

**EUMASS - UEMASS**

European Union of Medicine in Assurance and Social Security  
Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale



**13<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONGRESS**  
**GENT April 2000**

**Arbeidsongeschiktheid in Nederland**

**van doktersquaesties en het paard van Troje**

**En: over de houdbaarheid van het stelsel in een nieuwe eeuw.**

**Unfitness for work in the Netherlands**

**The question of doctors and the Trojan horse, and the tenability of the  
system in a new century.**

**(English translation followed by the original manuscript in Dutch)**

**J H B M Willems**

## Introduction

An increasing need to control expenditure, to keep in control of ever more complex legislation, to cut labour costs and to work more effectively has led at present to a number of movements in the Netherlands which one can summarise as:

privatisation  
activation  
decentralisation  
streamlining.

The history of social security in the Netherlands goes back two centuries (Roebroek and Hertogh, 1998). To get a good insight into today's trends knowledge of this history is important and at the same time absorbing. It was the welfare state - or more accurately the lack of this - that led to the concept in the 19th century of "From the cradle to the grave you receive...." and at the end of the 20th century this same welfare state - now in existence - which led some to conceive of "If you go back - you get no.....". But it is perhaps better to describe this development as from "care" via "care for" "to make sure that".

This article deals with a part-aspect of social security: insurance against loss of earnings because of sickness and unfitness for work. It begins with a selective sketch of the historic developments up to the situation applying in 1999. This is followed by a short glance into the future: the new millennium throws up the question as to whether the Dutch system will be "millennium-proof". In the whole argument emphasis will be laid on individual the medical aspects which permeate the development and the glance into the future too will be viewed from a doctor's perspective. This too influences the parameters and the limitations. But "the doctor-question" too will reflect party of the reality.

## From then to now: unsuitable work and unfitness for work in the Netherlands

From Bismarck to the Mark(et)

Social security did not come about in the Netherlands without problems. A slow and meagre start with a late but dramatic expansion. The first part of the history of Dutch social security started towards the end of the nineteenth century. The birthplace of our continental system is to be found in the Germany of Bismarck where halfway through the nineteenth century preparations were being made for what in the next decade would grow into a genuine piece of social security. In the Netherlands this development came somewhat later. Workers at the end of the nineteenth century had to rely on Poor-care provision and self help in cases of illness, unemployment, old age and death. Moreover such care was in the hands of the particular initiative involved, The Poor-Law, which came into force in 1854 explicitly required this, together with protests from the churches against an earlier Poor-law suggestion made by Thorbecke which regarded poverty as an economic and social problem which could only be solved by charity. Gradually, following this, a system of organised self-help developed. Workers joined together to form mutual insurance against sickness and unemployment. The State did not participate in these early forms of social security for workers. The social questions, characterised by poor working and living conditions, low wages, long working days and female and child labour remained mainly the subject of

political and company discussions. Finally the state took responsibility upon itself. In 1870 the Poor Law was changed so that the local community took over the role, from the churches, of primary responsibility for poor care. Subsequently changes occurred at a faster rate. Via the so called Child Law of Van Houten (1874), the Work-Law (1889) and the Security-Law (1895) the first efforts were made to take steps to protect workers. In 1901 this resulted in the first statutory social security for workers: the Accident Law (introduced in 1903, but only applicable to all companies by 1921). This law marked the beginning of social security legislation in the Netherlands. The National Insurance Bank (SVB) after 1955 the Social Insurance Bank (SVB) was given the responsibility to supervise the legality of benefits and in doing so involved the service of doctors.

But can the Accident Law be simply seen as the start of the development of the social security system in the Netherlands. The subsequent steps in the development of the social security system were taken by Talma. The fact that it took 25 years for the Sickness Law to come fully into force illustrates the difficult route that had to be traversed in the Netherlands in those days. Economic recessions, the crises of the thirties and the second World War also contributed to what later came to be called this calm before the social security storm that was to follow. Made possible by rapid and strong industrialisation in the post war years, natural gas, and probably also by a more positive drift away from the churches coupled with increasing worker support for social democracy an unequalled expansion took place between 1945 and 1980. Social security became part of the social-economic policy (De Gier, 1987) The solidarity principal propounded by Beveridge in the UK was to a great extent built into the Dutch social security system.

The circle of insured persons was widened and occupational risks as well as company risks were covered. As a consequence “the direct link between benefit and sacrifice was broken for the individual which in view of the legitimacy of individual maximisation of benefits has to lead to poor control of the extent of welfare provisions”(De Jong 1986) Mileposts in the development of social security were the Law on Unemployment Insurance (WAO) of 1967 and the General Law on Unfitness for Work (AAW) of 1976. At a blow the whole pre-war social security system for employed persons was replaced. Not only was professional risk changed by social risk which meant a revolutionary change in the legal basis, but also the traditional basis of statutory wages was generalised to a right to self development for every person with a resulting right to equal opportunities. Of course this had a price but up to the end of the seventies the economic consequences of the extension of the system were hardly ever the subject of discussion.

Through the nineteenth century preparations were being made for what in the next decade would grow into a genuine piece of social security. In the Netherlands this development came somewhat later. Workers at the end of the nineteenth century had to rely on Poor-care provision and self help in cases of illness, unemployment, old age and death. Moreover such care was in the hands of the particular initiative involved, The Poor-Law, which came into force in 1854 explicitly required this, together with protests from the churches against an earlier Poor-law suggestion made by Thorbecke which regarded poverty as an economic and social problem which could only be solved by charity. Gradually, following this, a system of organised self-help developed. Workers joined together to form mutual insurances against sickness and unemployment. The State did not participate in these early forms of social security for workers. The social questions, characterised by poor working and living conditions, low wages, long working days and female and child labour remained mainly the subject of political and company discussions. Finally the state took responsibility upon

itself. In 1870 the Poor Law was changed so that the local community took over the role, from the churches, of primary responsibility for poor care. Subsequently a changes occurred at a faster rate. Via the so called Child Law of Van Houten (1874), the Work-Law (1889) and the Security-Law (1895) the first efforts were made to take steps to protect workers. In 1901 this resulted in the first statutory social security for workers: the Accident Law (introduced in 1903, but only applicable to all companies by 1921). This law marked the beginning of social security legislation in the Netherlands. The National Insurance Bank (RVB) fate was insured. As a consequence of the so-called system-revision of 1987 benefits were reduced to 70% of the daily wage. The so-called discounting of the unemployment component in unfitness for work was done away with; from then on no account would be taken of the reply to the question of the physical or mental state of the person whose position on the labour market worsened.

A Parliamentary Enquiry into Social Security Administration carried out in 1993 (under the chairmanship of Muurmeijer) confirmed the picture that every Dutchman held directly on his retina: corporatism, for a long time the driving force of Dutch social laws seems to have been a Trojan horse. The course has to be changed, not back to a state monopoly but in the direction of further privatisation. The Netherlands has discovered the free market. Financial goads are now an important instrument in management strategy to reduce the costs of social security. Financial responsibility is aimed at where expenses are involved or brought about. In the nineties many of these goads were introduced. In 1992 the Law on the Forcing Back the Volume of Unfitness for Work (TAV) came into force. On the basis of this law social partners can agree whether in the case of sickness the first two days wages are not to be paid or holiday entitlement days are to be withdrawn from the sick employee. As a consequence of the Law to Force Back Occupational and Unfitness for Work Regulations (TBA) the criteria under which unfitness for work is judged was changed considerably as of 1993. No longer is it critical whether a person with health problems can carry out different "suitable work" but whether "available work" is still possible. This means all generally accepted work which a person with his strengths and qualifications is capable of carrying out. This new criterium is therefore much more directed towards still available opportunities than towards the redress of disadvantage. In looking for functions which an employee with health problems can carry out what the person concerned has always done or what training he has had no longer plays a part - judgement is made on the basis of what someone with assessed incapacity is still capable of earning. Here quite different functions than those which were previously the case can be taken into account. For example a carpenter can become a night watchman, a professor can become a librarian. To what extent these functions are actually available is not important for the judgement, The consequence is that one cannot be considered (fully) unfit for work anywhere as quickly as before. On the basis of this same law (TBA) changes have been made to the amount and the duration of a benefit for unfitness for work.

The WAO benefit for example is very dependent upon age and in practice the duration is no longer limited. Co-insured persons can, with a certain company [Translator's note: This sentence is incomplete].... On the basis of the Law to Force Back Sickness Loss (TZ) and the Law on the Spread of Obligation to continue Payment of Wages during Sickness (WULBZ) since 1994 and 1996 respectively diverse rules have come into force which increase one's own risks both for the employer and the employee. Employers must now pay the wages of a sick employee for a full year from their own pockets. Exceptions are made for pregnancies and postings. The AAW expires and for the self employed and young handicapped persons new legislation applies (WAZ and WAJONG). Pretty well at the same time as the WELBZ the (Sweeping-Law?) was introduced. With this the recourse regulation referred to above

came into force which made it possible for the first time for employers to recover a loss from a responsible third party, for example in the case of a road accident or a sports injury. In conjunction with this we see a number of methods of assessing compensation come onto the market. The validity of most of these is dubious if not yet demonstrated (Mul et al, 1999).

In 1998 the political decision was made that the risk of unfitness for work after a year's sickness - under conditions - and for a maximum of 5 years can (no, must) be provided for by the employer himself with a private insurer. This is the result of the Law on Premium Differentiation and the Effect of the Market in cases of Unfitness for Work (Pemba). The privatisation appears complete. The already abundantly available incentives under labour laws lead in fact to the forcing back of compensation burdens (Smulders 1997). Whether the compensation itself is forced back is not yet clear.

### **A "Devil's dilemma"**

Seen against this background it is evident that the privatised management is aimed above all at secondary prevention: the redress of already occurred injury and the (limiting of) compensation for injury. Primary prevention, the occurrence of the threat of injury, gets considerably less consideration. The management has now realised that a price policy can only be justified in the company if at the same time a policy is followed designed to prevent the problem and not to prevent a benefit. Every employer is required to put aside defined services from a certified unfitness for work service. As of 1999 this objective is probably completely achieved. Whether this measure really will lead to effective primary prevention is by no means certain but provisionally a saving in benefits has been provided for in the national budget. But more legislation is already on the stocks and not for nothing. An important difference between social and private insurers lies in the fact that the risk of persons difficult to insure in the first instance is over, in the second instance, by preference, less than the average. The very much increased personal risk for the employers on the basis of the laws referred to above has led, so it now seems, to an inflow, through flow and outflow selection of personnel on the basis of health characteristics and (expected) expenses in connection with sickness and unfitness for work. This initial politically under estimated phenomenon represented for state secretary Linschoten in 1998 the most important dark-side of privatisation: he talks about a "devil's dilemma" when the Chamber debated the WULBZ.

This realisation led consequently to a series of measures which were finally incorporated in a new law: the Law on the (re) Integration of the Handicapped (Beekman and Kronenburg-Willems 1998) This law differed from the other legislation in the area of social security in that it is not primarily aimed at forcing back the volume of or limiting expenses, but on making available participation in employment for people with health problems. It provides, so to speak, a complement to the WULBZ in the sense that it compensates for the negative effects and the risk selection on health grounds and in this way helps to reduce the burden of injury on "the other side". With it a broad scale of quickly available benefits and subsidies is made available to employers and employees. At the same time new concept was introduced: the work-handicapped. Each potential or ex-employee who has a reduced chance on the labour market because of sickness or infirmity, belongs to the target group, regardless of whether or not there are already benefit entitlements, for example on the basis of the WAO or the WW. Also part of this target group are employees who have not been ill for a year when because of their illness are no longer able or no longer able without support to carry out their

own work. This group is therefore much extended in comparison with the previously existing re-integration target group. On estimate what is involved is a total of a maximum of 1.5 million persons as of 1999 (De Vos and Wevers, 1999). Not everyone is enthusiastic about this extension, since this could further weaken the labour market position of less healthy people (Klosse 1998). We shall have to wait to see if this law leads to the effect intended.

