieders. Er wordt een snelle toegang verschaft tot kwalitatief goede zorgaanbieders in de regio, waardoor de verzuimtijd van de werknemer wordt beperkt. Belangrijke factoren bij de ontwikkeling van dit zorgpad is de uitvoerende- en faciliterende- rol van de zorgverzekeraar. IZA moet de goede zorgaanbieders selecteren die de juiste arbozorg kunnen verlenen en het gebruik van het zorgpad zo veel mogelijk faciliteren, zodat het gemakkelijk ingezet kan worden door de werkgever en de werknemer.

De “ontdubbeling van de kosten” wanneer de werknemer bij IZA verzekerd is voor zijn basis- en aanvullende verzekering, is een voorbeeld van een instrument om werkgevers te prikkelen de deelnamegraad van hun collectiviteit te verhogen.



4.5 Philips en IAK

Achtergrond, doel en structuur

IAK is een volmachtbedrijf op het gebied van bedrijfsverzekeringen en collectieve personeelsverzekeringen. Eind 2002 hebben Philips en IAK, Philips Bedrijfszorg (PBZ) opgezet om het ziekteverzuim bij Philips te verlagen en om goed werkgeverschap te tonen en uit te dragen. De feitelijke invoering van PBZ heeft in april 2003 plaatsgevonden. Het PBZ biedt werknemers een snelle(re) behandeling met name op de hoogst scorende verzuimoorzaken (fysieke en psychische klachten). Rond alle bedrijfsonderdelen van Philips in Nederland (45 vestigingen) is een netwerk van (niet-reguliere) lokale zorgverleners gebouwd, die bij de behandeling ook aandacht hebben voor de factor arbeid.

Deze best practice vertoont overeenkomst met het IZA BZP. Het voornaamste verschil is echter, dat PBZ geen verzekeringsvorm, maar een tailor made programma is dat voldoet aan de specifieke wensen van Philips. Philips heeft geen verzekeringsconstructie of abonnementensysteem maar betaalt de totale out-of-pocket kosten. Deze kosten zijn hoger dan regulier omdat de toegang gewaarborgd is, evenals de snelheid van handelen, en de insteek is om de werknemer zo snel mogelijk op de werkplek terug te laten komen. Zorgverzekeraar VGZ⁴ koopt de gewenste zorg in bij diverse zorgaanbieders voor IAK en Philips.

Het PBZ is vanuit een centraal budget geregeld bij Philips. Daardoor hoeft niet langer meer lokaal beslist en gediscussieerd te worden over de vraag of Philips als werkgever

⁴ Zorgverzekeraar VGZ maakt onderdeel uit van de fusiecombinatie Univé-VGZ-IZA-Trias (verder te noemen UVIT)

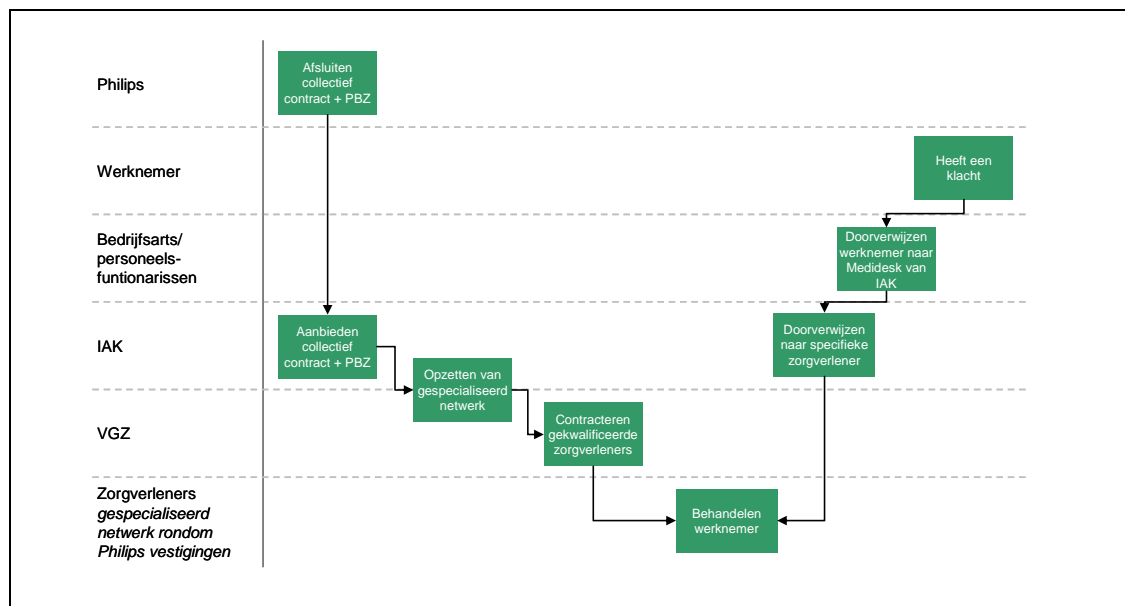
wel moet betalen voor het inzetten van een snellere behandeling. Het communicatietraject heeft een groot deel (¾-jaar) van 2003 in beslag genomen om alle betrokkenen te informeren. Via IAK en de HR-afdelingen van Philips is bij iedere vestiging uitgelegd wat er bedoeld wordt met PBZ.

Medewerkers van Philips krijgen bij iedere ziekmelding een brief thuis. In die brief wordt bekendheid gegeven aan PBZ.

Proces

IAK heeft samen met VGZ een netwerk van lokale zorgaanbieders rondom de vestigingen van Philips gebouwd. VGZ heeft de zorg ingekocht op basis van de normering (Service Level Agreement) die Philips en IAK wenselijk achten. Zo moet bijvoorbeeld korte herstelbegeleiding bij fysieke klachten binnen 3 dagen plaatsvinden en bij korte psychologische zorg binnen 7 dagen.

In samenspraak met de bedrijfsarts of personeelsfunctionaris kan de medewerker die een klacht heeft, direct doorgestuurd worden naar een centraal punt (Medidesk van IAK). Van hieruit wordt de zorg voor de Philips-werknemer snel geregeld (zie figuur 33). Hierbij geldt dat de klacht niet direct tot verzuim hoeft te leiden, maar dat deze ook preventief kan zijn.



Figuur 33: proces Philips bedrijfszorg

Resultaten

Philips heeft ongeveer 17.000 werknemers in 45 verschillende Nederlandse vestigingen. In 2006 zijn in totaal 657 interventies afgerond. Ruim 90% van de werknemers is tevreden tot zeer tevreden over de wijze waarop het traject door de zorgverlener is

uitgevoerd, de snelheid waarmee hij/zij terecht kon bij de zorgverlener en zou wederom gebruik maken van een soortgelijk traject. Ruim 95% van de werknemers is tevreden tot zeer tevreden dat deze mogelijkheid via Philips wordt geboden.

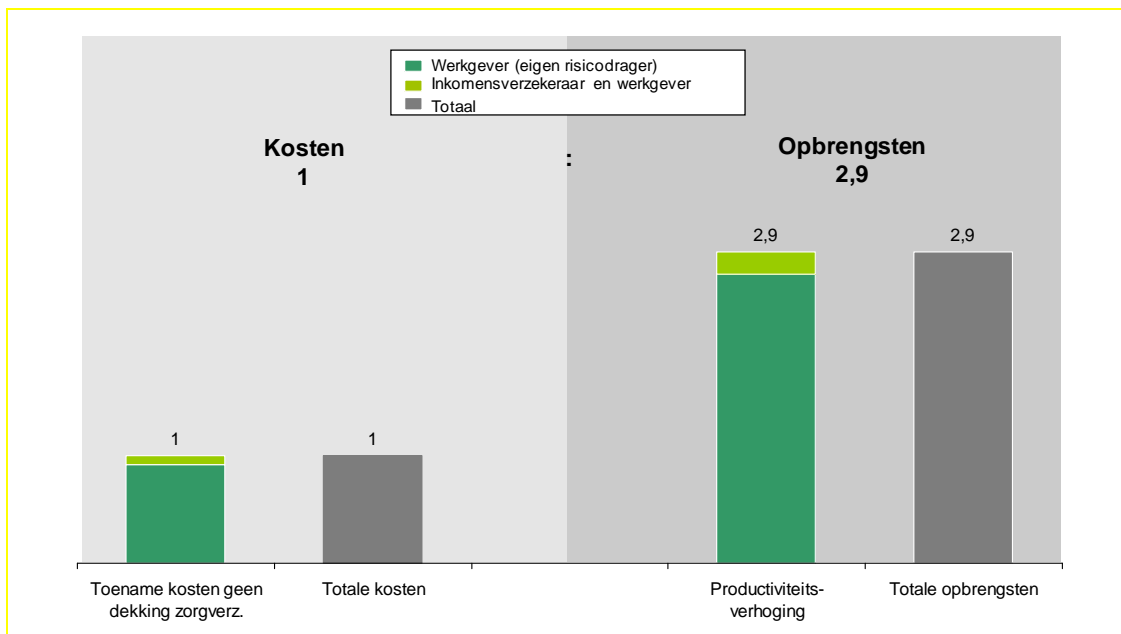
De besparingen en kosten van Philips bedrijfszorg zijn als volgt:

Besparingen: In 2006 zijn in totaal met de interventies een kleine 8.000 verzuimdagen gereduceerd.

Kosten: De out-of-pocketkosten betroffen voor Philips in 2006 € 400.000.

Toepassing op grotere schaal

Deze aanpak is toepasbaar op grote werkgevers in Nederland in alle bedrijfssectoren. Voor kleine en middelgrote ondernemingen lijken de kosten te hoog om een dergelijk tailor-made programma te bekostigen. De ratio kosten versus opbrengsten voor een traject conform Philips Bedrijfszorg bedraagt 1 staat tot 2,9 zoals weergegeven in figuur 34.



Figuur 34: ratio kosten en opbrengsten Philips Bedrijfszorg toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Bij de berekeningen is gebruik gemaakt van de deelnamegraad, de opbrengsten en kosten van Philips Bedrijfszorg. Daarbij is rekening gehouden met verschillen in psychische en fysieke klachten van werknemers in de verschillende bedrijfssectoren. Wanneer deze best practice op alle Nederlandse werknemers, die werkzaam zijn bij grote werkgevers (> 500 medewerkers), wordt toegepast levert dit een productiviteitsverhoging van 9.275arbeidsjaren op voor de “BV-Nederland” (berekeningwijze, zie bijlage 1).

Leerpunten/succesfactoren

Bij Philips was het ziekteverzuim in 2002 te hoog en men zocht naar instrumenten om dit te verlagen. Er heeft intensief overleg plaatsgevonden tussen Philips en IAK van waaruit Philips Bedrijfszorg is ontstaan. Zorgverzekeraar VGZ wilde vervolgens de specifieke wensen van Philips in een tailor-made programma aanbieden door een bestaand product van VGZ (VGZ bedrijfszorg) aan te passen aan de behoefte van Philips. Dit is een best practice waar het aanbod van IAK en VGZ uiteindelijk wordt afgestemd op de specifieke behoefte van de werkgever Philips.

Evenals bij IZA BZP gebruikt de zorgverzekeraar ook in deze best practice de zorginkoopfunctie om een netwerk van zorgaanbieders rondom de werkgever te organiseren. Belangrijke succesfactor voor dit ontwikkelde zorgpad is de “charme van de eenvoud”. De procedure om als werknemer met een klacht behandeld te worden door een zorgverlener uit het PBZ netwerk is simpel en laagdrempelig. Een andere belangrijke factor bij dit zorgpad is dat alle betrokken partijen, HR-functionarissen, managers, werknemers en bedrijfsartsen betrokken zijn (direct of indirect) bij dit initiatief. De bedrijfsartsen van Philips zijn ook enthousiast omdat zij zelf het initiatief mogen nemen voor een behandeling, de begeleiding en nazorg daarvan en daarbij voldoende handelingsvrijheid hebben.



4.6 TNT, HSK en Agis

Achtergrond, doel en structuur

TNT en HSK groep zijn drie jaar geleden samen een pilot gestart op het sorteercentrum in Den Haag. Een pilot gericht op het terugdringen van langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische klachten. HSK groep is een landelijk opererende organisatie, gespecialiseerd in onderzoek en behandeling van arbeidsgerelateerde psychische problemen. Agis Zorgverzekeringen heeft aan TNT een stimuleringsbudget toegekend waaruit soortgelijke projecten gedeeltelijk kunnen worden gefinancierd als preventieproject. Bij de daadwerkelijk uitwerking van de projecten heeft Agis geen bemoeienis.

Deze best practice is gericht op samenwerking en gedragsverandering bij alle betrokken actoren: bedrijfsartsen, behandelaars, leidinggevenden en de werknemers zelf. Iedere specifieke interventie is in nauwe samenwerking tussen TNT, arbodienst/bedrijfsarts, behandelaar en werknemer gestart en uitgevoerd op basis van een Service Level Agreement (SLA). Er wordt altijd doorverwezen naar een specifieke behandelaar met wie de bedrijfsarts een persoonlijke relatie heeft opgebouwd. Doordat een uitgebreide verwijfsbrief wordt gemaakt kan de behandelaar sneller en beter de juiste weg inslaan.

Ook zijn harde afspraken gemaakt met de betrokken partijen over de controle op de voortgang om te voorkomen dat medewerkers in het “systeem” verloren gaan.

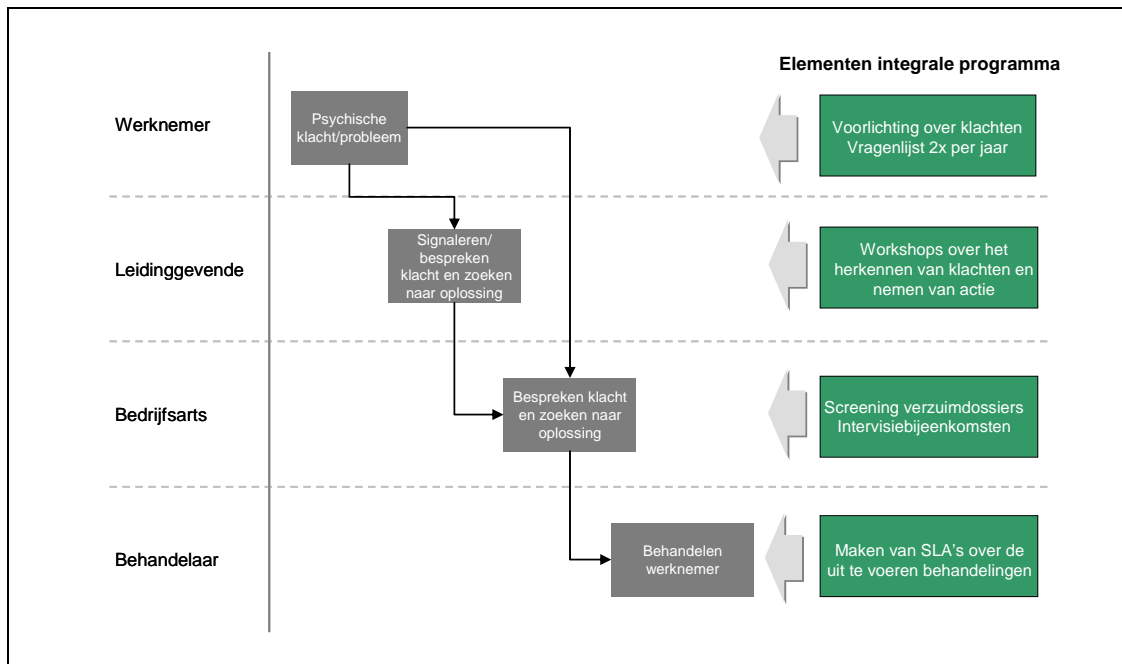
Proces

Deze best practice betreft een integrale aanpak met verschillende bijeenkomsten en activiteiten voor alle actoren die betrokken zijn bij het traject van een werknemer met psychische klachten. Het betreft de volgende actoren: werknemer, leidinggevende, bedrijfsarts en behandelaar (zie ook figuur 35). Deze integrale aanpak is niet alleen gericht op werknemers die reeds verzuimen maar ook op het voorkomen van verzuim door het opsporen van klachten die nog niet tot ziekmelding hebben geleid.

HSK heeft een symposium voor medewerkers georganiseerd over wat psychische klachten zijn en wat er aan te doen is. Tevens krijgen medewerkers twee keer per jaar een vragenlijst om sluimerende burn-outs (preventief) op te sporen. Ook voor leidinggevend en managers heeft HSK workshops georganiseerd. Deze bijeenkomsten hadden als onderwerp hoe leidinggevend signalen van klachten kunnen herkennen en welke stappen ze daarna kunnen zetten.

Samen met de bedrijfsarts hebben HSK-experts alle lopende verzuimdossiers van TNT-werknemers, die langer dan zes weken arbeidsongeschikt waren als gevolg van psychische klachten, gescreend. In die gevallen dat er onduidelijkheid bestond over de adequaatheid van de diagnostiek en/of de behandeling is een “second opinion”-onderzoek uitgevoerd. In die gevallen dat duidelijk werd dat met een ongewijzigd beleid geen herstel of re-integratie zou plaatsvinden, werd een interventie voorgesteld. Daarnaast zijn de bedrijfsartsen bijgeschoold door de HSK groep. Deze bijscholing bestond uit een ééndaagse cursus en een vervolg van intervisiebijeenkomsten eens per zes weken, onder leiding van een externe expert. Op deze bijeenkomsten worden alle nieuwe gevallen, als gevolg van psychische klachten veroorzaakte arbeidsongeschiktheid, besproken. Hierbij worden de adequaatheid van de diagnostiek en interventie met elkaar besproken en beoordeeld.