### **Doctors' questions:**

With regard to the developments surrounding regulations concerning absence from work because of sickness and unfitness for work doctors have always had an important part to play. Where the first Accident Law was concerned the doctor was called upon to ascertain if there was any question of injury in which the effect of medical intervention was not (sic) responsible. The majority of doctors working in the curative sphere who were involved with accident patients registered with the National Insurance Bank (RVB) in order to cooperate, in consequence to the fixed procedures and fixed compensations, in the administration of the laws. In addition to the provision of an adequate treatment which quickly led to fitness for work the work of these doctors also had a controlling element. The doctors had to give an opinion on an eventual causal link between the injury and an accident at work and on the possible duration of the unfitness for work. The control-doctors of the RVB made their judgements on the basis of information from the curative doctors and advised on the amount of eventual benefits to be paid. In practice this procedure meant that the doctors working in the curative field could exercise a substantial influence on the benefits policy of the Bank. From 1921 onwards the control-doctor acquired the responsibility for rehabilitation: he found himself engaged in social problems. This laid the foundation for what was later to be called social insurance medicine.

Very quickly after the coming into force of the Accident Law(s) the number of accident victims having entitlement to a benefit appeared much greater than anticipated and the RVB ascribed this to the lax procedures of the doctors. Consequently the behaviour of these doctors in both the curative and the control areas came more and more under discussion. As a consequence of the insights gained into certain medical procedures following the registration of accidents more and more errors came to light. Gradually the activities of curative doctors came to be seen as a threat to their trusted therapeutic identity. Likewise the position of trust with regard to the patient was seen as an impediment to the controlling task of the doctor.

The consequence of this development was that the position of the doctor in the service of an insurance organisation slowly changed: he could no longer make use of the causality and validity judgements of doctors working in the curative area but had to make these judgements for himself. The first so called "doctor-question" arose. Talma's predecessors Kuyper and after him Veegens had the intention of incorporating the costs of treatment in the Sickness Law, but the doctors did not want to cooperate in the government regulation of sickness costs. Through the resistance of the medical world, which wanted to see several aspects of the Sickness Law disappear, Talma was forced to drop this element with the still controversial and, seen globally, unique separation of treatment and control as the final result. More "doctor-questions" would follow.

The problem of causality has played an important but at the same time controversial role in social insurance medicine in the Netherlands. After 1967 this discussion has not ceased.

Even current legislation on unfitness for work still contains elements in which causality questions are in order. The most important of these is the need to make a clear causal link between the illness or infirmity on the one hand and the unfitness for work on the other. If there is no question of illness or infirmity then there is no entitlement to a benefit on the basis of the Unfitness for Work laws, even if one is unfit for work. Thus from jurisprudence it emerges that the judge will deny that infirmities resulting from age, related to the influence of physiological involution of form and function, has the character of an illness. And if the judge subsequently determines that an employee has started a function, while previously he was regarded as not being physically or mentally capable, there is then no entitlement to a benefit on the basis of this unfitness for work. The reasoning then is that the person is not unfit for the work, but that the work is unsuitable for the person. The concept "sickness" thus enters the political arena. A "new" solution for the volume-problem could be found in a clearer definition of this concept. The doctors have to trace the "genuinely sick". The need to objectives this concept of sickness has steadily increased, mainly from the point of view of the law.. The jurist always prefers a deductive manner of working which makes use of factual start points and not a wide area of interpretation.

But Dutch politicians too now need sharply defined criteria, which have been missing in recent years, with regard to unfitness for work legislation. Investigation shows that that the lack of objective guidelines for medical judgement is creating a problem for insurance doctors. Where there is doubt about the fitness for work they are inclined to certify sickness and so to confirm unfitness for work (Croon and Langius 1993). Action is taken on the presumption that the benefit of doubt must be given to the employee. The occupational judge seems also in practice to take this line. Appraisal of judges' decisions still points de facto to the occurrence of incorrect refusals of benefit and not to incorrect grants (Knepper 1999). This makes the insurance doctor very wary when employee and doctor do not agree on the existence of (un)fitness for work.

### **More doctor-questions:**

The developments described related to privatisation lead to a further doctor-question. Since the risk of sickness following the coming into force of the WULBZ has to be covered by employers for a full year the pressure on the since recruited unfitness for work service has been greater in order to cut the costs of loss of work. The combination of (on behalf of the employers) control and related tasks for company doctors in the unfitness for work service has led to many protests from company health circles. It was feared that this would damage the relationship of trust between the employee/patient and the doctor. A cause for worry by the company doctors is also the uncertainty which still exists about the confidentiality of medical details. Investigation justifies these fears in part. In 1995 the College of Supervision for Social Insurers (Ctsv) published the report "Risk selection on the Dutch Labour Market". Employers do indeed seem to select more strictly on the basis of health and anticipated days lost through sickness. Figures published by the Ministry of Social Affairs and Work Opportunity show that in 1997 37% of Dutch employers when making appointments selected on the basis of the (anticipated) risk of days lost through sickness by an applicant. (SZV- employers' panel 1997 - 98).

In 1996 soundings were taken among about 600 company and insurance doctors about their experiences of the privatisation of the Sickness Law (Willems 1997). According to these doctors the expected negative effects surfaced alongside some positive effects. In 1998 a

second sounding was taken among company and insurance doctors. The around 1000 respondents sketched a very sombre picture (table 1). Compared with 1996 there is quite obviously an increase in negative experiences. Table 2 shows this through a number of important aspects. More doctors now say that privatisation has not had a single positive effect. Many doctors have less time for preventative measures and these doctors see the employer's involvement in prevention (improved working conditions) as declining. Risk selection is the dominant method for reducing the volume and cost of benefits. Many more doctors are now finding that privatisation has led to their losing their independent position. Between all parties involved there has been an increase in conflict. Almost half of all doctors however describe absence management by the employer as "better than previously" and state that employers are investing more in prevention than they did before privatisation. In a commercial sense too prevention is getting more attention. The number of companies offering new products under the blanket term of "prevention" such as company fitness schemes, spinal training, stress prevention courses etc, is growing every day. Whether this really is prevention and if so if cost effective methods are involved has not yet come under discussion. In general little or no offer is made relating to the prevention of potential risks, like medication (Verweij 1998)

The translation of the privatised system into a renewed decentralised organisation for its administration is in the meantime in progress (De Vries 1999). The provision of about 200 regionally operating Centres for Work and Income (CWI) which are to function as the primary access point for all clients seeking work and or income is central to this. We shall not be going into this development here but make the point that at this stage (July 1999) the task of the insurance doctor in these CWIs has not been made clear. We shall return to this aspect shortly.

### **Looking forwards into a new Millennium**

Where will all this lead in the new millennium?. Is the system millennium-proof?. Speculatively we shall try to supply an answer to this question. In doing so we shall first look at it through the eyes of the doctor, then through our own eyes at the doctor in order finally to reach an overview and a conclusion.

#### **The doctor as independent expert:**

The tendency towards privatisation in the sphere of working-time loss and unfitness for work regulations in the Netherlands has, as sketched earlier, had consequences for the work that doctors do in this area. There is certainly a threat to displace primary preventative and social tasks with bureaucratic and technical tasks and exercises directed towards combating loss which has already occurred: checking absenteeism through sickness and the recuperation-pattern of sick employees. Doctors try to provide some opposition to this pressure. If in this they take ineffective measures then social inequality increases. Inadequately infra-structure-supported medical needs, pressure on manpower and means, competition between unfitness for work services, quick curative intervention for sick employees, polyclinics specifically provided for employees and institution needs can lead to a situation where it is not those who have most entitlement to these provisions who profit, but those who contribute most and most quickly to the productivity of the companies.



For company and insurance doctors this can cause tension. Consideration of ethical norms and values in connection with the effects of privatisation is now more than ever necessary. The WAO rights-judgement and in this the position of the insurance doctor within a public (the Centres for Work and Income, CWI) or private (the current administration organisations) domain is crucial according to many. The cabinet takes the view that judgements on unfitness for work must take place in the public domain, regardless of the question as to where this is in fact carried out. Re-integration is a matter for the private sector. This should mean that the checking and re-integration activities are carried out under different areas of responsibility and have to be brought into contact with one another in some way or other.

This development involves two risks. In the first place there is the risk that the employee involved in this becomes the victim, because the transfer of files required can easily lead to misunderstandings. In the second place there is the further threat that the tasks of the insurance doctor will be further diminished. It may be possible to put this link into a practical framework, for example by placing the doctors concerned in a number of CWI offices and by integrating their activities within the total judgement and re-integration sphere, so that the doctors who have to make the judgements will acquire a package of tasks and a working environment which will make this function attractive. In the third place there is the threat that, paradoxically enough if the first condition is met, in the re-integration sphere too a form of (or increase in) risk selection will sneak in through or with the cooperation of doctors. For the doctors who work in (or in the context of) the private sector in re-integration activities there is a comparable situation with that of the company doctors. They come under the pressure of the market and the market tries to invest as little as possible in the least interesting clients; those at the greatest distance from the labour market. We shall assume that this threat can be overcome by the doctors themselves if they are supported by a supportive management to guarantee their professional autonomy and independent judgement capacity. Inadequate attention to either of the risks referred to will act like a bomb under the system. It will lead to doctors leaving this area of work, whether from free will since they do not want to drag along the shackles attached to the work or no longer see any challenges in it, or are forced out since their capacity to make judgements no longer seems to have any sway with the company.

The risks described above, however evident, are not exclusively linked to the difference between public and private. A public organisation with a good practical management also puts pressure on its means of production to get optimal financial benefits. It is therefore evident that in both situations the greatest possible guarantee has to be provided to protect privacy-sensitive personal details and to assure quality and professional autonomy where the use of medical expertise is involved. In every case it cannot be avoided that unnecessarily time consuming instances will occur in the system which will have long lasting counter-productive effects on both the employee and his employer.

### **Shortage of doctors?**

A new threat to the administration of social security in its current form, which has only now become evidently, comes from the increasing shortage of doctors in the Netherlands. In the medical training in our universities only recently has attention been given to aspects of social medicine, despite the fact that at least 25% of the medical graduates will finally be employed within that sphere (Hagenouw and Schmidt 1999). The consequence of this that the interest of students in the curative professions, which was always higher than that for social

medicine, will continue to increase. In addition it seems from investigation into the consequences of privatisation that company and insurance doctors report more negative than positive experiences. Both in company and in insurance medicine doctors have to contend with reduced job appreciation and loss of responsibility as a consequence of the developments which have been outlined. This has already led to a limited departure from doctors from the social security administration organisations and an increasing shortage of kinds of experts. It remains to be seen if the now circa 1000 registered insurance doctors are now capable of attending in qualitatively responsible manner with more than 400,000 entitlements (claims?). This development represents a practical threat to the tenability of the present system of social security. Unless a re-appraisal of tasks and responsibilities makes further solutions possible.

### **Key tasks**

The important question that now arises is what actually are, or ought to be, the most important aspects of the work of company or insurance doctors. Put in very general terms what is involved is the relationship between health problems and the handicaps which result therefrom which affect capacity to work. Intervention in the workplace, mediation, or treatment - these are not involved, other disciplines are better equipped for this. From this angle of descent(sic) a discussion of the meaning of words as, above all, used within company medicine circles (entitlement-judgement, accompaniment) is but scarcely inspiring semantically.

In the year 1999 the Netherlands has about 900,00 employees who are certified unfit for work. They have all passed through the door of the company doctor and then through that of the insurance doctor. About three quarters have been found to be completely unfit for work, thus, according to "the system" not capable of paid employment. This is not very credible. From information from the organisations who administer social security it can be seen, for example, that insurance doctors in about 35% of all WAO entitlement-judgements conclude independently that the grant of a full benefit for incapacity for work is justified. The law gives them, in addition, the authority - they are tied down to the strict conditions (the standard "no permanently available opportunities" covers the explicit criteria). But in these circumstances apparently the involvement of a specialist in the field of capacity for exertion (an occupational specialist) is not considered necessary. This conclusion does not fit in well with the start point that everybody is at least partly capable of exertion and consequently should be able to work. Employees certified completely unfit for work seem also to be at times (25%) looking for work like part or non-unfit for work people (Knepper 1999). One way of limiting this undesirable doctor-effect is to involve both in the unfitness for work sphere as well as in the social insurance sphere fewer doctors and more people of other disciplines - or to take from the doctors their independent judgmental capacity to grant a claim. Obviously this would contain a certain efficiency gain.

## Millennium-proof

In what has gone before some problems have been identified which can influence the stability of the current social security system with regard to loss of working days through sickness and unfitness for work. The following question arises now in a more general sense: will privatisation of parts of the system lead to the goal aimed for: lower costs for at least the same health benefits while retaining good quality? In any case if this does not seem to be the case then a repeated change to the system will follow directly. Is today's system millennium-proof? In order to answer this question we have to put a number of points in a row in relation to the workings of the market, the planned motor for an efficient and effective social security system for the future. The start point for this is that striving for improvement in quality and cost control by means of market forces only works if a number of conditions are met. The following points apply:

The employer and the employee must get value for their privatised Guilders

The employer, as purchaser of unfitness for work and insurance products must always have the choice and the product portfolio must be transparent as far as costs and benefits are concerned.

The grant and refusal of claims must not be the subject of discussion, either where the general concept of assessment or where individual judgement is concerned.

The advantages of privatisation have to be greater than the disadvantages.

The collective costs related to the present system must reduce or at least not rise.

Concerning 1) Employers are, within the framework of the aspects under discussion here the greatest "purchasers" of welfare and security. It is obvious that what they are seeking through this are the best and best-value offers. There have to be market segments where negotiation can take place. In the sphere of unfitness for work assistance this condition appears to be met already. However this is far from the case where the administration of social security is concerned. Discussion is still underway here as already referred to. In the meantime an important trend has been perceived. The care system and the social security system in the Netherlands have more or less developed separately from one another after efforts to create an integrated approach under Talma stranded. The desire for delineation between the two systems has increased rather than diminished. Now both social security and the health care get steadily more identifying characteristics from the open market and countless insurers see opportunities to be active in both segments. Prevention of loss of work through illness and of the expense of illness are still within everyone's remit. Forms of chain-link provision are developing at a rapid tempo.

As a consequence insurers acquire linked interests in the provision for unfitness for work services, the loss of working time through illness and unfitness for work insurance, sickness-expense insurance and the more traditional forms of injury and life insurances. Not for nothing is there talk of a "great convergence" (Van der Krogt and Van Lieshout 1998). Employee benefits in this sense can become big business. "The client is king" seems in this situation to be a logical start point and employers should through this development be able to get a better grip on the costs which they create for their employees. However the

question remains as to whether this influence will after all be so great. Through the complexity of the matter, the linking of many originally loosely knit segments, the strong position of a limited number of large insurers (oligo-polarisation) and the loss of influence by employees the effect of this great convergence has meant that it is not the client but the insurer who stands at the centre of power. It still has to be seen if this development will in fact finally lead to lower costs for the insured employee when on the individual level all (prior) public and (now) private costs are totalled. In this case the system will not appear millennium proof but will lead to social unrest and resistance and then to political reaction.

Concerning 2) There has to be available a clear insight into the product package on offer. In the spheres of care for the unfit for work and in social insurance medicine this condition has not been optimally met, especially cost/ benefits or cost/quality issues are concerned. Both the insurer and the recipient of the service have to have adequate insight into what quality can and must be part of the product package. Similarly there is inadequate insight into the cost /benefit relationship of prevention and intervention activities. No-one should be surprised if in a few years it appears that the expenses involved in re-integration activities exceed the benefits. The considerations surrounding the start and continuation of the spectrum of re-integration measures should rest upon company arguments, so that disqualification does not need to follow.

The start points need to be determined more clearly, ideally involving the consensus of the participants. The same reasoning can be following with reference to prevention. But can it be maintained that prevention, in principle, is there to provide health benefits and that this does not require more money, but simply may cost money. In today's climate that is no longer the reasoning most often heard. Many previously available preventative measures are now the subject of discussion, not only since they do not appear to be "evidence-based" or at least "experience-based" but that they deliver too little and are simply too expensive. Much of the information needed for this sort of investigation and the costs linked to work-related (and thus future) unfitness for work as well as the possible gain in productivity by improved working conditions is not yet known (Koningsveld and Mossink 1997) Koningsveld estimates for example that almost 85% of all work-related costs of absence from work are caused by only three diagnostic categories: mental affections, affection of the locomotor system and accidents at work. Costs of at least 9352 Guilders are involved in this (the costs of absence, WAO benefits, medical costs- prices as applicable in 1995) To what extent these expenses can be reduced by prevention and specifically which of these costs remains unclear. The development of models and investigation into effectivity are absolutely necessary to get more insight into this part of the question in the near future.

Concerning 3) The allocation of the claimed allowances and benefits needs to take place according to accessible rules (honesty, entitlement, time-limits etc). It is self evident that this applies in a system under public control but under private control too the (public?) control must be well regulated. If this applies is still uncertain.

It remains to be seen if difficulties perceived by the companies will resist a development which leads to increased inequality, or at least to a lack of clarity about this. Accordingly a private system can only function adequately when there is a full guarantee of symmetrically shared out information dissemination between the providers and the clients of provision. Management will have to take measures to extend the scale, quality and public accessibility of information on different aspects or the services available. Only then can the insured person (that is both the employer and the employee) decide if the care and the services are provided appropriately.

An important aspect related to this is the already mentioned and recurring discussion on the way in which, among others, doctors approach the referral to (advising) claimed entitlements. In recent years it has become steadily clearer that medical expertise plays only a subordinate role in the insurance-medical judgement of (un) fitness for work (Croon and Langius 1993; Mudde, 1995; Meershoek 1999). It is much more a question of communicative skills and motivational techniques. On the other hand doctors play a very dominant role in the provision of measures. This conclusion must without a doubt lead to the question of whether doctors must and can play the part which the system assigns to them. Alternative concepts, in which different referral criteria apply are still the subject of political discussion. We do not consider the “millennium-proof” capacity of today's medical involvement in the system as very high.

Concerning 4) the planned working of the market may not result in undesirable side effects for politics and/or companies to the extent no longer in relationship with the planned positive effects (cost effectiveness). Here talk is of a difficult to judge high tension field: market sectors who want to reduce their costs do this in general through risk-selection and the setting of differential premiums. These developments will test the tenability of the system with certainty and they will be closely followed by many persons concerned.

Concerning 5) in the private system too there are many pressures on the collective. The WAO benefits area, as a consequence of Poem, comes to mind and the effect of costs and premium developments on labour costs and - conditional on all its direct and indirect consequences- on the balance of payments. Only the affordable system appears to be tenable. The consequences resulting from the ageing of the labour force will certainly lead to cost increases for social security which will sorely test the millennium-proofing. of the system. The discussion about the introduction of a basic benefit for everyone with no work or who cannot work, it seems now, has not been closed (Van den Heuval and Sinninghe Damste, 1993, Van der Krogt and Van Lieshout, 1998).

### **Conclusions:**

In view of the history of social security in the light of the points made above it is clear with a probability verging on certainty that the Dutch system of 1999 is not millennium-proof. It may well not be decade-proof, but after all what sort of organisation is it in 1999? The question of tenability, examined closely, is not good either. Whoever looks for tenability during a time when, globally too, so many changes are occurring, is in a time-lag. Adjustments, improvements are consequently constant necessities. Applicability and effectiveness in social security must, in the new millennium, be more than ever the common responsibility of employers, employees, insurers, providers of welfare, individual insured persons and government. There are many points that have to be borne in mind, we shall name here just a few as it is not possible to be comprehensive.

Communication between all participants needs improvement. An information and communication procure to be introduced is already in its infancy but will represent an important stimulant in the new millennium.

There is a great need for quality control in professional welfare provision in which consensus discussion, guidelines, protocols, colleague appraisal, appeals procedures play a part. Recent investigation into the quality of social-medical behaviour in the provision of social security shows that in recent years little progress has been made (PS document 1998). A move towards the improvement of quality control among doctors can clearly be seen, stimulated by the obligation to register and to re-register on the basis of the Law on Occupational Activity in Individual Health Care (BIG) now in force in the Netherlands

The stimulation of individual insured persons towards an applicable use of social security requires a high priority. In terms of the client: compensation must never be so attractive that it blocks the efforts needed to recuperate (Viaene 1999). As long as financial incentives in the privatised system are still covered by the work-conditions or other collective regulations (employee benefits) this problem can be expected. Likewise the personal responsibility of an individual since a claim can only be met from public means is further strengthened;

The active involvement of organised client and patient organisations in the design and carrying out of administration can be increased. The splintering of this involvement is still too great to have any real effect.

More consideration must be given to the measurement of effectiveness in social security, both public and private. Management which stimulates and controls this may well be high on the agenda of all partners but with today's tensions it is not yet available.

A good social system is not only an affordable one but also a business-acceptable system. For all these reasons the management system put in place must make available participation in work by old people, women and handicapped people.

Table 1) Experiences and perceptions of 1012 948 company and insurance doctors in relation to the privatisation of the Sickness Law in 1998

	Company doctors	Insurance doctors
No positive consequences	19.5%	44.5%
No negative consequences	10.2%	3.6%
Employer as better absence management	55.3%	29.9%
More attention by employer to prevention	39.7%	17.8%
Client is too much the king	26.1%	16.3%
Pressure on refusal on medical grounds	18.0%	44.1%
More flexible contracts	50.6%	55.6%
Too rapid restarting or too long working through	17.0%	24.6%
Risk-selection by employer or personnel service	30.0%	59.8%
Loss of independence by doctors	26.6%	51.5%
Less time for preventative tasks	39.0%	19.8%
More conflicts between employer and employee	39.0%	47.9%
More conflicts between doctor and employer	15.7%	19.2%

Table 2 Some experiences and perceptions from 1012 company and insurance doctors in relation to the privatisation of the Sickness Law: trend from 1996 - 98.