Tot slot wordt door de bedrijfsarts altijd doorverwezen naar een specifieke behandelaar met wie hij een persoonlijke relatie heeft opgebouwd. Voorafgaand aan de pilot zijn voor de interventies die door een behandelaar worden uitgevoerd, service level agreements afgesproken.



Figuur 35: proces preventie van langdurige psychische arbeidsongeschiktheid bij TNT

Resultaten

De pilot heeft plaatsgevonden bij het sorteercentrum van TNT in Den Haag waar ongeveer 750 medewerkers werken. Het verzuimpercentage in 2004 bedroeg in totaal 4,6%. Ongeveer 20% van het verzuim was het gevolg van psychische klachten. Uit de evaluatie blijkt dat men bij het sorteercentrum ervaart dat psychische klachten echt bespreekbaar zijn geworden, dat leidinggevendenden bewuster zijn van de signalen en bovenal, dat interventies sneller en effectiever worden uitgevoerd.

De besparingen en kosten van dit integrale programma zijn als volgt:

Besparingen: Als gevolg van deze aanpak zijn bestaande verzuimcases weer beter op de rit gezet, worden nieuwe verzuimcases sneller en beter aangepakt en is het totaal aantal verzuimcases vanwege psychische klachten afgenomen. Na de pilot is het ziekteverzuim vanwege psychische klachten met de helft gedaald.

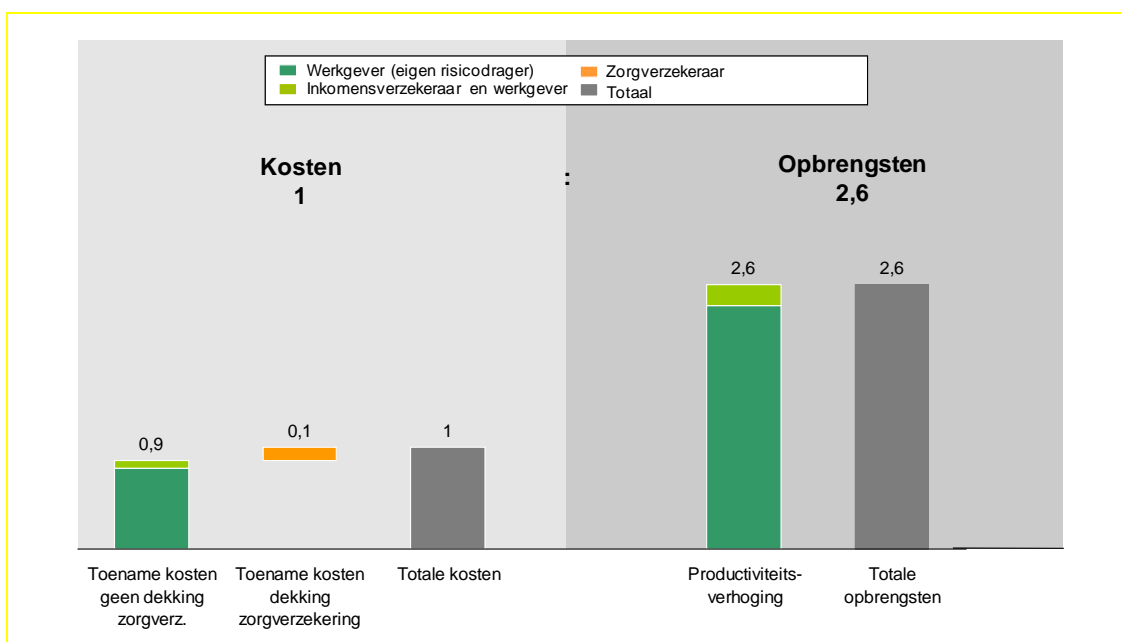
Kosten: De kosten voor het gehele traject bedragen in totaliteit ongeveer € 150.000. Agis Zorgverzekeringen neemt in de regel de intervisiebijeenkomsten van de bedrijfsartsen voor haar rekening. De overige kosten worden door TNT zelf gedragen. De kosten voor de arbodienst zijn buiten beschouwing gelaten⁵.

Toepassing op grotere schaal

Deze aanpak is toepasbaar op met name grote werkgevers in Nederland door het relatief uitgebreide integrale programma voor alle betrokken actoren. Wanneer dit initiatief op

⁵ Daarnaast is een gedeelte van de pilot in Den Haag gefinancierd middels een ESF-subsidie

grotere schaal wordt toegepast in Nederland bij grote bedrijven bedraagt de ratio kosten versus opbrengsten 1 staat tot 2,6. Bij de berekeningen is rekening gehouden met het ziekteverzuimpercentage bij grote werkgevers, het verschil in verzuim in de verschillende sectoren en het aandeel daarin van psychische klachten. Voor de werkgevers en inkomensverzekeraars levert het programma een besparing van €2,60 ten opzichte van een investering van € 0,90 op. De zorgverzekeraars dragen ook een klein gedeelte van de kosten, zie figuur 36. Hierbij past echter wel de kanttekening, dat vanaf 2008 de kortdurende GGZ in de basisverzekering is opgenomen. Toepassing van deze best practice kan ook voor de zorgverzekeraar lagere zorgkosten met zich mee brengen, omdat na de interventie minder gebruik wordt gemaakt van bijvoorbeeld eerstelijns psychologen. Helaas was het in dit stadium nog niet mogelijk om van deze schadelastreductie een goede kwantitatieve inschatting te maken.



Figuur 36: ratio kosten en opbrengsten integrale preventieprogramma psychische arbeidsongeschiktheid toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Wanneer deze best practice op alle Nederlandse werknemers, die werkzaam zijn bij grote werkgevers (> 500 medewerkers), wordt toegepast levert dit een productiviteitsverhoging van 28.669 arbeidsjaren op voor de “BV-Nederland” (berekenningswijze, zie bijlage 1)

Leerpunten/succesfactoren

Deze best practice geeft een goed voorbeeld van een integrale aanpak voor de verbetering van het zorgpad van een werknemer met psychische klachten. Belangrijk is dat het gehele programma integraal wordt uitgevoerd, zodat alle relevante actoren betrokken zijn en kunnen bijdragen aan de verbetering. Vooral de rol van de bedrijfsarts is in deze best practice belangrijk. Als gevolg van onder andere scholing, intervisies en gestructureerde

dossierscreening met een externe expert kunnen interventies nu sneller en effectiever worden uitgevoerd.

Ook is dit een goed voorbeeld hoe werkgevers meer invloed kunnen hebben op de financiële middelen die zij uitgeven aan de Nederlandse gezondheidszorg. Door werkgevers een apart budget toe te kennen van waaruit verschillende innovatieve projecten kunnen worden gefinancierd, hebben zij zelf de regie over initiatieven die zij belangrijk vinden om uit te voeren.

4.7 IBM, OHRA en NIPED



Achtergrond, doel en structuur

Vanaf 1 januari 2007 heeft OHRA in haar collectieve zorgcontracten met werkgevers het NIPED PreventieKompas opgenomen. Door scherpe inkoop kunnen werkgevers tegen een gereduceerd tarief hun werknemers gebruik laten maken van het NIPED PreventieKompas. Bij IBM heeft in september/oktober 2006 een representatieve⁶ pilot plaatsgevonden onder 415 van haar werknemers. Inmiddels kunnen alle IBM-medewerkers vrijwillig en kosteloos gebruik maken van het PreventieKompas en vanaf 2008 kunnen ook partners van IBM werknemers en gepensioneerde IBM-werknemers tegen gereduceerd tarief gebruik maken van het PreventieKompas.

Het PreventieKompas is een geïntegreerde gezondheidscheck om belangrijke en veel voorkomende ziekteprocessen of de risicoprofielen daarvoor eerder te signaleren en tijdige behandeling mogelijk te maken. Er wordt alleen getest op aandoeningen waarvoor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een behandelvergunning heeft verleend. In het PreventieKompas wordt getest op:

- Diabetes, obesitas en cholesterolgehalte
- Depressieve- angst- en stressstoornissen en alcoholafhankelijkheid
- Ziekten van hart-, vaat- en ademhalingstelsel
- Nierfalen
- Factoren die de gezondheidstoestand en contact met de gezondheidszorg beïnvloeden, zoals tabak- en alcoholgebruik, bewegingsarmoede, ongezond eten en eetgewoonten, familiale belasting e.d.
- Optioneel kunnen medewerkers van 50 jaar en ouder getest worden op dunne darmkanker

Het PreventieKompas is ontwikkeld door NIPED (NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics) in samenwerking met een landelijke raad van wetenschappers. Aan het NIPED PreventieKompas liggen actuele wetenschappelijke inzichten over medische

⁶ Om het onderzoek representatief te laten zijn is, gestuurd in de deelname van het percentage vrouwen en mannen en binnen leeftijdscategorieën.

preventie, leefstijlinterventie en vroegdiagnostiek ten grondslag. In een centraal kennissysteem houdt het NIPED deze inzichten bij.

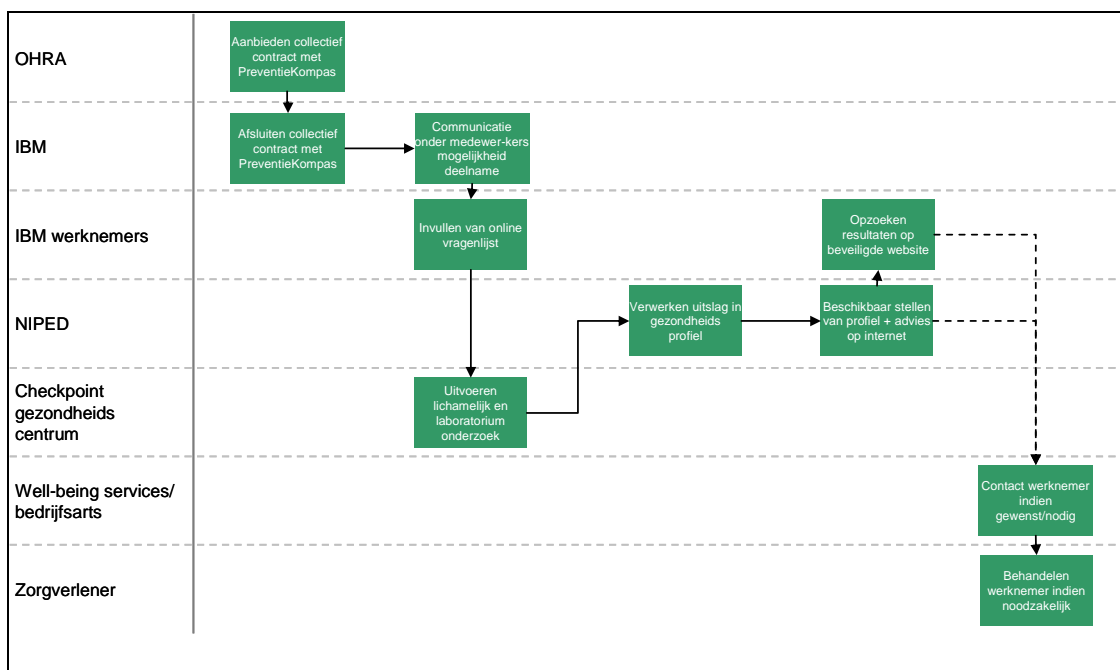
NIPED heeft door samenwerking met een aantal grote arbodiensten een landelijk netwerk voor het PreventieKompas in bedrijf, zogenoemde “checkpoints”. Inmiddels zijn er reeds meer dan 100 ‘checkpoints’ operationeel. Dit netwerk groeit bovendien in hoog tempo, onder meer door aansluiting van nieuwe eerstelijns gezondheidscentra, ziekenhuizen en grote (regionale) arts-laboratoria.

Proces

Het PreventieKompas begint met het invullen door de werknemer via de NIPED website van een checklist met vragen die betrekking hebben op: algemene gegevens, ziekten in de familie, de medische geschiedenis van de deelnemer, mentale conditie en leefstijl (zie figuur 37). Daarna bezoekt de werknemer één van de ruim honderd NIPED-checkpoints voor een ‘eenvoudig’ lichamenlijk onderzoek, het inleveren van een urinemonster en bloedafname. De onderzoeksresultaten worden vervolgens door een laboratorium geanalyseerd. De gegevens worden ingevoerd in het NIPED kennissysteem en aan de hand daarvan wordt een geïntegreerd persoonlijk risicoprofiel en een advies voor de deelnemer opgesteld.

De werknemer krijgt binnen twee weken een e-mailbericht dat de uitslag via een persoonlijk wachtwoord digitaal te bekijken is op de NIPED website. De PreventieKompasuitslag geeft aan of de gezondheid van de deelnemer “op koers” of “van koers” is, gevolgd door een overzicht van het persoonlijk risicoprofiel. Daarnaast wordt de “persoonlijke” weg gewezen naar gezondheidsbevorderende maatregelen. In de uitslag staat het telefoonnummer van Well-being Services, de interne arbodienst van IBM, om een afspraak te maken. Wanneer de gezondheidssituatie van de medewerker ernstig is of op korte termijn zou kunnen worden, neemt de bedrijfsarts het initiatief hiervoor.

De test wordt regelmatig herhaald, gemiddeld één keer per twee jaar. Werknemers kiezen zelf of ze meedoen en de resultaten zijn alleen voor hen toegankelijk. De gegevens/uitslag zijn alleen bekend bij Well-being services die een medische geheimhouding heeft.



Figuur 37: proces PreventieKompas

Resultaten

Vóór deelname aan het PreventieKompas geeft gemiddeld 80-90% van de deelnemers aan dat zijn of haar gezondheid goed tot zeer goed is. Uit de door het NIPED uitgevoerde PreventieKompasonderzoeken blijkt echter dat ongeveer 50% van de deelnemers een oranje of rood KoersKompasprofiel krijgt toegewezen. Bij een oranje profiel is de werknemer “licht van koers” en zijn 2 tot 4 risicofactoren gesignaleerd. Bij een rood profiel is de werknemer “sterk van koers” en zijn meer dan 4 risicoprofielen gesignaleerd.

Aan de pilot hebben 415 medewerkers van IBM vrijwillig meegedaan. Ruim 90% van de werknemers was zeer enthousiast over het PreventieKompas en beveelt het onderzoek aan collega's aan.

Een aantal medewerkers is na deelname verwezen naar hun huisarts of specialist voor hoge bloeddruk, nierproblemen en/of ernstige bloedvetafwijkingen. Een andere groep medewerkers is verder begeleid door Well-being services voor de hiervoor genoemde symptomen, leefstijladviezen en coaching. In een aantal gevallen kreeg het gesprek meer het karakter van een arbeidsomstandighedensprekbeurt met daaruit voortkomende acties en/of begeleiding vanwege de relatie tussen klachten en werk.

In de eerste evaluatie na de pilot geeft 56% van de deelnemers aan dat ze aan de slag zijn gegaan met gezondheidsbevorderend gedrag. In een tweede evaluatie, negen maanden na het onderzoek, met een respons van 35% blijkt dat veel respondenten niet zijn

teruggevallen in oude ongezonde patronen maar structureel bezig zijn met hun gezondheid:

- 23% van de respondenten is begonnen met acties gericht op stress;
- 57% van de respondenten is gezonder gaan eten;
- 4% van de respondenten is gestopt met roken en
- 46% van de respondenten is meer gaan sporten.

De besparingen en kosten van het PreventieKompas zijn als volgt:

Besparingen: Uit recent onderzoek door de Universiteit van Michigan blijkt dat: gemiddeld 2% productiviteitswinst optreedt bij het reduceren van één risicofactor zoals: te weinig beweging, roken, overmatig alcoholconsumptie, psychische overbelasting, hoge bloeddruk, hoog cholesterol, obesitas e.d

Kosten: De kosten van het PreventieKompas is voor IBM per werknemer € 160 euro⁷.

Toepassing op grotere schaal

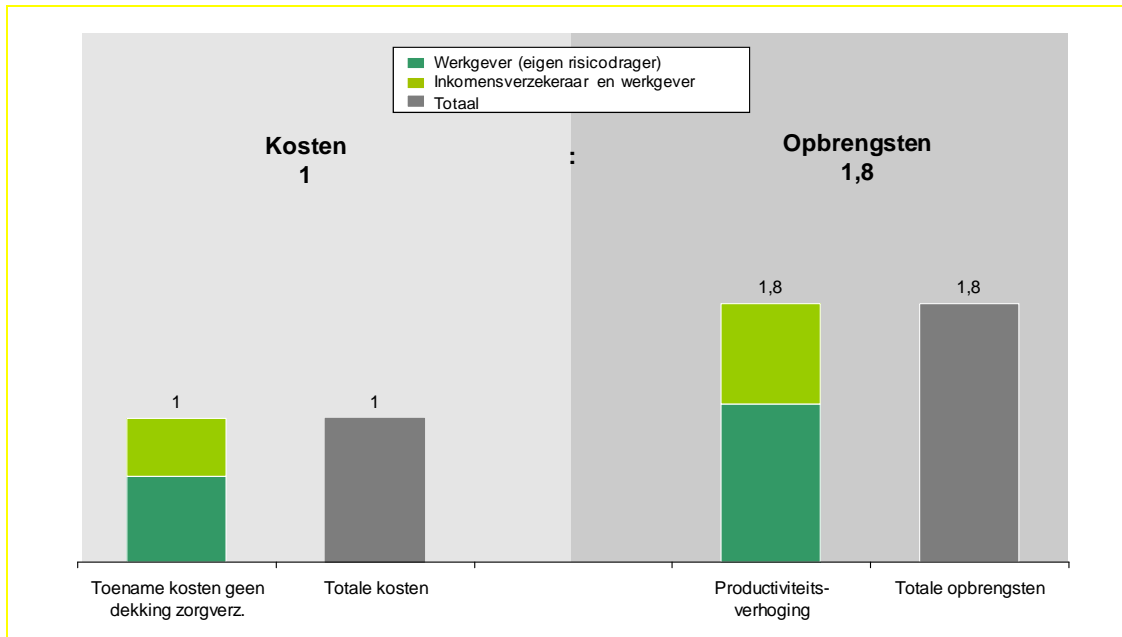
Deze aanpak is toepasbaar op zowel kleine als grote werkgevers in alle bedrijfssectoren. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het veelal grotere werkgevers zijn die dergelijke initiatieven als eerste opnemen, zogenoemde “early-adapters”.