	1996	1998
No positive consequences	19%	27.5%
Employer has better absence management	?	45.8%
More attention by employer to prevention	44%	31.5%
Client is too much the king	?	21.8%
Reisk selection by employer or personnel service	14.2%	40.0%
Loss of independence by doctors	17.3%	35%
Less time for preventative tasks	18%	31.6%
More conflicts between employer and employee	<10%	41.2%
More conflicts between doctor and employer	?	16.5%

J.H.B.M. Willems



## **Inleiding**

Een toenemende noodzaak tot beheersing van uitgaven, tot effectievere sturing van steeds complexere regelgeving, tot verlaging van de arbeidskosten en tot doelmatiger werken leidt momenteel in Nederland tot een aantal bewegingen die men kort kan samenvatten met:

- Privatisering
- Activering
- Decentralisering
- Stroomlijning

De geschiedenis van de sociale zekerheid in Nederland gaat ruim twee eeuwen terug (Roebroek & Hertogh, 1998). Voor een goed begrip van de genoemde actuele trends is het kennismaken van deze historie belangrijk en tegelijk boeiend. Was de verzorgingsstaat, met name het ontbreken ervan, in de 19<sup>e</sup> eeuw aanleiding tot een spurt richting ‘Van de wieg tot het graf, u ontvangt....’, aan het eind van de 20<sup>e</sup> eeuw geeft diezelfde verzorgingsstaat, en nu met name het bestaan ervan, aanleiding tot wederom een spurt, nu, volgens sommigen, ‘U gaat terug naar af, u ontvangt geen ....’. Maar wellicht is deze ontwikkeling beter te typeren als: van ‘zorgen’ via ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’.

Dit hoofdstuk handelt over een deelaspect van de sociale zekerheid: de verzekering tegen loonkostenderving door ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het begint met een selectieve schets van deze historische ontwikkelingen, om uit te komen bij de situatie anno 1999. Vervolgens wordt een korte vooruitblik gepresenteerd: het nieuwe millennium roept de vraag op of het Nederlandse stelsel millenniumproof zal zijn. In het gehele betoog zal op onderdelen een accent worden gelegd op enkele medische aspecten waarmee de ontwikkeling is doordrenkt, en ook de vooruitblik vindt plaats door de medische bril. Daarmee zijn de contouren geschetst en worden de beperkingen aangegeven. Maar ook ‘dokersquaesties’ zijn reflecties van een stukje werkelijkheid.

## **Van toen en nu: over ongeschikte arbeid en ongeschiktheid voor arbeid in Nederland**

*Van Bismarck tot mark(t)*

De sociale zekerheid in Nederland is niet zonder problemen tot stand gekomen. Een trage en karige aanvang en een late maar dramatische expansie. De eerste periode uit de historie van de Nederlandse sociale zekerheidswetten begon zo ongeveer tegen het einde van de vorige eeuw. De bakermat van ons continentale stelsel ligt vooral in het Duitsland van Bismarck, waar al halverwege de negentiende eeuw voorbereidingen getroffen werden voor wat in de decennia daarna tot een degelijk stuk sociale zekerheid zou worden uitgebouwd. In Nederland kwam de ontwikkeling wat later op gang. Arbeiders waren bij ziekte, werkloosheid, ouderdom of overlijden tot het eind van de negentiende eeuw nog afhankelijk van armenzorg en zelfhulp. Deze zorg was bovendien in handen van het particulier initiatief. De in 1854 in werking getreden Armenwet bepaalde dat expliciet, mede door protesten van de kerken tegen een eerder door Thorbecke ingediende ontwerp-Armenwet die armoede opvatte als een economisch en sociaal probleem dat niet louter door liefdadigheid was op te lossen. Geleidelijk ontwikkelde zich hiernaast ook een systeem van georganiseerde zelfhulp. Arbeiders sloten zich aan bij onderlinge verzekeringen tegen ziekte en werkloosheid. De overheid participeerde nog niet in deze eerste vormen van sociale zekerheid voor arbeiders. De sociale kwestie, gekenmerkt door slechte arbeids- en woonomstandigheden, lage lonen, lange arbeidstijden en vrouwen- en kinderarbeid werd echter steeds meer onderwerp van politieke en maatschappelijke discussies. De staat nam uiteindelijk de verantwoordelijkheid op zich. In 1870 werd de Armenwet gewijzigd, waarbij de lokale gemeenschap met betrekking tot de primaire verantwoordelijkheid voor de armenzorg de rol van de kerken overnam. Hierna werden in een hoger tempo vervolgstappen gezet. Via het zgn. Kinderwetje van Van Houten (1874), de Arbeidswet (1889) en de Veiligheidswet (1895) werden de eerste pogingen gedaan om arbeidsbeschermende maatregelen te nemen. In 1901 resulteerde deze ontwikkeling in de eerste verplichte sociale verzekering voor arbeiders: de Ongevallenwet (volledig ingevoerd in 1903, en pas in 1921 voor vrijwel alle bedrijven van kracht). Deze wet markeert het begin van de sociale verzekeringswetgeving in Nederland. De Rijksverzekeringsbank (RVB), na 1955 de Sociale Verzekeringsbank (SVB), kreeg de opdracht toe te zien op de rechtmatigheid van de uitkering, en nam hiertoe artsen in dienst. Men kan de Ongevallenwet dus beschouwen als aanleiding tot de ontwikkeling van de sociaal-verzekeringsgeneeskundige discipline in Nederland. De volgende stappen in de ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel werden door Talma gezet. Het feit dat de totstandkoming van de Ziektewet ongeveer 25 jaar nodig had illustreert de moeizame weg die daarbij in Nederland bewandeld moest worden. Economische recessies, de crisis van de jaren dertig en de Tweede Wereldoorlog droegen nog extra bij aan deze achteraf te betitelen stilte voor de

sociale zekerheidsstorm die zou volgen. Mede mogelijk gemaakt door een sterke en snelle industrialisatie in de naoorlogse jaren, aardgas, en waarschijnlijk ook door een zekere deconfessionalisering gepaard aan toenemende arbeiderssteun voor sociaal-democratische beginselen voltrok zich tussen 1945 en 1980 een expansie die zijn weerga niet kent. De sociale zekerheid werd onderdeel van het sociaal-economisch beleid (De Gier, 1987). Het door Beveridge in de UK gehanteerde solidariteitsprincipe werd op grote schaal in het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel ingebouwd.

De kring der verzekerden werd geleidelijk uitgebreid en er werden naast beroepsrisico's ook maatschappelijke risico's in de dekking opgenomen. Hierdoor werd "het directe verband tussen nut en offer voor het individu doorbroken, hetgeen gezien de legitimiteit van individuele nutsmaximalisatie moest leiden tot een slechte beheersbaarheid van de omvang van de voorzieningen" (De Jong, 1986). Een mijlpaal in de ontwikkeling van de sociale zekerheid was de totstandkoming van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in 1967 en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) in 1976. In één klap werd de gehele vooroorlogse sociale verzekeringswetgeving voor werknemers vervangen. Niet alleen werd het risique professionel vervangen door het risique social, hetgeen een revolutionaire wending in de rechtsgrond betekende, maar ook en vooral werd de traditionele rechtsgrond van het rechtvaardige arbeidsloon veralgemeniseerd tot het recht op zelfontplooiing voor ieder mens en het daaruit voortvloeiende recht op gelijke kansen. Natuurlijk stond hier een prijs tegenover, maar tot eind jaren zeventig waren de economische consequenties van de stelseluitbreiding nauwelijks onderwerp van gesprek. Toch stegen de kosten in verband met dit stelsel explosief. Het nettoresultaat na 30 jaar sociale zekerheid is "een ziek land" getuige de bijna 900.000 mede door artsen arbeidsongeschikt verklaarde werknemers, terwijl uit vergelijkend onderzoek blijkt dat deze ontwikkeling niet aan een gemiddeld slechtere gezondheidstoestand van de Nederlander kan worden toegeschreven (Prins, 1990; Versteeg, 1999). Hierdoor kwamen in de jaren tachtig en negentig de Ziektewet en de arbeidsongeschiktheidswetten onder druk te staan. Het gevoerde beleid bleek niet alleen te kunnen worden gerechtvaardigd op grond van gezondheidsindicatoren en medische deskundigheid. Maatschappelijke problemen, zo werd aangevoerd, werden in toenemende mate in medische problemen vertaald. Het begrip 'medicalisering' doet zijn intrede<sup>1</sup>. Dit betekende zoals De Swaan het formuleert "een uitbreiding van de medische interventie naar de alledaagse betrekkingen tussen arbeiders en bedrijfsleiding,

---

<sup>1</sup> "Het zoeken en vinden van medische oplossingen voor problemen die in eerste aanleg geen medische aanpak vergen" (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992).

waardoor zeer veel conflicten over de arbeidsdiscipline voortaan zorgvuldig in medische termen ingepakt werden” (De Swaan, 1989).

De jaren tachtig en negentig laten de eerste pogingen zien tot beperking van de uitgaven voor zieken en arbeidsongeschikten in Nederland. Economische doelmatigheid wordt het uitgangspunt van het nieuwe sociale zekerheidsbeleid. De visie van de aanbodeconomie wordt weer populair: de collectieve uitgaven worden niet meer zozeer beoordeeld op grond van de behoefte die zij representeren en dus op grond van de daaraan verbonden merites, maar veeleer op grond van de kosten die zij veroorzaken en de negatieve effecten daarvan. Er ontstaat openlijke discussie over vergaande privatisering van de sociale zekerheid, op te vatten als de terugtrekking van de overheid uit de financiering, de regelgeving en de uitvoering.

### *Paard van Troje*

In de negentiger jaren is in Nederland de inrichting van de sociale zekerheid nogal drastisch gewijzigd. Tot halverwege de jaren tachtig was 80% van het inkomen verzekerd. Via de zogeheten stelselherziening van 1987 werden de uitkeringen verlaagd naar 70% van het dagloon. Ook werd de zogenoemde verdiscontering van de werkloosheidscomponent in de arbeidsongeschiktheid afgeschaft: er werd voortaan geen rekening meer gehouden met het antwoord op de vraag of de lichamelijke of geestelijke toestand van betrokkene diens positie op de arbeidsmarkt verslechtert.

Een in 1993 uitgevoerde Parlementaire Enquête Uitvoeringsorganen Sociale Verzekeringen (voorzitter Buurmeijer) bevestigde het beeld dat iedere Nederlander inmiddels wel op het netvlies had: het corporatisme, lange tijd de drijvende kracht van de Nederlandse sociale wetten, blijkt een paard van Troje te zijn geweest. De koers moet worden verlegd, niet terug naar het staatsmonopolie, maar richting verdere privatisering. Nederland heeft de vrije markt ontdekt. Financiële prikkels worden nu een belangrijk instrument in het overheidsbeleid gericht op kostenreductie in de sociale zekerheid. Beoogd wordt de financiële aansprakelijkheid daar te leggen waar de kosten worden gemaakt of veroorzaakt. Er zijn in de negentiger jaren veel van dergelijke prikkels ingevoerd. In 1992 werd de Wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV) van kracht. Op basis van deze wet kunnen sociale partners overeenkomen om in geval van ziekte de eerste twee dagen het loon niet door te betalen of vakantiedagen van de zieke werknemer in te houden. Ingevolge de Wet Terugdringing Beroep op Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) is per 1993 het arbeidsongeschiktheids criterium belangrijk gewijzigd. Niet langer wordt bezien of een persoon met gezondheidsproblemen nog andere, ‘passende arbeid’ kan verrichten, maar of ‘gangbare

arbeid' nog mogelijk is. Het betreft dan alle algemeen geaccepteerde arbeid waartoe iemand met zijn krachten en bekwaamheden in staat is. Dit nieuwe criterium is dus veel meer gericht op nog benutbare mogelijkheden en op herstel van schade. Bij het zoeken naar functies die een werknemer met een gezondheidsprobleem nog kan vervullen, speelt niet langer een rol wat betrokkene altijd gedaan heeft en welke opleiding hij/zij gevolgd heeft, maar wordt bepaald hoeveel iemand met een bepaalde beperking met arbeid nog kan verdienen. Hierdoor kunnen veel meer en ook geheel andere functies in aanmerking komen dan vroeger het geval was. Een timmerman kan bijvoorbeeld nachtwaker worden, een hoogleraar bibliothecaris. Of de functies ook werkelijk beschikbaar zijn is niet relevant voor de beoordeling. Het gevolg is dat men veel minder snel (geheel) arbeidsongeschikt zal kunnen worden verklaard. Op basis van dezelfde wet TBA zijn aanpassingen aangebracht in de hoogte en de duur van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De WAO-uitkering is bijvoorbeeld sterk leeftijdsafhankelijk geworden. Bijverzekeren kan, bij een particuliere maatschappij. Op basis van de Wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ) en de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht bij Ziekte (WULBZ) zijn voorts per 1994 respectievelijk 1996 diverse regels van kracht geworden die het eigen risico in het Ziektewetjaar zowel voor de werkgever als voor de werknemer verhogen. Werkgevers moeten nu een vol jaar het loon van een zieke werknemer uit eigen zak doorbetalen. Uitzonderingen worden gemaakt voor zwangeren en uitzendkrachten. De AAW vervalt, voor zelfstandigen en jonggehandicapten komt nieuwe wetgeving (WAZ en WAJONG). Vrijwel tegelijk met de WULBZ werd de Veegwet ingevoerd. Hiermee werd o.a. regresrecht van kracht, dat het voor het eerst ook voor werkgevers mogelijk maakt om schade te verhalen op een aansprakelijke derde, bijvoorbeeld na een verkeersongeval, of bij sportletsel. Mede in verband hiermee zien we een scala van schadebeoordelingsmethoden op de markt komen. Van de meeste is de validiteit overigens dubieus of nog niet aangetoond (Mul et al., 1999).

In 1998 viel het politieke besluit dat ook het arbeidsongeschiktheidsrisico na een jaar ziekte onder voorwaarden en voor maximaal 5 jaar door de werkgever zelf bij een private verzekeraar kan (niet: moet) worden ondergebracht. Dit gebeurt op grond van de wet Premiedifferentiatie en Marktwerking bij Arbeidsongeschiktheid (Pemba). De privatisering lijkt voltooid. De inmiddels ruimschoots voorhanden zijnde arbeidsvoorwaardelijke prikkels leiden inderdaad tot terugdringing van schadelast (Smulders, 1997). Of de schade zelf ook is teruggebracht valt vooralsnog niet vast te stellen.

*Een 'duivels dilemma'*

Bezien tegen de achtergrond van de moderne schadeleer (Viaene, 1999) valt op dat het geprivatiseerde beleid tot dusver vooral gericht is op secundaire preventie: herstel van reeds opgetreden schade, en (beperking van) vergoeding van schade. Primaire preventie, het voorkomen van dreigende schade, krijgt beduidend minder aandacht. De overheid realiseert zich inmiddels dat een prijsbeleid maatschappelijk slechts te rechtvaardigen is als tegelijk een beleid wordt gevoerd dat gericht is op preventie van het probleem, en niet op preventie van een uitkering. Iedere werkgever wordt verplicht bepaalde diensten af te nemen van een gecertificeerde arbodienst. Per 1999 is deze doelstelling ook vrijwel volledig gerealiseerd. Of deze maatregel daadwerkelijk tot effectieve primaire preventie zal leiden is weliswaar niet zeker, maar voorlopig wordt alvast een flinke besparing op uitkeringen in het staatshuishoudboek opgenomen. Maar meer regelgeving stond op stapel, en niet voor niets. Een belangrijk verschil tussen sociale en private verzekeringen is gelegen in het feit dat het risico van moeilijk verzekerbare personen in het eerste geval wel en in het tweede geval bij voorkeur niet wordt 'verschmerzt' over het collectief. Het op basis van genoemde wetten sterk verhoogde eigen risico voor werkgevers leidde, zo bleek inmiddels, tot instroom-, doorstroom- en uitstroomselectie van personeel op basis van gezondheidskenmerken en (verwachte) kosten in verband met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dit aanvankelijk politiek onderschatte fenomeen vormt voor staatssecretaris Linschoten in 1998 de belangrijkste schaduwzijde van het privatiseringsbeleid: hij spreekt van een 'duivels dilemma', wanneer de kamer de WULBZ behandelt. Dit besef leidt vervolgens tot een reeks van maatregelen, die uiteindelijk grotendeels in een nieuwe wet ondergebracht worden: de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Beekman & Kronenburg-Willems, 1998). Deze wet onderscheidt zich van andere wetgeving op het gebied van de sociale zekerheid doordat zij niet voornamelijk gericht is op het terugdringen van het volume of het beperken van de uitgaven maar op de bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsprobleem. Zij vormt als het ware het complement van de WULBZ, in die zin dat zij negatieve effecten zoals risicoselectie op gezondheid moet compenseren. Hiertoe wordt een breed scala van snel toegankelijke verstrekkingen en subsidies aan werkgevers en werknemers ter beschikking gesteld. Daarbij werd een nieuw begrip geïntroduceerd: de arbeidsgehandicapte. Iedere potentiële of ex-werknemer die door ziekte of gebrek een verminderde kans op de arbeidsmarkt heeft, behoort tot de doelgroep, ongeacht of er al dan niet reeds uitkeringsrechten bestaan, bijvoorbeeld krachtens de WAO of de WW. Tot de doelgroep behoren ook werknemers die nog geen jaar ziek zijn als zij op basis van die ziekte het eigen werk niet meer of niet zonder een voorziening

kunnen verrichten. Deze groep is daarmee in vergelijking met de tot dan bestaande reïntegratie-doelgroepen aanzienlijk uitgebreid. Naar schatting gaat het in totaal om maximaal 1,5 miljoen personen per 1999 (De Vos & Wevers, 1999). Niet iedereen is enthousiast over deze uitbreiding, aangezien dit stempel de arbeidsmarktpositie van minder gezonden juist verder zou kunnen verzwakken (Klosse, 1998). Of deze wet tot het beoogde effect zal leiden moet mede daarom worden afgewacht.

### *Doktersquaesties*

Ten aanzien van de ontwikkelingen rond ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsregelingen hebben artsen altijd een belangrijke rol vervuld. Reeds bij de eerste Ongevallenwet werd een beroep op de arts gedaan om vast te stellen of sprake was van letsel waarmee doorwerken medisch niet verantwoord was. De meeste curatief werkende artsen die met ongevalpatiënten te maken hadden, schreven zich in bij de Rijksverzekeringsbank om volgens de vastgestelde procedures en tegen vastgestelde vergoedingen mee te werken aan de uitvoering van de wetten. Het werk van deze artsen hield naast het instellen van een adequate, tot snelle arbeidsgeschiktheid leidende behandeling ook een controlerende taak in. De artsen moesten een oordeel geven over een eventueel causaal verband tussen het letsel en een bedrijfsongeval, en ook over de vermoedelijke duur van de arbeidsgeschiktheid. De controle-artsen van de Rijksverzekeringsbank beoordeelden de door de curatief werkende artsen ingestuurde aangiften en adviseerden over de hoogte van de eventueel uit te keren gelden. In de praktijk kwam deze handelwijze erop neer dat de curatief werkende arts een belangrijke invloed kon uitoefenen op het uitkeringsbeleid van de Bank. Vanaf 1921 kreeg de controle-arts ook revalidatiebevoegdheid: hij ging zich bezighouden met sociale problematiek. Daarmee was de grondslag gelegd voor wat later de sociale verzekeringsgeneeskunde zou worden genoemd.

Al snel na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet(ten) blijkt het aantal ongevalslachtoffers dat recht heeft op een uitkering veel hoger dan geraamd, en de Rijksverzekeringsbank schrijft dit toe aan de te slappe houding van de artsen. Mede hierdoor komt het handelen van deze artsen zowel in curatieve als in controlerende zin meer en meer ter discussie. Door het via de ongevalregistraties ontstane inzicht in bepaalde medische handelwijzen kwamen immers ook feilen aan het licht. Geleidelijk aan werden de activiteiten van curatief werkende artsen mede hierdoor als een bedreiging gezien voor de vertrouwde therapeutische identiteit. Ook werd nu de vertrouwenspositie naar de patiënt aangevoerd als belemmering voor de uitoefening van de controlerende taak door een arts. Deze ontwikkeling had tot gevolg dat de positie van de arts in dienst van een verzekeringsorgaan langzamerhand veranderde: hij kon niet meer gebruik

maken van causaliteit- en validiteitbeoordelingen van curatief werkende artsen, maar moest deze zelf verrichten. De eerste zogenaamde ‘doktersquaestie’ deed zich nu voor. Talma's voorgangers Kuyper en na hem Veegens hadden het voornemen om de kosten van de behandeling in de Ziektewet op te nemen, maar de artsen wilden niet meewerken aan een overheidsregeling voor ziektekosten. Door verzet van de medische wereld, die veel particulieren naar de verplichte ziekenfondsverzekering zag verdwijnen, werd dit element door Talma noodgedwongen uit het ontwerp gelicht, met de nog steeds controversiële en mondiaal gezien vrij unieke scheiding van behandeling en controle als uiteindelijk resultaat. Er zouden nog meerdere ‘doktersquaesties’ volgen.

De causaliteitsproblematiek heeft een belangrijke maar tegelijk ook controversiële rol gespeeld in de sociale verzekeringsgeneeskunde in Nederland. Na 1967 is deze discussie niet verstomd. Immers, ook de huidige arbeidsongeschiktheidswetgeving bevat nog elementen waarbij causaliteitsvragen aan de orde zijn. De meest belangrijke daarvan is wel de noodzaak tot het leggen van een oorzakelijk verband tussen de ziekte of het gebrek enerzijds en de arbeidsongeschiktheid anderzijds. Indien niet sprake is van ziekte of gebrek bestaat geen recht op uitkering krachtens de arbeidsongeschiktheidswetten, ook al is men arbeidsongeschikt. Zo is uit jurisprudentie af te leiden dat de rechter aan ouderdomsgebreken die zijn ontstaan onder invloed van fysiologische involutie van vorm en functie, het ziektekenmerk ontzegt. Ook indien de rechter achteraf vaststelt dat een werknemer een functie heeft aanvaard terwijl hij daarvoor fysiek of mentaal niet geschikt mocht worden geacht, bestaat geen recht op een uitkering vanwege deze arbeidsongeschiktheid. De redenering is dan dat de persoon niet ongeschikt is voor de arbeid, maar dat de arbeid ongeschikt is voor de persoon. Het begrip ‘ziekte’ komt intussen in de politieke belangstelling. Een ‘nieuwe’ oplossingsrichting voor het ontstane volume probleem zou te vinden zijn in het scherper omschrijven van dit begrip. De artsen moeten de ‘echte zieken’ opsporen. De behoefte aan objectivering van het ziektebegrip is vooral van juridische zijde steeds groot geweest. De jurist immers hanteert een deductieve werkwijze die gebaat is bij feitelijke uitgangspunten en niet bij een grote interpretatieruimte. Maar ook Nederlandse politici hebben hun behoefte aan scherp omschreven criteria bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling de laatste jaren frequent geuit. Uit onderzoek blijkt intussen dat het ontbreken van een objectieve maatlat bij de medische beoordeling wel degelijk een probleem voor de verzekeringsartsen vormt. Ingeval twijfel bestaat over de arbeidsgeschiktheid, zijn zij geneigd tot ziekte en dus tot arbeidsongeschiktheid te besluiten (Croon en Langius, 1993). Men handelt aldus vanuit de veronderstelling dat hier het voordeel van de twijfel aan de



werknemer moet worden gegeven. Ook de beroepsrechter blijkt daar in de praktijk veelvuldig van uit te gaan. De rechterlijke toetsing richt zich bovendien de facto nog altijd op het voorkomen van onterechte weigeringen en niet van onterechte toekenningen (Knepper, 1999). Dit alles maakt de verzekeringsartsen extra behoedzaam wanneer werknemer en arts het niet eens kunnen worden over het bestaan van arbeids(on)geschiktheid.