Bij de berekeningen is gebruik gemaakt van de response van de tweede evaluatie van de pilot bij IBM. Conservatief is ervan uitgegaan dat het totaal aantal medewerkers die in de 2^e evaluatie hebben aangegeven dat zij aan de slag zijn gegaan met het reduceren van hun risicofactoren ook het totaal aantal deelnemers in de pilot betreffen die structureel bezig zijn met hun gezondheid. Met andere woorden, er is bij de berekeningen van uitgegaan dat de 65% die niet hebben gereageerd niet (meer) structureel bezig zijn met hun gezondheid.

De totale opbrengsten van het PreventieKompas zijn berekend door de resultaten van de pilot te combineren met de gegevens uit het onderzoek van de Universiteit van Michigan.

De ratio kosten versus opbrengsten bedraagt 1 staat tot 1,8 (zie figuur 38). De mogelijke schadelastreductie voor de zorgverzekeraar is in deze best practice buiten beschouwing gelaten, omdat deze nog lastig te kwantificeren is gezien de ex-post mechanismen van het risicovereveningsfonds. Door de nacalculatie lopen zorgverzekeraars maar een beperkt financieel risico over het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de normuitgaven van hun verzekerden.

⁷ De standaardprijs voor het PreventieKompas bij het NIPED bedraagt € 195 tot € 225 per werknemer. De pilot is geheel gefinancierd door OHRA. Momenteel kunnen werkgevers tegen het gereduceerde tarief (€ 160) hun werknemers gebruik laten maken van het NIPED.



Figuur 38: ratio kosten en opbrengsten PreventieKompas toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Wanneer deze best practice op alle Nederlandse werknemers wordt toegepast levert dit een productiviteitsverhoging van 48.300 arbeidsjaren op voor “BV Nederland” (berekeningwijze, zie bijlage 1).

Leerpunten/succesfactoren

Deze best practice geeft een voorbeeld van een werkgever en verzekeraar die willen investeren in hun werknemers en verzekerden, waarbij opgemerkt moet worden dat de voordelen van preventief beleid vooraf vaak lastig zijn in te schatten. De verzekeraar investeert in verzekerden ter vergroting van de klantloyaliteit en verwacht dat investeren in preventie op langere termijn leidt tot schadelastreductie, ofschoon dit voor deze pilot (nog) niet te kwantificeren is gezien de korte doorlooptijd.

IBM voert een actief welzijnsbeleid om de kans te vergroten op het verkrijgen en behouden van gezonde en gemotiveerde werknemers tot aan de pensioengerechtigde leeftijd. Het voldoen aan goed werkgeverschap is een goede secundaire arbeidsvoorwaarde die voor bedrijven momenteel belangrijk is, gezien de krapte op de arbeidsmarkt. Daarnaast leidt investeren in preventie ook tot verbetering van de productiviteit. Ook biedt het PreventieKompas werknemers de mogelijkheid om de eigen gezondheid en welzijn te bewaken c.q. te monitoren en te bevorderen. Het PreventieKompas is vanuit IBM niet “opgelegd”, de deelname is geheel vrijwillig. IBM krijgt ook geen inzage in de individuele resultaten, waarmee repercussies zijn uitgesloten wanneer een medewerker niet meedoet dan wel het resultaat ongunstig zou zijn. Andere belangrijke succesfactoren zijn het wetenschappelijke karakter van het onderzoek waardoor de uitslagen van de testen betrouwbaar zijn, behandeling mogelijk is en kans op

verbetering aanwezig is. Bovendien zijn in dit initiatief ook de arbodiensten betrokken waardoor een goede follow-up na de onderzoeken beschikbaar is.

4.8 Winnock



Achtergrond, doel en structuur

Winnock is in 1989 onder de naam “Rug AdviesCentrum” opgericht. Sinds 2000 is Achmea aandeelhouder van Winnock. Doel van Winnock is herstel van optimaal functioneren in werk en maatschappij en werkt vanuit het bewustmaken en beïnvloeden van eigen gedrag, middels een evidence based aanpak.

Winnock biedt interventies voor cliënten die langdurige gezondheidsklachten hebben en hierdoor in het functioneren belemmeringen ervaren. De gezondheidsklachten kunnen betrekking hebben op nek, rug, schouder, arm, hand, bekken, psyche (onder andere burn-out) en/of last hebben van pijn, moeheid, geheugenproblemen, concentratieproblemen en chronische ziekten. De klanten van Winnock betreffen niet alleen werkgevers. Onder de klantengroepen bevinden zich ook mensen met een IRO-budget, gemeenten voor WWB-uitkeringsgerechtigden en het UWV voor WW- en WIA-uitkeringsgerechtigden. Ongeveer 80% van de klanten zijn werkgevers en 20% betreffen gemeenten, UWV en IRO-gerechtigden.

De interventies van Winnock variëren van een individuele begeleiding in de vorm van counseling tot groepsprogramma's. De meeste cliënten volgen een groepsprogramma. Dit betreft een intensief programma variërend van ongeveer 1,5 tot 3 weken waarbij de cliënt de gehele dag uit zijn normale omgeving wordt gehaald. In de groep zitten mensen met diverse achtergronden (werknemer of uitkeringsgerechtigde) en met verschillende soorten klachten. Bij Winnock wordt gewerkt in multidisciplinaire teams met medisch specialisten, psychologen, bewegings- en re-integratiedeskundigen.

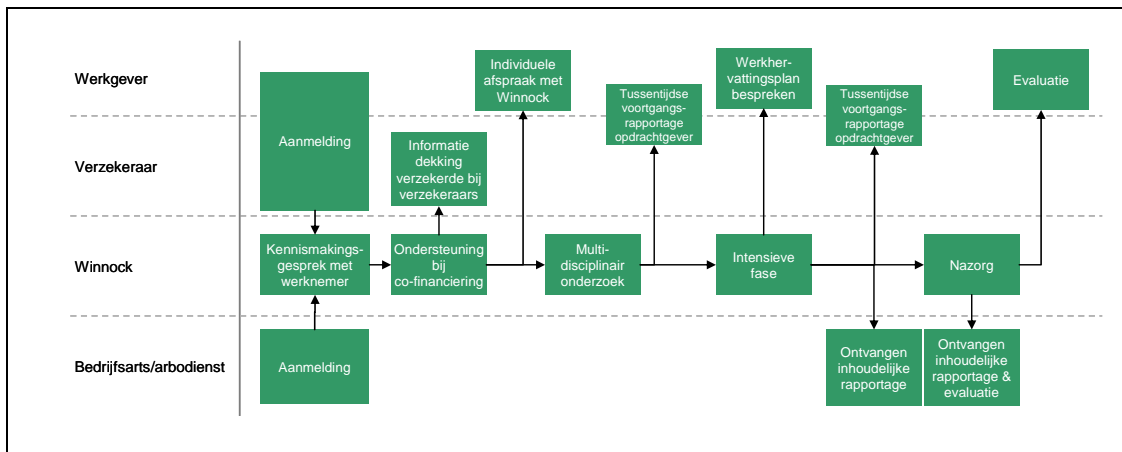
Winnock beschikt over een landelijk netwerk van 10 kleinschalige vestigingen in Amsterdam, Rotterdam, Arnhem, Den Haag, Breda, Eindhoven, Zwolle, Groningen, Nieuwegein en Heerlen.

Proces

Aanmelding bij Winnock kan door de werkgever, arbodienst of verzekeraar plaatsvinden. Bij de intake vindt niet alleen uitwisseling van informatie plaats, maar wordt ook de motivatie tot verandering getoetst. Na het kennismakingsgesprek ondersteunt Winnock bij co-financiering en onderzoekt de mogelijke dekkingen/vergoedingen vanuit de inkomens-, zorg- en/of letselschadeverzekeraar.

Na goedkeuring voor het laten plaatsvinden van de interventie vindt een multidisciplinair onderzoek plaats, dat een dag in beslag neemt. Daarna volgt de intensieve fase die kan bestaan uit een kort, middellang of lang programma. De nazorg vindt tot een jaar na de intensieve fase plaats in de vorm van terugkomsessies en individuele contacten.

Alle inhoudelijke rapportages worden naar de medisch contactpersoon/verwijzer verzonden. De opdrachtgever ontvangt na het multidisciplinair onderzoek en de intensieve fase een tussentijdse rapportage. Voorafgaand aan de interventie wordt er een individuele communicatieafspraken met de werkgever gemaakt. In de intensieve fase wordt het werkhervattingsplan besproken met de werkgever. Dit onderdeel geldt niet voor uitkeringsgerechtigden. Na het afsluiten van de intensieve fase en de 4e-maands terugkomsessie wordt een verslag naar de medisch contactpersoon/verwijzer verzonden. Na de 4e maands- en 1-jaars terugkomsessie volgt een mondelinge evaluatie met werkgever en verwijzer (zie figuur 39).



Figuur 39: proces Winnock traject

Resultaten

In 2006 zijn in totaal 1.300 cliënten behandeld. Na een interventie van Winnock gaat ruim 90% van de deelnemers geheel of gedeeltelijk weer aan het werk. Allen met een gemiddeld werkhervattingspercentage van meer dan 85%. Uit recent onderzoek van Winnock blijkt dat ook op de lange termijn de interventies effectief zijn. Vier jaar na de interventies ligt de gemiddelde verzuimduur en het gebruik van de gezondheidsvoorzieningen van de deelnemers op het gemiddelde niveau van de Nederlandse bevolking.

De respondenten van het tevredenheidsonderzoek geven een gemiddeld cijfer van een 7,6 voor de dienstverlening van Winnock. Daarnaast ontvangt Winnock tijdens de terugkomsessie positieve feedback en dankbetuigingen, soms nog jaren na de interventie.

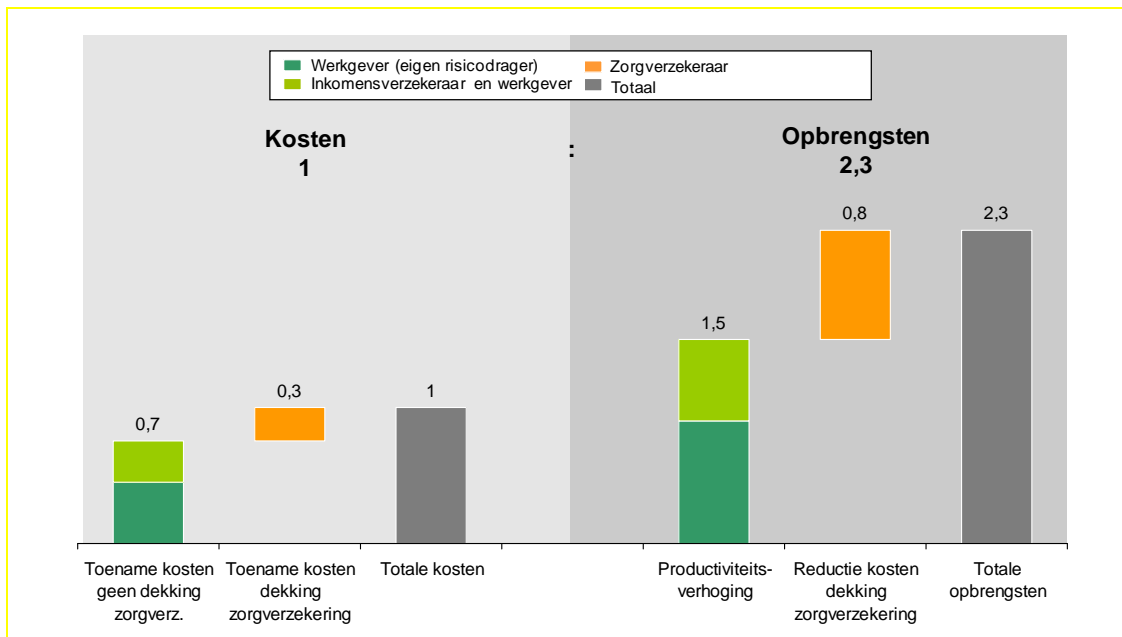
De besparingen en kosten van een middellang programma van Winnock zijn als volgt:

Besparingen: Uit onderzoek van Winnock blijkt dat de gemiddelde verzuimreductie 10 weken bedraagt. Daarnaast is door Winnock een inschatting gemaakt voor de reductie van de zorgkosten voor zorgverzekeraars. Deze dalen gemiddeld ongeveer € 5.000 per deelnemer, omdat na de interventie bij Winnock de zorgconsumptie van de deelnemer sterk blijkt af te nemen.

Kosten: De kosten voor een middellang programma bedragen €6.425. Achmea heeft gebruik gemaakt van de wettelijke ruimte en toestemming gekregen om ongeveer 25% van de kosten van de Winnock-behandeling onder de dekking van de basisverzekering te laten vallen. Andere zorgverzekeraars zijn nog terughoudend om gebruik te maken van de dienstverlening van Winnock. Als mogelijke verklaring voor deze terughoudend wordt het feit aangegeven dat Achmea aandeelhouder is van Winnock. Tot slot blijken inkomensverzekeraars een deel van de kosten voor hun rekening te nemen, gemiddeld zo'n 50-75%.

Toepassing op grotere schaal

Deze aanpak is toepasbaar op zowel kleine als grote werkgevers in Nederland, voor alle bedrijfssectoren. Bij de berekeningen is uitgegaan van de kosten- en opbrengsten van een middellang programma bij Winnock. De potentiële doelgroep voor deze behandelwijze zijn mensen die langdurige multifactorele gezondheidsklachten hebben (zowel fysiek als psychisch) en hierdoor in het (maatschappelijke) functioneren belemmeringen ervaren. De omvang van deze groep wordt geschat op 4 % van de beroepsbevolking. De ratio kosten versus opbrengsten bedraagt ongeveer 1 staat tot 2,3 zoals weergegeven in figuur 40. Bij deze best practice dragen zowel werkgevers, inkomensverzekeraars als zorgverzekeraars een deel van de kosten en verkrijgen ook allen een deel van de opbrengsten.



Figuur 40: ratio kosten en opbrengsten Winnock traject toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Wanneer deze best practice op de gehele Nederlandse beroepsbevolking wordt toegepast levert dit een productiviteitsverhoging van 6.003 arbeidsjaren op (berekenningswijze, zie bijlage 1). Daarnaast is dit een initiatief dat kan bijdragen aan de doelmatigheid in de zorg in brede zin als gevolg van de intensieve benadering en het voorkomen van recidive.

Leerpunten/succesfactoren

Deze best practice is een voorbeeld van een interventie waarbij alle betrokken partijen baat hebben. Voor de werkgever en inkomensverzekeraar in de vorm van verzuimreductie. Maar ook voor de zorgverzekeraar in de vorm van minder zorgconsumptie. Dit voorbeeld laat tevens zien dat er wel (functionele) ruimte is in de dekking van de basisverzekering voor een deel van de kosten van een dergelijk Winnock-traject.

Succesfactor van deze best practice is de evidence based methode waarbij gekeken wordt naar alle factoren die van invloed zijn op de vorming en het functioneren van een individu. Deze aanpak is niet medicaliserend. Voorts vormen de intensiteit van het programma en het uit de normale omgeving halen van de deelnemers, belangrijke factoren.

4.9 Brancheloket Apotheken



Achtergrond, doel en structuur

Per 1 januari 2006 is het Brancheloket Apotheken gestart. Oorspronkelijk waren er twee initiatieven waar apothekers terecht konden op het gebied van preventie, verzuim en re-integratie. Zo was er een initiatief van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), maar ook een initiatief van Stichting Receptor. In het Brancheloket Apotheken zijn deze twee initiatieven samengevoegd, waardoor apothekers nu daadwerkelijk met één loket te maken hebben.

Het Brancheloket Apotheken is een samenwerkingsverband tussen Stichting Receptor, re-integratiebedrijf Keerpunt, de arbodienst ArboNed en inkomensverzekeraar De Amersfoortse. De sociale partners, KNMP en SBA en de vakbonden FNV Bondgenoten en CNV Publieke zaak ondersteunen het Brancheloket Apotheken.

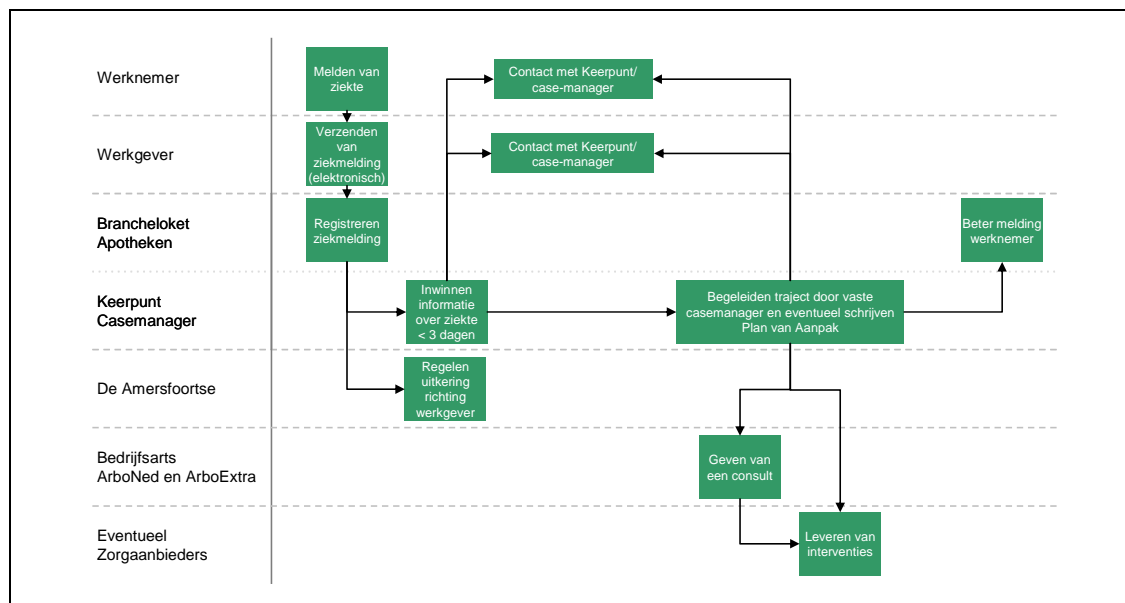
Sinds 1996 heeft KNMP een mantelovereenkomst gesloten met De Amersfoortse Verzekeringen voor verzuim/inkomensverzekeringen. Ook heeft KNMP een collectiviteit met De Amersfoortse op het gebied van zorgverzekeringen. Daarnaast heeft KNMP sinds 2004 een mantelcontract met arbodienst ArboNed.

Proces

Wanneer sprake is van verzuim van een werknemer geeft de werkgever dit elektronisch door aan het Brancheloket Apotheken. Op uiterlijk de derde dag bespreekt Keerpunt de ziekmelding met de werkgever en indien nodig ook met de werknemer. Zodoende kan worden geïnventariseerd welke acties nodig zijn.

Wanneer er sprake is van complexe problematiek of het verzuim de duur van 2 weken overschrijdt, wordt de casus overgedragen aan een vaste casemanager van Keerpunt. Er zijn 7 vaste medewerkers die vanuit Keerpunt werken voor het Brancheloket. De casemanager begeleidt het traject en verwijst de zieke werknemer eventueel naar de bedrijfsarts, zo nodig gevolgd door specifieke interventies, zoals bedrijfs-maatschappelijk werk of psychologische begeleiding. De casemanager bewaakt de werkhervatting van de werknemer, informeert bij de werkgever en ondersteunt eventueel bij het schrijven van een plan van aanpak.

De ziekmelding door de werkgever wordt tevens direct doorgestuurd naar De Amersfoortse voor de verzuimuitkering (zie ook figuur 41).



Figuur 41: proces Brancheloket Apotheken

Resultaten

In totaal zijn bijna 600 apothekers met ruim 8.000 werknemers bij het Brancheloket aangesloten. Daarvan zijn 530 apothekers met ongeveer 7.400 werknemers aangesloten bij arbodienst ArboNed. De overige 70 apothekers zijn aangesloten bij de arbodienst ArboExtra. Het verzuimpercentage van de leden was in totaal eind 2005 3,9% en is in 2006 gedaald naar 3,3%.

In 2006 zijn bij de apothekers die zijn aangesloten bij ArboNed 122 complexere interventies uitgevoerd. Hiervan was 40% bedrijfsmaatschappelijk werk, ongeveer 25% psychologische ondersteuning, 15% arbeidsdeskundig onderzoek, ruim 10% mediation en 10% betrof fysieke begeleiding.

De aangesloten leden zijn tevreden over de dienstverlening van het Brancheloket Apotheken. In het klanttevredenheidsonderzoek wordt een gemiddeld cijfer van een 7,6 gegeven voor de dienstverlening van het loket in het algemeen.

Het is lastig om de in 2006 gerealiseerde daling van het ziekteverzuim met 0,6% geheel toe te schrijven aan het Brancheloket Apotheken. Er zullen waarschijnlijk ook andere factoren van invloed zijn geweest op het ziekteverzuim bij deze apothekers. Helaas worden geen verzuimcijfers bijgehouden van de gehele apothekersbranche, zodat de cijfers niet gecorrigeerd kunnen worden voor de algehele trend in de apothekersbranche. Om deze reden is ervoor gekozen om de besparingen te kwantificeren aan de hand van een in een eerder onderzoek⁴⁰ berekende toegevoegde waarde van Keerpunt, gespecificeerd naar de specifieke interventies voor De Amersfoortse. Deze gemiddelde kosten en opbrengsten zijn gecombineerd met de interventies die zijn uitgevoerd voor Brancheloket Apotheken. Vanuit deze rekenmethode kunnen de kwantitatieve besparingen en kosten van het brancheloket als volgt worden weergegeven:

Besparingen: De opbrengsten ten aanzien van verzuimreductie van de complexere interventies bedroegen in 2006 in totaal € 1,2 miljoen. Hierbij is uitgegaan dat voor de apothekers die zijn aangesloten bij ArboExtra relatief evenveel interventies zijn uitgevoerd als bij de apothekers die zijn aangesloten bij ArboNed.

Kosten: De kosten van deze complexere interventies bedroegen in 2006 ongeveer € 326 duizend. Deze kosten worden veelal voor 50% vergoed door de werkgever en voor 50% door de inkomensverzekeraar.

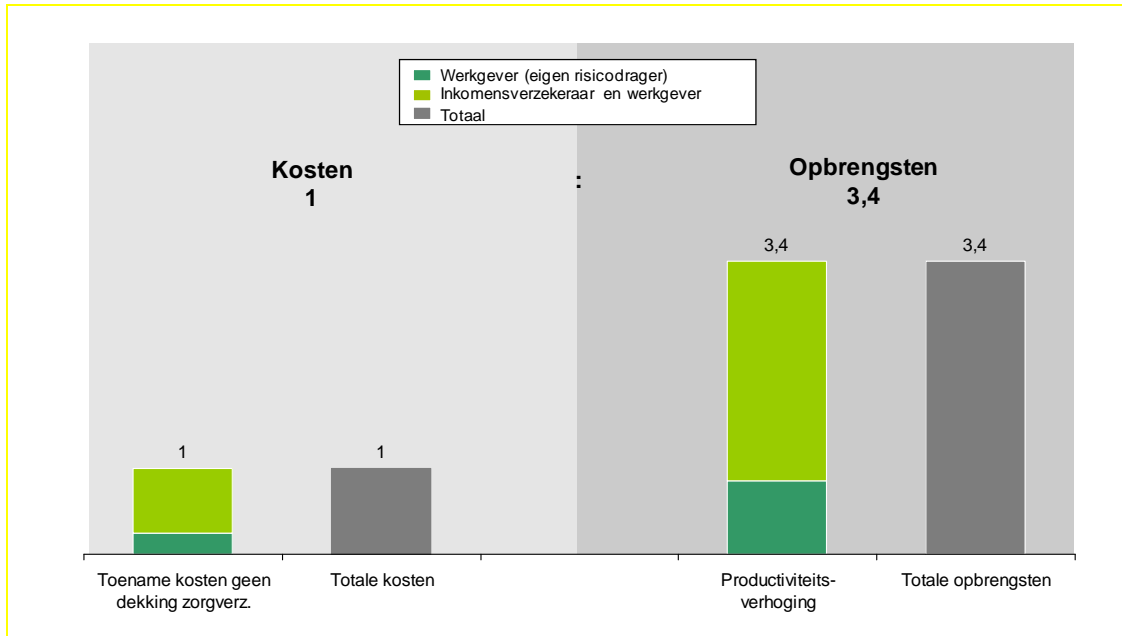
Naast deze kwantitatieve voordelen levert het Brancheloket Apothekers de aangesloten organisaties ook gemak op. De apothekers hoeven alleen het verzuim van hun werknemer elektronisch door te geven en vervolgens faciliteert het Brancheloket Apotheken alle daarop volgende acties.

Toepassing op grotere schaal

Het opzetten van een zogenoemd Brancheloket is vooral toepasbaar bij kleinere werkgevers in CAO-gestuurde branchesectoren waar sprake is van een goede samenwerking tussen de sociale partners. Het toepassen van de werkwijze zoals bij Keerpunt is, los van CAO's, wel op alle kleinere werkgevers mogelijk.

Bij de berekeningen is gebruik gemaakt van de ingezette interventies door het Brancheloket Apothekers. Deze zijn gecorrigeerd voor het specifieke ziekteverzuim in de apothekersbranche. Ook is rekening gehouden met verschillen in psychische en fysieke klachten van werknemers in de bedrijfssectoren in Nederland. De gemiddelde ratio

kosten versus opbrengsten voor de toepassing van deze best practice is 1 staat tot 3,4 (zie ook figuur 42).



Figuur 42: ratio kosten en opbrengsten Brancheloket Apotheken toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Wanneer deze best practice op alle Nederlandse werknemers, die werkzaam zijn bij kleine werkgevers (<100 werknemers) wordt toegepast, levert dit een geschatte productiviteitsverhoging op van tenminste 7.159 arbeidsjaren voor de “BV-Nederland”(berekenningswijze, zie bijlage 1)..

Leerpunten/succesfactoren

Deze best practice is een voorbeeld hoe gerichte dienstverlening voor kleine werkgevers ontwikkeld kan worden, door op te schalen naar brancheniveau.

Belangrijk bij de inrichting van dit zorgpad is de rol van de casemanager. De casemanager zorgt voor snelheid en korte lijnen voor de werkgever en werknemer. Bovendien blijkt door het gebruik van de casemanager de kans op medicalisering af te nemen. Omdat de werkgever en werknemer eerst contact hebben met een casemanager kan deze persoon oordelen of het verzuim medisch is of dat veeleer niet-medisch gerelateerde oplossingen voor de hand liggen.

Achtergrond, doel en structuur

Tussen januari 2002 en juni 2004 werd een pilot voor het Loopbaantraject Bouw & Infra uitgevoerd⁴¹. Aan dit project lag het CAO-akkoord van 2001 ten grondslag. In dit akkoord besloten werkgevers en werknemers in de bouwnijverheid tot een samenhangend pakket van maatregelen om de loopbaanmobiliteit in de sector te bevorderen. Met deze maatregelen beoogden de CAO-partners voortijdige uitstroom van medewerkers, als gevolg van arbeidsongeschiktheid of onvoldoende carrièreperspectief, te voorkomen.

De pilot richtte zich op een landelijk omscholingstraject voor steigerbouwers en een regionaal loopbaan- en omscholingstraject voor medewerkers in de bouwnijverheid in Noord-Holland. Er werd tijdens het project een aanpak voor (inter)sectoraal loopbaanmanagement ontwikkeld. Deze aanpak omvatte het volledige transitieproces van werknemers naar nieuw werk. Dat kon nieuw werk bij de huidige werkgever zijn, maar ook werk bij een andere werkgever binnen of zelfs buiten de sector.

De doelgroep van de pilot bestond uit twee categorieën: enerzijds werknemers met zodanige lichamelijke en/of psychische klachten dat instroom in de WAO dreigde; anderzijds werknemers met een ambitie om door te groeien, maar vaak zonder precies te weten in welke richting of zonder passende vooropleiding.

Het project werd gedragen door een stuurgroep waarin vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers zitting hadden. CINOP, een adviesbureau op het gebied van opleiden en ontwikkelen, voerde het projectmanagement. In het kader van het project werd een speciale organisatie voor de trajectbegeleiders opgezet. Een organisatie die zoveel mogelijk aansloot bij de bestaande infrastructuur, zoals arbodiensten, scholingsinstituten en dergelijke. De spil van de organisatie werd gevormd door loketten, waar vanuit speciaal opgeleide trajectbegeleiders de deelnemers ondersteunden.

Momenteel is het project over het gehele land uitgerold. De pilot was onder andere gericht op preventie van arbeidsongeschiktheid. In de landelijke uitrol is ook aandacht voor re-integratie van langdurig zieken, arbeidsgehandicapten en werklozen. Op het moment van het schrijven van dit rapport waren helaas nog geen resultaten bekend over deze landelijke uitrol, waarbij naast preventie ook aandacht is voor re-integratie. Om deze reden heeft deze best practice alleen betrekking op de reeds afgeronde pilot.

Proces

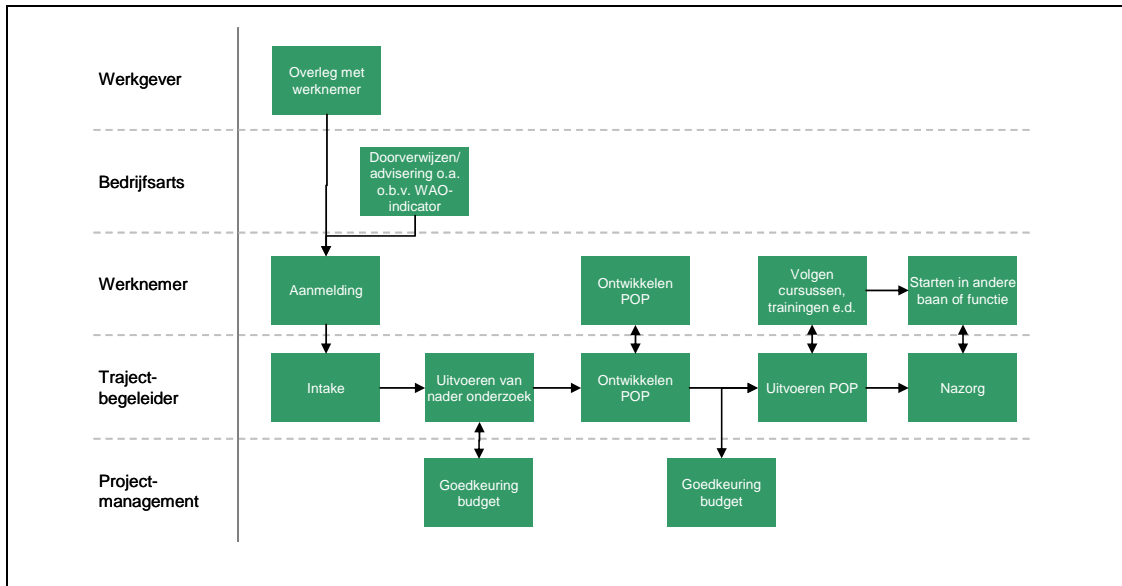
Het traject start met een aanmelding, zie figuur 43. Het initiatief voor de aanmelding ligt bij de medewerker zelf, zijn werkgever of bij de arbodienst. In de meeste gevallen gaat de aanmelding in overleg met werknemer en werkgever. Met name in de groep waar arbeidsongeschiktheid dreigt, spelen arbodiensten en bedrijfsartsen een belangrijke signalerende en verwijzende rol met de zogenaamde WAO-indicator. Dit is een

gevalideerd instrument om het risico op blijvende arbeidsongeschiktheid vroegtijdig en objectief vast te stellen. Na aanmelding volgen twee of drie gesprekken tussen de deelnemer en de trajectbegeleider. Aan de hand van een quick scan kan de trajectbegeleider beslissen of de medewerker voor de voorziening in aanmerking komt. Vervolgens brengt de trajectbegeleider, eventueel aan de hand van vragenlijsten en individuele opzichten, de wensen en mogelijkheden van de deelnemer in kaart.

Vervolgens wordt in een nader onderzoek gestart met de bespreking en uitwerking van de wensen en mogelijkheden van de deelnemer. Hierbij kunnen verschillende instrumenten worden ingezet, zoals een beroepskeuzetest, een interesse- en capaciteitstest, assessments, of een medische test. Op basis van de bespreking met de deelnemer maakt de trajectbegeleider eerst een begroting van de kosten. Na akkoord door de projectmanager kunnen de onderzoeksactiviteiten worden uitgevoerd. Behalve de testen kan het onderzoek ook een 'snuffelstage' bij een bedrijf omvatten.

In de derde fase van het traject stippelt de deelnemer in overleg met de trajectbegeleider de concrete weg uit waarlangs hij de gewenste transitie gaat realiseren. De trajectbegeleider bewaakt de realiteitszin en haalbaarheid van dit persoonlijke ontwikkelingsplan (POP). Evenals in de vorige fase stemt de trajectbegeleider eerst de begroting van de te ondernemen scholings- en begeleidingsactiviteiten af met het projectmanagement. Na goedkeuring kan de deelnemer op basis van zijn POP aan de gewenste transitie werken. Hij voert de geplande onderdelen van het plan uit. Dit traject kan bestaan uit, opleidingen, cursussen, vaardigheidstrainingen, coaching of persoonlijke begeleiding op de werkplek. In deze fase houdt de trajectbegeleiding het draagvlak (thuisfront, werkgever) voor het transitieproces van de deelnemer nauwgezet in de gaten.

In het nazorgtraject houdt de trajectbegeleider de vinger aan de pols en schakelt waar nodig begeleiding in. Het transitietraject wordt in principe pas afgesloten als de deelnemer inderdaad een andere werkplek of functie heeft gevonden. In de loop van het traject wordt over het algemeen een steeds groter beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de deelnemer. In de pilot maakten de trajectbegeleiders gebruik van een geautomatiseerd systeem dat hun activiteiten ondersteunde en de uniforme uitvoering en administratie van het traject bevorderde.