### *Meer doktersquaesties*

De geschetste ontwikkelingen met betrekking tot de privatisering leidden inmiddels tot een nieuwe doktersquaestie. Doordat het ziekterisico na inwerkingtreding van de WULBZ voor een vol jaar bij werkgevers kwam te liggen, werd de druk op de thans verplicht ingehuurde arbodiensten groter om de kosten van verzuim te bestrijden. De combinatie van (in opdracht van de werkgever uit te voeren) 'controlerende' en begeleidende taken door bedrijfsartsen bij arbodiensten heeft tot veel protesten geleid uit bedrijfsgeneeskundige kringen. Men vreesde dat hierdoor het vertrouwen tussen werknemer/patiënt en arts geschaad kan worden. Reden tot zorg voor de bedrijfsartsen is ook de onduidelijkheid die nog bestaat rond de vertrouwelijkheid van medische gegevens. Onderzoek lijkt deze vrees deels te rechtvaardigen. In 1995 bracht het College van toezicht sociale verzekeringen (Ctsv) het rapport 'Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt' uit. Werkgevers bleken inderdaad strenger te selecteren op gezondheid en verondersteld verzuimrisico. Door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gepubliceerde cijfers laten zien dat in 1997 37% van de Nederlandse werkgevers bij aanstelling mede selecteert op basis van het (vermoede) verzuimrisico van een sollicitant (SZW-werkgeverspanel 1997-1998). In 1996 werd onder ruim 600 bedrijfs- en verzekeringsartsen een eerste peiling gehouden over hun ervaringen met de privatisering van de Ziektewet (Willems, 1997). De voorspelde negatieve effecten bleken ook volgens deze artsen op te treden, naast enkele positieve effecten. In 1998 heeft een tweede peiling onder bedrijfs- en verzekeringsartsen plaatsgevonden. De bijna 1000 respondenten schetsen een somber beeld (tabel 1). Vergeleken met 1996 is vrij breed sprake van een toename van negatieve ervaringen. Tabel 2 laat dat voor een aantal belangrijke aspecten zien. Meer artsen zeggen nu dat de privatisering geen enkel positief gevolg heeft gehad. Veel meer artsen hebben minder tijd voor preventieve taken, en de aandacht van de werkgever voor preventie (betere arbeidsomstandigheden) neemt volgens deze artsen af. Risicoselectie wordt het dominante middel waardoor het volume aan kosten van uitkeringen wordt beperkt. Veel meer artsen vinden nu dat de privatisering ertoe leidt dat zij hun onafhankelijke positie verliezen. Tussen alle partijen neemt het aantal conflicten toe. Positief is dat bijna de helft van alle

artsen het verzuimbeleid van de werkgever als ‘beter dan voorheen’ kwalificeert, en dat werkgevers, in lijn met de bedoelingen van de schadeleer, meer investeren in preventie dan zij voor de privatiseringsgolf deden.

Ook in commerciële zin krijgt preventie steeds meer aandacht. Het aantal ondernemingen dat onder de noemer ‘preventie’ nieuwe producten als bedrijfsfitness, rugscholen, stresspreventie-cursussen etc. aan de markt aanbiedt groeit met de dag. Of hier werkelijk sprake is van preventie, en zo ja of het om kosten-effectieve methoden gaat, onduidelijk. Ook de aan preventie verbonden potentiële risico's, zoals bijvoorbeeld medicalisering, komen in het algemeen weinig aan bod (Verweij, 1998).

De vertaling van het geprivatiseerde stelsel naar een vernieuwde decentrale organisatie voor de uitvoering ervan was inmiddels in volle gang (De Vrie, 1999). De instelling van zo'n 200 regionaal opererende Centra voor Werk en Inkomen (CWI) die als primair loket gaan functioneren voor alle cliënten die op zoek zijn naar werk en/of inkomen, staat daarbij centraal. Wij zullen in dit kader niet op deze ontwikkeling ingaan en volstaan met de opmerking dat over de positie en de taken van de verzekeringsarts in deze CWI's thans (juli 1999) nog onvoldoende duidelijkheid bestaat (Van den Haak, 1999). Op dit laatste komen wij nog kort terug.

### **Vooruitblik op een nieuw millennium**

Waar gaat dit alles nu toe leiden in het nieuwe millennium? Is het stelsel millenniumproof? Enigszins speculatief proberen wij op deze vraag een antwoord te formuleren. Daarbij kijken wij eerst door de bril van de arts, en met onze eigen bril naar die arts, om vervolgens in meer algemene zin tot een beschouwing en conclusies te komen.

#### *De arts als onafhankelijk deskundige*

De privatiseringstendens rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheidsregelingen in Nederland heeft, zoals hiervoor kort geschetst, consequenties gehad voor het werk dat artsen in dit traject doen. Primair preventieve en sociale taken dreigen verdrongen te worden door bureaucratische taken en activiteiten gericht op bestrijding van reeds ontstane schade: controle op ziekteverzuim en op herstelgedrag van zieke werknemers. Artsen proberen weerstand te bieden aan deze pressie. Wanneer zij daarin onvoldoende slagen zal de sociale ongelijkheid

toenemen. Onvoldoende onderbouwde medische indicaties, druk op mankracht en middelen, concurrentie tussen arbodiensten, tussen reïntegratie-instellingen en tussen uitvoeringsorganisaties voor sociale zekerheid, snelle curatieve interventie bij zieke werknemers, poliklinieken speciaal voor werknemers en institutionele instructies zullen ertoe kunnen leiden dat niet diegenen van de voorzieningen profiteren die daar de meeste rechten op hebben, maar degenen die het snelst en het meest bijdragen aan de productiviteit van de ondernemingen.

Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen kan dit spanningen met zich mee brengen. Een bezinning op ethische normen en waarden rond de gevolgen van privatisering wordt daarom meer dan ooit noodzakelijk. De WAO-claimbeoordeling en daarmee de positionering van de verzekeringsarts, binnen een publiek (CWI) of een privaat (de huidige uitvoeringsinstellingen) domein zou volgens velen cruciaal zijn. Het kabinet vindt dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen in het publieke domein moeten plaatsvinden. De reïntegratie komt in private handen. Dat zou betekenen dat de keuringen en de reïntegratie-activiteiten onder verschillende verantwoordelijkheid worden verricht, en dus op enigerlei wijze met elkaar in verband moeten worden gebracht. Deze ontwikkeling houdt risico's in. In de eerste plaats dreigt het risico dat de werknemer waar het om gaat hiervan de dupe wordt, aangezien de noodzakelijke dossieroverdracht tot vertraging en misverstand kan leiden. In de tweede plaats dreigt verdere verarming van de taken van de verzekeringsartsen. In de derde plaats dreigt, ook in het reïntegratietraject een vorm (of versterking) van risicoselectie binnen te sluipen door of met medewerking van artsen. Voor de artsen die in (de context van) het private segment aan reïntegratie-activiteiten gaan werken, ontstaat immers een met die aan bedrijfsartsen vergelijkbare situatie. Men zal onder druk van de markt komen, en die markt probeert zo weinig mogelijk te investeren in de minst interessante klanten: die met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt. Wij gaan er voorlopig nog van uit dat dit dreigende probleem door de artsen zelf kan worden opgelost, mits zij daarbij gesteund worden door flankerend beleid met betrekking tot waarborgen rond hun professionele autonomie en onafhankelijke oordeelsvorming. Onvoldoende aandacht voor een van de genoemde risico's werkt als een bom onder het stelsel. Het zal ertoe leiden dat artsen dit werkterrein verlaten, hetzij uit vrije wil omdat zij het keurslijf niet wensen te dragen of geen uitdagingen meer zien in het werk, hetzij gedwongen, omdat hun oordeelsvorming geen maatschappelijk draagvlak meer blijkt te hebben.

De hiervoor beschreven risico's zijn, hoewel evident, overigens niet uitsluitend verbonden aan het onderscheid tussen publiek en privaat. Ook een publieke instelling met een goed zakelijk beleid zal druk op haar productiemiddelen leggen om tot optimale financiële prestaties te komen. Vanzelfsprekend dienen daarom in beide situaties de grootst mogelijke waarborgen te worden ontwikkeld voor de bescherming van privacy-gevoelige persoonsgegevens en voor kwaliteitsborging en professionele autonomie waar het de inbreng van medische expertise betreft. In ieder geval moet worden voorkomen dat onnodig vertragende momenten in het stelsel worden ingebouwd die uiteindelijk zowel voor de werknemer als voor diens werkgever duur en contraproductief werken.

### *Artsen te kort?*

Een nieuwe bedreiging voor de uitvoering van de sociale zekerheid in zijn huidige vorm, die thans reeds zichtbaar wordt, vloeit voort uit het toenemend artsentekort in Nederland. In de medische opleiding aan onze universiteiten wordt bovendien nauwelijks aandacht besteed aan aspecten van sociale geneeskunde, ondanks het gegeven dat ten minste 25% van de afgestudeerde artsen uiteindelijk werk zal doen dat zich volledig binnen dat domein bevindt (Hagenouw & Schmidt, 1999). Dit heeft mede tot gevolg dat de belangstelling van studenten voor curatieve beroepen, die altijd al veel groter was dan die voor de sociale geneeskunde, verder zal toenemen. Bovendien blijkt uit onderzoek naar privatiseringsgevolgen dat bedrijfs- en verzekeringsartsen daar meer negatieve dan positieve ervaringen aan ontleen. Zowel in de bedrijfs- als in de verzekeringsgeneeskunde krijgen artsen te maken met taakverarming en verantwoordelijkheidsbeperking als gevolg van de geschetste ontwikkelingen. Dit heeft reeds (mede) geleid tot een beperkte uittocht van artsen uit de uitvoeringsinstellingen van de sociale zekerheid en tot een toenemend tekort aan beide deskundigen. Of de thans ongeveer 1000 geregistreerde verzekeringsartsen straks ook nog beschikbaar zijn om jaarlijks meer dan 400.000 claims (eerste en allerlei soorten herbeoordelingen) op een kwalitatief verantwoorde manier af te handelen staat nog te bezien. Deze ontwikkeling vormt een praktische bedreiging voor de houdbaarheid van het huidige stelsel van sociale zekerheid. Tenzij een herbezinning op taken en verantwoordelijkheden andere oplossingsrichtingen mogelijk maakt.

### *Kerntaken*

Een belangrijke vraag die zich hier voordoet is wat nu eigenlijk de kerntaken van de bedrijfs- en verzekeringsarts zijn of zouden moeten zijn. In algemene termen gesteld gaat het dan om het kunnen leggen van een relatie tussen gezondheidsproblemen en daaruit voor de

belastbaarheid in arbeid voortvloeiende beperkingen. Niet om interventie op de werkplek, om bemiddeling, of om behandeling, daarvoor zijn andere disciplines vaak beter toegerust. Vanuit deze invalshoek is een discussie over de betekenis van woorden zoals die zich vooral binnen bedrijfsgeneeskundige kringen voordoet (claimbeoordeling, begeleiding) semantisch en weinig inspirerend.