Figuur 43: proces Loopbaantraject Bouw & Infra

Resultaten

De doelgroep van de pilot viel in twee categorieën uiteen: de medewerkers van alle steigerbouwbedrijven in Nederland (circa 2.400) en de medewerkers van alle bouwbedrijven in Noord-Holland (circa 28.500). Gedurende de pilot zijn ongeveer 520 medewerkers gestart, circa 50% procent uit ambitie en rond 50% procent vanwege dreigende arbeidsongeschiktheid. Driekwart startte op eigen initiatief of dat van de werkgever. De overigen startten voornamelijk op verwijzing van de bedrijfsarts. Uiteindelijk heeft driekwart van alle deelnemers het traject afgerond. De meeste deelnemers hebben inmiddels een andere werkplek gevonden. Het overgrote deel van de deelnemers, circa 90%, bleek tevreden te zijn over de voorziening

De besparingen en kosten van dit loopbaantraject zijn als volgt:

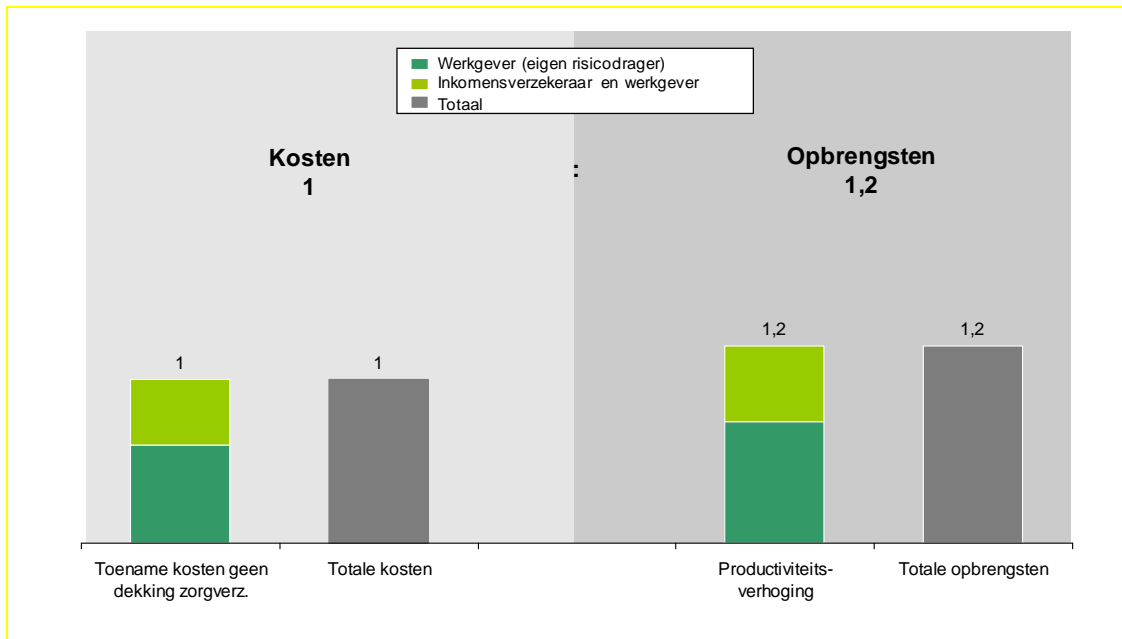
Besparingen: Als gevolg van de deelname aan de pilot werd voorkomen dat éénvijfde van de deelnemers in de WAO belandde.

Kosten: De kosten van de pilot bedroegen ongeveer € 5 miljoen, bestaande uit ruim € 0,5 miljoen initiële investeringen ten behoeve van vooronderzoek en het opzetten van de systemen. De overige € 4,5 miljoen hadden betrekking op de operationele kosten, waaronder onderzoek- en scholingskosten voor de deelnemers, verletkosten van deelnemers, huisvestingskosten van de zeven locaties en de personeelkosten van de trajectadviseurs en ondersteunende medewerkers.

Toepassing op grotere schaal

Deze aanpak is met name geschikt voor kleine en middelgrote werkgevers, maar kan ook worden gebruikt voor grote bedrijven in vele sectoren. Deze aanpak zal met name succesvol zijn wanneer er goede samenwerking plaatsvindt tussen de sociale partners.

Wanneer dit initiatief op grotere schaal wordt toegepast in Nederland bedraagt de ratio kosten versus opbrengsten 1 staat tot 1,2. Bij de berekeningen is rekening gehouden met de volgende factoren: de deelnamegraad vanuit de pilot; de opbrengsten ten aanzien van de preventie van WIA-instroom; de operationele kosten per deelnemer die meedoet aan de voorziening vanuit preventie; en de gemiddelde brutolonen in de verschillende sectoren. In figuur 44 wordt ervan uitgegaan dat de werkgevers en inkomensverzekeraars zelf de kosten dragen.



Figuur 44: ratio kosten en opbrengsten Loopbaantraject Bouw & Infra toegepast op de Nederlandse beroepsbevolking

Voor de “BV-Nederland” levert toepassing van deze best practice op alle Nederlandse werknemers een productiviteitverhoging van 22.209 arbeidsjaren op (berekeningswijze, zie bijlage 1)

Leerpunten/succesfactoren

Deze best practice geeft een voorbeeld van hoe preventie gecombineerd kan worden met ambitie. Werknemers die vanwege dreigende arbeidsongeschiktheid aan deze voorziening meedoen (i.c. de preventiedeelnemers) hebben over het algemeen een minder positieve houding dan de andere groep, de zogenoemde ambitiedeelnemers. Preventiedeelnemers beginnen min of meer gedwongen aan het transitietraject en dat kan gepaard gaan met weerstand, omdat het onzekerheid over het inkomen kan opleveren. De ambitiedeelnemers kunnen hun positieve houding uitstralen naar collega's die om redenen van preventie moeten deelnemen. Deze houding heeft ook een gunstige invloed op de algemene perceptie van de voorziening.

De pilot is uitgevoerd door een zelfstandige organisatie met onafhankelijke trajectbegeleiders om verschillende onderdelen van de bestaande infrastructuur voor

personeelsdiensten efficiënt aan elkaar te koppelen. De onafhankelijkheid van de voorziening is met name belangrijk om de samenwerking binnen de sector te bevorderen. Anderzijds is het voor de herkenbaarheid binnen de sector ook belangrijk om nauw bij de bestaande sectorale infrastructuur aan te sluiten.

Loopbaantraject Bouw & Infra is een voorbeeld van (inter)sectorale mobiliteit. Op deze wijze kunnen ambitieuze werknemers voor de sector worden behouden en uitstroom door arbeidsongeschiktheid worden voorkomen. Dit zijn belangrijke resultaten gezien de krapte op de arbeidsmarkt.

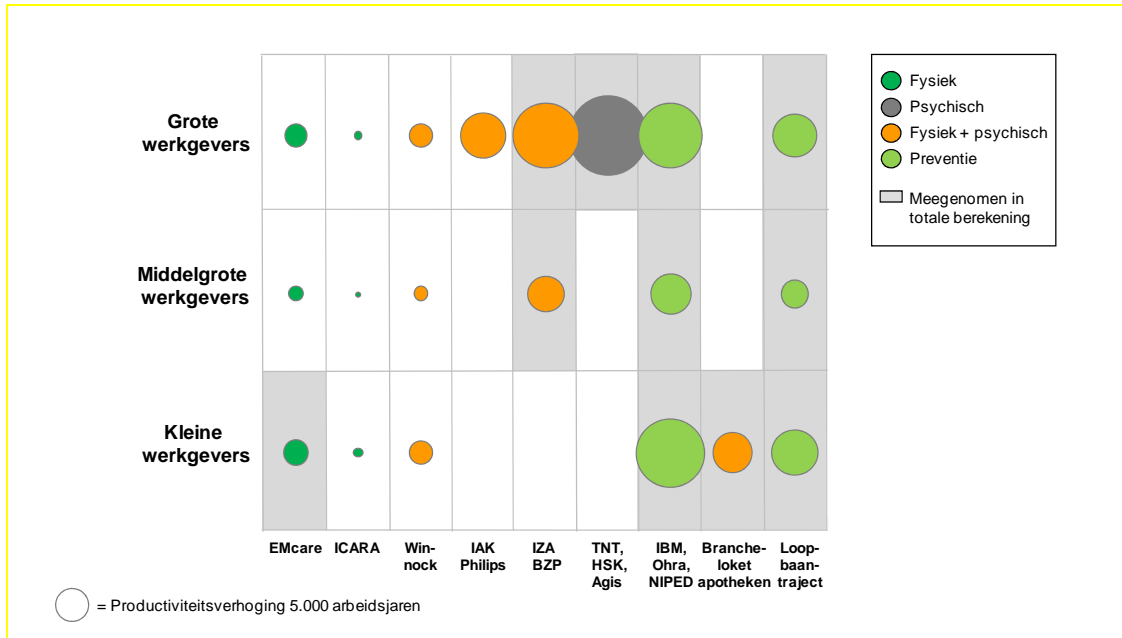
4.11 Synthese van de best practices

Het totale potentiële synergievoordeel is niet een kwestie van een optelsom van alle geschatte productiviteitsverhogingen van de hiervoor beschreven 9 best practices. De volgende elementen zijn in het opgestelde financiële model doorgevoerd om dubbeltellingen bij de interventiegebieden fysiek, psychisch en preventie bij grote, middelgrote dan wel kleine werkgevers te voorkomen:

- a) Ten aanzien van de interventies voor fysieke klachten is een onderverdeling gemaakt naar korte en lange interventies. Zo hebben EMcare en ICARA betrekking op “fysiek lang”, omdat zij zich richten op werknemers die langdurig verzuimen en waarbij de diagnose en behandeling vaak lastig is.
- b) Per type werkgever (groot, middelgroot of klein) is in combinatie met het interventiegebied (fysiek kort, fysiek lang, psychisch of preventie) bekeken welke interventie de meeste arbeidsjaren oplevert. Per combinatie is slechts één best practice meegenomen die de hoogste productiviteitstoename heeft uitgedrukt in arbeidsjaren. Ter illustratie: de best practices EMcare, ICARA en IZA Bedrijfszorgpolis hebben alle (onder andere) betrekking op het interventiegebied fysiek lang. EMcare en ICARA zijn toepasbaar voor elk type werkgever en IZA Bedrijfszorgpolis alleen voor middelgrote en grote werkgevers. Het financiële model neemt slechts één best practice per combinatie mee in de berekeningen, in dit geval EMcare voor kleine ondernemingen en IZA Bedrijfszorgpolis voor middelgrote en grote ondernemingen, omdat deze combinaties kwantitatief de hoogste productiviteitstoename opleveren.
- c) Ten aanzien van preventie bleken de twee best practices (IBM, OHRA, NIPED en Loopbaantraject Bouw & Infra) geen overlap te bevatten ten aanzien van het resultaat, omdat zij zich op geheel verschillende gebieden van preventie richten. Beide best practices zijn meegenomen in het totale potentiële synergievoordeel.

In figuur 45 zijn de toepassingen en kwantitatieve resultaten weergegeven. De licht grijze vlakken geven de interventies aan die zijn meegenomen in de berekening van het totale synergievoordeel op de schaal van de “BV-Nederland”. De interventies die zijn

weergegeven met een oranje kleurige bol hebben betrekking op psychisch, fysiek kort en/of fysiek lang.



Figuur 45: productiviteitsverhoging gesplitst per interventie naar soort organisatie en interventiegebied

Per combinatie interventiegebied (fysiek kort en fysiek lang, psychisch en preventie) en type werkgever (groot, middelgroot en klein) is slechts één best practice met de hoogste productiviteitsverhoging, uitgedrukt in arbeidsjaren, in de berekening van het totale potentiële synergievoordeel meegenomen. Dit om dubbeltellingen te voorkomen. In figuur 45 wordt de productiviteitsverhoging van de best practice weergegeven aan de hand van de grootte van de bol.

Zoals in figuur 45 wordt aangegeven worden de volgende best practices meegenomen voor kleine werkgevers:

- Fysiek kort: Brancheloket Apotheken
- Fysiek lang: EMcare
- Psychisch: Brancheloket apotheken
- Preventie: IBM, OHRA en NIPED en Loopbaantraject Bouw en Infra

Voor middelgrote werkgevers worden de volgende best practices meegenomen:

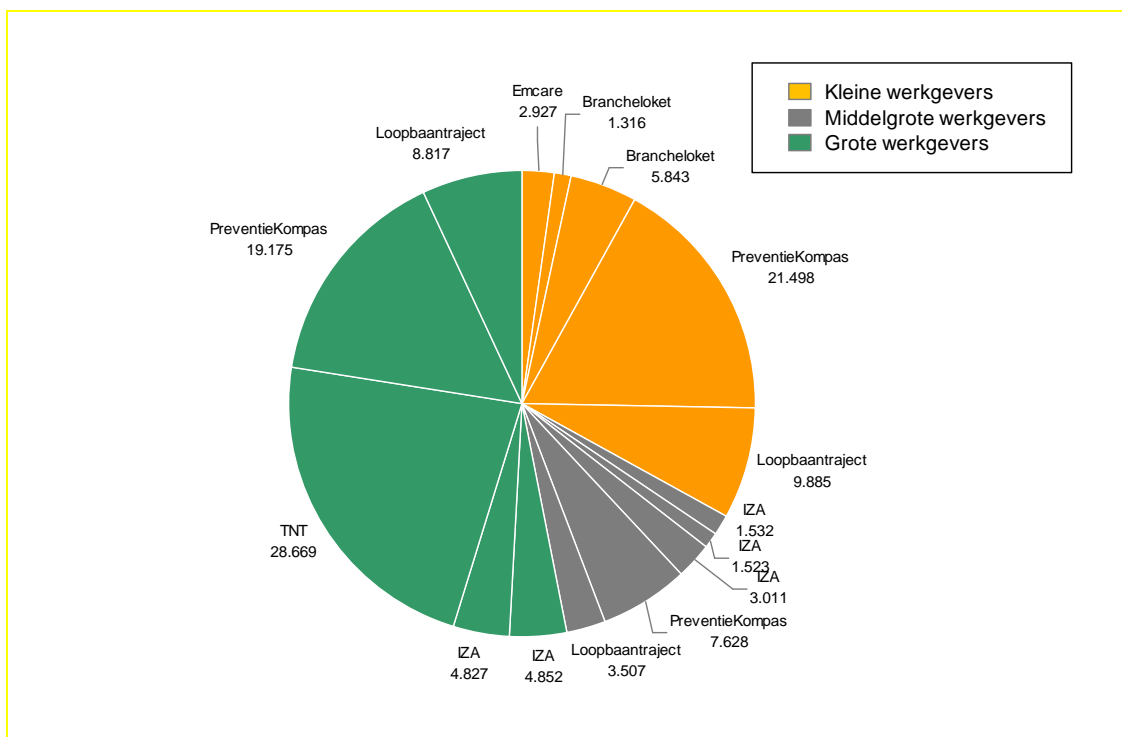
- Fysiek kort: IZA Bedrijfszorgpolis
- Fysiek lang: IZA Bedrijfszorgpolis
- Psychisch: IZA Bedrijfszorgpolis
- Preventie: IBM, OHRA en NIPED en Loopbaantraject Bouw en Infra

Voor grote werkgevers worden de volgende best practices meegenomen:

- Fysiek kort: IZA Bedrijfszorgpolis
- Fysiek lang: IZA Bedrijfszorgpolis

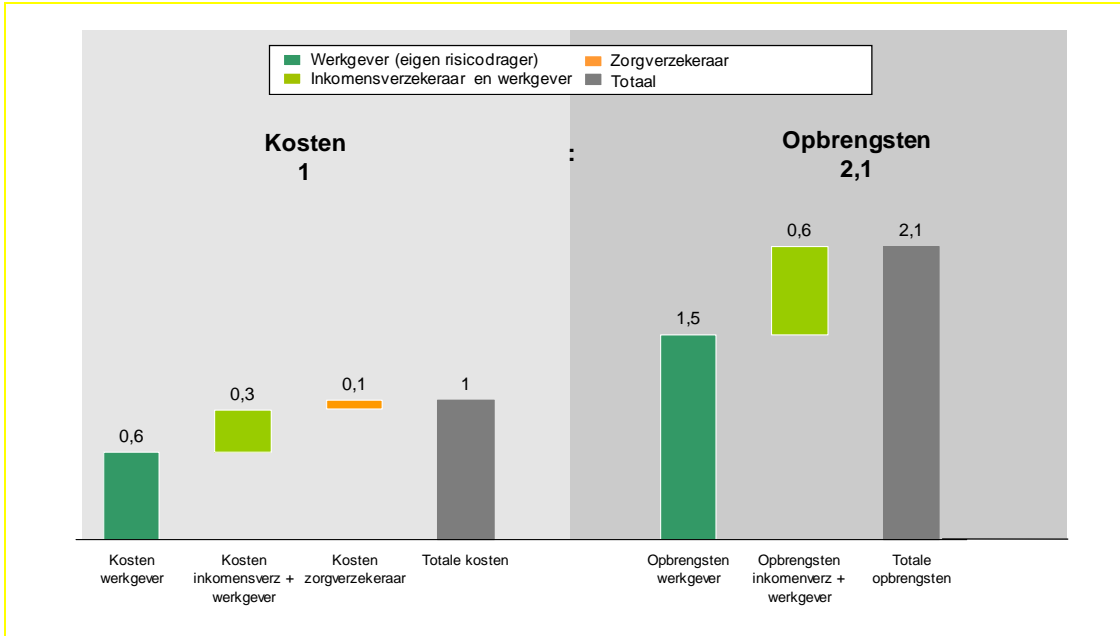
- Psychisch: TNT, HSK en Agis
- Preventie: IBM, OHRA en NIPED en Loopbaantraject Bouw en Infra

Wanneer deze geselecteerde best practices worden toegepast op de ‘BV-Nederland’ levert dat een productiviteitsverhoging van 125.009 arbeidsjaren op. Omgerekend naar productiviteitsstijging gaat het om een toename van de arbeidsproductiviteit van 2,2%. Opgemerkt dient te worden dat dit productiviteitswinst betreft, die veel breder is dan alleen verzuimreductie. Zoals in figuur 45 aangegeven kunnen met name de op preventie gerichte trajecten (i.c. IBM/Ohra /NIPED en Loopbaantraject Bouw & Infra) leiden tot een ‘productiever’ inzet van de werknemer (‘workability’). In figuur 46 is deze potentiële toename verdeeld over het type werkgever.