Nederland heeft anno 1999 ruim 900.000 arbeidsongeschikt verklaarde werknemers. Zij zijn allen de poort van de bedrijfsarts en vervolgens die van de verzekeringsarts gepasseerd. Ongeveer driekwart is volledig arbeidsongeschikt bevonden, dus volgens ‘het systeem’ niet tot loonvormende arbeid in staat. Erg geloofwaardig is dat niet. Uit gegevens van de uitvoeringsorganen van de sociale zekerheid blijkt bijvoorbeeld dat verzekeringsartsen in ruim 35% van alle WAO-claimbeoordelingen zelfstandig concluderen dat toekenning van een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering gerechtvaardigd is. De wet geeft hun daartoe de bevoegdheid, zij het dat hieraan strikte voorwaarden (de te hanteren standaard ‘geen duurzaam benutbare mogelijkheden’ bevat de expliciete criteria) zijn verbonden. Men heeft in deze gevallen kennelijk de inbreng van een deskundige op het gebied van de belastbaarheid (een arbeidsdeskundige) niet nodig. Deze bevinding valt niet goed te rijmen met het uitgangspunt dat vrijwel iedereen nog wel ten minste gedeeltelijk belastbaar is, en dus zou kunnen werken. Volledig arbeidsongeschikt verklaarde werknemers blijken bovendien even vaak (25%) naar werk te zoeken als gedeeltelijk of niet -arbeidsongeschikten (Knepper, 1999). Een manier om dit ongewenste dokterseffect te beperken, is om zowel in het arbotraject als in het sociale zekerheidstraject minder artsen en meer andere disciplines in te schakelen of om artsen de zelfstandige beslissingsmogelijkheid tot het accorderen van een claim niet meer te geven. Waarschijnlijk valt hiermee bovendien een stuk efficiency-winst te behalen.

### *Millenniumproof?*

Hiervoor zijn reeds enkele problemen gesignaleerd die van invloed zijn op de stabiliteit van het huidige sociale zekerheidsstelsel met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De volgende vraag doet zich nu in meer algemene zin voor: zal de privatisering van onderdelen van het stelsel leiden tot het beoogde doel: minder kosten voor uiteindelijk ten minste dezelfde gezondheidswinst onder handhaving van een goede kwaliteit van de uitvoering? Immers, wanneer dit niet het geval zal blijken te zijn, zal een hernieuwde ingreep in het stelsel onvermijdelijk volgen. Is het huidige stelsel millenniumproof? Om deze vraag te kunnen beantwoorden zetten we een aantal punten in relatie tot marktwerking, de beoogde motor voor een effectief en efficiënt werkende sociale zekerheid voor de toekomst,

op een rij. Uitgangspunt daarbij is dat het nastreven van kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing door middel van marktwerking (doelmatiger handelen) alleen werkt als aan een aantal voorwaarden is voldaan. Genoemd worden de volgende punten.

1. De werkgever en de werknemer moeten waar voor hun geprivatiseerde gulden krijgen.
2. De werkgever, als inkoper van arbo- en verzekeringsproducten, moet iets te kiezen hebben en de productportfolio moet naar kosten en baten transparant zijn.
3. De toewijzing of afwijzing van claims mag niet ter discussie staan, noch waar het gaat om het algemeen gehanteerde concept van beoordeling, noch waar het de individuele oordelen betreft.
4. De voordelen van privatiseren moeten groter zijn dan de nadelen.
5. De collectieve lasten verbonden aan het huidige stelsel moeten dalen of tenminste niet stijgen.

Ad 1. Werkgevers zijn, binnen de kaders van de hier besproken aspecten, de grootste 'inkopers' van zorg en zekerheid. Zij zoeken daarbij vanzelfsprekend naar de beste en goedkoopste aanbieders. Er moeten dan wel marktpartijen zijn waarmee onderhandeld kan worden. In het arbodienstverlenings-traject is aan deze voorwaarde inmiddels wel voldaan. Rond de uitvoering van de sociale zekerheid is dit echter nog lang niet het geval. De discussie loopt hier nog volop, zoals hiervoor reeds aangegeven. Intussen valt een belangrijke trend waar te nemen. Het zorgstelsel en het sociale zekerheidsstelsel hebben zich in Nederland min of meer los van elkaar ontwikkeld, nadat pogingen om een geïntegreerde aanpak uit te werken al onder Talma waren gestrand. De belangstelling voor raakvlakken tussen de beide stelsels neemt thans echter duidelijk toe. Nu zowel de sociale zekerheid als de gezondheidszorg steeds meer kenmerken krijgen van een open markt, zien talloze verzekeraars mogelijkheden om in beide segmenten tegelijk actief te worden. Preventie van ziekteverzuim en van ziektekosten liggen immers in elkaars verlengde. Vormen van zakelijke ketendienstverlening ontwikkelen zich daarom in rap tempo. Daarbij krijgen verzekeraars gekoppelde belangen in arbodienstverlening, ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, ziektekostenverzekeringen, en de meer traditionele vormen van schade- en levensverzekeringen. Niet voor niets wordt wel gesproken van de 'grote convergentie' (Van der Krogt en Van Lieshout, 1998). Employee benefits in deze zin kan big business worden. 'De klant is koning' lijkt daarbij een logisch uitgangspunt, en werkgevers zouden door deze ontwikkeling een vastere grip kunnen krijgen op de kosten die zij voor hun werknemers maken. Het is echter nog maar de vraag of deze invloed wel zo groot zal zijn. Door de complexiteit van de materie, de koppeling van vele oorspronkelijk los

onderhandelbare onderdelen, de sterke positie van een beperkt aantal grote verzekeraars (oligopolisering) en het ontbreken van invloed van werknemers zelf zal het effect van deze grote convergentie eerder zijn dat niet de klant maar de verzekeraar in het centrum van de macht komt te staan. Het staat dan ook nog zeer te bezien of deze ontwikkeling inderdaad uiteindelijk tot lagere kosten voor de verzekerde werknemer zal leiden wanneer op dat individueel niveau alle (voorheen) publiek en (nu) privaat te betalen kosten worden opgeteld. In dat geval zal het stelsel waarschijnlijk niet millenniumproof blijken, immers het zal tot sociale onrust en verzet leiden en dus tot een politieke reactie.

Ad 2. Er moet een helder inzicht bestaan in het aan te bieden productenpakket. Aan deze voorwaarde is in de arbozorg en de sociale verzekeringsgeneeskunde niet optimaal voldaan, met name niet wanneer men kosten/baten- c.q. kosten/kwaliteitsafwegingen zou willen maken. Zowel de verzekeraar als de ontvanger van de dienstverlening moeten voldoende inzicht hebben in wat kwaliteit binnen het productenpakket kan en moet zijn. Ook bestaat onvoldoende inzicht in de kosten/baten verhouding van preventie- en interventie-activiteiten. Het moet niemand verbazen wanneer na enige jaren blijkt dat de kosten verbonden aan reïntegratie-activiteiten de baten overstijgen. De afwegingen rond inzet en continuering van het reïntegratie-instrumentarium zullen echter ook op maatschappelijke argumenten berusten, zodat diskwalificatie niet noodzakelijk hoeft te volgen. Wel dienen de uitgangspunten helder te zijn vastgesteld, bij voorkeur onder consensus van actoren. Eenzelfde redenering kan gevolgd worden met betrekking tot preventie. Men kan staande houden dat preventie in principe beoogt gezondheidswinst op te leveren, en dat dit geen geld hoeft op te leveren maar juist geld mag kosten. In het huidige klimaat is dat niet meer de meest gehoorde redenering. Veel voorheen gangbare preventieve maatregelen staan thans ter discussie, niet alleen omdat zij niet 'evidence-based' of ten minste 'experience-based' blijken, maar ook omdat zij te weinig opleveren en dus te duur zijn en. Merkwaardig genoeg echter is kosten/baten-onderzoek in de arbodienstverlening en het reïntegratietraject schaars. Veel voor dergelijk onderzoek noodzakelijke gegevens, zoals de kosten verbonden aan werkgebonden (en dus te voorkomen) arbeidsongeschiktheid en de mogelijke productiviteitswinst van verbeterde arbeidsomstandigheden zijn niet bekend (Koningsveld & Mossink, 1997). Koningsveld schat bijvoorbeeld dat bijna 85% van alle arbeidsgebonden kosten van uitval uit het werk worden veroorzaakt door slechts drie diagnosecategorieën: psychische aandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, en bedrijfsongevallen. Hiermee is ten minste een schadelast van 9352 miljoen gulden gemoeid (kosten van verzuim, WAO-uitkeringen, medische gevolgstkosten, prijspeil 1995). In welke mate deze kosten zijn terug te verdienen via

preventie, en tegen welke kosten, blijft onduidelijk. Het concept van de moderne schadeleer zal bestand moeten blijken tegen een effectiviteits- en efficiency toets. Modelontwikkeling en effectiviteitsonderzoek zijn hoogst noodzakelijk om in de nabije toekomst meer inzicht in dit vraagstuk te krijgen.

Ad 3. De toewijzing van geclaimde vergoedingen en uitkeringen dient volgens gangbare principes (eerlijk, rechtvaardig, tijdig, etc) te kunnen plaatsvinden. Vanzelfsprekend geldt dit in een publiek gedomineerd stelsel, maar ook onder private aansturing zal de (publieke?) controle hierop goed geregeld moeten worden. Of dat ook gebeurt is thans nog onzeker. Te verwachten valt dat maatschappelijk bezien bezwaren zullen ontstaan tegen een ontwikkeling die leidt tot toenemende ongelijkheid, of tenminste tegen onduidelijkheid hierover. Een geprivatiseerd stelsel kan daarom pas adequaat functioneren wanneer voldoende garantie bestaat op een symmetrisch verdeelde informatieverdeling tussen aanbieders en vragers van zorg. De overheid zal maatregelen moeten nemen om de hoeveelheid, kwaliteit en publieke toegankelijkheid van informatie over verschillende aspecten van de zorg- en dienstverlening te vergroten. Pas dan kan de verzekerde (zowel werkgever als werknemer) beoordelen of de zorg en de diensten doelmatig worden verstrekt.

Een belangrijk aspect in dit verband is de reeds gememoreerde en bij herhaling terugkerende discussie over de wijze waarop o.a. artsen komen tot de toewijzing (advisering) van geclaimde rechten. De laatste jaren is steeds duidelijker geworden dat medische expertise vaak een ondergeschikte rol speelt bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van arbeids(on)geschiktheid (Croon & Langius,1993; Mudde, 1995; Meershoek, 1999). Veeleer gaat het om communicatieve vaardigheden en motivatietechnieken. Desondanks spelen artsen een zeer dominante rol bij de toewijzing van middelen. Deze bevinding als zodanig zal zonder twijfel vroeg of laat tot de vraag leiden of artsen wel de rol moeten en kunnen spelen die het stelsel hun toedicht. Alternatieve concepten, waarbij andere toewijzingscriteria gaan gelden, zijn reeds politiek in discussie. De 'milleniumproofheid' van de huidige medische inbreng in het stelsel schatten wij niet erg hoog in.

Ad 4. De beoogde marktwerking mag niet tot gevolg hebben dat zich politiek en/of maatschappelijk ongewenste neveneffecten voordoen in een mate die niet meer met de beoogde positieve hoofdeffecten (kosten-effectiviteit) in verhouding is. Hier is sprake van een lastig te hanteren spanningsveld: marktpartijen die hun kosten willen reduceren doen dat in het algemeen door risico-selectie en differentiële premiestelling. Op deze punten is hiervoor al gewezen, de ontwikkelingen zullen de houdbaarheid van het stelsel zeker op de proef stellen, zij worden door vele betrokkenen nauwgezet gevolgd.