Figuur 46: splitsing van totale synergievoordeel best practices van 125.009 arbeidsjaren

In figuur 47 is de ratio van de totale kosten versus de totale synergie-opbrengsten van de best practices gesplitst naar actor. Hieruit blijkt dat de financiële voordelen voornamelijk bij de werkgevers en inkomensverzekeraars vallen. Een gedeelte van de kosten wordt gedragen door de zorgverzekeraars, die ook vaak een coördinerende en faciliterende rol op zich nemen. Tot slot wordt opgemerkt, dat mogelijke schadelastreductie voor de zorgverzekeraars bij een aantal best practices lastig te berekenen is gezien de nog korte doorlooptijd van de best practices op het gebied van preventie en de ex-post mechanismen van het vereveningsmodel. Door de nacalculatie lopen zorgverzekeraars maar een beperkt financieel risico over het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de normuitgaven van hun verzekerden.

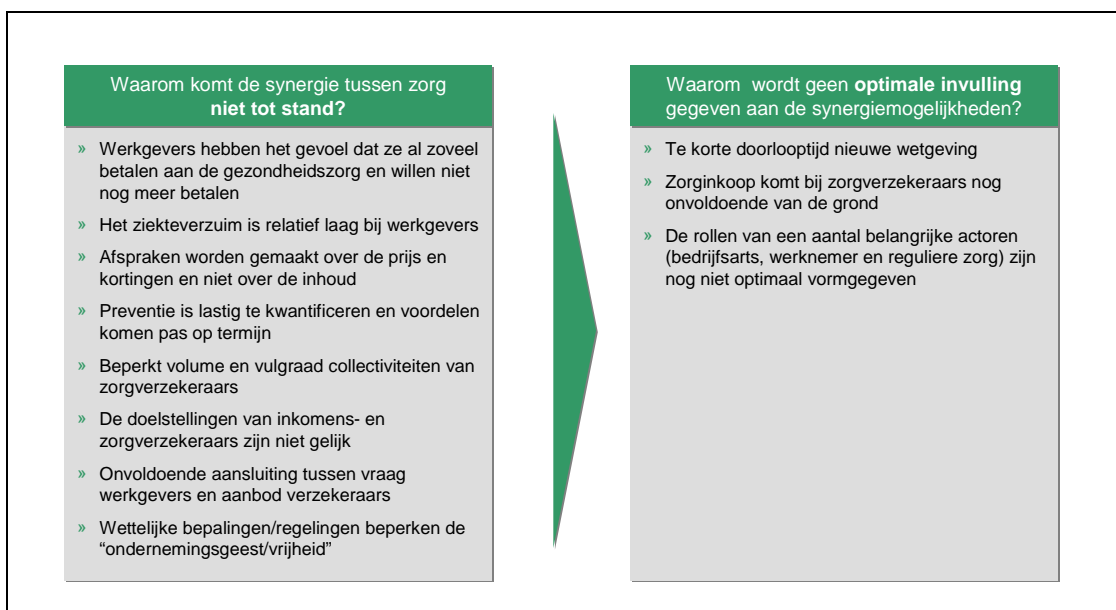


Figuur 47: ratio totale kosten en synergie-opbrengsten zorg en sociale zekerheid

5 Knelpunten en oplossingsrichtingen

5.1 Algemeen

In de hoofdstukken 2 en 3 zijn 11 knelpunten gesignaleerd, die de synergie tussen zorg en sociale zekerheid in de weg staan. Deze knelpunten belemmeren de mogelijke synergie of zorgen ervoor dat de synergie onvoldoende wordt benut. (zie figuur 48).



Figuur 48: knelpunten ingedeeld naar totstandkoming en optimale invulling

Vanuit de beschreven best practices in hoofdstuk 4 blijken veel van deze ervaren en gesignaleerde knelpunten in de praktijk relatief eenvoudig opgelost te kunnen worden. Een beperkt aantal knelpunten lijkt daadwerkelijk een hindernis te zijn om synergie te bewerkstelligen in de keten van zorg en sociale zekerheid. In dit hoofdstuk wordt vanuit de beschreven best practices per knelpunt kort een aantal mogelijke oplossingsrichtingen geduid.

5.2 Oplossingsrichtingen

1. Werkgevers hebben het gevoel dat ze al zoveel bijdragen aan de gezondheidszorg en willen niet nog meer betalen

Aangrijpingspunt voor dit ervaren knelpunt is dat verzekeraars vooraf een kosten-batenanalyse maken voor werkgevers. Dit om de meerwaarde en het rendement inzichtelijk te maken wanneer een dergelijk zorgpad voor werknemers samen ontwikkeld wordt. Een andere mogelijke oplossing is, dat aan iedere werkgever een budget wordt

verstrekt waar ze zelf zorg(projecten) mee kunnen inkopen. Op deze wijze hebben zij zelf de regie welke initiatieven zij belangrijk vinden om in de organisatie uit te voeren. Deze oplossingsrichting is beschreven in de best practice van TNT, HSK en Agis.

2. Het ziekteverzuim is relatief laag bij werkgevers

Ofschoon werkgevers momenteel een relatief laag ziekteverzuim kennen, loont het, tegen de achtergrond van krapte op de arbeidsmarkt, toch om te investeren in zorgpaden voor de werknemers. Het versterkt het imago van de werkgever, vergroot de vitaliteit van de werknemer en vormt een aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarde. Dit illustreren alle best practices in voorgaand hoofdstuk.

Ook kunnen zorgpaden gericht zijn op het (voor de sector) behouden van werknemers door, enerzijds ambitieuze werknemers te ondersteunen bij hun loopbaanbeleid en carrièreontwikkeling en anderzijds instroom in de WIA te voorkomen. Deze oplossingsrichting is uitgewerkt in de best practice van Loopbaantraject Bouw & Infra.

3. Afspraken worden gemaakt over de prijs en kortingen en niet over de inhoud

Ofschoon de verwachting is, dat langzamerhand meer afspraken zullen worden gemaakt over de inhoud, blijft het accent bij de onderhandelingen tussen de werkgevers en zorgverzekeraars nog veel op prijs en collectiviteitskortingen liggen. De best practices Philips en IAK, TNT, HSK en Agis en IBM, OHRA en NIPED tonen het rendement wanneer juist afspraken over de inhoud worden gemaakt. Hiervoor is wel van belang dat de “juiste gesprekspartners” aan de onderhandelingstafel zitten; i.c. naast de accountmanager en inkoper ook de zorginhoudelijke deskundige van de verzekeraar en de HR-manager van de werkgever. Waarbij opgemerkt, dat wanneer de HR-manager aan tafel zit, dit nog geen garantie is dat het daadwerkelijk over de inhoud gaat. Kennis, maar ook enige bevoegdheid van de verantwoordelijke HR-functionaris bij grote werkgevers of de directeur bij kleinere werkgevers is eveneens van belang.

4. Preventie is lastig te kwantificeren en voordelen komen pas op termijn

Langzamerhand komen er wel onderzoeken waarin de kwantitatieve opbrengsten van preventie worden aangetoond, waarmee het steeds beter mogelijk is een kosten-batenanalyse te maken. Investeren in preventie van werknemers/verzekerden draagt bij aan een positief imago van de werkgever en verzekeraar. Voor de werkgever kan het bijdragen aan een versterking van de positie op de huidige krappe arbeidsmarkt en behoud van vitale werknemers. Voor de zorgverzekeraar kan preventie op termijn reductie van zorgkosten opleveren en kan het de klantloyaliteit vergroten. Deze aanpak is beschreven in de best practice van IBM, OHRA en NIPED. Bij de best practice van Loopbaantraject Bouw & Infra wordt met name het behoud van vitale werknemers aangetoond.

5. Beperkt volume en vulgraad collectiviteiten van zorgverzekeraars

Voor het wegnemen van dit, door zorgverzekeraars, ervaren knelpunt is een belangrijke rol weggelegd voor de werkgevers. Allereerst zouden zij zich voor hun werknemers moeten beperken tot één zorgverzekeraar voor een collectieve zorgverzekering. Dit voorkomt versnippering en daarmee een lage vulgraad. Stimulerend hierin werkt ook wanneer de werkgever op de “zeepkist” gaat staan om de werknemers uit te leggen waarom het belangrijk is om via de werkgeverscollectiviteit verzekerd te zijn. Meer financiële prikkels zijn het verstrekken of verhogen van de vrijwillige werkgeversbijdrage. Deze extra uitgaven kunnen door de werkgever weer gecompenseerd worden door een vorm van provisie van de zorgverzekeraar voor elke extra nieuwe verzekerde werknemer. Belangrijk voor de werkgever is ook het ontdebelen van kosten die hij vervolgens verdient/bespaart wanneer de werknemer verzekerd is bij dezelfde zorgverzekeraar als waar hij de interventies mee heeft afgesproken. Deze laatst genoemde prikkel komt expliciet terug in de best practice van de IZA Bedrijfszorgpakket. Tot slot kan een zorgverzekeraar een hogere vulgraad c.q. volume bereiken door aansluiting te zoeken bij brancheorganisaties. Op deze schaal loont het veelal wel gerichte dienstverlening te ontwikkelen. Deze oplossingsrichting is terug te vinden in de best practice van Brancheloket Apotheken.

6. De doelstellingen van inkomens- en zorgverzekeraars zijn niet gelijk

Interventies bij niet-reguliere zorgaanbieders om de verzuimperiode van de werknemers te verkorten kunnen gepaard gaan met hogere zorgkosten dan wanneer de interventies bij reguliere zorgaanbieders zouden hebben plaatsgevonden. IZA Bedrijfszorgpakket en Philips en IAK zijn voorbeelden waarbij is afgesproken, dat de extra kosten van deze niet-reguliere zorgaanbieders worden gedragen door de werkgever zelf. Het betreft hier dan grote werkgevers, die veelal eigenrisicodragers zijn voor verzuim, en in feite voor hun werknemers “inkomensverzekeraar” zijn. Naar analogie hiervan zou voor kleinere werkgevers hetzelfde kunnen gelden voor de daadwerkelijke inkomensverzekeraar, waar het verzuimrisico is ondergebracht. Deze dragen dan de extra kosten voor de niet-reguliere zorgaanbieders, zodat deze niet ten laste van de winst- en verliesrekening van de zorgverzekeraar komen. De inkomensverzekeraars dragen derhalve zelf de extra kosten, maar kunnen eventueel wel gebruik maken van het netwerk van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Ditzelfde kan gelden voor de extra arbozorgdienstverlening die inkomensverzekeraars aanbieden in de “bredere” polissen, waarbij zorgverzekeraars goede ondersteuning kunnen bieden.

7. Onvoldoende aansluiting tussen vraag werkgevers en aanbod verzekeraars

Vraaggericht opereren verlangt expliciete belangstelling van verzekeraars in de behoeften van de werkgevers. Dat begint met het verdiepen in de branche en het bedrijf, maar ook door te luisteren naar de wensen van de werkgever. Een voorbeeld hiervan komt terug in de best practice van Philips en IAK. Voorts geven de meeste werkgevers aan, behoefte te hebben aan interventies op het gebied van fysiotherapie en psychologische hulp. Men zit

niet te wachten op irrelevante verstrekkingen waar sporadisch gebruik van wordt gemaakt, en die de verzekering alleen maar onnodig complexer en duurder maken. Zeven van de negen beschreven best practices hebben betrekking op fysieke en psychologische interventies. De overige twee beschreven best practices hebben betrekking op preventie.

8. Te korte doorlooptijd nieuwe wetgeving

De oplossingsrichting voor de korte doorlooptijd van de nieuwe wetgeving op het gebied van sociale zekerheid en zorg is simpelweg partijen in de markt de rust te geven en de tijd te gunnen om zaken op te pakken en de nieuwe rollen op zich te nemen. Evenwel kan worden bekeken waar zich daadwerkelijke knelpunten voordoen. Hiervoor kunnen mogelijke oplossingen worden gezocht die partijen stimuleren om de synergie tussen zorg en sociale zekerheid (sneller) tot stand te laten komen.

9. Wettelijke bepalingen/regelingen beperken de “ondernemingsgeest/vrijheid”

De oplossingsrichting voor de ervaren wettelijke beperkingen is niet simpelweg het aanpassen van de bepalingen. Veel meer moet gedacht worden in mogelijkheden in plaats van beperkingen. In de risicoverevening zullen zorgverzekeraars naar verwachting steeds meer financieel risico gaan lopen, doordat de dataproblemen in de loop van de tijd worden opgelost en de invloed op zorguitgaven van zorgverzekeraars verder zal toenemen. Wat betreft de wettelijke beperkingen voor gerichte preventieve acties kunnen verzekeraars de mogelijkheden benutten die de wetgeving wel toestaat en preventieve acties bijvoorbeeld via het werkgeverskanaal uitzetten. Immers, via het werkgeverskanaal worden 7,1 miljoen Nederlanders bereikt. In feite doet OHRA dit in de best practice met IBM en NIPED. Ten aanzien van de verbreding van de dekking van het basispakket geldt hetzelfde. Verzekeraars kunnen de mogelijkheden benutten die de wetgeving wel geeft om onderscheidend en innovatief te zijn, bijvoorbeeld op het gebied van efficiënte en effectieve zorginkoop. De best practices IZA Bedrijfszorgpakket en Philips en IAK zijn hier voorbeelden van. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars als ondernemer op zoek gaan naar de ruimte die er bestaat binnen de wettelijke bepalingen om behandelingen (gedeeltelijk) onder de dekking van de basisverzekering te laten vallen, zoals Achmea bij de best practice Winnock heeft gedaan.

10. Zorginkoop komt bij zorgverzekeraars nog niet echt van de grond

Zorgverzekeraars kunnen hun inkoopfunctie gebruiken om een zogenoemde “provider boog” te ontwikkelen, waarbinnen zorgaanbieders zijn geselecteerd en gecontracteerd die rekening houden met de “factor arbeid”. EMcare is een best practice waarbij dit door een derde partij is gedaan. Maar ook het IZA Bedrijfszorgpakket en Philips en IAK zijn best practices waarbij de zorginkoopfunctie van de zorgverzekeraar wordt gebruikt om uit het netwerk de juiste zorgaanbieders voor de werkgever te selecteren.

11. De rollen van een aantal belangrijke actoren zijn nog niet optimaal vormgegeven

Hierbij gaat het vooral om de actoren bedrijfsarts, werknemer en reguliere zorgaanbieders. De positie van de bedrijfsarts kan worden verbeterd door ondersteuning te bieden met behulp van een loket waar hij terecht kan voor advies dan wel het bieden en verzorgen van opleiding en scholing. Dergelijke initiatieven worden beschreven in de best practices van ICARA en TNT, HSK en Agis.

De betrokkenheid van de werknemer kan worden vergroot door op vrijwillige basis de mogelijkheid te bieden om de eigen gezondheid en welzijn te bewaken. Dit element is terug te vinden in de best practice van IBM, OHRA en NIPED. Vergroting van de betrokkenheid van de werknemer kan ook door een budget voor de werknemer ter beschikking te stellen, maar de omvang en de daadwerkelijke toekenning afhankelijk te stellen van de bestemming van het budget, de argumentatie en motivatie van de werknemer. Daarbij kan de werknemer in eerste instantie bij “de hand” worden genomen en langzamerhand minder actief worden begeleid zodat juist steeds meer op zelfredzaamheid kan worden gestuurd. Deze elementen zijn terug te vinden bij de best practice van Loopbaantraject Bouw en Infra.

Ook kan voordat een interventie wordt ingezet, worden onderzocht wat de veranderingsbereidheid is van de werknemer. Wanneer dit onvoldoende blijkt te zijn, wordt de interventie niet ingezet, omdat het resultaat dan niet optimaal zal zijn. Deze aanpak en ervaring is opgedaan in de beschreven best practice Winnock.

Bij reguliere zorgaanbieders kan meer aandacht voor de factor arbeid worden gevraagd, door het verplicht laten werken met evidence based protocollen. Een andere mogelijkheid is vanuit de zorginkoopfunctie van zorgverzekeraars een providerboog met zorgaanbieders te ontwikkelen, die voldoen aan specifieke vereisten van arbocuratieve zorg. Zoals gezegd is de best practice EMcare hier een voorbeeld van.

Tot slot kan worden gewerkt met specialisten die in de reguliere zorg werken, maar die daarnaast bereid zijn om flexibel te participeren in een ontwikkeld zorgpad voor werknemers. Deze aanpak wordt beschreven in de best practice van ICARA

| | Knelpunten | Oplossingsrichtingen | Best practice(s) |
|-----|---|---|--|
| 1. | Werkgevers hebben het gevoel dat ze al zoveel betalen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kosten- en batenanalyse ▪ Eigen budget voor werkgever | <ul style="list-style-type: none"> ▪ TNT, HSK en Agis |
| 2. | Het ziekteverzuim is relatie laag | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Noodzaak krapte op de arbeidsmarkt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Loopbaantraject bouw |
| 3. | Afspraken worden gemaakt over prijs ivm inhoud | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhoudelijke deskundigen maken afspraken ▪ Met name persoonsgebonden | <ul style="list-style-type: none"> ▪ IAK/Philips, TNT, HSK en Agis, IBM, OHRA en Niped |
| 4. | Preventie is lastig te kwantificeren en voor de langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kosten- en batenanalyse obv nieuwste onderzoeken ▪ Loyaliteit en imago als opbrengsten | <ul style="list-style-type: none"> ▪ IBM, Ohra en Niped en Loopbaantraject bouw |
| 5. | Beperkt volume van verzekerden | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Op de "zeepkist", hogere vrijwillige werkgeversbijdrage ▪ Ontdubbingskosten als prikkel ▪ Aansluiting bij brancheorganisatie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ IZA Bedrijfszorgpakket ▪ Brancheloket Apotheken |
| 6. | Doelstellingen verzuim en zorg zijn niet gelijk | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extra kosten voor niet-reguliere zorg voor rekening van werkgever en verzuimverzekeraar | <ul style="list-style-type: none"> ▪ IZA Bedrijfszorgpakket IAK/Philips |
| 7. | Onvoldoende aansluiting vraag en aanbod | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verdiepen in branche en bedrijf, luisteren naar wensen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ IAK/Philips |
| 8. | Te korte doorlooptijd nieuwe wetgeving | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partijen in de markt de tijd gunnen. Echte knelpunten weghalen, partijen stimuleren | |
| 9. | Wettelijke bepalingen beperken ondernemingsgeest | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Overheid visie heroverwegen en in tussentijd mogelijkheden benutten door verzekeraars | <ul style="list-style-type: none"> ▪ IBM, Ohra en Niped, Winnock, IZA Bedrijfszorgpakket en IAK/Philips |
| 10. | Zorginkoop komt nog niet van de grond | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zorginkoopfunctie gebruiken om provider boog te ontwikkelen obv verplichte kwaliteitseisen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ EMcare, IAK/Philips en IZA Bedrijfszorgpakket |
| 11. | Rollen van belangrijke actoren zijn niet optimaal vormgegeven | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedrijfsarts ondersteunen en scholing bieden ▪ Werknemer zelfregie geven o.a. met een eigen budget en ondersteunen ▪ Werken met evidence-based protocollen en flexibiliteit stimuleren reguliere zorgaanbieders | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ICARA en TNT, HSK en Agis ▪ IBM, Ohra en Niped, Winnock Loopbaantraject bouw ▪ EMcare en ICARA |

Figuur 49: knelpunten met oplossingsrichtingen en best practices samengevat

6 Conclusie en handvatten

Synergie is géén utopie, maar realiteit. Door op het raakvlak van zorg en sociale zekerheid initiatieven te ontwikkelen gericht op effectievere preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie is een potentieel voordeel te halen van ruim 125.000 arbeidsjaren in termen van productiviteitsverhoging. Omgerekend naar productiviteitsstijging gaat het om een toename van de arbeidsproductiviteit van 2,2%.

De synergie is niet alleen kwantitatief van aard, maar ook kwalitatief. De hoofdrolspelers in de keten kunnen nadrukkelijk toegevoegde waarde ontlenen aan het gezamenlijk organiseren van zorg en sociale zekerheid in de vorm van onderscheidend vermogen.

- » Het versterkt het imago van de werkgever als goed werkgever, vergroot de vitaliteit van de werknemer en vormt daarmee een aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarde tegen de achtergrond van krapte op de arbeidsmarkt
- » De werknemer levert het snellere en effectievere zorg op die goed georganiseerd is en gemakkelijk toegankelijk. Daarnaast kan door (vrijwillige) deelname aan preventieve programma's de gezondheid worden bevorderd.
- » Het kan de zorgverzekeraar loyaliteit van verzekerden opleveren en daarmee klantbehoud. Daarnaast kan het zorgen voor een positief imago waardoor nieuw verzekerden zich aanmelden en kan het onderscheidend vermogen creëren naar werkgevers, die een belangrijk distributiekanaal zijn.. Bovendien kan de zorgverzekeraar door aan te sluiten op de behoeften van de werkgever zijn verantwoordelijkheid nemen ten aanzien van gezondheid van verzekerden. Via de werkgever kunnen 7,1 miljoen werknemers/verzekerden worden bereikt.
- » De inkomensverzekeraar kan, eventueel door gebruik te maken van het zorginkoopnetwerk van de zorgverzekeraar, zijn servicegraad verhogen en een bredere propositie aanbieden. Daarmee zorgt de inkomensverzekeraar voor schadelastbeheersing en kan de gunst van de werkgever worden gewonnen in de toegenomen concurrentieslag op de markt voor inkomensverzekeringen.

Totstandkoming van de synergiemogelijkheden

Randvoorwaarde voor het realiseren van de aanwezige kwantitatieve en kwalitatieve synergie is evenwel, dat de ervaren en gesignaleerde knelpunten, die de totstandkoming van de synergie belemmeren, worden opgelost. De meeste knelpunten blijken relatief eenvoudig oplosbaar aan de hand van de aangegeven oplossingsrichtingen vanuit de 9 beschreven best practices. Een aantal van de knelpunten is echter hardnekkiger en fundamenteeler van aard: dat is het gevoel dat bij werkgevers bestaat, dat zij al genoeg meebetalen aan de zorgkosten, en derhalve niet geneigd zijn om meer te betalen. Bovendien menen zij onvoldoende invloed op de zorgkosten te kunnen uitoefenen.

Een tweede aspect is het niet synchroon lopen van de doelstellingen van inkomens- en zorgverzekeraars en de verschillen in klantrelaties (bij de zorgverzekering is de individuele werknemer de klant en bij de inkomensverzekering is de werkgever de klant). Een mogelijke oplossing voor deze twee fundamentele knelpunten is het organiseren van een partnership, waarbij een gezamenlijke verantwoordelijkheid c.q. belang wordt gecreëerd voor elkaars doelstellingen. Vanuit werkgevers- en inkomensverzekeraarsperspectief gaat het dan om de doelstellingen verzuimreductie en productiviteitsverhoging. Vanuit zorgverzekeraarsperspectief betreft het de primaire doelstelling van beheersing van de zorgkosten.

De gezamenlijke verantwoordelijkheid en doelrealisatie kan worden vormgegeven met behulp van nieuwe verdienmodellen. Een model waarbij de werkgever, de zorgverzekeraar en de inkomensverzekeraar, eventueel op sectoraal niveau, een gezamenlijke, op maat uitgewerkte aanpak ontwikkelen en de kosten en baten van die aanpak gezamenlijk verdelen. Denkbaar zijn modellen waarbij de werkgever een vorm van winstdeling ontvangt, afhankelijk van de schadelastontwikkeling van de collectiviteit. De zorgverzekeraar ontvangt dan een (gedeeltelijke) variabele beloning van de werkgever c.q. inkomensverzekeraar ten aanzien van de resultaten van de ontwikkelde zorgpaden in termen van verzuimreductie: bijvoorbeeld in de vorm van no-cure, no pay of no-cure less pay. De kosten van de ontwikkelde zorgpaden kunnen in het partnership, net als de opbrengsten, worden gedragen door alle betrokken partijen: zorgverzekeraar, werkgever en/of inkomensverzekeraar. Door de samenwerking in dergelijke constructies vorm te geven zullen de doelstellingen van de betrokken actoren meer synchroon lopen. Partijen hebben nu een wederzijds belang bij het realiseren van hun doelstellingen. Daarnaast worden de kosten van het ontwikkelen van een zorgpad, net als de opbrengsten, gedragen door alle betrokken partijen.

Belangrijk bij dergelijke verdienmodellen is het afspreken van goede verdeelsleutels en het kwantificeren van de voordelen (conform de 9 uitgewerkte best practices), zodat de werkgever niet alleen de kosten ziet maar ook de opbrengsten en het rendement van de investering. Een goede combinatie van een beperktere premiekorting voor de collectiviteit en een gerichte investering door de zorgverzekeraar biedt mogelijk nog meer kansen voor de synergie en het bereiken van overeenstemming. De betrokkenheid van de werknemer kan worden vergroot door op vrijwillige basis de mogelijkheid te bieden om de eigen gezondheid en welzijn te bewaken. Dit kan bijvoorbeeld door een budget per werknemer ter beschikking te stellen welke vrij te besteden is aan ontwikkelde zorgpaden c.q. gezondheidsprogramma's binnen vastgestelde grenzen.

Het organiseren van een partnership met nieuwe verdienmodellen en het gezamenlijk ontwikkelen van zorgpaden stimuleert de ontwikkeling van de zorginkoopmarkt in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit levert op den duur snellere, effectievere en beter toegankelijke zorg op voor iedere Nederlandse burger.

Optimale invulling van de synergiemogelijkheden

Wanneer afspraken tussen werkgevers en verzekeraars zijn gemaakt om zorgpaden voor werknemers te ontwikkelen, komt de vraag aan de orde hoe aan deze afspraken een

optimale uitvoering kan worden gegeven om het beoogde synergievoordeel daadwerkelijk te realiseren. Voor de effectuering van de zorgpaden zijn, op basis van de beschreven best practices in de huidige praktijk, succesfactoren geanalyseerd. Deze succesfactoren kunnen dienen als handvatten voor werkgevers en verzekeraars bij het inrichten van nieuwe zorgpaden:

1. Richt het zorgpad in naar de specifieke behoeften van de branche en werkgever (maatwerk).
2. Zorg voor een vroegtijdige aanpak, een optimaal proces en voldoende flexibiliteit vanuit de zorgverleners bij het organiseren van zorgpaden.
3. Betrek alle actoren/partijen bij het zorgpad, maar vooral ook de leidinggevende c.q. de manager.
4. Geef werknemers zelfregie bij preventie, vrijwillige deelname is belangrijk naast afgestemde follow-up mogelijkheden.
5. Heb expliciet aandacht voor de betrokkenheid en rol van de bedrijfsarts in het zorgpad, en geef deze waar nodig ondersteuning om zijn rol/functie goed te kunnen vervullen.
6. Maak gebruik van het principe van één coördinatiepunt in de vorm van casemanagement c.q. één loket.
7. Behoud eenvoud in het proces en dekking (meest voorkomende verzuimoorzaken betreffen verstoringen van het houdings- en bewegingsapparaat en psychische aandoeningen).
8. Ontwikkel een netwerk van kwalitatief goede zorgverleners vanuit de zorginkooprol van de zorgverzekeraar.
9. Laat gecontracteerde zorgaanbieders werken volgens specifieke protocollen, zogenoemde evidence based behandeltrajecten met aandacht voor factor arbeid;
10. Maak gebruik van webtools/internet voor informatieverstrekking, voorlichting en terugkoppeling.

Bijlage 1: Toelichting financieel model

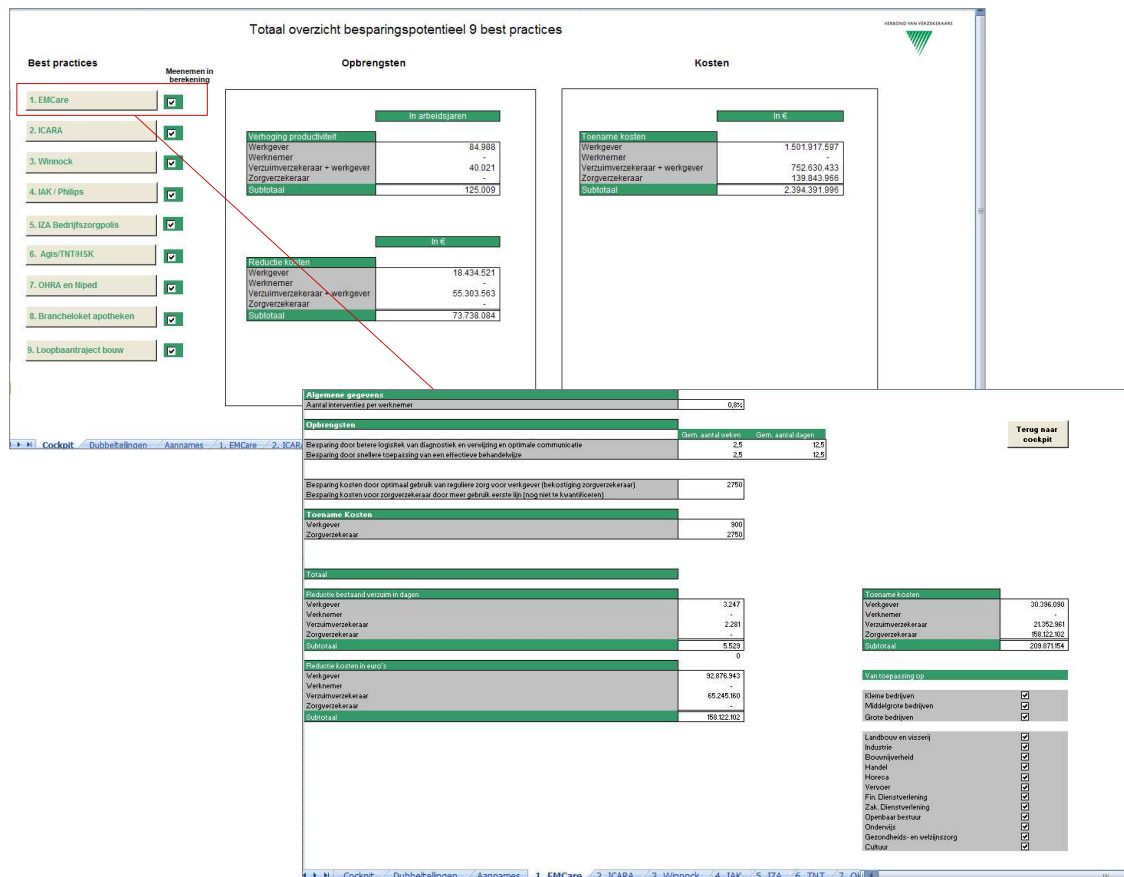
In het financiële model zijn de resultaten van de best practices doorberekend voor de totale Nederlandse werkzame beroepsbevolking. Hierbij past de opmerking dat het financiële model een vereenvoudiging van de werkelijkheid is. Dat wil zeggen de resultaten zijn een indicatie van de mogelijk te behalen synergievoordelen bij toepassing op grotere schaal. Het synergievoordeel wordt weergegeven in te behalen productiviteitswinst, uitgedrukt in arbeidsjaren en de procentuele ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.

Voor het maken van de berekeningen is uitgegaan van beschikbare kwantitatieve resultaatgegevens van de best practices. Voorts is gebruik gemaakt van aanvullende informatie⁶ wat betreft het gemiddelde verzuimpercentage, het aantal werknemers en de meest voorkomende klachten (psychisch of fysiek) per bedrijfssector (zoals landbouw en visserij). Deze gegevens dateren veelal van eind 2006. Informatie na 2006 dan wel andere initiatieven dan de 9 genoemde best practices die van invloed kunnen zijn geweest op de productiviteitsverhoging, zijn niet meegenomen in het financiële model. Hierdoor is het mogelijk is dat een (klein) gedeelte van het totaal berekende potentiële synergievoordeel reeds in 2007 is ingeboekt.

Bij de doorberekening van de resultaten van de best practices voor de Nederlandse werkzame beroepsbevolking is gekeken in welke gevallen de best practice kan worden toegepast. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar type werkgever (groot, middelgroot en klein) en sector (landbouw en visserij, industrie, bouwnijverheid, handel, horeca, vervoer, financiële dienstverlening, zakelijke dienstverlening, openbaar bestuur, onderwijs, gezondheids- en welzijnszorg en cultuur). Voor de verschillende type werkgevers en sectoren zijn de specifieke verzuimcijfers (gegevens eind 2006) en aantallen werknemers in het financiële model meegenomen. Ook zijn de verschillen in psychische en fysieke klachten van werknemers naar sector opgenomen in het model.

Zoals in figuur 50 is aangegeven zijn met name de bedrijfseconomische synergievoordelen per actor gekwantificeerd, zoals verhoging van de productiviteit en reductie van kosten. Om dubbelstellingen te voorkomen van de kwantitatieve synergievoordelen zijn de best practices onderverdeeld naar interventiegebieden (fysiek kort en fysiek lang, psychisch en preventie) en type werkgever (groot, middelgroot en klein). Per combinatie wordt door het financiële model slechts één best practice meegenomen die de hoogste productiviteitswinst genereert. Ter illustratie: de best practices EMcare, ICARA en IZA Bedrijfszorgpolis hebben alle (onder andere) betrekking op het interventiegebied fysiek lang. EMcare en ICARA zijn toepasbaar voor elk type werkgever en IZA Bedrijfszorgpolis alleen voor middelgrote en grote werkgevers. Het financiële model neemt slechts één best practice per combinatie mee in de berekeningen, in dit geval EMcare voor kleine ondernemingen en IZA Bedrijfszorgpolis voor middelgrote en grote ondernemingen, omdat deze combinaties kwantitatief de hoogste productiviteitswinst hebben. Ten aanzien van preventie bleken de

twee best practices (IBM, OHRA, NIPED en Loopbaantraject Bouw & Infra) geen overlap te bevatten ten aanzien van het resultaat, omdat zij zich op geheel verschillende gebieden van preventie richten. Beide best practices zijn meegenomen in het totale potentiële synergievoordeel.