Ad 5. Ook in een geprivatiseerd stelsel drukken vele lasten nog op het collectief. Te denken valt aan het WAO-uitkeringstraject volgens Pemba en het effect van kosten- en premieontwikkelingen op de arbeidskosten en –voorwaarden met al zijn directe en indirecte gevolgen voor de betalingsbalans. Alleen een betaalbaar stelsel zal houdbaar blijken. De gevolgen verbonden aan de vergrijzing van het werknemersbestand zullen autonoom al tot kostenstijgingen in de sociale zekerheid leiden die de millenniumbestendigheid van het stelsel zwaar zullen testen. De discussie over de invoering van een basisuitkering voor iedereen die geen werk heeft of niet kan werken is, zo blijkt nu reeds, niet voor het laatst gevoerd (Van den Heuvel & Sinninghe Damsté, 1993; Van der Krogt & Van Lieshout, 1998).

### **Conclusies**

Gezien de historie van de sociale zekerheid en in het licht van de hierboven genoemde punten, is met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid te stellen dat het Nederlandse stelsel van 1999 niet millenniumproof zal blijken. Vrijwel zeker zal het ook niet decenniumproof blijken, maar welk beleid anno 1999 is dat wel? De vraag naar bestendigheid is, op de keper beschouwd, ook niet de goede. Wie zoekt naar bestendigheid in een tijdsgewricht waarin zich, ook mondiaal, zoveel veranderingen voordoen, raakt op achterstand. Aanpassingen, verbeteringen, zullen dus voortdurend nodig zijn. Doelmatigheid en effectiviteit in de sociale zekerheid moeten in het nieuwe millennium echter meer dan thans een gezamenlijke verantwoordelijkheid worden van werkgevers, werknemers, verzekeraars, zorgaanbieders, individuele verzekerden en overheid. Punten die daarbij de aandacht behoeven zijn er vele. Wij noemen er tot slot enkele, zonder daarbij volledig te kunnen zijn.

- De communicatie tussen alle actoren behoeft verbetering. Een hiertoe inzetbaar informatie- en communicatiebeleid staat nog in de kinderschoenen, maar zal een belangrijke stimulans gaan vormen in het nieuwe millennium.
- Er bestaat grote behoefte aan een kwaliteitsbeleid binnen de professionele zorgverlening, waarvan consensusafspraken, richtlijnen, protocollen, collegiale toetsing, klachtenprocedures deel moeten uitmaken. Recent onderzoek naar de kwaliteit van het sociaal-medisch handelen binnen de uitvoering van de sociale zekerheid wijst uit dat er de laatste jaren weinig vooruitgang is geboekt (PS Documenta, 1998). Een aanzet tot verbetering van een kwaliteitsbeleid gericht op artsen valt duidelijk waar te nemen, mede

gestimuleerd door de thans in Nederland gerealiseerde registratie- en herregistratieplicht op basis van de wet Beroepsuitoefening in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

- Het is om meerdere redenen nodig om de medicalisering, die zo ruimschoots in het systeem valt te duiden, (opnieuw) ter discussie te stellen.
- Het stimuleren van individuele verzekerden tot een doelmatig gebruik van de sociale zekerheid verdient hoge prioriteit. In termen van de schadeleer: de vergoeding mag nooit zo aantrekkelijk zijn dat ze de herstelinspanning blokkeert (Viaene, 1999). Zolang financiële prikkels in een geprivatiseerd stelsel nog worden afgedekt via de arbeidsvoorwaarden of via andere collectieve regelingen (employee benefits) mag vanuit deze invalshoek weinig worden verwacht. Ook de eigen verantwoordelijkheid van een individu dat een claim op algemene middelen legt kan verder worden versterkt.
- Het actief betrekken van georganiseerde cliënten- en patiëntenorganisaties bij ontwerp en uitvoering van beleid kan worden versterkt. De versnippering van deze inbreng is nog te groot om daadwerkelijk effect te sorteren.
- Het toetsbaar werken in de uitvoering van de sociale zekerheid, publiek en privaat, moet meer aandacht krijgen. Een hiertoe stimulerend en waar nodig controlerend beleid staat weliswaar hoog op de agenda van alle partners, maar zal met de huidige inspanningen op korte termijn nog niet beschikbaar zijn.
- Een goed sociaal stelsel is niet alleen een betaalbaar maar ook een maatschappelijk aanvaard stelsel. Alleen al om deze reden zal het ingezette beleid tot bevordering van de arbeidsparticipatie van ouderen, vrouwen en arbeidsgehandicapten met kracht moeten worden voortgezet.

### ***Literatuur***

Beekman D, Kronenburg-Willems EJ. Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten. PS-special, Kluwer, 1998

Croon NHTh, Langius SWTh. Arbeid en gezondheid. Een studie van de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Amsterdam: Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1993

Ctsv. 'Risico-selectie op de Nederlandse arbeidsmarkt'. Uitgave CTSV, Amsterdam 1995

Gier HG de. Voor alle zekerheid. Sociaal beleid in maatschappelijk perspectief. 's-Gravenhage: VUGA Uitgeverij BV, 1987

- Haak H van den. Nieuwe inrichting sociale zekerheid. Claimbeoordeling onafhankelijk maar geïsoleerd? Medisch Contact 1998;53(27/28):923-925
- Hagenouw RGP, Schmidt FSL. KNMG neemt artsentekort serieus. Medisch Contact 1999;54(27/28): 1008-1012
- Heuvel FG, Sinninghe Damsté WA. Concurrentie in de sociale zekerheid. SMO-informatie 93-4, 1993
- Houtman, ILD (red.). Trends in arbeid en gezondheid 1996. Amsterdam: NIA'TNO, 1996
- Jong EP de. De betekenis van verkregen rechten in het sociale zekerheidsstelsel. In: Veldkamp GMJ, red. Sociaal rechtelijk en sociaal-politiek denken sedert de tweede wereldoorlog. Alphen a/d Rijn: Samson, 1986; p. 467-476.
- Klosse S. Heeft de Wet REA bestaansrecht? SMA 1998;2:71-84
- Koningsveld EAP, Mossink JCM. Kerncijfers maatschappelijke kosten van arbeidsomstandigheden in Nederland. Den Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1997.
- Knepper S. Behandeling van arbeidsongeschiktheid. In: Bijblijven. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1996
- Knepper S. Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid; veranderende rol van betrokken artsen. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;42(5):233-238
- Knepper S. De open zenuw van de WAO. Medisch Contact 1999;54(27/28):992-996
- Prins R. Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands. A comparative study. Maastricht: Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- PS Documenta. Kwaliteit van het sociaal-medisch handelen. 1998;17:1290-92
- Roebroek JM, Hertogh M. De beschavende invloed des tijds. Twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland. COSZ, VUGA uitgeverij BV, 1998
- SER. Waardering of kritiek? Samenvatting van een onderzoek naar de uitvoering van sociale zekerheidswetten. Zoetermeer: SER, 1992.
- Smulders PGW, Gründemann RWM, Draaisma D. De effecten van prikkels tegen ziekteverzuim. ESB 1992;997-1005
- Swaan A de. Zorg en de staat. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 1989.
- Veen R van der, Engbersen G. De grote gevaren van grote gebaren. Beleid & Maatschappij 1992;5:266-279
- Versteeg F. De groei van het aantal arbeidsongeschikten. Op naar de miljoen. NRC Handelsblad 1999, 17 augustus, p. 12
- Verweij, M. Preventive medicine between obligation and aspiration. Utrecht, Academisch proefschrift Universiteit Utrecht, 1998

Vos EL de, Wevers CWJ. Reïntegratie, arbeidsgehandicapten en instrumenten. PS Documenta 1999; 6:583-599

Viaene, J., Lahaye, D. & van Steenberge, J. Een laatste bijdrage tot synthese van de schadeleer, als aanloop tot het opzetten van een glossarium. Deze publicatie.

Vrie NJ de. Werk maken van SWI. PS Documenta 1999; nr 2: 119-131

Willems JHBM. Zekerheid in arbeid: preventie in zorg. In: Steenbergen J van Klosse, S & Leede, LJM de (ed.). Preventie: een solide basis voor sociale zekerheid? Antwerpen: MAKLU, 1994.

Willems JHBM, Vuuren CV van, Urlings IJM. Privatisering van de ziekwet: effecten en opinies

van medische zijde. Sociaal Maandblad Arbeid 1996;51(10):624-637

Willems JHBM. Privatisering van de Ziekwet. Het medisch draagvlak wordt kleiner. Medisch Contact 1998;53(13):423-26

### *Personalia*

JHBM Willems is wetenschappelijk directeur van TNO Preventie en Gezondheid, geregistreerd bedrijfsarts, en bijzonder hoogleraar in de sociale verzekeringsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam

Tabel 1: **Ervaringen en opvattingen van 948 bedrijfs- en verzekeringsartsen met betrekking tot de privatisering van de Ziektewet, 1998**

	<b>Bedrijfsarts</b>	<b>Verzekerings-arts</b>
Geen positieve gevolgen	<b>19.5 %</b>	<b>44.5 %</b>
Geen negatieve gevolgen	<b>10.2 %</b>	<b>3.6 %</b>
Werkgever heeft beter verzuimbeleid	<b>55.2 %</b>	<b>29.9 %</b>
Meer aandacht van werkgever voor preventie	<b>39.7 %</b>	<b>17.8 %</b>
Klant is te veel koning geworden	<b>26.1 %</b>	<b>16.3 %</b>
Druk op ontslag op medische gronden	<b>18.0 %</b>	<b>44.1 %</b>
Meer flexibele contracten	<b>50.6 %</b>	<b>55.6 %</b>
Te snel hervatten of te lang doorwerken	<b>17.0 %</b>	<b>24.6 %</b>
Risicoselectie door werkgever of personeelsdienst	<b>30.0 %</b>	<b>59.8 %</b>
Verlies onafhankelijke positie van de arts	<b>26.6 %</b>	<b>51.5 %</b>
Minder tijd voor preventieve taken	<b>39.0 %</b>	<b>19.8 %</b>
Meer conflicten tussen werkgever en werknemer	<b>39.0 %</b>	<b>47.9 %</b>

Meer conflicten tussen arts en werknemer	<b>15.7 %</b>	<b>19.2 %</b>
------------------------------------------	---------------	---------------

**Tabel 2: Enige ervaringen en opvattingen van bedrijfs- en verzekeringsartsen met betrekking tot de privatisering van de Ziektewet: trend 1996-1998<sup>2</sup>**

	1996	1998
Geen positieve gevolgen	19 %	27.5 %
Werkgever heeft beter verzuimbeleid	?	45.8 %
Meer aandacht van werkgever voor preventie	44 %	31.5 %
Klant is te veel koning geworden	?	21.8 %
Risicoselectie door werkgever of personeelsdienst	14.2 %	40.0 %
Verlies onafhankelijke positie van de arts	17.3 %	35 %
Minder tijd voor preventieve taken	18 %	31.6 %
Meer conflicten tussen werkgever en werknemer	<10%	41.2 %
Meer conflicten tussen arts en werknemer	?	16.5 %

<sup>2</sup> De in 1996 gehanteerde onderzoeksmethode is niet identiek aan die van 1998; de trend moet daarom als indicatief worden beschouwd.