Figuur 50: illustratie financieel model met het totaal overzicht van het besparingspotentieel van de 9 best practices en de uitwerking van de best practice EMCare

Berekeningswijze productiviteitsverhoging in arbeidjaren bij toepassing op grotere schaal per best practice:

EMCare

Als volgt berekend : (2,5 week + 2,5 week verzuimreductie)* 5 werkdagen per week *8% potentiële doelgroep * (# werknemers in sector landbouw en visserij * relatief voorkomen fysieke klachten in sector landbouw en visserij + # werknemers in sector ... * relatief voorkomen fysieke klachten in sector ...) / 229 werkdagen per jaar (gecorrigeerd voor vakantie- en feestdagen).

ICARA

Als volgt berekend: 2,6 week verzuimreductie * 5 werkdagen per week * 2‰ potentiële doelgroep * (# werknemers in sector landbouw en visserij * relatief voorkomen fysieke klachten in sector landbouw en visserij + # werknemers in sector ... * relatief voorkomen fysieke klachten in sector ...) / 229 werkdagen per jaar.

IZA Bedrijfzorgpakket

Als volgt berekend: ((vermindering verzuimdagen korte herstelbegeleiding fysiek + vermindering verzuimdagen lange herstelbegeleiding fysiek) / aantal deelnemers IZA BZP * (# werknemers bij middelgrote en grote werkgevers in sector landbouw en visserij * correctie gemiddeld verzuim sector landbouw en visserij t.o.v. verzuim sector overheid * relatief voorkomen fysieke klachten in sector landbouw en visserij t.o.v. sector overheid + # werknemers in bij middelgrote en grote werkgevers in sector ... * correctie gemiddeld verzuim sector ... t.o.v. sector overheid * relatief voorkomen fysieke klachten in sector ... t.o.v. sector overheid) + (vermindering verzuimdagen psychologische zorg / aantal deelnemers IZA BZP * (# werknemers bij middelgrote en grote werkgevers in sector landbouw en visserij * correctie gemiddeld verzuim sector landbouw en visserij t.o.v. sector overheid * relatief voorkomen psychische klachten in sector landbouw en visserij t.o.v. sector overheid + # werknemers bij middelgrote en grote werkgevers in sector ... * correctie gemiddeld verzuim sector ... t.o.v. sector overheid * relatief voorkomen psychische klachten in sector ... t.o.v. sector overheid) / 229 werkdagen per jaar

Philips en IAK

Als volgt berekend: ((vermindering verzuimdagen korte herstelbegeleiding fysiek + vermindering verzuimdagen lange herstelbegeleiding fysiek) / aantal werknemers Philips Nederland * (# werknemers bij grote werkgevers in sector landbouw en visserij * correctie gemiddeld verzuim grote werkgevers sector landbouw en visserij t.o.v. verzuim Philips * relatief voorkomen fysieke klachten in sector landbouw en visserij + # werknemers in sector ... * correctie gemiddeld verzuim grote werkgevers sector ... t.o.v. verzuim Philips * relatief voorkomen fysieke klachten in sector ...) + (vermindering verzuimdagen psychologische zorg / aantal werknemers Philips Nederland * (# werknemers bij grote werkgevers in sector landbouw en visserij * correctie gemiddeld verzuim grote werkgevers sector landbouw en visserij t.o.v. verzuim Philips * relatief voorkomen psychische klachten in sector landbouw en visserij + # werknemers bij grote werkgevers in sector ... * correctie gemiddeld verzuim grote werkgevers sector ... t.o.v. verzuim Philips * relatief voorkomen psychische klachten in sector ...) / 229 werkdagen per jaar

TNT, HSK en Agis

Als volgt berekend: (aandeel verzuim psychologisch t.o.v. totaal verzuim * % reductie verzuim psychisch * verzuimpercentage sector landbouw en visserij * 260 werkdagen (incl. vakantie) per jaar * relatief voorkomen psychische klachten in sector landbouw en visserij * # werknemers bij grote bedrijven in sector landbouw en visserij) + (aandeel verzuim psychologisch t.o.v. totaal verzuim * % reductie verzuim psychisch *

verzuimpercentage sector ... * relatief voorkomen psychische klachten in sector... * # werknemers bij grote bedrijven in sector ...) / 229 werkdagen (excl. vakantie) per jaar

IBM, OHRA en NIPED

Als volgt berekend: deelnamegraad bevorderend gedrag * (% acties gericht op stress * 2% productiviteitswinst + % gezonder gaan eten * 2% productiviteitswinst + % gestopt met roken * 2% productiviteitswinst + % meer gaan sporten * 2% productiviteitswinst) * deelnamegraad aan het preventiekompas * (# werknemers in sector landbouw en visserij + # werknemers in sector industrie + # werknemers in sector ...)

Winnock

Als volgt berekend: 10 weken verzuimreductie * 5 werkdagen per week * 4‰ potentiële doelgroep * (# werknemers in sector landbouw en visserij + # werknemers in sector industrie + # werknemers in sector ...) / 229 werkdagen per jaar

Brancheloket Apotheken

Als volgt berekend: Gem. aantal interventies per werknemer * aandeel interventies fysieke begeleiding * gemiddelde reductie verzuimdagen door Keerpunt * (# werknemers bij kleine werkgevers in sector landbouw en visserij * correctie gemiddeld verzuim kleine werkgevers sector landbouw en visserij t.o.v. verzuim Brancheloket apotheken * relatief voorkomen fysieke klachten in sector landbouw en visserij + # werknemers bij kleine werkgevers in sector ... * correctie gemiddeld verzuim kleine werkgevers sector ... t.o.v. verzuim Brancheloket apotheken * relatief voorkomen fysieke klachten in sector ...) + Gem. aantal interventies per werknemer * aandeel interventies psychische begeleiding * gemiddelde reductie verzuimdagen door Keerpunt * (# werknemers bij kleine werkgevers in sector landbouw en visserij * correctie gemiddeld verzuim kleine werkgevers sector landbouw en visserij t.o.v. verzuim Brancheloket apotheken * relatief voorkomen psychische klachten in sector landbouw en visserij + # werknemers in sector ... * correctie gemiddeld verzuim kleine werkgevers sector ... t.o.v. verzuim Brancheloket Apotheken * relatief voorkomen psychische klachten in sector ...) / 229 werkdagen per jaar

Loopbaantraject Bouw & Infra

Als volgt berekend: deelnamegraad loopbaantraject * % voorkomen arbeidsongeschiktheid * gemiddeld arbeidsongeschiktheidspercentage * (# werknemers in sector landbouw en visserij + # werknemers in sector industrie + # werknemers in sector ...)

Bijlage 2: Samenstelling klankbordgroep en issuecommissie

Samenstelling Klankbordgroep

| Organisatie | Contactpersoon |
|--------------------------|-------------------------|
| Verbond van Verzekeraars | De heer J.G. Breit |
| Verbond van Verzekeraars | Mevrouw A.M.L. Goossens |
| Verbond van Verzekeraars | De heer E. Voorn |

Samenstelling Issuecommissie

| Organisatie | Contactpersoon |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Menzis | De heer R. Wenselaar (voorzitter) |
| Achmea Zorg | De heer L.J.M. de Jong |
| De Amersfoortse | Mevrouw K. Smitskamp |
| De Goudse Verzekeringen | De heer B.G. Walta |
| ING Nederland | Mevrouw A. Beerda |
| Reaal Verzekeringen | De heer P. Glas |

Bijlage 3: Gesprekspartners

| Organisatie | Contactpersoon |
|--|--|
| AON | De heer P. Abelskamp |
| Ardyn | De heer R.W.L. Delleman |
| Boaborea | Mevrouw C. de Jonge |
| Brancheloket Apotheken | De heer H.C.J. Overgaag en mevrouw E. Toes |
| CNV | Mevrouw D. Vaartjes |
| CPZ | Mevrouw W. Toersen |
| CvZ | De heer D. Hermans |
| De Amersfoortse | Mevrouw K. Smitskamp |
| EMcare | De heer F.H. de Man |
| FNV | Mevrouw K. Sengers |
| Gezondheidsverzekeraar Trias | Mevrouw mevrouw K. Boeve en E. Kroon |
| IAK | De heer R.J. Somers |
| ICARA/Sint Maartenskliniek | De heer J. van Limbeek en mevrouw D. Wierper |
| Kettlitz | De heer C.P.M. van Ham |
| KLM | Mevrouw M. de Bot en de heer A. Smidt |
| Loopbaantraject Bouw & Infra | De heer Z. van Dun |
| Ministerie van EZ | De heer J. Brinkhoff |
| Ministerie van SZW | De heer A.G.M. van Oostrum en mevrouw D. Schiet |
| Ministerie van VWS | De heer J. Verduijn en mevrouw R. Wouters |
| MKB Nederland | Mevrouw M. Feenstra en de heer W.M.J.M. van Mierlo |
| Nuon | Mevrouw I. Metaal |
| NVAB | De heer C. van Vliet |
| NZa | De heer M.E. Homan |
| OHRA | Mevrouw. B. Arts-van Duyn |
| ONVZ | De heer J.P. van Haerlem |
| OZF Achmea | De heer S.J. Hofenk |
| Persoonlijke titel (voorheen werkzaam bij OHRA) | De heer P. de Cuijper |

| Organisatie | Contactpersoon |
|-------------------------------|--|
| Philips | De heer J.A. Schelbergen |
| Raad Nederlandse Detailhandel | De heer P.J. Verhoog |
| Raad Werk en Inkomen | De heer A. Stigter |
| TNT | De heer R. van der Borgh |
| TNO | De heer P. Buys |
| Uneto-VNI | De heer R.W. Bernsen |
| Univé-VGZ-IZA-Trias | De heer M.J.A. Brorens |
| VNO-NCW | Mevrouw G. Dolsma en de heer M. Nuyten |
| Winnock | De heer V.J.G.M.H. Höppener |

Bijlage 4: Respondenten online-vragenlijst en telefonische enquête

| Organisatie | Contactpersoon |
|---|-------------------------------|
| ABN AMRO Bank N.V | M. van Leeuwen |
| ABU, branchevereniging voor uitzendondernemingen | C.A. de Schipper |
| ADT security services | N. van der Ham |
| Alewynse Holding BV | J. Bokma |
| ATH techniek BV | J. Spelbos |
| Bank Nederlandse Gemeenten | A. Vester |
| Bank of tokyo-mitsubishi ufi (holland) NV | J.W. Renes |
| Béwé | F. Klein |
| Bloem BV | P. Bloem |
| Bond van Fabrikanten en Betonproducten in Nederland | G.A. Hack |
| Bovag | A. Koedijk |
| Cedris | H. Wiselius |
| Centraal Bureau voor de Rijn en Binnenvaart | M.J.M. Koning |
| Centrale Branchevereniging Wonen | P. Busker |
| Centrale Organisatie voor de Vleessector | M. Zandbergen |
| Delta Lloyd Groep | W.A.P. Biever/W.J.D. Wiebosch |
| Deutsche Bank AG | J. Dooper |
| Dexia Bank Nederland | P. Berkhoff |
| Endenburg Elektrotechniek | J.F. Wentink |
| Energiewacht | A. Bos |
| F. van Lanschot Bankiers NV | A. Verhoeven |
| Feenstra Holding | C.L.M. Warmerdam |
| GarantiBank International NV | S. Chopra |
| GTI NV | T. Rosengarten |
| HOMIJ Technische Installaties | A. Groothuis |
| Imtech NV | E. Dons |

| Organisatie | Contactpersoon |
|---|--------------------|
| ING | L. Lokhoff |
| KLM NV | A.J. Smidt |
| Kuijpers Installaties | W.H.M. Crooijmans |
| Modint, landelijke ondernemersorganisatie voor mode, interieur, tapijt en textiel | C. Hofman |
| Nacap Benelux BV | C. Rijnberk |
| Nederlandse Spoorwegen | Z. Odink |
| Oostendorp BV | G. van Baal |
| Productschap Vis | C. Blonk |
| Randstad Holding | A.J. Thijssen |
| SNS REAAL | E. de Ruijter |
| Spindler Installatietechniek BV | F. Rienstra |
| Vereniging voor Hoveniers en Groenvoorziening | J. Zijlmans |
| Verkerk Groep | P.A. Visser |
| Vermeerplein Groep | M.E.J.T. van Galen |
| Vereniging gehandicaptenzorg Nederland | A. Bertijn |
| Vereniging van de Nederlandse Chemische Industri | P. Heemskerk |
| Vopak Shared Services | B. Pols |
| Zhomer Media Business BV | I. Mulder |

Bijlage 5: Geraadpleegde bronnen

- ¹ Onderzoek naar mogelijkheden en belemmeringen ten aanzien van zorgcollectiviteiten onder brancheorganisaties in het MKB, MarketConcern, Den Haag, september 2006.
- ² Tussen zorg en zekerheid; de hervormingen van het zorg-,verzuim- en pensioenstelsel door de ogen van de werkgever, AON, Rotterdam, oktober 2006
- ³ De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel, NIVEL, Utrecht, 2007
- ⁴ Effecten van de wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte op private verzuimverzekeringen, AStri, Leiden, oktober 2006
- ⁵ Sociale zekerheid en zorg, voorstellen voor een beleidsagenda, ministeries van SZW en VWS, Den Haag 2002
- ⁶ Nationale enquête Arbeidsomstandigheden 2006, TNO kwaliteit van leven, Hoofddorp, 2007
- ⁷ Sporten via het werk raakt in, M. Simons, W. Verheijen en V.H. Hildebrondt, TNO kwaliteit van leven, Arbovisie 7 augustus 2007
- ⁸ Beter aan het werk; trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting, SCP, CBS, TNO kwaliteit van leven, Den Haag, september 2007
- ⁹ Meldingen beroepsziekten naar sector in 2006, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Nationale Registratie Beroepsziekten
- ¹⁰ De Dokter gaat ontdokteren, Peter Boerman, PW Intermediair, 15 januari 2005
- ¹¹ Verzuimspecial, Arthur Clement, Certigo, september 2007
- ¹² Benchmarkrapportage Blik op Werk Borea Keurmerk 1 januari t/m 31 december 2006, Stichting Blik op Werk, Den Haag, juni 2007
- ¹³ Cijfers en trends, UWV, oktober 2007
- ¹⁴ Toekenningen WIA januari 2006 t/m december 2006 naar sector en soort recht, UWV
- ¹⁵ Vooruitblik 2008 Zorgthermometer, Vektis, Zeist, najaar 2007
- ¹⁶ Als volgt berekend: 4% ziekteverzuim * 260 werkdagen per jaar * 7,1 miljoen werkzame beroepsbevolking* € 200 gemiddelde directe arbeidskosten per dag * 2 (i.v.m. de ervaring dat de werkelijke kosten van verzuim variëren tussen 1,5 tot 5 maal de directe loonkosten; bron Marketconcern)
- ¹⁷ Marktaandeel verzuimverzekeraars 2006, MarketConcern, Bunnik, augustus 2007
- ¹⁸ Bedrijven naar activiteit, grootte en rechtsvorm, CBS, januari 2006
- ¹⁹ Nieuwe structuren in gezondheidsmanagement van bedrijven, Mercer, MarketConcern, Bunnik, oktober 2007
- ²⁰ Stijging zorgkosten werkgever kost ruim 10.000 banen, berekeningen van EIM in opdracht van MKB-Nederland, 11 september 2007
- ²¹ De Werkgeversmonitor Arbeidsomstandigheden tweede meting, Research voor Beleid, Leiden, 13 april 2007
- ²² Arbodienstenmonitor 2005-2007, MarketConcern, Bunnik, 2007
- ²³ Naar een sluitende keten van preventie, verzuim en re-integratie, Policy productions i.s.m. LangmanEconomen, 23 november 2006
- ²⁴ Capaciteitsplan 2005, Capaciteitsorgaan, Utrecht, november 2005
- ²⁵ De Bedrijfsarts: dokter en adviseur, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 4 april 2007
- ²⁶ Terug in de moederschoot, A.F. Algra, Medisch Contact 12 oktober 2007
- ²⁷ De re-integratiemarkt geijkt, evaluatie introductie marktwerking bij re-integratie van niet-werkenden, Regioplan, Amsterdam, oktober 2006
- ²⁸ Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2006, NIVEL, Utrecht, november 2006
- ²⁹ Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten – peiling 2005, NIVEL, Utrecht, 2006
- ³⁰ Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006, NIVEL, Utrecht, 2007
- ³¹ Ziekenhuizen maart 2007, Nationale Atlas, RIVM
- ³² De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, januari 2007
- ³³ Wachttijden per behandeling, Kiesbeter.nl, 30 november 2007
- ³⁴ Dr. J.W.J. van der Gulden, Arm-Nek-Schouder Congres, Interdisciplinaire behandeling van RSI, 11 oktober 2004
- ³⁵ CWI Arbeidsmarktprognose 2007-2012, CWI, Amsterdam, 21 juni 2007

-
- ³⁶ Empowering van de zieke werkende, Blik op Werk, Raad voor Werk en Inkomen en Breed Platform Verzekerden en Werk, verslag van de invitational conference op 4 september 2007 in het SER-gebouw in Den Haag
- ³⁷ Zorgmonitor 2007, Financiering van de zorg in 2006, Vektis, Zeist, november 2007
- ³⁸ Collectief gevangen, Atos Consulting, Utrecht, maart 2007
- ³⁹ Effectmeting IZA Bedrijfszorg 2006 Managementsummary, IZA
- ⁴⁰ De toegevoegde waarde van Keerpunt (update), APE, Den Haag, maart 2006
- ⁴¹ Zelf Bouwen aan je loopbaan, CINOP, 's-Hertogenbosch, april 2005

Voor informatie over het onderzoek:

Paul van den Broek (06 53 65 7102)
Renate Streng (06 28 48 7934)